

Université Abderrahmane Mira Bejaia
Faculté des sciences humaines et sociales
Département de sociologie

Mémoire de fin de cycle

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

Option : psychologie clinique

Thème

**La dépression chez les parents ayant un
enfant diabétique anxieux**

Etude comparative entre parents dépressifs et
parents non dépressifs

Préparée par :

M^{elle} FERGUENE Katia

M^{elle} FEZOUA Taous

Encadrée par :

M^{me} GUEDDOUCHE Salima

Année Universitaire

2014/2015

Remerciements

*Avant tout nous remercions Dieu tout puissant qui nous a procuré de
Volonté et du courage pour mener à terme ce modeste travail.*

*Nous tenons à remercier très vivement notre promotrice M^{me}
Gueddouche Salima, pour son soutien, sa disponibilité et son
Encouragement.*

*Nous remercions M^{me} Jedid pour ses précieux conseils et ses
Orientations, ainsi que M^r Gassi qui nous a consacré du temps.*

*On tient à remercier l'ensemble du personnel de service de pédiatrie de
CHU de Bejaia, d'avoir accepté de nous orienté durant toute la
Période du stage.*

*Nous exprimons également nos sincères remerciement à l'ensemble des
Membres de jury d'avoir accepté d'examiner et d'évaluer ce travail.*

*En fin nous tenons à remercier tous ceux qui ont contribué de près, ou
De loin à la réalisation de ce modeste travail.*

Dédicaces

Au nom de dieu le tout puissant

Je dédie ce modeste travail à :

Mes chères parents, que dieu les protège.

Mes très chères sœurs : Banía, Nawal, et Liza.

*Mes très chers frères : Nordine, Nassim, Lamine, Mouhand,
Merouene, Farid, et Yacine.*

Mes Belles sœurs : Sahra et Nadia.

Mes chers petits : Ahlem, Adem, Eléna et Nour Hada.

Mes chères grandes mères (Nouara et Laalja).

Mon cher oncle : Mahmoud.

A mes amies: Assia, Naïma, Siham.

Naïm , qui m'a beaucoup aidé dans la réalisation

De ce travail même si de loin.

A tous ceux qui m'ont aidé pour la réalisation de ce travail

Et à tous ceux qui me sont chers.

Ma binôme Taous et sa famille.

Katia

Dédicaces

Au nom de dieu le tout puissant

Je dédie ce modeste travail à :

Mes chères parents, que dieu les protège.

Mon frère que j'adore: Achour

Ma petite sœur adorable : Fatiha

Mes grands parents (Ourdia et Hocine)

Mon oncle : el-Azize ainsi que sa famille.

Ma tante : Farida et sa famille.

A mes amie depuis toujours : Asma, Lynda, Sonia,

Sara, Yamina, Taous

Hakim qui m'a beaucoup aidé dans la

Réalisation de ce travail.

A ma belle famille que j'aime beaucoup.

A tous ceux qui m'ont aidé pour la réalisation de ce travail

Et à tous ceux qui me sont chers.

Ma binôme Katia et sa famille.

Taous

SOMMAIRE

L'introduction	2
1- La problématique	5
2- La formulation de l'hypothèse.....	8
3- La définition opérationnelle des concepts clés.....	9

Partie théorique

Chapitre I : Le diabète : Aspect médical et psychologique.

1-Le diabète : Aspect médical

Introduction.....	12
1-1 Aperçu historique.....	12
1-2 Définition du diabète sucré.....	13
1-3 La classification du diabète.....	15
1-4 Etiologie du diabète de type 1	16
1-5 Les signes du diabète.....	18
1-6 Manifestations du diabète d'un enfant à l'autre.....	18
1-7 Le diagnostic du diabète.....	19
1-8 L'évolution du diabète de type 1.....	20
1-9 Les complications du diabète	21
1-10 La prise en charge du diabète	25

2- Diabète : Aspect psychologique

Introduction.....	27
-------------------	----

2-1 L'annonce de la maladie de diabète.....	27
2-2 L'acceptation de la maladie.....	27
2-3 L'enfant diabétique.....	28
2-4 Le développement psychologique de l'enfant par rapport à son diabète.....	30
Conclusion.....	31

Chapitre II : L'anxiété

Introduction.....	33
1-Aperçu historique.....	33
2- Définition de l'anxiété.....	34
3- Les types de l'anxiété.....	34
4- Anxiété normale et anxiété pathologique.....	35
5- La classification donnée par le DSM VI.....	36
6- Les symptômes de l'anxiété.....	37
7- La prise en charge.....	39
Conclusion.....	45

Chapitre III : La dépression

Introduction.....	47
1- Aperçu historique.....	47
2- définition de la dépression.....	48
3- Les types de la dépression	48
4- La classification de la dépression selon le DSM IV.....	50
5- Le noyau sémiologique commun de la dépression.....	52

6- Les causes de la dépression.....	53
7- Les facteurs de risque de la personnalité dépressive.....	54
8- Les symptômes de la dépression.....	57
9- Le diagnostic positif.....	57
10- La prise en charge.....	60
Conclusion.....	64

Partie pratique

Chapitre I : La méthodologie de recherche.

Introduction.....	67
1-La méthode utilisée.....	67
2- La pré-enquête.....	68
3- Présentation de lieu de recherche.....	68
4- Le groupe d'étude.....	69
5- Les outils de la recherche	71
6- Le déroulement de la recherche.....	77
Conclusion.....	77

Chapitre II : Présentation, analyse des résultats et discussion de l'hypothèse

Introduction.....	79
1- La présentation des cas et analyse des résultats.....	79
2-Synthèse générale.....	111
3- Discussion de l'hypothèse.....	113

La conclusion.....115

La liste bibliographique.....117

Les annexes

L'introduction

L'introduction

Lorsqu'on parle de santé, on parle souvent de l'état physique, ou simplement de l'absence d'une maladie. Cette manière de penser peut parfois nous permettre de sous-estimer, ou même ignorer, l'importance de la santé psychique.

Comme n'importe quelle maladie chronique, le diabète est certainement une pathologie de santé publique par sa fréquence, sa gravité, et ses complications.

Le diabète est provoqué par une carence complète ou relative en insuline, qui conduit, entre autres, à une augmentation de la concentration plasmatique de glucose avec son excrétion dans l'urine. Le type le plus fréquent qui touche l'enfant est ; le diabète insulino-dépendant qui est lié à la disparition ou à la diminution importante de la sécrétion d'insuline par le pancréas. C'est une maladie chronique qui reste grave par le risque des complications dégénératives à long terme. (Khalifa, 2001, p.13)

Cette maladie chronique entraîne pour l'enfant un traitement quotidien jusqu'à la fin de sa vie ce qui le conduit à développer certains problèmes psychologiques tel que ; l'anxiété qui est responsable d'une souffrance personnelle et familiale importante.

L'anxiété est probablement la plus fondamentale des émotions. Non seulement est-elle ressentie par tous les êtres humains, mais des réactions d'anxiété ont été observées chez toutes les espèces animales.

Un enfant diabétique a besoin des parents qui accepteront son anxiété et son diabète comme réelle et non pas comme imaginaire et l'aider à se sentir maître de la situation. Mais existe aussi des parents négligents qui peut aller jusqu'aux dépressifs qui ne donnent pas à l'enfant l'attention nécessaire ou l'affection dont il a besoin.

Certaines personnes connaissent des épisodes uniques de dépression et en guérissent, mais dans la plupart des cas, les rechutes sont fréquentes.

La dépression est un sentiment de profonde tristesse qui dure longtemps et qui empêche la personne affectée de fonctionner d'une manière normale. Tout comme l'anxiété, il est normal qu'une dépression légère ou modérée survienne pendant des courtes périodes de temps lorsqu'on passe des moments difficiles dans la vie. Pourtant, si l'émotion est ressentie trop forte ou qu'elle ne part pas, ça se peut être une dépression clinique.

Le diabète et l'anxiété sont une atteinte physique et psychique très lourde par ses complications pour un enfant, d'où le rôle des parents est très important.

Etre parent dépressif d'un enfant diabétique anxieux n'est pas le cas chez d'autre, c'est ce que nous voulons comprendre à travers notre étude qui porte sur la dépression chez les parents ayant un enfant diabétique anxieux. Pour cela, nous avons adopté la recherche clinique comparative, dont l'objectif est de comparer entre l'influence des parents dépressifs et les parents non dépressifs sur l'anxiété de leurs enfants diabétique.

Nos principales techniques de recherche sont ; l'entretien clinique, l'échelle de dépression de Beck pour les parents et l'échelle de l'anxiété R-CMAS pour l'enfant. Et le service de la pédiatrie de l'hôpital Khalil Aamrane de Bejaia était notre terrain de recherche

Afin de pouvoir mettre en lumière tout ce qui a été déjà avancé, on a tracé un plan de travail réparti en deux parties ; une partie théorique qui comprend trois chapitres, dont le premier est consacré pour l'étude de diabète dans son aspect médical et psychologique, le deuxième chapitre est consacré pour l'anxiété, et le troisième chapitre est consacré pour la dépression, ensuite une partie pratique ; qui décrit la méthodologie de recherche suivi d'un dernier chapitre consacré pour la présentation, analyse des résultats et discussion de l'hypothèse. Enfin, on a terminé par une conclusion, la liste bibliographique et les annexes.

La problématique et formulation de l'hypothèse

1. La problématique

La souffrance humaine débute dès que l'homme apparaît au monde, ainsi elle se manifeste sous forme de douleur physique et psychique, la douleur physique est en relation direct avec une lésion somatique telles que le diabète, la cardiopathie, l'asthme, la leucémie...etc., et la douleur psychique tel que l'angoisse, l'anxiété, la dépression...etc.

Le diabète est une maladie chronique, une pathologie avec laquelle on peut vivre de longues années mais qui nécessite des aménagements de vie pour l'individu. Il apparaît en effet ; plus comme un syndrome que comme une maladie, Autrement dit que c'est un ensemble de signes qui peuvent être due à des causes différentes les unes des autres. (Khiati, 1993, p.11)

La psychopathologie des affections endocriniennes soulève des problèmes complexes, de haut intérêt scientifique et clinique. Et cela indiqué à partir des études déjà faites ; au XVII siècle, T.Willis a suggéré qu'un « *chagrin prolongé* » pouvait entraîner un diabète, En 1899, Maudsley a invoqué de « *violentes émotions* », et Williamson des événements stressants (pertes financières ou échec professionnels). (Haynal.A et al, 1997, p.117)

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

Dunbar et coll. (1936) avaient évoqué la « *personnalité diabétique* », immature, passive, masochiste, avec une dépendance orale ; Dunbar (1946) décrit les diabétiques comme faibles, irritables, hypocondriaques et instables dans leurs comportements avec une tendance à la dépendance puis à la rébellion, sur un mode explosif. (Ibid, 1997, p. 117)

Le rôle et l'impact des événements stressants et des contraintes quotidiennes (professionnelles ou affectives, notamment) sur le déclenchement et l'évolution du diabète ont fait l'objet de très nombreux travaux, aux résultats contradictoires (VandenBerg et coll., 1967 ; Bradley et Cox, 1978 ; Barglow et coll., 1984). Mais le stress peut affecter également le comportement des patients, et notamment leur observance thérapeutiques. Selon Fisher et coll. (1982), des conflits émotionnels ou des émotions négatives avaient précédé un quart des écarts diététiques admis par des patients diabétiques. (Ibid, 1997, p.117-118)

La Problématique et la formulation de l'hypothèse

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 de l'insuline, dont il peut toucher toutes catégories d'âge, plus particulièrement peut se développer chez l'enfant d'une manière brutale. (Buysschaert. M, 2012, p, 1).

Au-delà de cette souffrance physique, les patients atteints de diabète présentent aussi des souffrances psychologiques qui prennent en place dans un contexte personnel très complexe et très ambiguë. Parmi lesquels l'anxiété qui est considéré comme « *une disposition de la personnalité à percevoir le monde comme menaçant* » (Naranjo D. Hood K, 2013, P, 40).

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 nouvelles. Il est normal pour les enfants d'éprouver une certaine 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).

La peur et l'anxiété ont toujours fait partie de l'existence humaine. La peur d'événements menaçants pour la vie est une expérience fréquente dans le monde animale et une réponse adaptative pour l'espèce humaine. De ce fait, tôt dans la vie, l'enfant apprend à éviter des situations nuisibles à travers des expériences douloureuses ou à travers l'enseignement des adultes et de ses pairs.

Dans un livre publié pour la première fois en 1872, Darwin (1965) suggère que les réactions de peur se développent à travers un processus de sélection naturelle. Il décrit les manifestations physiologiques spécifiques de la peur et note que les réactions de peur s'étendent de la surprise légère à la panique extrême. (Cecil, R et al, 1978, p.1)

Des personnalités littéraires, des psychologues et des philosophes ont décrit le siècle actuel comme étant « l'ère de l'anxiété ». Auden (1947), dans son poème intitulé « the age of anxiety », décrit l'extension du sentiment de solitude et l'incapacité à aimer comme des indicateurs de l'anxiété. Camus, Kafka et Kierkegaard ont également noté ce niveau d'anxiété et y font référence en termes de « siècle de l'anxiété ».

Ecrivains, poètes, sociologues et philosophes ont observé l'amplification de l'anxiété autour de ce siècle, qu'ils attribuent à l'augmentation de l'incertitude ainsi qu'au poids du groupe qui interfèrent avec les efforts individuels de reconnaissance et la réalisation de soi.

La Problématique et la formulation de l'hypothèse

May (1977) représente l'anxiété comme 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* ». (ibid, 1978, p. 2)

Gottschalk et Gleser (1969) ont également considéré l'anxiété comme étant un concept multimodal. A partir de leur travail clinique, ils ont décrit l'anxiété comme pouvant appartenir à six catégories ; celle de la mort, de la mutilation, de la séparation, de la culpabilité, de la honte ainsi qu'une anxiété diffuse et non spécifique.

Sullivan (1953) interprète l'anxiété du point de vue du patient. L'anxiété traduit toujours un sentiment désagréable, témoignant du fait « que tout ne va pas si bien ». (Ibid, 1978, p, 3-4).

L'anxiété peut s'avérer un phénomène utile, quand elle attire notre attention sur des dangers réels, dans des situations où il y a un enjeu ou un risque. Le souci et l'inquiétude servent à mieux se préparer, à prendre des précautions pour éviter les ennuis. Mais, il en est de l'anxiété comme de beaucoup de bonnes Choses : il n'en faut ni trop ni trop peu... Trop peu d'anxiété va parfois nous mettre en danger. Trop d'anxiété va, à l'inverse, nous paralyser et nous épuiser. (Christophe André & Muzo, 2002, page17-18)

Vivre avec le diabète et l'anxiété peut être pénible à la fois pour les parents et les enfants en raison de la vigilance constante requise pour assurer des soins optima, le diabète chez l'enfant implique en principe de déterminer au préalable la teneur en glucides et la dose d'insuline à prendre avant de consommer tout aliments. Et l'anxiété implique aussi une prise en charge psychologique. (Naranjo. D et Hood K, 2013, p. 38)

Les parents doivent à la fois surveiller l'hygiène alimentaire de leurs enfants, mesurer plusieurs fois par jour leurs glycémies et faire leurs injections d'insuline. La gestion de leurs maladies occupe et conditionne grandement le quotidien des parents. Les craintes liées au diabète non seulement en termes de risque mais aussi en termes de responsabilité « *être ou non à la hauteur* ». (TARQUINIO, C et al 2012, p67).

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. (Prof. Ronald M. Rapee, 2013, p.1)

La Problématique et la formulation de l'hypothèse

Mais il existe bien d'autre type de parents, dont leurs implications se trouvent insuffisantes, moins affectueux, ce qui déstabilise l'état de l'enfant. Comme exemple être enfant d'un parent dépressif.

La dépression s'agit d'un état, et non d'un mode d'organisation psychique comme la névrose ou la psychose. Souvent transitoire dont la fréquence est élevée et qui est susceptible de se combiner avec d'autre pathologie. (Pedielli. J et Bernoussi. A, 2005, p.7)

Elle est considérée comme « la manifestation profonde de l'humeur dans le sens de la tristesse et de la souffrance morale corrélative d'un désinvestissement de toute activité ». (ibid, 2005, p. 8)

Cette pathologie regroupe un ensemble de symptômes physiques et psychologiques tel que sentiment de culpabilité, la négation, la punition, fatigue morale, le désir de la mort, le ralentissement psychomoteur.

Les travaux de Karl Abraham (1911), stipulent que le moteur de la dépression viendrait des « dispositions nerveuses » du sujet. Le dépressif est un individu incapable d'aimer autrui tout en ressentant une culpabilité certaine à ne pouvoir l'aimer : ses propres tendances sadiques sont retournées contre lui-même. (Pedielli. J et Bernoussi. A, 2005, p. 77-78)

L'interaction parentale est quelque peu difficile à cerner vue l'influence réciproque de l'un sur l'autre tout au long du développement. Alors la réaction des enfants face à la réalité de leurs parents provoque des perturbations sur tous les plans notamment sur le plan psychologique. (Mannoni, M., 1964, p. 24)

Notre recherche a pour but, d'établir le lien qui existe entre l'état psychique des parents et l'anxiété de leurs enfants diabétique.

A partir de là une question doit se mettre en évidence ;

Est-ce que l'état dépressif des parents influence sur l'anxiété de leur enfant diabétique ?

2. La formulation de l'hypothèse :

Pour répondre à cette question, nous avons formulé l'hypothèse suivante:

-L'état dépressif des parents influence sur le degré de l'anxiété de leur enfant diabétique.

3. La Définition opérationnelle des concepts clés

3.1. Définition des concepts :

« La dépression chez les parents ayant un enfant diabétique anxieux »

-la dépression : état ou syndrome dépressif. Baisse du tonus neuropsychique associée à un sentiment de tristesse et à une inhibition psychomotrice avec ralentissement. Sa forme extrême est la mélancolie. (Delamare Garnier, 2009, p 235)

-le diabète : selon KHIATI ; le diabète est un terme d'origine grecque (Diabaino) qui signifie passer à travers. Il désigne un état au cours duquel les liquides absorbés semblent traverser immédiatement l'organisme et s'éliminer par les urines.

-l'anxiété : état émotionnel de tension nerveuse, de peur, fort, mal différenciée, et souvent chronique. (BLOCH H et al, 2011, p.70)

3.2. L'opérationnalisation des concepts :

-la dépression : C'est une pathologie marquée par une tristesse avec douleur moral, découragement, et fatigue insurmontable.

-le diabète : Maladie caractérisé par la présence du sucre dans l'urine et dans le sang.

-l'anxiété : état de malaise, d'agitation, de peur, de sentiment d'impuissance.

-parent dépressif : père ou mère qui souffre d'une crise de découragement avec une profonde tristesse.

-parent non dépressif : père ou mère qui ne présente pas de signe de dépression.

Partie théorique

Chapitre I

Le diabète

Introduction

Le diabète constitue un problème de santé universel touchant toutes les sociétés humaines quelque soit leur stade de développement. Le danger de cette maladie réside dans son caractère indolore tout au moins au début, par la distraction progressive des artères et des nerfs. Ses complications touchent nos principaux organes vitaux de cœur, bien sur, mais aussi les reins et les yeux, qui vont de paire avec une morbidité et une mortalité importante.

1- Le diabète : Aspect médical

1-1 Aperçu historique :

Le diabète sucré est une vieille maladie. Il était connu des égyptiens 3000 ans avant Jésus-Christ. Au VI^e siècle avant l'ère chrétienne, 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, 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 ».au V^e siècle de l'Hégire (XI^e siècle après J-C) Ibnou Sina puis Ibnou E'Rhazi décrivent la maladie de façon remarquable et énoncent les premières règles diététiques.

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 sécrétantes au niveau du pancréas, bien distinctes du reste de la glande. 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 de 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, FG Banting, jeune chirurgien canadien et C.M. Best, étudiant en médecine, faisant partie de l'équipe de Mc. Leod isolent

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

l'insuline. L'année suivante, on assiste à la première utilisation humaine de l'insuline dans le traitement du 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 1956, mise en évidence de sa structure secondaire et tertiaire par Hodgkin en 1968 et élucidation de son métabolisme ce qui permet son dosage radio-immunologique par Yelow et Gergson en 1979. Dans l'intervalle (1963) Ktsoyannis et Zahn 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'îlot de Langhérans chez les sujets malades. (M. KHIATI, 1993, page 16).

1-2 Définition du diabète sucré :

Le mot diabète signifie « passer à travers » en référence à la forte polyurie qui caractérise la maladie.

Le diabète sucré (D.S), bien que connu depuis l'antiquité, ne peut être définie à l'heure actuelle. Ses critères diagnostiques et la classification des différentes anomalies de la tolérance glucosée n'ont fait l'unanimité des diabétologues que depuis 1980.

Néanmoins, le terme de D.S regroupe tous les états morbides ayant en commun une hyperglycémie chronique consécutive à une insuffisance de sécrétion d'insuline par le pancréas (insulino-carence) ou à des anomalies de l'action de cette insuline au niveau des tissus-cibles (insulino-résistance) ou le plus souvent à une intrication des deux anomalies.

Par sa fréquence et surtout la gravité de ses complications chroniques, la pathologie diabétique est indéniablement un problème de santé publique dans toutes les payes du monde. (Khalifa. S, 2001, p.3)

Le diabète est une maladie chronique qui est difficile à gérer et difficile à comprendre. Pour cela, il faut avant tout mieux comprendre l'une des hormones de notre corps qui est ; « l'insuline ».

L'insuline est une hormone sécrétée par le pancréas. Elle va agir sur certains organes (muscles et graisse) pour y faire pénétrer l'excès de glucose circulant dans le sang. Les

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

muscles utilisent le glucose comme énergie principale mais ne peuvent en stocker qu'une faible quantité. Une autre petite quantité peut être stockée dans le foie. Mais tout excès de consommation de sucre pénétrera finalement dans les cellules graisseuses pour être transformé en graisse, entraînant une obésité.

Cette hormone est indispensable à la vie car sans elle, la glycémie s'élèverait inexorablement jusqu'à la mort de l'individu. (Ménat. E, 2010, p.22)

Le diabète est défini par une hyperglycémie chronique : Une glycémie à jeun supérieure à 1,26 g/L (7 mmol/L), ou une glycémie à n'importe quel moment de la journée supérieure à 2g/L (11,1 mmol/L), ou encore une glycémie à la deuxième heure de l'hyperglycémie provoquée orale (HGPO) supérieure ou égale à 2g/L. (Grimaldi. A, 2009, P.3)

1- 2-1 Définition du diabète donné par l'OMS :

Une glycémie à jeun supérieure à 1,26g/L (7 mmol/L), à deux reprises, est suffisante pour affirmer le diagnostic. Il n'y a pas lieu de demander une glycémie provoquée orale. (Ibid, 2009, P.4)

1-2-2 Définition du diabète :

Sur le plan étymologique, le diabète définit une augmentation anormale de l'élimination d'urine. Avant l'apparition des moyens techniques permettant le dosage du glucose, les médecins ont différencié:

- Le diabète sucré qui est la maladie dont nous parlerons ici ;
- Le diabète insipide qui est une maladie très différente, aux causes multiples, se caractérisant par une augmentation de la diurèse sans présence de sucre.

Le diabète est une maladie sournoise dont il s'installe lentement, le glucose ingéré est mal utilisé, soit par ce que les cellules ne sont plus sensibles à l'insuline. Normalement, le glucose qui est en excès dans le sang doit rentrer dans les cellules de l'organisme pour être utilisé ou stocké.

Quand ces mécanismes sont moins efficaces, le diabète apparaît. D'abord par intermittence, surtout après les repas puis de façon permanente.

Mais on ne le ressent pas, car si l'hypoglycémie est source de malaise, l'hyperglycémie n'entraîne pas de symptômes quand elle est inférieure à 1,80 g/l. (Ménat. E, 2010, p. 12-15).

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

1-3 La classification du diabète :

1-3-1 Le diabète de type I (DID) :

Anciennes appellations ; diabète juvénile, diabète maigre, diabète cétosique, diabète insulinooprive, diabète de type I. (Khalfa, 2001, p.12).

C'est le diabète insulino dépendant ou DID. Comme son nom l'indique, si l'on est atteint de cette maladie, on devient dépendant d'un apport en insuline car le corps n'est plus capable d'en fabriquer.

Le DID est une maladie essentiellement génétique qui démarre souvent chez le sujet jeune.

C'est une maladie auto-immune, qui est lié à une destruction plus ou moins totale des cellules du pancréas qui fabriquent l'insuline: les cellules beta des ilots de langerhans.

Cette destruction est liée à un dysfonctionnement du système immunitaire. Pour des raisons encore mal connus, l'organisme fabrique des anticorps qui détruisent ses propres cellules pancréatiques (on appelle cela un phénomène auto-immun). La production d'insuline devient nulle et le diabète apparait de façon malheureusement définitive car on ne sait pas « réparer » le pancréas. (Ménat .E, 2010, p.13-16)

C'est à ce type de diabète que nous allons nous intéresser dans notre recherche.

1-3-2 Le diabète de type II (DNID):

Anciennes appellations ; diabète de la maturité, diabète gras ou métabolique, diabète non cétose, diabète type II. C'est la forme de diabète la plus fréquente. (KHALFA, 2001, p.16)

On l'appelle aussi diabète non insulino dépendant (DNID) pour le différencier du précédent. Dans ce cas, le pancréas continue à sécréter de l'insuline mais cette hormone est devenue moins efficace.

Le DIND est parfois appelé « diabète gras » du fait de son lien étroit avec l'obésité et touche surtout les individus après 50 ans. (Ménat .E, 2010, p.13).

Dans cette variété, quatre sous-variétés sont individualisées :

- Le diabète des sujets obèses, diabète gras ou diabète pléthorique de la maturité, manifeste généralement après 40 ans mais peut se voir plus tôt. Il a tendance à s'accompagner d'une obésité.

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

- Le diabète résultant d'une perturbation cellulaire générale, cette variété se voit après 50 ans, surtout dans les pays industrialisés.
- Le diabète des sujets âgés hypertendus, c'est une autre variété ou l'hyperglycémie compense le déficit circulatoire lié à la sclérose vasculaire généralisée.
- Le MODY (Maturity Onset Diabetes of the Young) est un diabète particulier puisqu'il prend le caractère de ces sous variétés mais ne s'observe pas chez les enfants. (Khiati, 1993, p.12-13)

1-3-3 Le diabète gestationnel :

Le diabète gestationnel est un diabète découvert pour la première fois au cours d'une grossesse et qui disparaît après l'accouchement pour réapparaître aux grossesses suivantes. (Khalifa, 2001, p. 29).

1-4 Etiologie du diabète de type I (DID) :

Dans le DID, les cellules beta du pancréas sécrétant l'insuline sont détruites de façon irréversible par des phénomènes auto-immuns.

Les facteurs qui déclenchent la réaction auto-immune contre le pancréas sont encore inconnus, ou incrimine des facteurs environnementaux (virus, toxique...etc.) qui vont agir sur un terrain génétique prédisposé. A cela s'ajoute probablement des anomalies du système immunitaire de l'individu avec un défaut de la tolérance vis-à-vis des auto-antigènes pancréatiques. (Khalifa, 2001, p.13)

1-4-1 Le facteur héréditaire ou génétique :

On parle pas de l'hérédité de la maladie elle-même ; mais de la réceptivité, cette composante héréditaire explique aussi pourquoi des parents du premier degré « frères, sœurs, enfants, parents » de patients diabétiques ont un risque plus élevé de devenir diabétique qu'une personne dont la famille ne connaît aucun cas de diabète.

Il apparait que plus de 15 gènes sont impliqués dans réceptivité pour le diabète du type 1. Un gène est du matériel chimique présente de nos chromosomes et qui dicte la fabrication d'une protéine ; le rôle de loin le plus important est de jouer par les gènes appelés HLA.

De ce fait les apparentés du premier degré d'un diabétique ont un risque plus élevé de développer un diabète par rapport a la population générale car ils ont plus de probabilité de posséder les mêmes gènes de susceptibilité (HLA DQ) et autres que leurs membre de famille

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

atteint par la maladie ; ce risque varie également en fonction de la nature de la parenté.
(Ernauld C, 2001, p.40)

1-4-2 Le facteur environnemental :

Trois types de facteurs d'environnement sont impliqués dans l'étiologie du DID :

- Les agents toxiques.
- Facteurs nutritionnels.
- Stress ; il est maintenant prouvé que le stress peut entraîner des manifestations aiguës et chroniques du système immunitaire de même que des altérations hormonales ; ces modifications peuvent placer le sujet stressé en situation de réception pour des lésions inflammatoires.

1-4-3 Les facteurs immunologiques :

La carence en insuline qu'est une hormone polypeptidique pourrait provenir d'une lésion de cellule beta du pancréas suivant un processus dit : auto-immun, un tissu d'un organe important par exemple le pancréas, étant lésé d'une manière quelconque, les « débris » peuvent déclencher une production « d'anticorps » d'où une destruction des cellules de l'organe lésé par l'organisme lui-même. C'est une « autodestruction » active des cellules des îlots de Langerhans telle qu'elle peut se produire en particulier au début d'un diabète insulino-dépendant.

1-4-4 Les atteintes du pancréas :

Certaines atteintes graves du pancréas, peuvent conduire à un diabète :

- Le pancréas chronique, surtout associé à l'alcoolisme, entraînant la destruction des cellules B entre autres, se traduit par un diabète.
- L'hémochromatose est liée au diabète.
- Le cancer du pancréas, surtout s'il se situe dans la queue de pancréas, peut aussi déterminer un diabète.

1-4-5 Médicaments facteurs provoquant le diabète insulino-dépendant :

Certains médicaments peuvent favoriser la survenue d'un diabète sur un terrain prédisposé ;

- Les corticoïdes peuvent déclencher un DID qu'ils soient administrés par voie locale ou générale, il existe un effet direct des corticoïdes bloquant la sécrétion d'insuline.
- L'éthinylestradiol ; « pilules contraceptives » est de déclencher un DID.

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

-La phénytoïne ; les diurétiques thiazidiques et le Diazoxide peuvent aussi déclencher un DID.

-L'interféron alpha utilisé pour le traitement des hépatites chroniques peuvent induire un diabète de type 1. (Perlemuter G et Morin N.H, 2000, p.143)

1-5 Les signes liés au manque d'insuline « signe d'hyperglycémie » :

- **Polyurie** : urines abondantes, de jour et de nuit, reprise d'énurésie nocturne.
- **Soif** : due à la perte de liquide dans les urines.
- **Polydipsie** : consommation accrue de boissons.
- **Déshydratation** : sécheresse des muqueuses due à la perte de liquide, insuffisamment compensée.
- **Perte de poids, amaigrissement** : a cause de la perte de liquide et de la nutrition déficiente des cellules du corps, malgré un appétit souvent encore satisfaisante.
- **Fatigue** : lassitude, perte de tonus, de dynamisme ; dues au déficit d'énergie dans les cellules.
- **Haleine** « pomme de reinette » due à l'acétone.
- **Nausées, maux de ventre** ; puis **vomissements** due à la présence croissante de corps cétoniques.
- **Somnolence progressivement croissante** ; due a l'acidité du sang.
- **Respiration** plus ample ; sans fièvre, par ce que le corps lutte contre l'acidose.
- **Perte progressive de l'état de conscience, puis coma** : par ce que l'acidose s'est aggravée. (Ernauld C, 2001, p.31).

1-6 Manifestation du diabète d'un enfant à l'autre :

Les manifestations que l'enfant ou l'adolescent présentera au moment du diagnostique dépendant de l'évolution du diabète, à bas bruit d'abord. Plus manifeste ensuite la situation pourrait alors empirer rapidement.

Ainsi, suivant le degré du manque d'insuline, suivant le taux d'hyperglycémie et l'importance de la cétonurie ; le patient se présenta sous des aspects fort différents ;

-Excellent état général ; absence de plaintes ; mais découverte fortuite lors d'un dépistage d'une hyperglycémie ou d'une glucoserie.

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

(Exemple ; examen préopératoire ou dépistage scolaire). A ce moment là, l'enfant ou l'adolescent sera adressé au pédiatre diabétologue pour effectuer des examens complémentaires afin d'infirmier ou de confirmer l'existence du diabète.

-Etat général modérant altéré : boit beaucoup et urine beaucoup (parfois, refait pipi au lit), amaigrissement discret, parfois vomissement et maux de ventre due aux corps cétonique.

Ces symptômes sont très évocateurs et permettent de poser le diagnostic facilement sans avoir à recourir a des examens spécialisés si ce n'est une mesure de la glycémie et la vérification d'une glucosurie et d'une cétonurie. Ces examens peuvent se réaliser à l'aide de deux bandelettes, l'une pour la glycémie et l'autre pour la glycosurie-acétonurie.

-Etat général fortement altéré : avec les symptômes décrits précédemment mais de façon plus sévère et peuvent amener à des difficultés respiratoires et/ou à une altération de la conscience progressive voir a un coma acidocétosique.

Dans ce dernier cas, le diagnostic est évident et requiert de façon urgente l'administration d'insuline en lieu hospitalier.

Idéalement, le jeune diabétique sera adressé a un pédiatre diabétologue travaillant dans un centre de diabétologie (il devra être traité le plus vite possible par insuline dans les heures ; maximum 24h ; qui suivent le diagnostic).

En effet ; la rapidité d'intervention s'impose non seulement par ce qu'il s'agit d'une situation d'urgence, mais aussi, comme des études l'ont montré, par ce que la rémission sera d'autant plus longue que le traitement par l'insuline aura été précoce. (Ernauld C, 2001, p.32)

1-7 Le diagnostic du diabète :

La glycémie est le dosage central dans le diabète. Elle représente le taux de glucose mesuré dans le sang circulant. Un individu est diabétique quand sa glycémie à jeun est supérieure ou égale à 1,26 g/l au cours de plusieurs mesures.

- **Des signes cliniques trop tardifs :**

Le diabète peut être suspecté sur un signe principal : la polyurie (le fait d'uriner de très grandes quantités chaque jour) associée à une polydipsie (soif intense obligeant à boire plusieurs litres d'eau par jour).

Ces symptômes doivent faire penser au diabète mais ils sont toujours le signe d'une maladie déjà très évoluée. Ils se rencontrent surtout dans le DID ou le pancréas est déjà pratiquement

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

détruit. Si l'on ne fait pas le diagnostic suffisamment rapidement, le patient peut alors faire un coma diabétique.

- **La bandelette urinaire :**

La recherche de sucre dans les urines grâce à des bandelettes réactives permet un dépistage de masse sans être obligé de faire une prise de sang. Cette méthode fiable ne permet de déceler que les glycémies supérieures à 1,80 g/l car pour des valeurs inférieures, le sucre ne passe pas dans les urines.

- **Le diagnostic du pré-diabète (ou intolérance au glucose) :**

Nous avons vu qu'à ce stade, on peut retarder l'apparition de la maladie. Il est donc utile de pouvoir faire le diagnostic de cet état pré-diabétique. La glycémie à jeun étant souvent normale, nous ferons appel à des tests plus sensibles :

-La « glycémie post prandiale » correspond à un dosage de la glycémie après le repas. Un taux qui s'élève trop peut être révélateur de l'intolérance de glucose.

-Le test de charge glucidique : même principe que le précédent mais le repas est remplacé par une quantité de sucre précise.

-La courbe d'hyperglycémie provoquée (HGPO) : il s'agit de doser la glycémie à jeun puis de faire consommer 75 g de glucose et de répéter le dosage régulier de la glycémie toutes les 30 minutes pendant 2 heures. L'aspect de cette courbe permet de dépister des anomalies du métabolisme du glucose. (Ménat. E, 2010, p.20-21)

1-8 L'évolution du diabète de type 1 :

Le diabète insulino-dépendant prend une évolution qui se base sur l'insulinothérapie ; en effet le problème initial du point de vue évolutif demeure la qualité de la prise en charge. D'elle dépend l'apparition précoce ou au contraire très tardive de complications dégénératives.

Schématiquement, le diabète de l'enfant évolue en trois phases :

1-8-1 Une phase initiale :

Il peut être aiguë dans certains cas, mais est insidieuse le plus souvent. Dans le premier cas, les troubles métaboliques sont très marqués, on peut même voir survenir un coma acido-cétosique inaugural. Ce début aigu serait dû à une résistance relative à l'insuline dont le mécanisme est mal compris, une concentration élevée d'antagonistes de l'insuline, un effet inhibiteur de l'acidose et une augmentation des acides gras libres ont été incriminés.

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

1-8-2 Une phase de rémission ou « lune de miel » :

Sa durée varie de quelques semaines à quelques mois, cette rémission peut être totale chez un petit nombre d'enfants diabétiques (3 à 5%). Dans ce cas l'administration de l'insuline peut être complètement interrompue pendant quelque temps.

Cet état traduit un pancréas encore fonctionnel. Seuls restent perturbées, l'épreuve d'hyperglycémie provoquée per os et la réponse de l'insulinémie alors qu'il n'y a ni hyperglycémie ni glucosurie en période post-prandiale.

La survenue d'une phase de rémission peut être provoquée ou favorisée dans certaines conditions.

1-8-3 Une phase d'état :

Qui peut être synonyme de phase d'aggravation dans certains cas, en effet après la phase de rémission spontanée ou quelques mois après la phase initiale, les besoins en insulines peuvent augmenter, parfois la fin de la phase rémission peut être même brutale.

Certains facteurs peuvent précipiter la survenue de cet état ; infection, stress,... celui-ci se caractérise par l'absence de production d'insuline endogène, liée à une nécrose des cellules insulino-sécrétrices. (Khiati, 1993, p.91-92)

1-9 Les complications du diabète :

1-9-1 Les complications aiguës :

- **Le coma hypoglycémique :**

Il s'agit d'un trouble de la conscience pouvant évoluer jusqu'au coma profond. Il résulte d'une neuroglucopénie grave. L'apport énergétique du cerveau est principalement couvert par l'oxydation du glucose (100 à 120 g /jour) qui lui fournit près de 75% de ses besoins. En cas d'hypoglycémie, il s'installe rapidement une carence en glucose dans les neurones. Le diagnostic est confirmé par le dosage ponctuel de la glycémie.

Tout pré-coma ou coma chez un patient traité à l'insuline et/ou par insulino-stimulants est jusqu'à preuve du contraire une hypoglycémie qui doit être traitée comme telle. En cas de doute, il n'y a en effet aucun risque à administrer du glucose mais jamais injecter de l'insuline ! Le traitement est effectué d'urgence au domicile du malade. (Buysschaert M, 2012, p. 111)

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

- **la cétose et l'acidocétose diabétiques :**

La cétose et l'acidose constituent deux modalités d'aggravation du diabète secondaire à une carence insulinaire grave, relative ou absolue. Elles se rencontrent surtout, mais non exclusivement, chez les diabétiques de type 1. Parmi les principales étiologies de cétose et d'acidocétose diabétique ; l'infection en reste la première cause. L'omission des injections d'insuline. Infarctus du myocarde et les malfaçons thérapeutiques, l'acidocétose est la manifestation inaugurale du diabète, surtout chez l'enfant. Le diagnostic de cétose est établi sur une hyperglycémie associée à la présence d'une glycosurie et de corps cétoniques dans les urines (ou dans le sang), pour l'acidose se manifeste parfois par des douleurs abdominales (surtout chez les enfants) ou des myalgies.

- **le coma hyperosmolaire :**

C'est une complication grave du diabète, en particulier de type 2, survenant le plus souvent chez les malades âgés. Il est cliniquement caractérisé par une déshydratation importante et l'absence de l'acidose. Il existe une carence insulinaire moins sévère que dans l'acidocétose de telle sorte que la lipolyse est bloquée alors que se développe progressivement une hyperglycémie provoquant une diurèse osmotique avec déshydratation.

Les principaux facteurs favorisants sont une méconnaissance de la présence d'un diabète, une infection aiguë, un accident vasculaire cérébral, une soif non satisfaite ou, au contraire, une ingestion massive de boissons sucrées.

Le traitement préventif consiste à être conscient du risque de coma hyperosmolaire chez tout sujet diabétique de type 2 âgé et donc l'hydrater correctement.

Au stade curatif, l'essentiel est de mener une réhydratation initialement intense. Après la phase aiguë, le retour à une thérapie antérieure par hypoglycémifiants oraux reste possible, en fonction de l'évolution du malade.

- **L'acidose lactique :**

Il s'agit d'une acidose métabolique sévère due à une augmentation des taux plasmatiques de lactate produite par la glycolyse anaérobie. L'hyperlactatémie (> 5 mmol/l) ; valeurs normales : 0.5-1.5). La phase prodromale de l'acidose lactique est caractérisée par une fatigue et des douleurs musculaires. Lorsqu'elle est installée, elle s'exprime cliniquement par une hyperventilation intense (sans odeur acétonique de l'haleine) et par des troubles digestifs

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

(nausées, vomissement, douleurs abdominales). En fin d'évolution, elle se complique d'une hypotension avec collapsus et oligurie, expliquant une absence de déshydratation.

Le traitement vise à corriger l'acidose par des perfusions de bicarbonates. L'épuration extrarénale reste un traitement de choix de l'acidose sur biguanides. Une insulinothérapie à petites doses est administrée en fonction de l'évolution glycémique.

- **les infections :**

Les complications infectieuses sont plus fréquentes chez le patient diabétique que chez le sujet non-diabétique. Leurs expressions les plus habituelles sont respiratoires (pneumopathies) et, surtout urinaires (cystites, pyélonéphrites aiguës), ces dernières pouvant se compliquer de pyélonéphrite chronique (ou accompagner une nécrose papillaire).

Parmi les complications les plus rares, il faut mentionner la fasciite nécrosante qui est une destruction massive d'un vaste territoire de tissus sous-cutané musculaire (le plus souvent par un streptocoque du groupe A) ainsi que la palette des infections à germes anaérobies. Le patient diabétique est aussi vulnérable à l'otite maligne et à la mucormycose des sinus.

Toute infection s'accompagne chez les diabétiques de type 1 et 2 d'une décompensation glycémique justifiant la mise en route ou l'intensification d'une insulinothérapie.

Dans un esprit préventif, les vaccinations, en particulier contre l'influenza et le tétanos, doivent être recommandées aux diabétiques qui constituent un groupe à risque. Il n'y a d'ailleurs pas de contre-indication propre à la maladie diabétique à réaliser ces vaccinations. (ibid, 2012, p. 113-124)

1-9-2 Les complications chroniques :

- **la neuropathie diabétique :**

C'est une atteinte très spécifique du diabète, la cellule nerveuse a une particularité : elle est gluco-dépendante, c'est-à-dire qu'elle ne peut vivre sans sucre alors que la plupart des organes peuvent tirer leur énergie d'autres sources en cas de jeûne.

La cellule nerveuse est aussi non insulino-dépendante. Dès que le taux de sucre augmente dans le sang, il s'élève aussi dans les nerfs. Cette accumulation de sucre dans les neurones va les altérer et gêner leur fonction, l'atteinte des micro-vaisseaux va encore accélérer ce processus. On va voir alors apparaître :

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

-une baisse de la sensibilité, le malade ne va plus ressentir les douleurs les brûlures, les traumatismes qui peuvent survenir.

-des douleurs qui accompagnent ce trouble de la sensibilité (névralgie, paresthésies) en particulier au repos, et troubles de la marche, le patient ne « sentant » plus sur quoi il pose les pieds.

-des troubles digestives par anomalies de la commande nerveuse des contractions de l'intestin entraînant souvent une diarrhée et une malabsorption des aliments.

-des troubles urinaire également liés à des défauts de la commande nerveuse avec un déficit de l'érection.

-une baisse de la force musculaire avec parfois une fonte musculaire.

- **La néphropathie diabétique :**

L'atteinte rénale se manifeste par la présence de protéines dans les urines, le rein qui doit filtrer le sang pour ne laisser passer que les déchets à éliminer et altéré par l'excès de sucre présent dans le sang. Petit à petit le filtre s'abîme et laisse passer de plus grosses molécules comme l'albumine.

Cette complication augmente en fréquence avec le temps. Elle est rencontrée le plus souvent dans le diabète de type 1.

Les premiers stades de la néphropathie sont « silencieux », c'est-à-dire sans conséquence pour la santé. Et à partir d'un certain niveau, l'atteinte rénale va se compliquer d'une hypertension artérielle puis la véritable insuffisance rénale va débiter.

Cette insuffisance rénale peut aboutir au décès et nécessiter une dialyse voire une transplantation rénale pour éviter cette évolution fatale. (Ménat. E, 2010, p.30-37)

- **La rétinopathie diabétique :**

Est une microangiopathie avec atteinte privilégiée des vaisseaux capillaires rétinien, c'est la complication oculaire la plus grave du diabète.

Les éléments qui conditionnent le développement d'une rétinopathie sont la durée du diabète et le mauvais équilibre glycémique, mais également l'hypertension artérielle.

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

Physiopathologiquement, le développement d'une rétinopathie s'explique par une « fragilisation » et une dilatation capillaire avec augmentation du débit sanguin. Il s'ensuit une hyperperméabilité vasculaire. (Buysschaert. M, 2012, p.145-146)

1-10 La prise en charge de diabète de type 1 :

1-10-1 Les mesures hygiéno-diététiques :

- **Le régime ;**

- Normocalorique** : (absence habituelle de surcharge pondérale dans ce type de diabète), adapté à l'âge, au sexe et à l'activité physique du patient ;

- Equilibré** : 50% de glucides, 35% de lipides, 15% de protéides ;

- La ration glucidique** :

- Exclusive des sucres d'absorption rapide à l'exception des fruits (2 par jour), légumes verts à volonté,

- Pain, féculents et céréales doivent être en quantité contrôlée et stable d'un jour à l'autre, répartis en trois (03) repas principaux pris à heure régulière. Les collations seront décidées en fonction des modalités d'insulinothérapie.

- La ration lipidique** doit apporter 1/3 d'Acides Gras saturés (graisse d'origine animale), 1/3 d'Acides Gras mono-insaturés (huile d'olive), 1/3 d'Acides Gras polyinsaturés (huile végétales autres qu'arachide et olive)

- **Arrêt du tabac** ; en proposant une aide personnalisée (consultation anti-tabac, patch de nicotine...)
- **Activité physique régulière**
- **Traitement d'une hypertension artérielle et/ou d'une hyperlipidémie associée**, en connaissant les seuils d'intervention et les objectifs différents chez les diabétiques, inférieurs à la population générale.

1-10-2 Insulinothérapie :

Plusieurs schémas d'insulinothérapie peuvent être proposés en tenant compte de l'âge, de la coopération du patient et de son activité professionnelle.

Les plus habituels sont les suivants :

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

- **Insulinothérapie conventionnelle discontinuée, par voie sous-cutanée au moment des repas.**

-Une (01) injection par jour d'un analogue de l'insuline d'action prolongée

-Deux (02) injections par jour le matin et le soir d'une insuline intermédiaire ou d'un mélange, fixe ou extemporané, d'insuline rapide et d'insuline intermédiaire

-Trois (03) injections par jour le matin et le midi d'une insuline rapide, et le soir d'une insuline intermédiaire ou d'un mélange, fixe ou extemporané, d'insuline rapide et d'insuline intermédiaire

-Quatre (04) injections par jour le matin, le midi, et le soir d'une insuline rapide, et à 22 h d'une insuline d'action prolongée.

-L'insuline rapide utilisée dans les précédents schémas peut être remplacée par un analogue de l'insuline de pharmacocinétique plus physiologique (délai d'action plus court, pic plus précoce plus intense, durée d'action brève).

-Le mélange d'insuline rapide et intermédiaire dans les précédents schémas peut être remplacé par un mélange fixe d'analogues d'insuline rapide et intermédiaire.

- **Insulinothérapie contenue par voie sous-cutanée : « pompe à insuline »**

-Utilisation exclusive d'insuline rapide classique ou d'analogue

-Débit basal continu et bolus au moment des repas principaux.

1-10-3 Education

-Auto-surveillance des glycémies capillaires, à reporter sur un carnet.

-Adaptation des doses d'insuline, en particulier en cas d'exercice physique.

-Mesures hygiéno-diététiques.

-Conduite à tenir devant une hypoglycémie ou devant une cétose débutante (cf. Acido cétose).

-Prévention des complications en particulier au niveau des pieds, des dents. (Dr Serge Perrot, 2009, p.265-266).

2- Le diabète : Aspect psychologique

Introduction

Bien évidemment, tout diagnostic de diabète bouleverse le cours habituel de la vie d'une famille. L'équilibre que ce petit monde avait mis en place précédemment est ébranlé. L'enfant, ses parents et toute la famille doivent réorganiser profondément leur vie courante ou la santé allait de soi.

La confrontation au diabète n'implique pas automatiquement des conséquences dramatiques mais il est important de comprendre comment il peut être vécu, ressenti, géré, afin de pouvoir y faire face dans les meilleures conditions.

2-1 L'annonce de la maladie de diabète :

Comme pour toute maladie chronique débutante, le diagnostic 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, tant chez l'enfant que chez ses parents, ses frères et sœurs, ses grands-parents, ceux qui lui son proches.

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 la vie. Petit à petit, après quelques mois voire quelques années, il prendra conscience de la réalité concrète de son diabète et il risquera à ce moment-la d'avoir un contre coup ; il montrera une certaine tristesse, un découragement, il manifestera peut-être de l'anxiété.

Pour les parents, le diagnostic est ressenti brutalement et peut les plonger dans des émotions très difficiles à vivre ; colère, honte, tristesse allant jusqu'à la dépression. Ces réactions seront progressivement plus modérées. Mais au moment ou elles surgissent, elles ont le droit d'être exprimées, vécues intensément, élaboré par une parole qui permettra de les dépasser sereinement. (Ernauld. C, 2001, p, 203)

2-2 L'acceptation de la maladie :

Selon le dictionnaire du Petit Robert, accepter c'est recevoir, prendre volontiers ce qui est offert, agréer, donner son accord à, assumer, se soumettre à, consentir à...etc. (Ibid., 2001, p.211)

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

J. P. Assal, diabétologue et lui-même diabétique décrit cinq phases par lesquelles doit passer tout diabétique récent. Elles recouvrent en partie les phases d'acceptation de toute maladie :

-phase de déni de la réalité, qui représente une décence archaïque contre l'angoisse destruction. Elle peut se traduire par un refus, obligatoirement passager, du diagnostic et du traitement ;

-phase de révolte : le sujet veut montrer qu'il est plus fort que la maladie. Il s'en suit une observance médiocre ;

-phase de marchandage : premier pas vers l'acceptation de son sort, le diabétique impute encore sa maladie à des personnes concrètes ; le médecin ou l'équipe soignante ;

-phase de dépression avec un repli sur soi-même et une attitude de dépendance vis-à-vis de l'entourage ou de l'équipe soignante ;

-enfin, une phase d'acceptation et la construction d'une vie nouvelle.

Tous les individus atteints du diabète ne vont pas réagir de façon stéréotypée et leur personnalité sous-jacente va jouer un rôle important. (Chneiweiss. L, 2005, p. 122)

2-3 L'enfant diabétique :

Les enfants, bien souvent, se sentent mal avant l'annonce du diabète et ils reprennent rapidement le dessus grâce au traitement et à la sollicitude de leur entourage.

Sa maladie :

-l'éducation de l'enfant diabétique est commencée dès que le diagnostic est posé, en milieu médical au cours de la première hospitalisation puis poursuivie par petits groupes d'enfants accompagnés de leurs parents dans le cadre de consultation de diabétologie pédiatrique.

L'apprentissage comme nous l'avons vu passé par l'acquisition de trois actes :

- Surveillance triquotidienne de la glucosurie.
- Faire ses injections.
- Adapter son traitement quotidien.

Les données de ces actes sont reportées sur un cahier par l'enfant lui-même ou ses parents.

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

-Facteurs influençant l'éducation : cet apprentissage dépend de nombreux facteurs, deux d'entre eux semblent déterminants : l'âge et le niveau scolaire. Généralement, les trois actes cités plus haut peuvent être acquis respectivement à 7 ans, 10 ans et 13 ans. Dans notre expérience, l'enfant ayant atteint ou dépassé la deuxième année moyenne peut être considéré comme apte à assurer sa prise en charge.

-Par qui est prise en charge la maladie ? : La personne qui prend en charge la maladie de l'enfant peut influencer sa qualité. Cette qualité de la prise en charge est certainement différente si l'enfant se soigne lui-même ou si le contrôle est assuré par ses parents ou par une infirmière. La chronicité de la maladie implique une responsabilité de l'enfant malade, seule garantie à long terme de vie convenable.

-Qualité de la prise en charge : le critère d'une prise en charge correcte réside dans la bonne tenue du cahier de l'enfant diabétique avec rareté de cétose ou des hypoglycémies et absence d'acidocétose, et la régularité de fréquentation de la consultation de diabétologie. Le médecin et les parents doivent faire attention à un phénomène qui semble caractériser les grands enfants et qui s'appelle la « tricherie ». Certains enfants falsifient le remplissage de leur cahier et n'accordent que peu d'intérêt aux recommandations. Le dosage de l'hémoglobine glycosylée est un exam infallible pour les dépister.

Sa famille :

-Acceptation de la maladie : l'environnement dans lequel évolue l'enfant joue un rôle non négligeable dans l'équilibre de la maladie. Il faut que la maladie soit acceptée par la famille ce qui n'est pas toujours facile.

-Facteurs déterminant l'attitude familiale vis-à-vis de la maladie : le niveau social de la famille (travail du père et/ou de la mère), le niveau d'instruction des parents, les conditions de d'habitat et le nombre d'enfants en charge, paraissent déterminer l'attitude familiale. Ces facteurs n'ont pas tous le même impact, certains sont plus influents que d'autres, leurs associations rend malaisée la prise en charge de la maladie. C'est ainsi que la médiocrité du niveau socio-économique joue un rôle négatif sur la maladie alors que le niveau d'instruction des parents influe dans un sens ou dans l'autre acceptation de la maladie, plus ce niveau s'élève, mieux la prise en charge est assurée.

-Rôle de médecin : le médecin doit s'efforcer d'amortir le choc subi par la famille à l'annonce du diagnostic de diabète sucré. Il est capital de dédramatiser la maladie en expliquant aux

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

parents et/ou l'enfant que le respect du traitement et la surveillance régulière permettent à l'enfant une vie sensiblement normale.

Sa scolarité :

L'instruction affranchit le diabétique de la servitude de son entourage. Elle facilite sa propre prise en charge et ultérieurement son insertion sociale.

-Retentissement de la maladie sur la scolarité : les hospitalisations en nombre et en durée sont responsables du retard scolaire. Dans notre milieu près de 40% des enfants en sont concernés. L'ouverture de consultations de diabétologie pédiatrique ont permis de diminuer notablement la durée d'hospitalisation et ont par conséquent diminué leur retentissement sur la scolarité.

-Le rôle de l'enseignant et relation médecin-enseignant : la collaboration de médecin-enseignant est nécessaire pour permettre de tirer profit des mesures médicales. Par contact direct ou par l'envoi de lettres, les enseignants sont avisés des problèmes particuliers que pourrait poser un élève diabétique (malaise hypoglycémiques, polyurie...). L'école fondamentale permettant une scolarité jusqu'à l'âge de 16 ans, l'effort du médecin doit tendre à maintenir l'enfant le maximum de temps à l'école. Un retard scolaire ne doit pas faire rejeter la possibilité de doubler voire de tripler de classe à un enfant diabétique si par ailleurs, aucune solution ne peut être envisagée.

-La société : jusqu'à présent, notre société s'est peu préoccupée de l'enfant diabétique. Les premières colonies de vacances organisées pour enfants diabétiques dans notre pays ont donné beaucoup de satisfaction. Il importe de les multiplier et surtout de leur donner un cadre légal. La colonie de vacances est en effet un moyen de choix qui permet un recyclage thérapeutique régulier des malades. (Khiati, M, 1993, p.85-87).

2-4 Le développement psychologique de l'enfant par rapport à son diabète de 9 à 12 ans:

Cette période d'âge est charnière en ce qui concerne la capacité de réfléchir et la prise de conscience. L'enfant réalise qu'il s'agit vraiment de lui-même, se pose de plus en plus des questions personnelles, cherche même le sens du diabète dans sa vie. Il réalise mieux ce qui lui arrive.

Chapitre I : le diabète : Aspect médical et psychologique

A cet âge on demande aussi à l'enfant d'assumer une partie de ses soins, (les piqûres, les contrôles,...), il est donc confronté plus directement à sa propre maladie pour toute la vie. Dans cette phase il arrive que l'enfant montre des signes d'angoisses, d'anxiété, de refus, d'opposition. Ce sont des réactions tout à fait normales, même si elles ne sont pas faciles à vivre d'autant plus qu'elle peut réveiller des sentiments analogues chez les parents. (Ernauld, C, 2001, p, 206-207).

Les préadolescents essaient de plus en plus de comprendre les processus des maladies. Ils savent qu'il existe des causes externes mais que la maladie peut aussi être provoquée par des mécanismes physiologiques internes. Ils envisagent les données scientifiques mais sont conscients qu'il peut y avoir influence de facteurs plus psychologiques tels que le stress. Ils se préoccupent de plus en plus des implications à long terme et de leur devenir. (Ibid, 2001, p, 208).

Conclusion

Après avoir entamé le diabète dans son aspect médical et psychologique, on va passer au chapitre de l'anxiété, ou cette dernière peut être un risque qui touche un enfant diabétique.

Chapitre II

L'anxiété

Introduction

Les maladies du corps sont aussi d'une certaine façon des maladies de « l'âme ». Le Diabète insulino-dépendant, n'est pas seulement la maladie qui apparaît comme l'intrus, mais c'est le corps tout entier qui devient étranger. Dans ce chapitre nous allons expliquer que des perturbations glycémiques peuvent être causées par un état psychologique tel que l'anxiété.

1- Aperçu historique :

Selon les dires de Daniel Wildocher ; *« L'anxiété est au cœur de chaque homme, de chaque civilisation et si les grandes découvertes de l'homme moderne, à l'ère atomique et interplanétaire, sont de nature à être génératrice d'angoisse, l'histoire nous rappelle que l'anxiété est un phénomène de toujours dans l'expérience humaine. »*

A partir de 1769 ; Cullen introduit le terme de névrose (maladie nerveuse général) pour décrire l'ensemble de ces symptômes.

En 1818 ; Pinel définit la névrose comme « maladie sans lésion ».

En 1866 ; Morel a donnée une description d'état anxieux (idées fixés, peur phobique, impulsions) sous le terme de « délire émotif ».

A la même époque ; Falret détaille les caractéristiques de ce trouble (TOC) sous le concept de « folie raisonnante » qui sera ultérieurement élaboré par Krafft Ebing et Legrand de Saulle.

En 1871 ; Westphal décrit l'agoraphobie comme « une peur de traverser des places ou des rus ».

Et Da Costa isole un ensemble de symptômes qu'il appelle « cœur irritable ».

En 1875 ; le travail de Legrand Saulle sur « la peur des espaces » permet d'isoler les phobies et leurs attribuer un statut autonome.

En même temps ; on délimite la typologie des obsessions-compulsions déjà esquissée avec le concept de monomanie d'Esquirole.

En 1880 ; Beard différencie les troubles de l'hystérie en les regroupant sur le terme de « neurasthénie ».

En 1890 ; Brissaud nomme « névrose cardiaque ».

En 1895 ; Freud isole la névrose d'angoisse en la différenciant de la neurasthénie.

1957-1967 ; H.S. Eysenck s'est beaucoup intéressé à l'anxiété, aux névroses, et aux facteurs de personnalité qui prédisposant les individus à développer des troubles psychiatriques. (Graziani P. 2003, p, 3-6).

2- Définition de l'anxiété :

L'anxiété est un état émotionnel qui possède la qualité subjective expérimentée de la peur ou d'une émotion très proche. Elle est désagréable, négative, dirigée vers le futur, parfois exagérée par rapport à la menace, et inclut des symptômes corporels subjectifs et manifestes. (Berrada S et al, 2010, p. 252).

Elle a été considérée comme une émotion caractérisée par l'ambiguïté (de l'information disponible) ou l'incertitude (l'état psychologique conséquent). Elle est transversale à la plupart des troubles pathologiques : elle surgit comme conséquence d'un déficit psychologique, d'un comportement addictif, d'un conflit intrapsychique ou de la difficulté à interpréter les événements. Une anxiété élevée, selon Lazarus, est donnée par la perception d'un danger concernant les structures identitaires du sujet ou de crise existentielle profond. (Graziani P. 2003, p.12).

L'anxiété est un état affectif caractérisé par un sentiment d'insécurité, de trouble diffus. Souvent employée comme synonyme d'angoisse, l'anxiété s'en différencie par l'absence de modifications physiologiques (sensation d'étouffement, sueurs, accélération du pouls...), qui ne manquent jamais dans l'angoisse. Plusieurs écoles essayent d'expliquer la genèse de l'anxiété selon leurs positions doctrinales. Pour les théoriciens de l'apprentissage, cet état serait une réaction conditionnée de crainte, une tendance acquise. Selon les psychanalystes, l'anxiété s'expliquerait par les frustrations de la libido et les interdits du surmoi, ce serait un signal de danger adresser au moi, c'est -à-dire à la personnalité consciente, qui ainsi prévenu, peut y répondre par des mesures adéquates ou en mobilisant ses mécanismes de défense. (Sillamy. N. 2003. p.25)

3- Les types d'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 rapporte à une émotion 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. S et al. 2010, p.255)

4- Anxiété normale et anxiété pathologique :

4-1 Anxiété normale : l'anxiété est une émotion naturelle, éprouvée par chacun d'entre nous, mais qui varie en sévérité et en fréquence. L'appréhension d'événement pénible suscite cette réaction émotive. Contrairement à ce que se passe dans le cas de la peur, la menace paraît ici plus lointaine ou plus vague. Elle sert la même fonction que les réactions d'alarme et de peur ; elle oriente l'attention vers une menace ou un danger, prépare l'organisme à agir afin d'opérer un changement.

L'anxiété et la peur sont des expériences si communes chez l'être humain que chacun pourrait en donner des exemples personnels. Elle fait partie de la nature humaine, c'est une réponse normale au quotidien, dans certains cas, elle améliore même la performance.

Lorsque l'anxiété est vécue de façon modérée, elle peut motiver l'individu et le pousser à se dépasser. L'anxiété tient lieu de signal d'alarme lorsqu'il y a un danger et, dans certaines situations, elle peut assurer la survie.

Normalement, cette réaction disparaît quand la situation ou l'objet qui l'a déclenchée a cessé d'exister. (Ladouceur. R. et al, 2002, p.2)

4-2 Anxiété pathologique :

Parfois, l'anxiété persiste sans raison apparente, se manifeste sous différentes formes et entrave le fonctionnement de la personne concernée. C'est dans ces situations qu'on parle d'anxiété pathologique ou de trouble anxieux.

L'anxiété anormale ou pathologique est le plus répandu des problèmes psychologiques. Les individus souffrant d'anxiété ou de troubles anxieux constituent une large part de la clientèle se retrouvant en psychothérapie ou en consultation chez le médecin. Elle est considérée comme anormale quand elle n'est rattachée à aucune cause évidente ou identifiable et quand elle devient chronique. Dans la plus part des cas, les périodes d'anxiété intense alternent avec des périodes d'apaisement relatif.

Toutefois, l'anxiété peut être si dérangeante qu'elle finit par nuire aux activités quotidiennes et par occasionner des difficultés conjugales, familiales, professionnelles et financières.

En fait, c'est lorsque l'anxiété est vécue très intensément, ou à des moments où il est inapproprié de la ressentir qu'elle peut interférer avec la vie quotidienne d'une personne.

Des conséquences néfastes sur le travail et la vie relationnelle de l'individu, sa détresse, sa souffrance, son sentiment d'impuissance à contrôler ses symptômes ainsi que la durée du trouble (en général au-delà de six mois) établissent le seuil de la pathologie. (Ibid. 2002, p.3)

5- La classification donnée par le DSMVI :

-Une Attaque de panique; est une période bien délimitée marquée 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 sont présents des symptômes tels que des sensations de « souffle coupé », des palpitations, des douleurs ou une gêne thoracique, des sensations d'étranglement ou des impressions d'étouffement et la peur de devenir « fou » ou de perdre le contrôle de soi.

-L'Agoraphobie ; est une anxiété liée à, ou un évitement d'endroits ou de situations, d'où il pourrait être difficile (ou gênant) de s'échapper ou dans lesquels aucun secours ne 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 récurrentes et inattendues à propos desquelles il existe une inquiétude persistante. Le Trouble panique avec Agoraphobie est caractérisé à la fois par des Attaques de panique récurrentes et inattendues et par une Agoraphobie.

-L'Agoraphobie sans antécédent de Trouble panique; est caractérisée par la présence d'une Agoraphobie et de symptômes de type panique sans antécédent d'Attaques de panique inattendues.

-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'évitement.

-Le Trouble obsessionnel compulsif; est caractérisé 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 caractérisé par la reviviscence d'un événement extrêmement traumatique, accompagné de symptômes d'activation neurovégétative et par l'évitement des stimulus associés au traumatisme.

-L'État de stress aigu; est caractérisé 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 dû à une affection médicale générale; est caractérisé par des symptômes anxieux au premier plan qui sont considérés comme la conséquence physiologique directe (l'une affection médicale générale).

-Le Trouble anxieux induit par une substance; est caractérisé 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.

-Le trouble anxieux non spécifié; permet de coter des troubles avec anxiété ou évitement phobique prononcés qui ne remplissent les critères d'aucun des troubles anxieux. (DSM-IV-TR, 1996, p. 493-494).

6- Les symptômes de l'anxiété :

On peut classer les manifestations de l'anxiété en catégories : les symptômes psycho-comportementaux, symptômes somatiques. Les gens qui ont développé un trouble anxieux ressentant une variété de symptômes propres à chacune de ces catégories.

6-1 Les 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 ses scénarios catastrophiques dont les thèmes sont des échecs probables : la survenue d'une maladie gravissime, d'un accident mortel, des problèmes financiers...

-lors de certains états anxieux aigus, 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 certains cas masquée par une agitation improductive et désordonnée, ou des comportements masqués par une certaine agressivité.

-des travaux expérimentaux ont montré que la courbe de la qualité des performances intellectuelles en fonction de l'intensité de l'anxiété avait une forme de U inversé. Il semble exister-pour un individu devant réaliser une performance précise 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. (Palazzolo, J, 2007. p.62)

6-2 Les symptômes somatiques :

Ils sont très variés et correspondent à un hyperfonctionnement du système nerveux autonome :

-sur le plan cardiovasculaire : tachycardie, trouble mineurs de rythme cardiaque (notamment des extrasystoles bénignes avec pauses compensatoires qui donnent quelquefois l'impression à l'anxieux que son cœur va s'arrêter), douleurs précordiales (le patient redoute de « faire un infarctus »), modifications labiles 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, diarrhées.

-sur le plan neuromusculaire : tension musculaire quelques fois douloureuse, tremblements, paresthésies, bourdonnements d'oreilles.

-sur le plan vasomoteur : hypersudation, pâleur, bouffées vasomotrices.

-la présence désignes somatiques et constate lors des états anxieux.

Elle est souvent au premier plan dans la plainte du patient, ce qui l'amène à consulter-plus souvent qu'un psychiatre-son médecin généraliste, un médecin urgentiste ou un cardiologue. (Ibid, 2007, p.62)

7- La prise en charge :

7-1 La prise en charge non médicamenteuse :

Le traitement à pour objectif d'améliorer la qualité de vie du patient anxieux et d'éviter les conséquences fréquentes : dépression, toxicomanie, alcoolisme. Cette démarche nécessite une bonne adhésion du patient à cette prise en charge qui doit être prolongée au 6 mois et régulièrement évaluée.

Le plans de traitement est discuté et comprend des objectifs de prise en charge (amélioration des symptômes et réduction du handicap social) et l'explication des moyens disponibles adaptés au patient. La prise en charge est donc personnalisée est comporte plusieurs moyens. (Gay. B et al, 2003, p.12)

7-1-1 la prise en charge cognitive

La thérapie comportementale et cognitive (TCC) est une technique de psychothérapie reconnue pour le traitement de nombreuses pathologies (phobie, troubles anxieux, troubles thymiques.....) elle vise à envisager au patient comment corriger ses pensées erronées, maîtriser ses symptômes, et gérer sa pathologie au quotidien. Idéalement à l'issue du traitement, le patient devra être à même d'utiliser de façon autonome ces stratégies pour gérer l'évolution de sa pathologie. Le contenu de la TCC doit être adapté spécifiquement aux symptômes du patient, la durée du traitement et le nombre des séances seront fixés au début de la thérapie.

Ainsi, les TCC se caractérisent par la formulation d'objectifs concrets, dirigés vers le problème et elles sont limitées dans le temps. Une prise en charge en thérapie cognitivo-comportementale permet de découper, de clarifier et de hiérarchiser les problèmes rencontrés par le patient. Cette hiérarchisation dépend de l'impact de ces problèmes dans la vie quotidienne et / ou des difficultés rencontrées par le patient pour les résoudre. Une prise en charge TCC permet d'examiner les pensées, les émotions et les sensations qui sont ou étaient en jeu dans la situation anxieuse, elle évalue les ressources disponibles, la présence ou non du soutien social dans la vie du patient. (Trouillet, R, 2012. p.98-100)

-Déroulement d'une thérapie cognitivo-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 cognitivo-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.

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)

7-1-2 La relaxation

La relaxation est une réponse physiologique antagoniste de celle de l'anxiété, 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 indésirables de l'anxiété.

Les effets physiologiques de la relaxation font suite à des actions combinées du système nerveux autonome, du système hormonal et du cortex cérébral, qui s'expriment dans une réponse généralisée. Ces effets sont les suivants.

- 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 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, associer à une pratique quotidienne chez soi.

- **La relaxation musculaire progressive**

Cette forme de relaxation est particulièrement indiquer 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 concentrer sur les sensations physique de tension : il relâche ensuite et détend progressivement les muscles et se concentrer 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. (Palazzolo, J, 2007, P.67-68)

7-2 La Prise en charge médicamenteuse :

-Les benzodiazépines : la fonction du cerveau repose sur un équilibre fragile entre signaux d'excitation et signaux d'inhibition. Dans le cerveau, le principal neuromédiateur inhibiteur est l'acide gamma-aminobutyrique (GABA), dont l'action est essentiellement assurée par les récepteurs GABA. Les récepteurs GABA constituent en quelque sorte un système de freinage du cerveau. Les benzodiazépines sont un groupe de médicaments fréquemment utilisés dans le traitement des troubles anxieux.

Les benzodiazépines utilisés actuellement agissent sur presque tous les récepteurs GABA du cerveau, et ont de nombreuses autres actions en plus de leur portée anxiolytique. Elles ont un effet sédatif, un effet myorelaxant, un effet anticonvulsivant et un effet amnésiant (entraîne une amnésie essentiellement antérograde). Elles entravent par ailleurs la coordination motrice. De plus, elles potentialisent sérieusement l'action sédatrice de l'alcool.

Les benzodiazépines agissent relativement vite. Leur effet indésirable principal est la somnolence. Mais elles peuvent provoquer un problème de dépendance et d'addiction.

-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 5HT2C (récepteurs impliqués dans les phénomènes de satiété, ce qui peut être à l'origine d'une prise de poids non négligeable). Parfois utilisée en prémédication sédatrice (anesthésie, examens paracliniques 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 peu être interrompu sans provoquer de symptômes de sevrage. Ce médicament est généralement bien toléré.

-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. (Ibid, 2007, p.71-73)

-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 paracliniques 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.

-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. (Palazzolo, J, 2007, p.73-74)

-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.

-Autres : tels que les antipsychotiques ou les neuroleptiques sédatifs (à faible doses), sont parfois utilisés dans le traitement de l'anxiété sévère, mais on ne dispose pas de données suffisantes quant à leur efficacité, notamment à long terme. (Ibid, 2007. P.73-74)

Conclusion

Les troubles anxieux constituent des formes d'anxiété pathologique altérant le mode de vie notamment pour un enfant diabétique d'où la disposition des parents est importante pour aider l'enfant à s'adapter à sa nouvelle situation. Par ici, on va entamer une autre pathologie « dépression » qui peut être troublé par l'un des parents de ces enfants diabétique.

Chapitre III

La dépression

Introduction

Lorsqu'on doit faire face à une maladie, un certain nombre de questions surgissent inévitablement. Cette recherche permettra d'éclaircir certaines préoccupations, particulièrement en ce qui concerne la dépression. Il ya dépression lorsque le sentiment d'être déprimé, triste, décourager de vie persiste ou prend d'avantage d'importance et finit par avoir des répercussions sur la vie social.

1-aperçu historique :

La notion de la dépression est lente. Son apparition a été préluée par la description d'une forme de *tædium vitae* (tristesse) chez Sénèque dans les dialogues (50 ap. J.-C.) : « la maladie a pour origine un manque d'équilibre de l'âme et des aspirations timides ou malheureuses, selon que l'on n'ose pas tout ce qu'on désire ou que l'on tente en vain de réaliser et qu'on s'épuise à espérer ».

Au IV^e siècle, saint Jean Chrysostome parle de la « *tristitia* » comme effet de dérèglement et de la mollesse de l'âme sans troubles de l'entendement. A la même époque, Evagre le Pontique évoque *l'acedia* (désintérêt), qui fait partie des péchés capitaux et qui désigne le dégoût et l'anxiété du cœur. Ses symptômes sont les gémissements, les plaintes, les soupirs, l'agitation, la torpeur, le dégoût de soi. Il ne s'agit pas de mélancolie, mais d'une forme particulière de tristesse qui ne se confond pas avec elle.

Rien na changé jusqu'à XVII^e siècle. La dépression perd dans la mélancolie, l'hypocondrie, le « vaporeux » (trouble nerveux) mais a partir de ;

-1678 : à Bale, Johannes hofer publie son « *dissetatio de nostalgia* » pour décrire un état d'anxiété, d'insomnie, d'anorexie, de désespoir, de rêveries douloureuses du pays.

-1733 : Georges Cheyne invente le « spleen » (rate atrabilaire et morosité de l'humeur).

1818 : Esquirol reprend, dans son texte sur le suicide, le spleen et la nostalgie sans les considérer comme causes suffisantes.

-1822 : Falret développe l'idée d'une « faiblesse nerveuse » différente de la mélancolie.

-1899 : Kraepelin établit le cadre de la psychose maniaco-dépressive il est amené à supposer qu'elle obéit à un mécanisme cérébral et unique.

-1928 : J-Lange sépare le domaine des dépressions en « dépression exogène ».

En 1934, la classification américaine intègre la notion de « dépression réactionnelle ».

Chez Fenichel (1945), qui réalise une synthèse des travaux psychanalytiques sur les troubles mentaux, la « dépression névrotique » est clairement mentionnée ; tout en maintenant qu'il n'existe pas de frontière entre la dépression psychotique et la dépression névrotique, il estime que cette dernière concerne le conflit ambivalent autour des apports narcissiques répartis sur le malade et ses objets. La class « dépression névrotique » est de plus en plus utilisée, puis celle de « dépression-limite » (chez l'état-limite) avant de faire l'objet de vives controverses dans les années 80. (Pardinielli, J. L. Bernoussi, A., 2005, p.13-15)

2-Définition de la dépression :

- Selon le dictionnaire de la psychologie Larousse, la dépression est un état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. Anxieux, las, découragé, le sujet déprimé est incapable d'affronter la moindre difficulté. Aussi ne prend-il plus aucune initiative. Il souffre de son impuissance et a l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradées. Le sentiment d'infériorité qui en résulte augmente encore sa mélancolie. (Sillamy, N, 1991, p. 79)

La dépression s'accompagne généralement d'anxiété, elle entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations subdélirantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. (Bloch, H., 2002, p.327)

3- Les types de la dépression :

Les différences sont quelques fois évidentes, parfois on doit les rechercher soigneusement.

3-1 La dépression psychogène :

La dépression est habituellement compréhensible, liée à un événement récent ou à une situation psychologique conflictuelle. Le sujet se sent isolé, abandonné ; bien souvent ce qui lui arrive est selon lui de la faute des autres et il a tendance à se poser victime, bien qu'en coupable, ce qui est évidemment fort différent de la problématique mélancolique.

-L'anxiété est souvent manifeste (sensation de boule dans la gorge, palpitation, étouffements, vertiges).

-L'inhibition s'exprime surtout en termes de fatigue, de lassitude, d'impuissance à assumer les tâches quotidiennes.

-Les conduites suicidaires sont très fréquentes et constituent dans un grand nombre de cas le motif de l'hospitalisation.

-Les troubles somatiques sont à peu près constants : oppression, céphalées, vertiges, troubles du sommeil, troubles de l'appétit, troubles sexuels, symptômes de conversion somatique, pouvant avoir la valeur de véritables équivalents dépressifs.

-Ce qui est tout à fait remarquable c'est la sensibilité, la réactivité au milieu environnant. Ces patients sont particulièrement accessibles à la dimension relationnelle. L'attitude, gratifiante ou frustrante, de l'entourage familial ou hospitalier peut transformer radicalement, parfois d'un jour à l'autre, l'humeur et le comportement de tels patients. (Pewzner. E, 2003, p. 89-91)

3-2 La dépression mélancolique :

-Il est difficile, voir impossible de mettre le doigt sur un événement déclenchant, sur un conflit qui pourrait être à l'origine de la situation actuelle. Le sujet ne peut s'en prendre qu'à lui, il ne voit que lui-même comme source possible de sa souffrance.

-On peut souvent mettre en évidence des antécédents personnels ou familiaux d'épisodes mélancoliques ou maniaques.

-Le caractère massif de l'inhibition, du ralentissement psychomoteur est tout à fait remarquable.

-L'humeur triste, la douleur morale ne sont absolument pas influencées par l'attitude de l'entourage ; rien ne peut ébranler la conviction du mélancolique, enfermé dans son monde, inaccessible à toute approche relationnelle.

-La conduite suicidaire est habituellement gravissime et n'a en aucun cas la valeur d'un chantage, d'une manipulation, d'un appel au secours. Le mélancolique ne cherche plus à communiquer avec autrui ; il est enfermé dans un monde de catastrophe dans lequel il est témoin et juge de ses actions et de ses intentions ;

-Les troubles somatiques sont en général des conséquences du ralentissement et de l'anorexie.

-La chimiothérapie a souvent un effet spectaculaire, alors que la dépression névrotique y réagit peu, mal et incomplètement.

3-3 La dépression masquée :

On parle de « dépression masquée » lorsque le trouble de l'humeur, loin d'être au premier plan, est « masquée » par l'importance des manifestations somatiques et des plaintes hypocondriaques, autant de symptômes qui semblent constituer désormais pour le patient le seul langage par lequel il peut exprimer sa souffrance, le seul moyen de communiquer avec autrui.

3-4 La dépression d'involution :

Elle a été individualisée par Kraepelin en 1896. On la définit habituellement comme un syndrome dépressif apparaissant chez un sujet en période d'involution. A la condition que ce sujet n'ait pas présenté antérieurement de manifestation maniaco-dépressive et que sa dépression ne soit pas manifestement secondaire à une atteinte organique cérébrale (P. Pichot). L'anxiété y serait plus importante, le ralentissement psychomoteur moins marqué que dans la psychose maniaco-dépressive. Soulignons toutefois que l'autonomie étiologique de la dépression d'involution est fort controversée à l'heure actuelle. (Ibid, 2003, p.91-94)

4- La classification de la dépression selon le DSM IV :

-Le trouble dépressif majeur : Est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs (c.-à-d. une humeur dépressive ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaines associées à au moins quatre autres symptômes de dépression).

-Le trouble dysthymiques : Est caractérisé par une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associés à des symptômes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'un épisode dépressif majeur.

-Le trouble dépressif non spécifique : A été introduit afin de pouvoir coder les troubles de caractère dépressif majeur, trouble dysthymiques, trouble de l'adaptation avec humeur mixte anxieuse et dépressive.

-Le trouble bipolaire I : Est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisodes dépressifs majeurs.

-Le trouble bipolaire II : Est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés par au moins un épisode hypomaniaque.

-Le trouble cyclothymique : Est caractérisé par de nombreuses périodes d'hypomanie ne répondant pas aux critères d'un épisode maniaque et de nombreuses périodes dépressives ne remplissant pas les critères d'un épisode dépressif majeur pendant une période d'un moins deux ans.

-Le trouble bipolaire non spécifié : A été introduit afin de pouvoir coder des troubles avec caractéristiques bipolaires qui ne répondent aux critères d'aucun trouble bipolaire spécifique déjà défini dans cette section.

-Le trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale : Est caractérisé par une perturbation thymique marquée persistante évaluée comme étant la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

-Le trouble de l'humeur induit par une substance : Est caractérisé par une modification marquée et persistante de l'humeur jugée comme étant la conséquence physiologique directe d'une substance donnant lieu à un abus d'un médicament d'un traitement de l'état dépressif ou de l'exposition à un toxique.

-Le trouble de l'humeur non spécifié : A été introduit afin de pouvoir coder des troubles comportant des symptômes thymiques qui ne répondent à aucun des troubles de l'humeur spécifiques et trouble bipolaire non spécifiques ex : crises d'agitation.(DSM- IV- TR., 2003, p. 399,400)

5- Le noyau sémiologique commun :**5-1 Le syndrome de ralentissement moteur et psychique :**

-L'activité motrice est plus ou moins modifiée, habituellement dans le sens d'un ralentissement, symptôme souvent couplé avec la modification du fonctionnement psychique évoquée ci-dessous. Le ralentissement touche l'ensemble de la mobilité du corps, et plus particulièrement, la démarche, la mimique, le débit verbal. On observe parfois l'existence d'une agitation.

-L'activité psychique est souvent altérée dans le sens d'un ralentissement ; on parle volontiers d'inhibition psychique pour décrire le ralentissement général des processus intellectuels, la diminution de l'intensité des pulsions instinctuelles normales.

Ainsi, en pratique, le syndrome de ralentissement psychomoteur s'exprime par la lenteur des gestes et de la démarche, la diminution de la mobilité, la monotonie de l'expression et du discours, le ralentissement psychique d'ailleurs douloureusement ressenti, les troubles de la mémoire et de la concentration. Le ralentissement peut aboutir à un monoïdéisme (comme dans la mélancolie), qui correspond à la stagnation sur une idée unique, ou à un anidéisme, qui correspond à l'élimination de tout contenu idéique. La fatigue, ou asthénie, fait aussi partie de ce syndrome, exprimant la perte de l'élan vital qui appartient en même temps à l'humeur dépressive. (Pewzner. E, 2005, p.88)

5-2 L'humeur dépressive :

Dans la dépression, l'humeur est caractérisée par la tristesse, tristesse malgré soi, persistante, incontrôlable, inconsolable. S'expriment souvent par un sentiment d'épuisement « je n'en peux plus », elle peut être longtemps contenue, cachée, voire déniée.

-La mimique, le ton de la voix expriment souvent-mais pas toujours- l'abattement, le découragement.

-La perte d'intérêt pour les autres, soi-même, le monde extérieur fait parler de désinvestissement général.

-Les expressions « hyperthymie douloureuse », « humeur dysphorique », sont volontiers employées. Le terme « dysphorie » désigne en fait une humeur instable, irascible, revêche, entrecoupée parfois de colères agressives.

-L'anhédonie dépressive correspond à l'incapacité douloureuse de ressentir du plaisir dans les activités ou les situations habituellement agréables.

-L'asthénie affective, qui renvoie à l'incapacité d'éprouver des sentiments d'amour pour les êtres chers, est souvent ressentie et exprimée avec une grande culpabilité (mélancolie).

-Dans les formes les plus graves –et c'est bien sûr à la mélancolie que l'on pense_ le déprimé est en proie à une intense douleur moral, exprime des idées d'insuffisance, de dévalorisation, et surtout d'indignité et de culpabilité.

5-3 Les manifestations somatiques :

L'asthénie est habituelle. Fatigabilité pénible, intense, inexplicable, elle donne lieu à des multiples plaintes. La difficulté à agir entretient le vécu dépressif.

Tout dans la tenue et la mimique du déprimé traduit la lassitude et l'épuisement : traits tirés, regard éteint, visage las.

Les troubles sexuels sont fréquents, liés à la baisse de la libido.

Les troubles de l'appétit sont habituels, s'exprimant le plus souvent par l'anorexie, qui a bien ici le sens de « perte d'appétit ».

Le sommeil est toujours perturbé : il s'agit parfois d'hypersomnie, mais l'insomnie est le trouble le plus souvent rencontré. Cette insomnie peut prendre formes variables : les difficultés d'endormissement se voient surtout dans les dépressions anxieuses, il peut agir aussi d'une insomnie du milieu de la nuit ; l'insomnie de fin de nuit, avec réveil douloureux, ruminations morbides, parfois suicidaires, est caractéristiques de la dépression mélancolique. Souvent, l'insomnie est mixte, associant difficultés à l'endormissement, réveils nocturnes et réveil précoce, au petit matin.(Ibid, 2005, p.89)

6-Les causes de la dépression :

Sur le plan clinique, la dépression doit être envisagée comme le résultat de l'interaction d'un ensemble de causes biologiques, organiques, psychologiques, et sociales:

6-1 Les causes biologiques :

On évoque généralement le même dysfonctionnement que dans toutes les dépressions : déficit en épinephrine et en sérotonine. L'efficacité de lithium sur les symptômes et sur l'évolution est nettement en faveur de facteurs neurobiologiques.

6-2 Les causes organiques :

Toute pathologie somatique peut occasionner une dépression. Il en va particulièrement des affections du système nerveux central de certaines infections, cancers, maladies endocriniennes et maladies de systèmes. D'autre part, des états dépressifs peuvent être dus à certains traitements médicamenteux ou entrer dans le cadre de certaines manifestations de sevrage à l'alcool ou aux drogues. (Besançon., 1993, p.52)

6-3 Les causes psychologiques :

Les aspects biologiques, cognitifs, émotionnels et comportementaux du fonctionnement humain sont en constante interaction. Une modification de n'importe lequel de ses aspects a un impact sur les autres. Lorsqu'une personne est dépressive elle a tendance à voir la réalité de façon plus négative amplifie les émotions dépressives. Les interprétations négatives de la réalité et les émotions dépressives influencent le comportement de l'individu, ce qu'en retour a un impact sur les pensées et les émotions. Par ailleurs, la dépression se développe habituellement en réaction à un tresseur (événement problématique, situation douloureuse) dont la vulnérabilité diffère selon l'individu.

6-4- Les causes sociaux et les évènements de vie :

Les causes sociales tiennent une place prépondérante. Ainsi, par exemple, la perte d'un proche a toujours été considérée comme un évènement de vie favorisant les épisodes dépressifs. Les premières études portant sur les facteurs sociaux en lien avec la dépression ont évalué la fréquence des épisodes dépressifs suite au décès du conjoint. L'analyse du rôle des évènements de vie s'est alors portée sur les pertes de manière plus générale, qu'elle soient réelles, potentiellement stressantes ou symbolique. (Palazzolo, J, 2007, p. 24-26)

7-Les facteurs de risques et la personnalité dépressive :

7-1 Les facteurs sociologiques : le risque de dépression est très inégal : les études épidémiologiques montrent en particulier que le sexe féminin (risque relatif multiplié par deux), mais aussi le bas niveau socio-économique, la vie solitaire (veuvage, divorce, séparation) exposent à un risque accru de dépression. Les événements déclencheurs sont en règle des stress psychosociaux ; perte (emploi, conjoint), deuils (d'autant plus qu'ils sont répétés et imprévus), échecs professionnels ou sentimentaux, etc.

La survenue des dépressions peut concerner tous les âges de la vie, avec cependant deux pics : entre 20 et 30 ans, et entre 50 et 60 ans.

7-2 Les modèles psychopathologiques :

7-2-1 La psychanalyse et la personnalité dépressive :

-Entendons par dépressifs le déprimé en puissance, tout sujet qui est en état un jour ou l'autre de présenter un épisode dépressif. Il est évident que nous n'avons pas tous la même tendance à réagir de manière dépressive ; il existe une prédisposition et, possiblement une structure dépressive.

-Le dépressif a un Moi relativement fragile qui risque toujours d'être ébranlé par les événements pénibles ou plus précisément ce qu'il ressent comme tel : les frustrations, les difficultés, les échecs lui font éprouver souffrance intérieure et difficulté à trouver des satisfactions compensatrices dans la vie réelle. Il retire son intérêt au monde extérieur, il éprouve de la douleur, de la souffrance intérieure, il n'a plus envie d'agir de faire quoi que ce soit, il a le sentiment de n'être plus digne d'être aimé.

La culpabilité du dépressif découle de son ambivalence : agressivité dirigée vers l'objet est retournée contre soi. Mais en même temps, la perte de l'objet, conséquence de cette agressivité, est insupportable...

-Chez le dépressif, les relations fondamentales de la prime enfance ont été troublées. En particulier, la perte d'un parent avant l'âge de 15 ans est un facteur de risque important ;

-Ces sentiments de culpabilités intenses et sévères sont toujours retrouvés dans l'épisode dépressif dès lorsqu'il est sévère. Ils sont en rapport avec l'intensité des souhaits hostiles dirigés contre la personne aimée, cette intensité s'accroissant au prorata des manifestations agressives des proches. Il se crée ainsi un cercle vicieux où les pulsions agressives, hostiles, homicides ne pouvant s'exprimer à l'encontre de personnes qui sont aussi chéries par ailleurs ne peuvent que se retourner contre le sujet lui-même (d'où la douleur morale, les sentiments de culpabilité et de honte, les tendances à se meurtrir par besoin d'autopunition). Cette situation conflictuelle et ambivalente est encore renforcée par la force, la rigidité et la cruauté même du Surmoi des dépressifs, tous caractères qu'ils ont intégrés par identification au Surmoi de leurs parents. Leur Idéal du Moi est tout aussi exigeant et son caractère

mégalo-maniaque les empêche de trouver satisfaction dans les plaisirs habituels de l'existence.
(Hanus, M, Louis. O, 2010, p.29-30)

7-2-2-Le modèle cognitif de la dépression (Beck) :

- La dépression apparaît ici comme le résultat d'un traitement erroné de l'information.

Tout individu recèle des schémas inconscients (au sens cognitiviste) :

-se sont les résultats de l'expérience du sujet

- ils contiennent la définition de soi, de l'avenir et du monde

- ils influencent le traitement de l'information à venir, qu'ils peuvent distordre dans leur sens.

Ce sont les processus cognitifs

- ils peuvent être dormants (inactifs et silencieux), ou au contraire activés par des événements précis ;

- ils alimentent le monologue intérieur et les pensées automatiques, lesquelles induisent les émotions et les comportements du déprimé.

- L'analyse fonctionnelle permet de repérer les distorsions cognitives :

- interfaces arbitraire : tirer des conclusions sans preuves.

- sur généralisation : entendre à toutes les situations possibles une expérience négative isolée.

- abstraction sélective : repérer un détail dont les conséquences seront grossies sans tenir compte du contexte.

- maximalisations des événements négatifs et des échecs.

- minimisation des événements positifs et des réussites.

- personnalisation ; surestimer la relation entre l'événement défavorable et soi. A l'inverse, les événements favorables seraient le fait du hasard et le sujet n'y serait pour rien.

-Les cognitivistes voient donc la dépression comme une maladie du traitement de l'information : les TCC proposent au patient de remettre en cause ses schémas. (Ibid,2010, p.31)

8- Les symptômes de la dépression

Il existe plusieurs symptômes qui déterminent la dépression tel que :

8-1 Les symptômes mentaux : humeur dépressive ;

-Douleur morale : pleurs et tristesse, émotivité exacerbée.

-Emoussement affectif : perte de plaisir et d'intérêt.

-Instabilités des affectes : anxiété, instabilité, irritabilité, intolérance (ne supporte plus rien ni personne).

-Idées suicidaires.

8-2 Les symptômes psychomoteurs : inhibition ;

-Bradypsychie (lenteur d'idéation), bradyphémie (ralentissement du débit verbal, allant parfois jusqu'au mutisme), aboulie (indécision, incapacité à se projeter, à organiser l'avenir).

-Replie, isolement, prostration, perte de dynamisme.

8-3 Les symptômes somatiques :

-Troubles de l'alimentation : anorexie ou boulimie avec corrélatives de poids.

-Troubles de sommeil.

-Troubles de la sexualité.

-Somatisation de l'angoisse. (Prudhomme, C, 2009, p.39-40)

9-Le diagnostic positif :

-La perturbation de l'humeur : l'épisode dépressif est une perturbation de l'humeur dans le sens négatif, celui de la tristesse, de la souffrance intérieure. Par « humeur », selon J. Delay: « cette disposition affective fondamentale, riche de toutes les instances émotionnelles et

instinctives, qui donne à chacun de nos états d'âme de tonalité agréable, oscillant entre les deux pôles extrêmes du plaisir et de la douleur »

Il s'agit du tonus affectif de base, oscillant avec une plus au moins grande stabilité, entre un pôle positif, celui du plaisir, et un pôle négatif, celui de la souffrance. Mais ni la tristesse ni la souffrance ne constituent en elles-mêmes un épisode dépressif.

-Durée et retentissement : pour parler d'épisode dépressif et non simplement de sentiment d'émotion ou d'affect dépressif, il faut que cette dépression de l'humeur atteigne une durée et une intensité telles qu'elles entraînent des conséquences significatives. (Hanus. M, Louis. O, 2010, p.23)

1- Sur la vie psychique de sujet :

- Tristesse pouvant aller de la morosité à une intense douleur morale.
- Dégout de la vie : rien n'intéresse le patient hors de la souffrance dont il est prisonnier (perte de plaisir et d'intérêt).
- Cette souffrance est vécue comme un échec et le déprimé doute de sa propre valeur.
- Les opérations de la vie intellectuelles (attention, mémoire, imagination, raisonnement, jugement) ne sont pas altérées mais ralenties.

Elles ne sont pas perturbées en elles-mêmes mais leur fonctionnement est pénible de vivre pour le déprimé. Il a une vision péjorative, pessimiste de lui-même, de l'avenir et du monde (triade de Beck).

2- Sur la vie somatique :

L'altération des fonctions générales est constante et il ne faut pas parler d'épisode dépressif lorsque le syndrome général manque.

- Altération du sommeil qui est : diminué en quantité (insomnie surtout matinale, très évocatrice), parfois augmenté (hypersomnie) ; et perturbé dans sa qualité parce qu'envahi par des ruminations tristes.
- Altération de l'appétit, allant du dégoût alimentaire à l'anorexie totale, équivalent symbolique du suicide, parfois hyperphagie avec prise de poids.

- L'asthénie déborde largement le cadre somatique. Elle est totale ; elle frappe l'intelligence, la motricité, la sexualité, seule l'affectivité douloureuse n'est pas endormie.

Mais la plupart de ces malades ressentent cette lassitude essentiellement sur le plan physique.

En plus du syndrome général, il existe souvent des manifestations psychofonctionnelles variées et des préoccupations hypocondriaques qui peuvent, à l'extrême, être délirantes.

3- Sur la vie relationnelle :

Le contact avec autrui est altéré de manière variable :

- Tantôt le déprimé s'isole et il est très difficile d'entrer en contact avec lui ;
- Tantôt il communique mais uniquement des contenus négatifs ;
- Tantôt il extériorise sa tristesse, son anxiété, sa douleur morale par des cris, des pleurs, des moues, de l'agitation anxieuse ; ce sont alors en général des épisodes mixtes (dépression agitée).

Le déprimé devient incapable d'assurer son rôle familial et d'exercer son activité professionnelle dans les états dépressifs importants.

-Dépressions frustes ou masquées : s'il se présente sous cette forme habituelle, l'épisode dépressif est facilement reconnu. Il reste alors à en apprécier la sévérité et le cadre nosographique.

Mais il existe de nombreux états dépressifs larvés ou masqués derrière un tableau clinique mono symptomatique marqué par la prévalence d'un symptôme ou d'un syndrome :

- Une douleur viscérale non expliquée somatiquement ;
- Une asthénie intense difficilement explicable, la « fatigue d'être soi » ;
- Des troubles de sommeil inexplicables en apparence ;
- Le développement d'une addiction récente à l'alcool ou aux tranquillisants, etc.

-Troubles associés : plusieurs types de troubles se retrouvent fréquemment associés aux états dépressifs. Ils existaient souvent avant même la dépression, ils en favorisent l'apparition : on

parle alors de dépression secondaire. Il peut s'agir de facteurs organiques ou psychiques. Différents troubles psychiques peuvent se compliquer de dépression :

- Anxiété généralisée favorise l'apparition des dépressions à long terme ; de même que les troubles névrotiques durables (TOC, TAG) ;
- Les troubles de la personnalité sont fréquent environ 50% : états limites (impulsivité dans plusieurs domaines, sentiments de vide et d'ennui, crainte des abandons, conduites addictives).

-Sévérité de l'épisode dépressif : il faut évaluer la sévérité de cet épisode dépressif sur :

- le niveau de sévérité : intensité de tableau clinique et retentissement sur l'activité et les relations sociales du sujet ;
- son cadre nosographique : épisode isolé, ou récurrence d'un trouble dépressif ou bipolaire ;
- les idées de mort et de suicide : plus ou moins présentes dans tous les états dépressifs, elles apparaissent comme un aboutissement et un soulagement. Elles vont la velléité au simple fantasme (désir passif), mais peuvent également évoluer vers des projets (désir actif) puis la réalisation (passage à l'acte). Toute mélancolie comporte un risque suicidaire important, parfois inopiné.

Sont considéré comme facteurs de risques :

- le sexe masculin, l'âge avancé, l'isolement social (célibat, habitat rural) ;
- la disponibilité des moyens létaux (armes à feu, toxiques, etc.) ;
- certains aspects: agitation, insomnie rebelle, troubles psychotiques, épisode mixte ;
- des antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires : il semble exister une transmission génétique du risque de suicide. (Ibid, 2010, p.23-25).

10- La prise en charge :

La prise en charge du patient dépressive dépend de la sévérité de l'épisode dépressif, de l'environnement du patient, des habitudes du médecin et des possibilités du patient. Elle a pour but d'améliorer l'humeur, la qualité de vie, de réduire la morbidité et la mortalité et de prévenir les récives.

Cette prise en charge à cause non seulement du risque suicidaire mais aussi du déni du patient à reconnaître sa souffrance. De nombreux patients dépressifs souffrent inutilement en prenant des traitements inappropriés ou, même, en refusant une quelconque prise en charge.

10-1 Le traitement médicamenteux :

Le traitement fait appel aux antidépresseurs dont il existe plusieurs familles :

-les antidépresseurs imipraminiques avec notamment chlomipramine, amitriptyline, dosulépine, maprotiline ;

-**les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine (IRS)** avec deux classes ; Inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine (ISRS), et les inhibiteurs sélectifs de la recapture de la sérotonine et de noradrénaline. Les IRS semblent mieux acceptés que les imipraminiques mais aucune différence significative n'a été observée en termes d'efficacité

-**les IMAO (inhibiteurs de la monoamine oxydase)** qui semblent moins efficace chez les patients atteints de troubles dépressifs majeurs. En revanche, ils auraient une certaine efficacité chez les patients atypiques souffrant notamment de boulimie, d'hypersomnie.

-**les autres antidépresseurs non imipraminiques, non IMAO.**

Dans les épisodes dépressifs sévères, les antidépresseurs sont indispensables. Il est recommandé de choisir l'antidépresseur le mieux toléré, le moins dangereux en cas d'absorption massive et le plus simple à prescrire à dose efficace. Le médecin doit apprécier le risque suicidaire et évaluer la réponse au traitement, l'observance et les effets secondaires à chaque consultation. Une réévaluation de la réponse au traitement est réalisée au bout de 4 à 6 semaines. En l'absence de réponse, un changement d'antidépresseur est indiqué. En cas de réponse partielle, une augmentation de la posologie est nécessaire. Le traitement doit être poursuivi au-delà de la rémission clinique, pendant 6 mois à 1 an. Lorsque les symptômes persistent, une consultation spécialisée voire une hospitalisation sont à envisager. (Gay. B et al, 2003, p107-108)

10-2 La psychothérapie :

La psychothérapie associée au traitement pharmacologique est indispensable pour aider à identifier les causes de la dépression et accompagner la guérison, ce type de traitement fait appelle aux :

10-2-1 La thérapie analytique :

La psychothérapie spécialisée d'inspiration psychanalytique est du ressort du spécialiste. Son indication ne peut être valablement portée que par un psychiatre, puis par le psychothérapeute lui-même. L'indication est fonction de la structure psychique sous-jacente.

Elle intéresse essentiellement les structures névrotiques organisées (névroses hystéro-phobique et névroses obsessionnelles). La spécificité du traitement de dépression réside dans l'intérêt porté aux comportements et aux émotions. Le thérapeute est actif, interprétant le transfert et ses relations avec le conflit actuel. La clarification porte sur le passé, le présent et la relation transférentielle. L'inhibition du déprimé n'est pas très favorable à la liberté des associations, et il vaut souvent attendre une rémission pour entreprendre une cure analytique. Rappelons aussi que les résultats de l'analyse sur les symptômes ne sont pas toujours très bons. (Hanus. M, Louis. O, 2010, p.34)

10-2-2 La thérapie cognitivo-comportemental :

La démarche est très différent ; le thérapeute propose une alliance thérapeutique, le patient et lui sont quasiment sur un pied d'égalité. On peut d'ailleurs indiquer des lectures aux patients (manuel d'auto-traitement). On peut proposer des apports variés, et d'ailleurs complémentaires. Soit comportemental, soit cognitifs.

- **La thérapie comportementale :**

Le renforcement comportemental consiste à augmenter progressivement les comportements qui sont source de satisfaction pour le sujet. Les activités doivent être programmées, en commençant par les plus réalisables et les plus abordables. Différents abords sont possibles :

-La thérapie conjugale :

On propose au conjoint un rôle de cothérapeute en utilisant les techniques d'assertion de soi et notamment de renforcement positif. Il faut repérer un comportement adapté et formuler un

compliment sur un mode personnel, en précisant ses émotions. *« J'apprécie beaucoup la tenue que tu as mise, je trouve qu'elle te va bien, je suis content de sortir avec une femme qui sait porter des tenues qui lui vont si bien. »*

-L'entraînement aux rôles sociaux :

A travers des jeux de rôles, le patient est entraîné à trouver des conduites adaptées et satisfaisantes lors des conflits relationnels.

-La résolution de problèmes :

Il s'agit de poser le problème rencontré en terme adéquats, de lui trouver des solutions et de les mettre en œuvre. Les étapes sont bien codifiées :

- poser le problème en termes de changement positif.
- se documenter si besoin.
- établir sans aucune censure la liste des solutions possibles.
- évaluer les solutions envisagées : conséquences pour soi et pour l'entourage à court, moyen et à long termes.
- prendre une décision.
- mettre en application la décision.
- évaluer le résultat.
- recommencer la procédure si le résultat n'est pas satisfaisant.

Les meilleurs résultats sont souvent une combinaison réaliste de plusieurs solutions partielles ou intermédiaires, organisé de façon cohérente et planifiée dans le temps. la procédure prend du temps et exige des états successifs, mais elle est très efficace et permet de faire évoluer ce qui pouvait jusque-là apparaître comme une impasse névrotique.

-Les stratégies d'ajustement à l'adversité (coping) : faire face. (Ibid, 2010, p. 34-35)

- **La thérapie cognitive :**

La réaction à un évènement se fait par l'évaluation, puis par l'émotion. C'est la séquence évènement-évaluation-émotion. La restructuration cognitive propose de modifier l'évaluation : ce n'est pas l'évènement qui perturbe l'individu, mais l'idée qu'il s'en fait. C'est un des fondements de la philosophie stoïcienne, qui aboutit à penser que « tout ce qui

peut arriver est indifférent et ne te concerne en rien » (Epictète). Le sujet prend ainsi conscience des pensées stressantes, apprend à reconnaître le lien unissant la pensée à l'émotion. Il soumet ses pensées à la critique et peut opter pour des pensées moins stressantes.

La mise à jour des pensées automatiques permet une restructuration cognitive : le déprimé change peu à peu de vision de soi, de l'avenir et du monde (triade de Beck). Il se voit prescrire des tâches, doit tenir un carnet d'autoévaluation et un journal. Devant chaque situation, il lui est proposé de se poser trois questions :

- Quelles sont les preuves de ce que vous avancez ?
- N'y a-t-il pas une autre explication possible que celle que vous proposez ?
- Même si cela est exact, est-ce si grave ?

La modification des schèmes de pensées prend du temps, mais les résultats paraissent aussi bons que ceux des antidépresseurs chez les sujets motivés (bon niveau d'autocontrôle) dont l'intensité de la dépression n'est pas trop sévère.

Dans les dépressions bipolaires (DBP), les résultats sont surtout significatifs sur l'adhésion du patient à son traitement, la prévention des rechutes dépressives et le fonctionnement entre les épisodes de crise. (Hanus. M, Louis. O, 2010, p.34-35)

Conclusion

La dépression est une maladie mentale très grave qui cause un dysfonctionnement de la vie de n'importe quelle personne suite à des circonstances difficiles et nécessite une prise en charge psychologique et psychiatrique.

Partie pratique

Chapitre I

La méthodologie de recherche

Introduction

Dans cette partie nous présentons les différents outils avec lesquels nous essayerons de mettre à l'épreuve notre hypothèse de recherche. Tout travail de recherche suit une méthode et quelques règles et techniques de recherche qui sont des étapes très importantes pour une meilleure organisation et planification d'un travail scientifique.

Premièrement on présentera la méthode utilisée dans notre recherche, ensuite la présentation de la pré-enquête menée à l'hôpital « Khalil Aamrane », puis on va présenter le lieu et les groupes de recherche, à la fin de ce chapitre on va citer les outils utilisés dans notre étude.

1- La méthode utilisée :

Afin de vérifier notre hypothèse de notre thème de recherche qui s'intitule « La dépression chez les parents ayant un enfant diabétiques anxieux » on a opté la méthode clinique, basée sur l'étude comparative, qui est la pertinente et qui répond aux objectifs de notre recherche.

-La méthode clinique :

La psychologie clinique étudie et traite tout « fait » ou « événement » psychologique normal ou pathologique indépendamment de sa cause connue ou supposé. Elle vise la mobilisation des processus proprement psychologique au sein d'une relation donnée.

Selon Lagache, la méthode clinique envisage « la conduite dans sa propre perspective, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la jeunesse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits ». (Chahraoui. K, 2003, p.11)

Elle répond donc aux exigences de référence à la singularité des individus, de prise en compte de la totalité des situations, à la dimension concrète des situations, la dynamique, la genèse. Tout être humain est en conflit tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. Tout être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ces réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie. (Ibid, 2003, p.11)

Pour bien clarifier notre étude, on a opté pour l'étude comparative qui a lieu dans l'environnement naturel. Le chercheur sélectionne deux ou trois groupes qui diffèrent par rapport à une ou des variables précises. Pour ce type d'étude, le critère qui différencie les groupes est une variable indépendante telle que l'âge, le sexe, le niveau d'intelligence, l'origine socio-économique, la pathologie (psychique ou somatique), etc.

Les intérêts et les inconvénients de cette méthode sont les mêmes que ceux de l'approche corrélationnelle. Il est difficile d'établir des relations de causalité dans la mesure où il ne s'agit pas de variations provoquées mais bien de variations invoquées (Reuchlin, 1981). La répartition des sujets au sein des groupes peut être difficile, et il s'agit d'apparier les sujets avec un maximum de critères pour éviter tout biais dans les résultats. L'avantage majeur est de permettre de mettre en évidence des caractéristiques propres à un groupe. (Ibid. 2003, p.129).

2-La pré-enquête :

C'est une étape indispensable dans toutes les recherches en sciences humaines et sociales, car cette dernière c'est une source très importante pour recueillir des informations sur le thème de la recherche, et d'avoir des renseignements sur le terrain concernant le groupe d'étude. Elle permet aussi de bien clarifier le thème de la recherche, et de vérifier sa faisabilité.

Nous avons réalisé des rencontres avec les parents des enfants diabétiques au niveau de CHU de Bejaïa. Puis nous avons sélectionnés des enfants diabétiques anxieux en utilisant une échelle d'anxiété après avoir l'accord de leurs parents.

Nous avons informés ces parents que nos techniques de la recherche auprès d'eux sont : un entretien et une échelle afin d'évaluer leur états psychologique et son influence sur le degré de l'anxiété de leur enfant diabétique.

3-Présentation de lieu de recherche :

- Centre hospitalo-universitaire (CHU) de Khalil Aamrane :

Il est le chef-lieu administratif du secteur sanitaire de Bejaïa, d'une capacité d'accueil de 240 lits il couvre trois daïra (BEJAIA, TICHY, AOKAS) composées à leur tour de sept communes d'une superficie de 460.65 km² comportant ainsi un ensemble de structures d'hospitalisation qui sont comme suit :

- L'hôpital annexe FRANTZ fanon avec 120 lits
- La clinique de gynéco obstétrique de Targa Ouzemour avec 64 lits
- L'hôpital Annexe Aokas 28 lits.

Et d'unités périphériques telles que :

- Centres de santé
- Polycliniques
- Unités de soins

Les différents services administratifs

- Direction générale.
- Direction du personnel.
- Département des services économiques équipe et infrastructures.
- Département des services sanitaires.

- **Les différents services de soins**

Comme tout organisme l'hôpital se compose d'une administration gérante et de différents services d'exécution qui sont dotés du potentiel humain (médecins spécialistes, généralistes, infirmiers et personnel d'entretien) divisés en deux catégories :

- **Plateau technique**

- Radiologie, urgences médicales, chirurgicales
- Laboratoires
- Bloc opératoire
- Centre de transfusion sanguine.

- **Service d'hospitalisation**

- Service de pédiatre
- Service de médecine interne (homme; femme)
- Service d'orthopédie (homme; femme)
- Service de chirurgicale Service de chirurgie viscérale (homme; femme).

4- Le groupe d'étude:

Les tableaux N°1, 2 et 3 ci-dessous comportent le groupe d'étude, le groupe témoin et le groupe d'enfant sur les quels on va effectuer notre recherche.

4-1 Groupe d'étude (les parents dépressifs)

	Nom	Age	Sexe	Niveau d'instruction	Profession
1	Mansour	57 ans	Masculin	1 ^{ere} AP	Agent
	Nadia	49 ans	Féminin	Analphabète	Femme au foyer
2	Ldjida	55 ans	féminin	Analphabète	Femme au foyer
3	Salim	43 ans	Masculin	6 ^{eme} AP	Menuisier
	Layla	36 ans	Féminin	9 ^{eme} AM	Femme au foyer
4	Fatiha	43 ans	Féminin	Analphabète	Femme au foyer

Tableau n°1: récapitulatif des caractéristiques de groupe d'étude

«Les parents dépressifs »

4-2 Groupe témoin (les parents non dépressifs)

	Nom	Age	Sexe	Niveau d'instruction	Profession
5	Nora	49 ans	Féminin	BAC	Enseignante au lycée
6	Fadhila	35 ans	Féminin	9 ^{eme} AM	Femme au foyer
7	Salima	36 ans	Féminin	Universitaire	Infermière
8	Lydia	45 ans	Féminin	Universitaire	Agent comptable

Tableau n°2: récapitulatif des caractéristiques de groupe témoin

«Les parents non dépressifs»

4-3 Le groupe de recherche « enfants »

	Nom	L'âge	Le sexe	Niveau scolaire	Type de diabète	Etat psychologique
1	Anis	10 ans	Masculin	5 ^{ème} AP	DID	anxieux
2	Imène	12 ans	Féminin	1 ^{ère} AM	DID	anxieux
3	Adam	10 ans	Masculin	4 ^{ème} AP	DID	anxieux
4	Melissa	11 ans	Féminin	3 ^{ème} AP	DID	anxieux
5	Walid	09 ans	Masculin	3 ^{ème} AP	DID	anxieux
6	Cylia	12 ans	Féminin	1 ^{ère} AM	DID	anxieux
7	Céline	12 ans	Féminin	1 ^{ère} AM	DID	anxieux
8	Ania	11 ans	Féminin	5 ^{ème} AP	DID	anxieux

Tableau n°3: récapitulatif des caractéristiques de groupe d'enfant

Remarque : dans notre groupe d'étude certains cas présente d'autres maladies, mais on ne les a pas pris en considération.

5- les outils de la recherche :

Pour effectuer notre recherche sur le terrain et vérifier nos hypothèses on s'est basé sur trois (03) techniques :

- L'entretien Clinique.
- L'échelle de Beck pour mesurer la dépression chez les parents.
- L'échelle de R-CMAS pour mesurer l'anxiété chez l'enfant.

5-1 L'entretien clinique :

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de discipline dans le champ des sciences humaines et sociales ; c'est une technique indispensable pour avoir accès aux informations subjectives des individus. (K. Chahraoui H. Bénony, 2003, p.141)

Selon le dictionnaire du Petit Robert ; l'entretien est comme ; action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes.

Dans l'entretien clinique, le clinicien est présent comme interlocuteur vivant et bienveillant, le but fondamental est de laisser parler le client, de lui permettre de parvenir à parler s'il a quelques difficultés à faire, pour qu'il dise ce qu'il a à dire, ce qu'il veut dire, ce qu'il peut dire. (Chiland. C, 1983, p. 17)

L'entretien clinique, comme tout entretien, suppose de la parole, une forme de dialogue, entre des interlocuteurs. Il offre l'opportunité, la possibilité à un sujet (divisé) de dire, de se dire, et d'être écouté par un autre qui, par sa disposition d'écoute, invite à la parole. Mais, plus encore, il ouvre au possible, pour ce sujet, d'être entendu et d'entendre ce qui se dit, ce qu'il dit. (ibid ,1983,p 18)

L'entretien est donc la technique principal sur laquelle s'appuie le psychologue, quelque soit son but de recherche.

On a utilisé l'entretien pour avoir des informations concernant notre thème de recherche et aussi pour préparer les sujets à la passation du test.

L'entretien clinique comprend trois types : l'entretien directif, l'entretien non directif et l'entretien semi directif dont on s'est basé ;

5-1-1 L'entretien semi directif :

Dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien avec plusieurs questions préparés à l'avance mais non formulés d'avance et qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais aux moments opportun de l'entretien clinique.

Le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet ; ce qui est proposé avant tout une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. Il interrompt pas le sujet, laisse associer librement, mais seulement sur thème proposé. (K. Chahraoui H. Bénony, 2003, p.143)

5-1-2 Le guide d'entretien : notre guide d'entretien est composé de six axes

Axe 1 : information personnelle.

Axe 2 : présentation de l'enfant.

Axe 3 : Annonce et découverte de la maladie de l'enfant.

Axe 4 : la relation parent-enfant.

Axe 5 : information sur la dépression.

Axe 6 : information sur l'avenir.

Le guide d'entretien est présenté voir l'annexe N°I.

Dans notre pratique nous avons changé les noms de nos patients, afin de garder leurs anonymats, et nous avons traduit les questions du français au Kabyle, pour les personnes qui ne maîtrisent pas la langue française.

5-2 L'inventaire de dépression de Beck BDI II

C'est en 1961, que l'inventaire de dépression de Beck, a été publié pour la première fois par le psychiatre « **Aaron T. Beck** » et révisé en 1966 pour tenir compte notamment des critères diagnostiques actuels de la dépression.

Le test de dépression de **BECK**, est composé de **(21)** items concernant des symptômes de dépression tels que la tristesse, pessimisme, échec dans le passé, perte de plaisir, sentiment de culpabilité, sentiment d'être puni, sentiment négative envers soi-même, attitude critique envers soi, pensées ou désirs de suicide, et pleures..... (Http // : www. Etat dépressif. Com)

5-2-1 L'utilisation clinique

Le BDI II permet d'évaluer la sévérité de la dépression chez le patient (adulte et adolescents à partir de 16 ans). Le BDI II est élaboré comme un indicateur de la présence et de la sévérité des symptômes dépressifs correspondant aux critères des DSM IV et non comme une mesure spécifique de diagnostic.

Il faut être très prudent lorsqu'il est utilisé comme seul instrument diagnostique car la dépression peut être associée à des divers troubles diagnostiques primaires allant du trouble panique à la schizophrénie.

Bien que le BDI II soit facile à administrer et à coter, seuls des professionnels possédant une bonne expérience clinique devrait l'interpréter. (A.T. Beck, .R, A et Brown, 1998, p.46)

5-2-2 La consigne

Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés, veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti (e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui, encrer alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encrer ce chiffre. Assurer-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe N°18 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe N°18 (modification de l'appétit). Les items sont présentés voir l'annexe N°II. (M.Bouvard, J. Cottraux. 1996, p, 186)

5-2-3 Mode de Cotation :

Chaque item est constitué de (4) phrases correspondant à (4) degrés d'intensité croissante d'un symptôme, sur échelle de (0 à 3). Dans le dépouillement, il faut seulement tenir compte de la cote la plus forte choisie pour une même série. La note globale est obtenue en additionnant les scores de (21) items.

5-2-4 Classement des niveaux de dépression selon Beck :

Dans le tableau N°4, nous allons présenter les notes totales et leurs niveaux de dépression selon Beck.

Note totale	Niveau
(0-11)	Pas de dépression
(12-19)	Dépression légère
(20-27)	Dépression modérée
(28-63)	Dépression sévère

Tableau n°4 : classement des niveaux de dépression selon Beck

5-3 Echelle révisée d'anxiété manifeste R-CMAS

L'échelle d'origine d'anxiété manifeste pour enfant (CMAS) a été très utilisée en clinique et en recherche. Plus d'une certaines d'articles ont été publiés témoignant de l'utilité de la CMAS. L'expérience clinique de Reynolds et Richmond auprès d'enfants présentant des

troubles émotionnels a montré que la CMAS est adaptée au dépistage et à l'identification de la nature de l'anxiété éprouvée par les enfants.

5-3-1 Administration de l'échelle

La R-CMAS, sous-titrée « ce que je pense et ce que je ressens », se présente comme un instrument d'auto-évaluation, composé de 37 items, conçu pour évaluer le niveau et la nature de l'anxiété chez l'enfant et l'adolescent de 6 à 19 ans, à partir de 9 ans et demi, si l'enfant a un niveau de CE2 en lecture, la R-CMAS peut être facilement administrée en épreuve de groupe.

Cet instrument peut être administré en passation individuelle ou collective. L'enfant répond à chacune des affirmations entourant une réponse « Oui » ou « Non ». Une réponse « oui » traduit le fait que l'item est descriptif des sentiments ou des actions de l'enfant, alors qu'une réponse « Non » indique le fait que l'item n'est généralement pas descriptif. Si l'enfant a des difficultés à lire ou à entourer la réponse appropriée, les items peuvent être lus par le psychologue et les réponses données peuvent être entourées par celui-ci.

5-3-2 La consigne

La consigne pour l'enfant, imprimées sur la première page du questionnaire.

« Voici quelques phrases sur ce que les gens ressentent et pensent deux-mêmes. Lis attentivement chaque phrase. Entoure le mot « oui » si tu pense qu'elle est vraie pour toi. Entoure le mot « non » si tu pense qu'elle ne te concerne pas. Répond à chacune de ces questions, même si pour certaines tu a de mal à prendre une décision. N'entoure pas à la fois le « oui » et le « non ». Écris simplement ce que tu pense et ce que tu éprouves à propos de toi-même.

Rappelle-toi, après avoir lu chaque phrase, que tu dois te demander : « est-ce qu'elle est vraie pour moi ? ». Si c'est le cas, entoure le « oui ». Si ce n'est pas le cas, entoure le « non ». »

5-3-3 Mode de cotation

La R-CMAS comporte 5 notes. La note totale d'anxiété est basée sur 28 items. Ces 28 items sont regroupés en trois sous-échelles d'anxiété :

-Anxiété physiologique comprend : 1-5-9-13-17-19-21-25-29-33.

-Inquiétude/hypersensibilité : 2-6-7-10-14-18-22-26-30-34-37.

-Préoccupations sociales/concentration : 3-11-15-23-27-31-35.

-Mensonges : 4-8-12-16-20-24-28-32-36.

La note brute de chaque sous-échelle représente le nombre total d'item pour lesquels le sujet a répondu « oui » à cette sous-échelle.

Les trois sous-échelles sont indépendantes ;

-sous-échelles d'anxiété physiologique : 10 items sont associées aux manifestations somatiques d'anxiété tel que les difficultés d'endormissement, fatigue.

-sous-échelle Inquiétude/hypersensibilité : 11 items sont des préoccupations obsessionnelles vague et mal définis dans l'esprit de l'enfant et la peur d'être blessé ou isolé affectivement.

-la sous-échelle de préoccupations sociales/concentration : 07 items sont ; des problèmes sociales/ peur sociale, interpersonnelle conduisent à des difficultés d'attention et de concentration.

-l'échelle de mensonge : 09 items ; vise à détecter l'acquiescement, la désirabilité sociale ou la falsification délibérée de réponse. Une note élevée devrait amener le psychologue à déterminer si l'enfant a réellement donné une réponse valide à l'échelle d'anxiété ou s'il a simplement entouré le « oui » à chaque item pour faire plaisir au psychologue. Les items sont présentés voir l'annexe N°III. (Cecil, R et al, 1978, p.11-12)

5-3-4 Classement des niveaux d'anxiété selon la note standard

Dans le tableau N°5, nous allons présenter les notes totales et leurs niveaux de l'anxiété selon la note standard.

Note totale	Niveau à la note standard
(40-50)	Pas d'anxiété
(50-60)	Anxiété légère
(60-70)	Anxiété modérée
>à70	Anxiété élevé

Tableau N° 5 : classement des niveaux d'anxiété selon la note standard

6- Le déroulement de la recherche :

Notre stage s'est déroulé durant une période de 40 jours s'étalant de 05/04/2015 au 14/05/2015 au Chu de Bejaia, après avoir l'accord favorable de psychologue et de directeur de lieu.

On a tenté un contact avec les parents de ces enfants diabétiques anxieux, on a essayé de gagner leur confiance et d'expliquer le but de notre recherche.

En assurant la confidentialité et l'anonymat et les résultats des 02 échelles. Dans notre pratique nous avons changé les noms de nos patients et leurs habitats, afin de garder l'anonymat. En suite on a réalisé notre entretien en fonction de leur disponibilité et leur compréhension et après on a appliqué la passation des 02 échelles.

Les entretiens ont été effectués dans la salle de colloque pourvu de la non disponibilité de bureau de psychologue, les questions du guide d'entretien ont été posées en longue française, pour les personnes qui maitrisent cette langue, et nous avons traduit les questions du français au Kabyle, pour les personnes qui ne connaît pas cette langue.

Conclusion

La méthode de recherche en psychologie clinique permet d'assurer une meilleure organisation de travail de la recherche, ce qui permet une bonne compréhension de déroulement de la démarche adoptée.

Chapitre II

Présentation, analyse des résultats et discussion de l'hypothèse

Introduction

Dans cette partie de notre travail, nous allons faire l'interprétation et l'analyse des résultats de l'entretien, l'échelle de Beck et l'échelle R-CMAS dans le but de confirmer ou d'infirmer des hypothèses émises au début de notre travail.

1- présentation des cas et analyse des résultats :

1-1 Présentation du premier cas « Mansour, Nadia » :

M^f Mansour âgé de 57 ans et M^{me} Nadia âgée de 49 ans, marié depuis 34 ans, père et mère de 5 enfants, dont l'un de ses enfants (Anis) est atteint de diabète il y'a deux ans, ils demeurent à Sidi-Aich de la wilaya de Bejaia, le père a été déscolarisé à la première année primaire et la mère n'a jamais fréquenté l'école. Le père est le premier de la fratrie de 04 personnes, dont l'un de ses frères âgé de 45 et une sœur de 43 ans sont célibataires, et qui sont toujours sous sa responsabilité. Il est issu d'une famille pauvre, père décidé et mère sans profession.

M^f Mansour travail comme agent de sécurité dans une entreprise privée avec un salaire moyen, et M^{me} Nadia est une femme au foyer.

1-1-1 Analyse de l'entretien :

Notre entretien s'est déroulé sans difficulté et sans hésitation, car les parents ont été coopératifs.

Au cours de l'entretien Nadia révèle qu'elle a eu des difficultés dans sa vie, et cela a partir de ses dires, elle présenta son enfant Anis comme étant un enfant inattendu, c'est depuis la que ses problèmes avec son mari ont commencé, elle raconte : « nemsefham nek d wargasiw mi nes3a rev3a n darya oudn-renoy-ara wayed, maana alah ghaleb, yefkayithid rebi, s g-imiren nek d chwal yides », « on s'est mis d'accords après avoir quatre enfants, qu'on aurai plus d'autre, mais dommage, c'est dieu qui me la donné, depuis ce temps la, je vivait dans les problèmes ».

Elle raconte que lors de l'annonce de la maladie de son enfant Anis âgé de 10 ans, a réactivé ses premières souffrances vécues de sa fille Siham âgée de 18 ans qui est aussi diabétique, elle a atteint avant Anis de 1 an, elle racontait que ses problèmes sont devenu insupportables de plus en plus, et reproche tout cela à son mari, en disant que « d netta id sebba nkoulech, iskarhiyi lhayatiw », « c'est lui qui est la cause de tout, il ma fait détesté ma

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

vie ». Et Mansour intervient en disant qu'elle est seul la cause de tout, « la pression de travail, la surcharge à la maison, les enfants, mon frère, ma sœur, c'est difficile pour moi, mais j'ai jamais été la cause.

D'après la conversation de Mansour et Nadia, on a remarqué qu'ils vivent dans un contexte conflictuel, ce qui influence sur les membres de la famille, notamment Anis.

On a constaté que les comportements d'Anis s'aggraves depuis qu'il a atteint le diabète, et cela d'après les dires de ses parents, ils racontent qu'il est devenu très agité et même insupportable, il se dispute avec ses sœurs et ses frères, il fait trop de soucis concernant son mode de vie, il se plaint de tout.

Comme elle éprouve un sentiment de punition, un désespoir dans les paroles suivantes : « désespirighe nnighes ahath dhlakhlas ikhalsagh syess », « je suis désespérée, c'est une punition pour moi », elle présente aussi un grand pessimisme dans « zzaragh kollach dhavarken galhayatiw », « je vois tout noire dans ma vie »

Les journées de Nadia sont devenues pénible dit-elle, je me réveille le soir pour penser, je pleure, et beaucoup de choses me passe par la tête, ce qui veut dire qu'elle n'arrive pas à passé des journées et des nuits normales, et cela depuis longtemps.

Ce qui augmente la souffrance de Nadia est son mari, il la culpabilise pour les comportements de ses enfants surtout Anis, car elle les néglige au maximum, c'est pour cela qu'ils sont devenus insupportables disait le père.

Il raconte ; « quand je pense a mes enfants, je vois directement mon passé, mes frères, mes sœurs... », il a passé une enfance très difficile et dure à supporter, « j'ai perdu mon père à l'âge de 9 ans, on a vécu des moments très difficile, j'étais l'aîné de mes frères, ce qui ma poussé à chercher de travail pour vue de notre situation économique. Mais maintenant je regrette de ne pas continuer mes études pour au moins avoir un travail qui couvrira mes dépenses, « avoir deux enfants diabétiques, s'en occuper de mon frère et ma sœur, j'en peux plus ».

Après l'analyse de l'entretien, nous avons constaté que les comportements de Nadia et Mansour aggravent la situation de Anis et influent sur son état psychique, et cela pourvu la négligence, perte d'intérêt, et être un enfant inattendu.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

1-1-2 Présentation et analyse de l'échelle de premier cas :

-Inventaire de dépression de Beck BDI II de Nadia

Dans le tableau N°6, nous allons présenter les résultats obtenus par Nadia :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
0		x	x																		
1	x					x			x			x		x	x						
1a																					
1b																					
2				x			x			x									x		x
2a																					
2b																					
3					x			x			x		x				x			x	
3a																					
3b																x		x			

Tableau N°6 : les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Nadia

La dépression chez Nadia est sévère d'une note de T=40, situé entre (28 et 63) sur l'échelle de Beck.

-Analyse de l'échelle:

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que Nadia est atteinte d'une dépression sévère, par le fait que presque tous les items existants dans l'échelle sont considérés comme des signes indicateurs d'une dépression.

On constate que la majorité des scores que Nadia a coté se trouvent entre élevés et très élevés. Ceci-dit, que plusieurs signes montrent le cas dépressif chez elle.

Les signes qui montrent un degré très élevés de la dépression sont les (08) réponses qu'elle a coté de degré (03), qui sont ; **l'item N° 5** sur sentiment de culpabilité, **l'item N°8** sur l'attitude de critique envers soi, **l'item N° 11** sur l'agitation, **l'item N°13** sur l'indécision, **l'item N°16** sur la modification dans les habitudes de sommeil, **l'item N°17** sur l'irritabilité, **l'item N°18** sur la modification de l'appétit et la fatigue. Ces réponses font signe de malaise physique et moral, se sont des éléments très marquants de la dépression chez Nadia.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

Dans le tableau N°7, nous allons présenter les résultats obtenus par Mansour :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
0																					
1	x	x	x	x	x		x		x	x		x	x	x					x		x
1a																					
1b																					
2								x			x				x					x	
2a																					
2b																		x			
3						x										x	x				
3a																					
3b																					

Tableau N°7 : les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Mansour

La dépression chez Mansour est sévère d'une note de T=32, situé entre (28 et 63) sur l'échelle de Beck.

-Analyse de l'échelle:

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que Mansour est atteint d'une dépression sévère, par le fait que presque tous les items existants dans l'échelle sont considérés comme des signes indicateurs d'une dépression.

On constate que la majorité des scores se trouvent de degré (01). Ceci-dit, que plusieurs signes montrent le cas dépressif chez le sujet.

Il a coté (13) réponses de degré (01), **l'item N°1** sur la tristesse, **l'item N°2** sur le pessimisme, **l'item N°3** sur échec dans le passé, **les items N°4-5-7-9-10-11-12-13-14-19-20** qui sont ; perte de plaisir, sentiment de culpabilité, les sentiments négatifs envers soi-même, les pensées ou désirs de suicide, au pleurs, l'agitation, la perte d'intérêt, l'indécision, la dévalorisation, les difficultés à se concentrer, et la fatigue.

Il a donné (04) réponses de degré (02), dont **l'item N°8** sur la critique envers soi, **l'item N°11** sur l'agitation, **l'item N°15** sur perte d'énergie, et **l'item N°20** sur la fatigue.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

Il donné (03) réponses de degré (03), dont l'**item N°6** sur le sentiment d'être puni, l'**item N°16 et 17** sur la modification dans les habitudes de sommeil et l'irritabilité.

1-1-3 Présentation de l'échelle de cas « l'enfant Anis » :

-L'échelle de R-CMAS

Dans le tableau N°8, nous allons présenter les résultats obtenus par Anis :

	Note brute	Percentile	Note T ou note de standard
Note totale	25	99	82
I.	8	96	15
II.	7	85	13
III.	5	93	14
IV.	5	72	12

Tableau N°8 : les résultats obtenus de l'échelle R-CMAS d'Anis.

A la R-CMAS, Anis obtient une note standard de 12 à la sous-échelle de Mensonge et une note Totale d'Anxiété de 82. Ses notes standard aux trois sous-échelles sont de 15 en Anxiété physiologique, 13 en Inquiétude/Hypersensibilité et 14 en Préoccupations sociales/Concentration.

-Analyse de l'échelle :

Les résultats d'Anis vont dans le sens d'un niveau d'anxiété invalidante, extrêmement élevé.

L'anxiété d'Anis, le rend incapable de faire face à la vie, d'après les dires de ses parents ; sa situation se détériore.

Parmi ses réponses significatives sur l'échelle, Anis se met facilement en colère et a des difficultés d'endormissement, ce qui indique qu'il est anxieux physiologiquement. Il se trouve inquiet et manifeste des peurs, ce qui prouve son hypersensibilité. Les préoccupations majeurs de Anis est qu'il se perçoit comme n'étant pas assez bien, assez efficace. Par rapport aux autres.

Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien et de l'échelle de dépression de Beck des parents, et l'analyse de l'échelle de l'anxiété R-CMAS de l'enfant, on a constaté que les problèmes conjugaux et familiaux sont en accord avec le profil élevé de l'anxiété d'Anis.

Si l'enfant a de la difficulté à obtenir de ses parents le soutien et la réaction appropriée, il peut éprouver un sentiment d'impuissance ou de manque de contrôle qui pourrait le rendre encore plus anxieux.

1-2 Présentation du deuxième cas « Ldjida »

M^{me} Ldjida est âgée de 55 ans, mariée ayant deux filles et trois garçons, sans profession (femme au foyer), elle demeure à Sidi-Ahmed de la wilaya de Bejaia. Elle n'a jamais fréquenté l'école, leur niveau socio-économique est moyen.

1-2-1 Analyse de l'entretien

Pendant l'entretien, on a remarqué que M^{me} Ldjida était stressée, Et elle s'est montrée mal dans sa peau.

Elle nous a raconté que sa fille Imène âgée de 12 ans était hospitalisée à cause d'une maladie dans l'intestin grêle, Imène est diabétique depuis qu'elle a 6 ans « « ma-ra tilagh ar-walnis, gharaghed ikel lmahna i3achegh mi di-veda lhlakiw », « quand je regarde dans ses yeux, je lis tout la souffrance que j'ai vécue dans mon enfance quand j'étais à la première étape de ma maladie », « thoughal the tekalik mlih, da nechthayi i ttijane outhes3ara thi-mdukhal », « elle est devenue très anxieuse, à cause de ça elle n'a pas d'amis ». Ldjida a valorisé les bonnes notes de sa fille à l'école, mais suite à sa maladie elle n'arrive plus à la gérer, elle a totalement changé, elle s'intéresse plus à la réussite scolaire.

Tout ça a provoqué de la culpabilité chez Ldjida, elle est très déçue par les comportements de sa fille car elle veut plus assister à ses cours, d'où la mère a peur que sa fille suive le même chemin que celui de sa sœur et d'abandonner les études, elle s'inquiète aussi par rapport à ses habitudes alimentaires et du sommeil.

Ldjida révèle qu'elle a eu beaucoup de problèmes, son passé était purement pénible elle souffre d'une hypertension depuis l'âge de 13 ans, actuellement elle suit un traitement médicamenteux (elle prend des calmants pour s'endormir), d'après elle, elle a vécu beaucoup

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

de problème au sein de sa famille et s'est illustré dans sa réponse « 3achegh g-lmahna, arnou tarvga n khamsa ndarya you3ar » « j'ai vécu dans la misère, et plus de ça, élevé cinq enfant est difficile », elle disait que sa première fille âgée de 25 ans a raté son baccalauréat a cause d'un problème de santé car elle n'as pas pu avoir des soins médicaux a cause de leur situation financier, et un de ses fils actuellement âgée de 30 ans s'est bruler a l'âge de 13 ans (son ami de son âge la brulé avec de l'acide sur son corps), « s-gemi é-ggdra wncchtha l3akliyas ikel the3awed », « depuis cet accident sa mentalité est totalement changé », son fils est devenu défiguré.

Les signes indicateurs de la dépression chez Ldjida sont aussi marqués dans sa fatigabilité, qui est indiquée « un rien me fatigue », par apport aussi à ses habitudes alimentaires elle n'a plus d'appétit, elle est devenu sensible, elle s'énerve facilement, elle se sent triste. D'après ce qu'elle a dit « même si je vous parais bien, mais personne ne sais ce que je ressens a l'intérieure ».

1-2-2 Présentation et analyse des résultats des l'échelle de deuxième cas :

-Inventaire de dépression de Beck BDI II de Ldjida

Dans le tableau N°9, nous allons présenter les résultats obtenus par Ldjida :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
0																					
1		x	x	x	x	x	x	x	x		x										
1a																					
1b																x					
2										x		x	x	x					x	x	
2a																					
2b																					
3	x														X		x				x
3a																		x			
3b																					

Tableau N°9 : les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Ldjida

La dépression chez Ldjida est sévère avec une note d'un total T= 37 situé entre (28 et 63) sur l'échelle de Beck.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

-Analyse de l'échelle de cas

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que Ldjida est atteinte d'une dépression sévère, par le fait que presque tous les items existants dans l'échelle sont considérés comme des signes indicateurs de la dépression chez elle.

On constate que la majorité des scores se trouvent entre élevés et très élevés. Ceci-dit, que plusieurs signes montrent le cas dépressif chez le elle.

Les signes qui montrent un degré très élevés de la dépression sont ; **l'item N° 1** sur tristesse, **N° 15** sur la perte d'énergie, **N° 18** sur la modification de l'appétit, **N° 21** sur la perte d'intérêt pour le sexe, ces items comptent un scores de (3), font signe de malaise actuel dans la peau de Ldjida, ces réponses sont des éléments très marquants de la dépression.

Parmi les symptômes de la dépression on rajoute, les pleurs à **l'item N° 10**, la perte d'intérêt à **l'item N° 12**, et l'indécision à **l'item N° 13**, ces items prennent un scores de (2), ils illustrent que Ldjida est plongée dans une profonde tristesse ou elle n'arrive pas à s'en sortir.

Ainsi, les **items N° 14** sur la dévalorisation, et **l'item N° 20** sur la fatigue, comptent un scores de (2), font signe d'un ennui profond et mauvaise image de soi.

Les signes qui montrent un degré moins élevé avec un score de (1), représentent le pessimisme, l'échec dans le passé, perte de plaisir, le sentiment de culpabilité, sentiment d'être puni, l'attitude critique envers soi, modification dans les habitudes de sommeil, ses items font aussi preuve d'une humeur dépressive.

On constate que la majorité des scores se trouvent entre élevés et très élevés. Ceci-dit, que plusieurs signes montrent le cas dépressif chez Ldjida.

1-2-3 Présentation de l'échelle de cas « l'enfant Imène »

-L'échelle de R-CMAS

Dans le tableau N°10, nous allons présenter les résultats obtenus par Imène.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

	Note brute	percentile	Note T ou note standard
Note totale	25	99	75
I.	8	96	15
II.	10	97	16
III.	2	56	10
IV.	5	81	13

Tableau N°10 : les résultats obtenus de l'échelle R-CMAS d'Imène.

A la R-CMAS, Imène obtient une note standard de 13 à la sous-échelle de mensonge et une note totale d'anxiété de 75. Elle a une note standard de 15 en anxiété physiologique, de 16 en inquiétude / hypersensibilité et de 10 en préoccupation sociales/ concentration.

-Analyse de l'échelle

Les résultats d'Imène vont dans le sens d'un niveau d'anxiété élevé.

Parmi ses réponses significatives sur l'échelle, la plupart des réponses sur l'anxiété physiologique ont une note élevés tel que ; la transpiration des mains et la fatigue. Ainsi une inquiétude et une hypersensibilité qui sont très marquantes chez elle. Avec la présence des difficultés d'attention et de concentration.

Synthèse

D'après l'analyse de l'entretien et de l'échelle de dépression de Beck de la maman, et l'analyse de l'échelle de l'anxiété R-CMAS de l'enfant, on a constaté que Ldjida souffre d'une dépression sévère et Imène est très anxieuse et son anxiété est raisonnablement élevé pour interagir avec son attention à l'école ainsi qu'avec ses capacités à développer des relations sociales et interpersonnelles adaptés.

1-3 La présentation du troisième cas : « Salim, Layla »

M^r Salim âgé de 43 ans, travaille comme chef menuisier a l'université de Bejaia, et Layla est âgée de 36 ans, qui a un niveau de 9^{ème} AM, ils ont deux enfants dont l'ainé est une fille âgée de 12 ans. Et un petit garçon (Adam) âgé de 10 ans. Ils demeurent à la wilaya de Bejaia.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

1-3-1 Analyse de l'entretien

Pendant la passation de l'entretien Layla était coopérative avec nous, elle a répondu à nos questions avec une bonne participation. Durant toute la séance son grand souci était la souffrance de son enfant,

La dépression chez Layla se manifeste dans ses comportement, des soupirs, des silences, des pleurs, et aussi par sa pâleur, sa fatigue, et les cernes autour des yeux, ce qui indique le manque de sommeil chez elle.

Sa dépression se remarque clairement dans ses dires qui sont surtout focalisés sur ses difficultés avec son enfant, c'est à partir de là qu'on a déduit que ; Le diabète a fait son apparition lorsque leur garçon avait 04 ans, et les circonstances étaient dures et mal vécues par les deux parents et pas seulement l'enfant.

La maman a confirmé sa maladie suite au décès du cousin de leur fils de son âge. Mais avant 05 chocs successifs ont été vécus par toute la famille (mère, père et enfant);

A l'âge de 03 ans Adam et son cousin ont déclenché un incendie à l'aide d'un briquet, ils jouaient dans le jardin ; racontait sa mère, tout d'un coup elle sentait du fumet venue du jardin, elle a trouvé son enfant devenu tout pâle, et a uriner dans son pantalon.

Une fois de plus, ils ont vécus un autre choc causé par un accident de voiture, cette dernière l'a renversé et le chauffard s'est enfui sans laisser de traces.

Le choc qui s'ensuit été causé par lui-même, il a tenu un couteau dans les mains, la maman a voulu lui l'enlevée, mais à force qu'il voulu pas le lâcher, la maman s'est blessé dans le doigt, y'avait plein du sang partout, lorsque Adam a vue ce sang il s'est évanoui.

Un jour, la maman a pris ses deux enfant sur la Terrasse, elle leur coupés les angles, elle fini avec Adam, en jouant à la bicyclette il tomba de deuxième étage, hospitalisé de 03 jours.

Et le dernier choc est celui qui a déclenché ou grâce à quoi ils ont découvert le diabète ; Adam a été avec son cousin de son âge, ils été comme des frères disait la mère, ils joués dehors et une voiture a renversé le cousin et morue sur place. Adam a assisté à ce tragique accident depuis là, il na pas prononcé un mot, en rentrant à la maison il a vu sa propre mère s'évanouir devant ses yeux.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

Trois jours après, Adam avait une fièvre et l'on remarqué qu'il a beaucoup maigrie, ce qu'il a poussé le père a l'emmené à l'hôpital, et c'est la que les médecins ont diagnostiqué Adam d'acidose diabétique.

Layla s'est évanouit lorsque le médecin nous a dit que votre fils est atteint de diabète disait le père.

Layla dit ; « khelaagh imidenan emim yessaa sker, dneki is-ikhemen aka, achhal fi di3eda, machi dyiweth, machi snath, ighadiyi netta, thghadiyi laamriw », « argaziw iqariyid d kem id sebbas, as kamel d laayat feli », « j'étais choqué quand ils m'ont dis que ton enfant est atteint de diabète, c'est moi qui lui a fait ça, il a passé par combien des choses, pas une pas deux, il me fait de la peine, ma vie aussi me fait de la peine », « mon mari me dit toujours que c'est de ta faute tout ça, il cris toujours sur moi ». Par ici Layla se culpabilise, et éprouve des sentiments de punition et de désespoir,

« oug tghamay ara g yiwen oumkan, l'appétit walou, ites walou » qui veut dire que que Adam est très agité (il bouge), il n'a pas d'appétit et a des difficultés d'endormissement disait la mère.

La mère nous a raconté qu'Adam était un enfant posé malgré tout ce qu'il a vécu avant. Il était petit lorsque il a atteint le diabète, dans ce moment la il a vécu des changements mais pas comme cette année. Maintenant, on a même des difficultés à avoir une discussion avec lui. Ses enseignants se plaignent de ces attitudes et disent qu'il est agressif avec les autres garçons.

Elle exprime sa fatigue dans « mara addekragh sbah itaaraqiyi chaghliw, ou3limagh ara sanisa ar-adevdough », « quand je me réveille le matin, je ne sais pas par ou commencer mon ménage »,

Et pour le père, presque toute la séance na parlai sauf s'il veut interrompre les dires de sa femme quand elle disait, « iqariyid d khemi id sebbas, ittaayit feli ass kamel », en disant que ; « lorsque je rentre de travail, elle commence par se plaindre de Adam, je sais qu'il est devenu très difficile mais elle, elle exagère. »

Par la nous pouvons dire que Salim ne présente pas de symptômes dépressifs.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

1-3-2 Présentation et analyse de l'échelle de troisième cas :

-Inventaire de dépression de Beck BDI II de Layla

Dans le tableau N°11, nous allons présenter les résultats obtenus par Layla.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
0																					
1	x	x		x					x	x	x	x		x					x	x	x
1a																					
1b																					
2			x		X		x	x					x		x		x				
2a																		x			
2b																					
3						x															
3a																					
3b																x					

Tableau N°11 : les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Layla

La dépression chez Layla est sévère d'une note de T=33, situé entre (28 et 63) sur l'échelle de Beck

-Analyse de l'échelle

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de Beck, Layla souffre d'une dépression sévère, et elle a les réponses suivantes :

Elle a coté (02) réponses de degré (03), dont **l'item N°6 et 16** sur le sentiment d'être puni et la modification dans les habitudes de sommeil.

Ensuite elle donne (07) réponse de degré (02), dont **l'item N°3** sur l'échec dans le passé, **l'item N°5** sur les sentiments de culpabilité, **l'item N°7** sur les sentiments négatifs envers soi-même, **l'item N°8** sur l'attitude critique envers soi, et **l'item N°13-15-17 et 18** sur l'indécision, perte d'énergie, l'irritabilité et la modification dans l'appétit.

Enfin elle a coté (11) réponses de degré (01), dont **l'item N°1** sur la tristesse, **l'item N°2** sur le pessimisme, **l'item N°4** sur perte de plaisir, **l'item N°9** sur les pensées ou désirs de suicide, **l'item N°10** sur les pleurs, **l'item N°11** sur l'agitation, **l'item N°12** sur perte d'intérêt, l'item

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

N°14 sur la dévalorisation, et l'item N°19-20-21 de la difficulté à se concentrer, la fatigue et perte d'intérêt pour le sexe. Tous ces signes sont des signes d'une dépression.

Dans le tableau N°12, nous allons présenter les résultats obtenus par Salim :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
0	x	x		x	X	x	x		x		x	x		x			x	x			x
1			x					x		x			x		x				x	x	
1a																					
1b																					
2																					
2a																					
2b																					
3																					
3a																					
3b																x					

Tableau N°12: les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Salim.

Salim a obtenu une note de T=10, situé entre (0 et 11) sur l'échelle de Beck, ce qui indique qu'il ne souffre pas de dépression.

-Analyse de l'échelle

Pour la quasi-totalité des réponses du Salim à l'échelle de Beck indiquent qu'il ne souffre pas de dépression.

On trouve 12 items parmi les 21 items dont le sujet a obtenu un score de (0) ce qui indique sa position positive sur l'échelle. A l'item N°1 et 2 sur la tristesse et le pessimisme qui compte pour un score de (0) font signe du courage à vivre avec la maladie de son enfant.

Dans l'item N° 4 sur pertes de plaisir, l'item N°7 sur sentiments négatifs envers soi-même, l'item N°9 sur pensées ou désirs de suicide, N°12 sur perte d'intérêt, N°14 sur la dévalorisation, et l'item N°21 sur perte d'intérêt pour le sexe, ce qui fait que ces signes qui sont des indicateurs important de la dépression se trouvent absent chez le sujet. On constate donc d'après ces items que le sujet possède une bonne image de soi, il se critique moins et il se donne de valeur qu'il faut.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

A part quelques items, **l'item N°1** sur la tristesse, **l'item N°3** sur l'échec dans le passé, l'item N°8 sur attitude critique envers soi, qui compte un score de (3), mais ils n'ont pas d'influence sur le résultat obtenu dans l'échelle.

L'analyse de l'échelle et de l'entretien indiquent que le sujet ne souffre pas d'une dépression, parce que la majorité de ses réponses ont un score de (0), malgré on trouve quelques unes à un score de (1) et une autre d'un score très élevé (3) ils n'ont pas d'influence sur l'humeur de Salim.

1-3-3 Présentation de l'échelle de cas « l'enfant Adam » :

-L'échelle de la R-CMAS :

Dans le tableau N°13, nous allons présenter les résultats obtenus par Adam :

	Note brute	Percentile	Note T ou note standard
Note Totale	23	99	74
I.	9	99	17
II.	9	96	15
III.	5	93	14
IV.	0	7	5

Tableau N°13 : les résultats obtenus de l'échelle R-CMAS d'Adam.

A la R-CMAS, Adam obtient une note standard de 5 à l'échelle de Mensonge. Cependant, sa Note Totale est de 74.

Le profil des sous-échelles d'anxiété montre un niveau élevé d'anxiété sur les trois sous-échelles. Il obtient une note standard de 17 en Anxiété physiologique, 15 en Inquiétude/Hypersensibilité et 14 en préoccupations sociales/Concentration.

-Analyse de l'échelle :

Les résultats d'Adam vont dans le sens d'une anxiété élevé.

Parmi ses réponses significatives sur l'échelle, dont il obtient une note élevé à la sous-échelle d'anxiété physiologique, à partir les signes somatiques qui le caractérise. Associé à de l'inquiétude d'où il se montre très inquiet et très sensible. Et se préoccupe de ce qui l'entoure.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

Synthèse :

D'après l'analyse de l'entretien et de l'échelle de dépression de Beck de Layla et Salim, et l'analyse de l'échelle de l'anxiété R-CMAS de l'enfant, on a constaté que l'anxiété de Adam est attribué à son expérience personnel

L'anxiété de Adam, le rend incapable de vivre plus normalement comme le restent des enfants, d'après les dires de ses parents ; sa situation s'est détérioré y'a 1ans. Ils le trouvent très agité ce qui influence sur son parcours d'étude.

Par la, Layla vit dans un état de souffrance et de tristesse et cela d'après l'analyse de l'entretien et les résultats obtenus dans l'échelle de Beck.

Les facteurs qui ont mis Salim dans la position positive, est qu'il est diabétique, ce qui lui a pris conscience de cette maladie et de l'anxiété de son enfant.

1-4 Présentation de quatrième cas « Fatiha » :

M^{me} Fatiha est une femme de 43ans, mariée, sans profession (femme au foyer), elle n'a jamais fréquenté l'école, son époux âgé de 47 ans est diabétique depuis son enfance, actuellement il est sans fonction, leur niveau socio-économique est bas, ils ont cinq enfants dont l'aînée est une fille (Melissa) âgée de 11ans atteint aussi du diabète depuis 1ans.

1-4-1 Analyse de l'entretien

Pendant l'entretien, M^{me} Fatiha s'est montré mal à l'aise, cela d'après l'expression de son visage.

Elle commence à présenter sa fille en disant que Melissa est âgé de 11 ans est atteint le diabète. Depuis la, Melissa a changé de comportement, d'après sa mère ; elle se plainte toujours d'être fatigué avec des douleurs au ventre, des difficultés d'endormissement et surtout des cauchemars, elle ne mange pas comme avant, elle n'arrive pas à se concentrer sur ses études ce qui la conduit à des échecs scolaires. Et la décrit comme une fille agitée, et « toujours itrouh ouqarouyis », elle a les idées éparpillées.

La mère raconte que ses enfants sont devenus un surpoids pour elle. Elle n'arrivé pas à prendre soins d'eux, dans ses dires ; « hemlagh erouhiw, arnigh arawiw, sa3yan-iyi, oulach l'avenir iit-waligh. », « j'ai plus d'intérêt pour moi-même, même j'ai abandonné mes enfants, ils m'ont épuisé, je ne vois aucun avenir ».

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

Fatiha a avoué qu'elle a perdu ses parents lorsqu'elle avait 15 ans, elle vivait avec ses grands parents, 2 ans après elle s'est trouvée dans une situation où elle a été obligée d'accepter de se marier et de fonder une famille, elle racontait qu'elle « degmi iyrouhen imawlaniw, oufighd imanw tawhidh, menaghd loukan ads3ough hed arayd-ifehmen, maana ezhar oulach oula d'argazeni ikemliyi s lekhd3 », « depuis que mes parents m'ont quitté, je me suis trouvée seule, j'ai souhaité avoir quelqu'un à mes côtés, mais j'ai pas de chance même avec un mari qui me trahit ».

D'après la conversation avec Fatiha, on a remarqué que sa souffrance est débutée depuis la mort de ses parents, et ça continue avec la trahison de son mari.

Par rapport aussi à ses habitudes alimentaires, Fatiha révèle qu'elle ne mange plus comme avant, elle n'a plus d'appétit, et même ses journées quotidiennes sont changées,

Par rapport à la manière dont elle vit comme étant une mère qui doit s'en occuper à l'avenir de ses enfants, elle se trouve dispersée entre sa souffrance conjugale et son devoir à accomplir envers ses enfants, elle a dit « ou3limghara ma di izmiraghe naghe khati » qui veut dire « je ne sais si je pourrais y arriver ou non », Tous ces signes traduisent le stress et le doute de la maman sur son avenir et celle de sa famille.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

1-4-2 Présentation et analyse de l'échelle de quatrième cas :

-Inventaire de dépression de Beck II de Fatiha

Dans le tableau N°14, nous allons présenter les résultats obtenus par Fatiha.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
0																					
1									x										x		x
1a																					
1b																					
2							x			x	x	x	x				x				
2a																					
2b																					
3	x	x	x	x	X	x		x						x	x						x
3a																		x			
3b																x					

Tableau N°14 : les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Fatiha.

La dépression chez elle est sévère avec une note d'un T = 51 situé entre (28 et 63) sur l'échelle de Beck.

-Analyse de l'échelle :

D'après les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquant que Fatiha est atteinte d'une dépression sévère, ça revient aux scores obtenus dans chacun des items.

Pour la majorité des items qui obtiennent un score de (3) sont la tristesse à l'item N°1 et 2 « je suis si triste, que ce n'est pas supportable et le pessimisme » à l'item N°2 « j'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer » et le sentiment de culpabilité à l'item N°5, sentiment d'être puni à l'item N°6 « j'ai le sentiment d'être puni » ces réponses présentant une dépression avec un degré plus élevé.

Particulièrement les modifications de l'appétit à l'item N°18 compte un score de 3a « je n'ai pas d'appétit du tout » et les modifications dans les habitudes de sommeil à l'item N°16 compte un score de 3b « je me réveille la nuit et je suis incapable de me rendormir »

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

Ce nombre énorme de signes confirme que Fatiha à une dépression sévère, en effet plusieurs items comptent des scores très élevé entre (2) et (3), juste quelques items avec des scores de (1).

1-4-3 Présentation et analyse de l'échelle de cas « l'enfant Mélissa »

-L'échelle de R-CMAS

Dans le tableau N°15, nous allons présenter les résultats obtenus par Melissa :

	Note brute	Percentile	Note T ou note standard
Note totale	27	99	77
I.	7	85	13
II.	9	90	14
III	5	89	14
IV.	6	82	13

Tableau N°15 : les résultats obtenus de l'échelle R-CMAS de Melissa.

A la R-CMAS, Melissa obtient une note standard de 13 à la sous-échelle de Mensonge et une note Totale d'anxiété de 77. Ses notes standard aux sous-échelles d'Anxiété physiologique, d'Inquiétude/ Hypersensibilité et des préoccupations sociales/Concentration sont respectivement de 13, 14 et 14.

-Analyse de l'échelle :

Les résultats de Melissa vont dans le sens d'un niveau d'anxiété invalidante, extrêmement élevé.

L'anxiété de Melissa, le rend incapable de faire face à la vie, d'après les dires de sa mère; sa situation se détériore.

Melissa est très anxieuse, et cela été exprimé par des manifestations somatiques tel ; la fatigue, difficultés d'endormissement, les douleurs au ventre..., Elle se trouve inquiète ce qui la rend quasiment incapable de faire face à son stress qui est lié au diabète, ce qui prouve son hypersensibilité. Elle a des difficultés de concentration et cela est indiqué par ses réponses significatives sur l'échelle.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

La synthèse

D'après les résultats de l'entretien et de l'échelle de Beck, on a constaté que Fatiha souffre d'une dépression sévère. Sa dépression tourne autour de sa souffrance vécue depuis ses 17 ans.

Et D'après l'analyse de l'anxiété R-CMAS de l'enfant, on a constaté que Melissa est une fille extrêmement anxieuse, et son anxiété est suffisamment très sévère pour interférer avec ses capacités intellectuelles à quoique ce soit, surtout à l'école. D'où le milieu familial se trouve dans une position instable est impliqué.

1-5 Présentation de cinquième cas « Nora » :

M^{me} Nora est une femme de 49 ans mariée, elle a trois enfants, elle a un niveau du bac et a continué ses études, travaille comme enseignante au lycée, le père aussi est fonctionnaire, leur fils « Walid » âgé de 9 ans est atteint du diabète depuis 2 ans suite à une hospitalisation qui a duré deux semaines, actuellement il est sous insuline et un régime alimentaire adéquat, dans la famille on trouve le grand père qui est atteint du diabète et aussi des cousines lointaines.

1-5-1 Analyse de l'entretien

Nora a acceptée facilement de faire l'entretien, elle était compréhensive avec nous, l'entretien s'est déroulé au cours de contrôle de Walid.

On a remarqué dès le départ la bonne mine de Nora, elle semble être à l'aise, et souriante. Elle commençait à présenter son fils Walid ; « mon garçon est sous insuline, depuis 2 ans, c'est malheureux, et c'est triste pour lui et pour moi, mais qu'est-ce qu'on va faire ? C'est le destin. »

Elle décrit sa réaction lors de la découverte de diabète de son fils, elle raconte ; «lorsque j'ai sus qu'il est atteint de diabète lors de son hospitalisation, j'ai beaucoup pleuré, j'étais choqué, et mon mari de même, Au premier temps je disais que ce n'est pas vrai, ça va passer, et Walid va guérir, mais malheureusement il est devenu ainsi».

Nora se préoccupe de l'avenir de son enfant, elle se réfère toujours à son père, car ce dernier lui ont coupé le pied a cause de son diabète.

Nora mentionne qu'elle n'a pas de problèmes conjugaux sérieux. Elle est devenue peureuse malgré elle et s'inquiète, ce qui la poussé à quitté son travail pour reprendre après trois mois ;

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

« c'été difficile pour moi de quitter mon travail, mais mon fils avait besoin de moi, depuis qu'il a atteint le diabète il est devenu plus le même, il a rechuté dans ses études, il parait incapable de se concentrer sur son travail scolaire, ses enseignants disent qu'il est très agité lors des cours, habituellement il ne fait pas ses devoirs, il a complètement changé. Walid est devenu agressive avec son frère et sa sœur, et se met en colère pour des choses de rien de tout.

A propos du régime alimentaire de son fils elle disait que « je fais du régime pour toute la famille » et je ne veux pas que quelqu'un d'autre atteint de diabète, surtout pour ma fille car elle aime beaucoup les sucreries, malgré ça, Walid ne respect pas son régime, il mange dehors ». Et raconte ; « une fois on s'est dit moi et mon mari, on va sortir dehors et prendre des Hamburgers, ils nous ont servis des plats, j'ai senti comme si j'ai trahit mes enfants, je me suis senti bouleversé. J'ai fait erreur, j'ai pas pensé à eux, et on est sorti sans manger ».

Nora décrit ses journées, « mes journées aux débuts de l'atteinte de Walid ont gravement changé, mais j'ai repris ma vie, mon travail, mon sommeil et mon appétit ».

Elle nous raconte qu'elle se sent parfois triste en pensant à Walid, mais elle se fait du courage pour la surmonter ; « j'essaie au maximum d'avoir plus d'information sur l'état de mon enfant, j'assiste à tout ses séances de contrôle. Je fais des recherche sur internet pour l'aider à devenir un patron autonome de son diabète ».

Par la, Nora semble ne pas souffrir de dépression, elle est très vaillante sur son enfant Walid.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

1-5-2 Présentation et analyse de l'échelle de cinquième cas :

-Inventaire de dépression de Beck BDI II de Nora

Dans le tableau N°16, nous allons présenter les résultats obtenus par Nora :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
0			x		X	x	x	x	x		x	x		x			x		x		x
1	x	x								x			x		x					x	
1a																		x			
1b																x					
2																					
2a																					
2b																					
3																					
3a																					
3b																					

Tableau N°16: les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Nora

Nora obtient une note de T=08, situé entre 0et 11 sur l'échelle de Beck, ce qui indique qu'elle ne souffre pas de dépression.

-Analyse de l'échelle :

D'après Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que Nora ne souffre pas de dépression par le fait que la majorité de toutes ses réponses cotées de score de (0), cette femme a fait tout son possible pour s'adapter à la situation de son enfant.

On trouve 12 items parmi les 21 items dont Nora a obtenue un score de (0), ce qui indique sa position positive sur l'échelle. À **l'item N°3** sur l'échec dans le passé qui compte un score de (0) et **l'item N°5 et 6** sur sentiment de culpabilité et d'être punie, font signe de bien être actuel.

Dans **l'item N°7-8 et 9** sur sentiments négatifs envers soi-même, attitude critique envers soi et les ou pensées au désirs de suicide, **l'item N°11 et 12** sur l'agitation et la perte d'intérêt ainsi que **l'item N°14** sur la dévalorisation, et **l'item N°17 et 19** sur l'irritabilité et les

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

difficulté à se concentrer, et l'item N°21 sur la perte d'intérêt pour le sexe, dans lesquels ces réponses ont toutes obtenus un score de (0). Ce qui fait que ces signes qui sont importants de la dépression se trouvent absent chez Nora. On constate donc d'après ces items que le sujet possède une bonne image de soi, elle se critique moins et se donne de valeur qu'il faut.

A part l'item N°1-2-10-13-15-16-18 et 20 qui comptent un score de (1), mais n'ont pas d'influence sur le résultat obtenu dans l'échelle.

On constate donc d'après ces items que Nora possède une bonne image de soi, elle se critique moins et se donne de valeur qu'il faut.

Ce qui fait que les signes qui sont importants de la dépression se trouvent absent chez Nora.

1-5-3 Présentation de l'échelle de cas « l'enfant Walid » :

-L'échelle de R-CMAS

Dans le tableau N°17, nous allons présenter les résultats obtenus par Walid :

	Note brute	Percentile	Note totale ou note standard
Note totale	11	52	51
I.	2	15	7
II.	6	74	12
III.	1	25	8
IV.	2	31	8

Tableau N°17 : les résultats obtenus de l'échelle R-CMAS de Walid.

A la R-CMAS, Walid obtient une note standard de 8 à la sous-échelle de Mensonge et une note Totale d'Anxiété de 51. Ses notes standard aux trois sous-échelles sont de 7 en Anxiété physiologique, 12 en Inquiétude/Hypersensibilité et 8 en Préoccupations sociales/Concentration. Walid fait part d'un niveau d'anxiété légère.

-Analyse de l'échelle :

Les résultats de Walid vont dans le sens d'un niveau d'anxiété légère.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

Parmi ses réponses significatives sur l'échelle, Walid se met facilement en colère et très agité, ce qui indique que son physique est anxieux légèrement. Il se trouve très inquiet et soucieux, et hypersensible. La seule préoccupation de Walid est sa concentration sur son travail.

Synthèse

D'après l'analyse de l'entretien et de l'échelle de dépression de Beck de Nora, et l'analyse de l'échelle de l'anxiété R-CMAS de Walid, on a constaté que l'environnement familiale rassure cet enfant diabétique anxieux.

1-6 Présentation du sixième cas « Fadhila »

M^{me} Fadhila âgée de 35 ans, mariée et mère de 04 enfants, demeure à Bejaia. Elle à un niveau d'instruction de BEM, Elle n'a pas d'antécédents médicaux. Son marie est entrepreneur avec un salaire convenable, leurs niveau socio-économique est conforme. Cylia est la fille ainée de Fadhila, âgée de 12 ans, elle est en 1^{ere} année moyenne dont elle a raté une année lors de son atteinte de diabète.

1-6-1 Analyse de l'entretien :

Lors de la passation de l'entretien Fadhila s'est montrée très à l'aise et répond à nos questions avec intérêt.

Fadhila à présenté sa fille (Cylia), avec des expressions triste sur le visage mais essaye de montrer le contraire en disant, « «ma fille a changé complètement, avec moi et ses frères depuis qu'elle a atteint le diabète à l'âge de 7 ans, mais bon qu'est-ce qu'on va faire c'est dieu qui a donné ça ». Cette maladie a vraiment influencé sur Cylia sur le plan psychique ainsi que physique, elle est devenu timide, elle ne mange plus comme avant et elle a des difficultés à s'endormir, elle se concentre pas sur son travail, elle se trouve toujours en état de tristesse d'après sa mère.

La mère au premier temps n'arrivait pas à accepter la situation de sa fille, car elle est devenu anxieuse mais avec le temps elle a réussi à s'habituer avec, et dit que ce qui est donné par dieu on l'accepte. « thoura lhamdoulah, dayen nenoum syess, ayen id-ifka rebi mrahva » « malgré que je sais que ça serra difficile pour elle a l'avenir mais j'essaye toujours de lui faire du courage malgré ce qu'elle vit.» disait la mère.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

Les signes de la dépression chez Fadhila sont quasiment absents, sur le plan de son humeur. Pour elle, elle a pu surmonter les craintes liée à l'état de sa fille, elle paraît en bonne humeur et l'admettent courageusement, c'est pour ça peut être qu'elle n'est pas touché par la tristesse.

Par rapport aux journées quotidiennes de Fadhila, elle mentionne qu'elle passe du temps à faire son devoir à la maison et à prendre soin de ses enfants ainsi que de son mari.

À propos de son avenir et celui de sa fille, Fadhila exprime un sentiment optimiste dans ses dires ; « menaghas iyeli at-imghour, at fhem dachou id-dounith aken at hader imanis, ma thefrac netath amzoun d neki ig ferhen », « je souhaite que ma fille grandisse, pour qu'elle comprenne la vie, et prendre soin d'elle-même, si elle est heureuse, je le serrais moi aussi ».

1-6-2 Présentation et analyse de l'échelle de sixième cas :

-Inventaire de dépression de Beck BDI II de Fadhila

Dans le tableau N°18, nous allons présenter les résultats obtenus par Fadhila.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	
0	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x	x		x	x							x
1										x			x						x	x		
1a																		x				
1b															x							
2																	x					
2a																						
2b																						
3																						
3a																						
3b																						

Tableau N°18 : les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Fadhila.

Fadhila a obtenu une note de T=08, situé entre (0 et 11) sur l'échelle de Beck, ce qui indique qu'elle ne souffre pas de dépression.

-Analyse de l'échelle :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que Fadhila ne souffre pas de dépression par le fait qu'elle a tout essayé pour s'adapter à la situation de sa fille.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

On trouve 19 items parmi les 21 items dont Fadhila a obtenue un score de (0), ce qui indique sa position positive sur l'échelle. A **l'item N°1** sur la tristesse et à **l'item N°2** sur le pessimisme qui font signe de bien être actuel et du courage à vivre avec la le diabète et l'état psychique de sa fille.

Dans **l'item N°7** sur sentiments négatifs envers soi-même, et **l'item N°8** sur l'attitude critique envers soi et **l'item N°13** sur l'indécision ainsi que **l'item N°14** sur la dévalorisation dans lesquels ces réponses ont toutes obtenus un score de (0). Ce qui fait que ces signes qui sont importants de la dépression se trouvent absent chez Fadhila. On constate donc d'après ces items qu'elle possède une bonne image de soi, elle se critique moins et se donne de valeur qu'il faut.

La perte de l'énergie se trouve aussi notées d'un score de (0), c'est-à-dire d'après l'échelle de Beck Fadhila ne souffre pas de perte d'énergie comme il est le cas chez les déprimés.

A part **l'item N°10-13-19-20** qui comptent un score de (1), et **l'item N°17** qui compte un score de (3), mais ils n'ont pas d'influence sur le résultat obtenu dans l'échelle.

6-3 Présentation de l'échelle de cas « l'enfant Cylia »

-L'échelle de R-CMAS

Dans le tableau N°19, nous allons présenter les résultats obtenus par Cylia.

	Note brute	Percentile	Note totale ou note standard
Note totale	16	82	59
I.	4	58	11
II.	7	75	12
III.	3	73	12
IV.	2	40	9

Tableau N°19 : les résultats obtenus à l'échelle de R-CMAS de Cylia.

A la R-CMAS, Cylia obtient une note standard de 9 à la sous-échelle de Mensonge et une note Totale d'Anxiété de 59. Ses notes standard aux trois sous-échelles sont de 11 en Anxiété physiologique, 12 en Inquiétude/Hypersensibilité et 12 en Préoccupations sociales/Concentration.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

-Analyse de l'échelle :

Les résultats de Cylia vont dans le sens d'une anxiété légère.

Parmi ses réponses significatives sur l'échelle, Cylia présente des difficultés d'endormissement, ce qui marque son anxiété physiologique. Ses sentiments reposent sur l'appréhension et la peur ce qui prouve son hypersensibilité. Ainsi qu'un problème de concentration.

Synthèse

D'après l'analyse de l'entretien et de l'échelle de dépression de Beck de Fadhila, et l'analyse de l'échelle de l'anxiété R-CMAS de l'enfant, on a constaté Fadhila ne souffre pas d'une dépression. Et Cylia souffre d'une anxiété légère, malgré les difficultés qu'elle rencontre face à son diabète, d'après les dires de Fadhila; sa situation s'est détériorée depuis qu'elle a atteint le diabète mais elle est toujours soutenue par elle.

Avoir une mère aussi courageuse que Fadhila est très important pour la vie psychique de sa fille diabétique anxieuse.

1-7 Présentation du septième cas « Salima »

Salima 36 ans, veuve, infirmière, niveau d'instruction universitaire, mère de 3 enfants, 2 filles et un garçon, sa fille aînée âgée de 12 ans atteint de diabète, elle demeure à Oued Ghir de la wilaya de Bejaia.

1-7-1 L'analyse de l'entretien :

Salima s'est présentée très calme, elle a accepté facilement de faire l'entretien avec nous et très contente de partager son avis sur le diabète et le vécu de sa fille.

En demandant à Salima de présenter sa fille, elle a fait un soupir « ouf... », « Bon ma fille s'appelle Céline, elle a 12 ans, elle a atteint de diabète depuis qu'elle a 10 ans. »

Elle nous a racontait qu'elle a vécue des moments très difficile lors de l'annonce de diabète de sa fille. « J'ai remarqué ma fille uriner à chaque fois qu'elle buvait du l'eau », « comme je connaissais sur le diabète, je me suis dit que peut être serrait lui, j'ai mesuré sa glycémie à la maison j'ai trouvé 4g, je l'ai emmené tout de suite à la clinique ou je travaille pour lui faire un bilan général. Avant je prié dieu que tout cela serrait une erreur. Et hélas, « votre fille est

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

atteint de diabète », à ce moment la, je ne savais pas comment j'ai réagi, j'étais choqué, je me souviens que j'ai beaucoup pleuré, même après, malgré mes connaissances sur le diabète mais il m'était difficile de l'accepter sur tout pour un enfant immature, et c'est moi qui a annoncé à Céline qu'elle a le diabète, je ne voulais pas qu'elle le sache par quelqu'un d'autre». « Elle, elle était aussi choquée de son côté, elle n'a pas accepté le fait de vivre avec un traitement tout au long de sa vie. »

De puis là, elle a complètement changé de comportements, disait la mère ; elle est devenue très violente envers tout le monde, il faut toujours lui ramener tout ce qu'elle désire sinon elle ne fait pas son insuline, elle ne respecte pas son régime alimentaire, et ne mesure pas sa glycémie. Elle essaye au maximum de s'isoler de nous et de ses amies, elle me dit maman je me sens différente des autres filles, je ne peux pas faire tout ce que les autres font et même des fois en pleurant.

« C'est difficile pour moi aussi, mais je me cache souvent derrière le courage pour survivre et prendre soin de mes enfants ».

Salima décrivait ses journées quotidiennes ; disant qu'elle passe son temps au travail et même des fois, elle passe des nuits, elle se consacre du temps au retour à la maison pour ses enfants.

Comme nous avons détecté que Salima est surprotectrice de son enfant elle a dit ; « je la protège, par rapport à sa sœur et son frère, je l'aime beaucoup, presque toujours avec elle »

Enfin, nous pouvons dire que Salima, ne présente pas une dépression bien qu'elle sait gérer sa situation familiale, malgré toutes les responsabilités qu'elle a à accomplir, être une femme veuve, et trois enfants sous sa responsabilité, et surtout avoir un enfant diabétique anxieux. Cela n'est pas facile, mais elle a réussi à les surmonter.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

1-7-2 Présentation et analyse de l'échelle de septième cas :

-Inventaire de dépression de Beck BDI II de Salima

Dans le tableau N°20, nous allons présenter les résultats obtenus par Salima.

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
0		x	x	x	x	x	x		x		x	x		x	x		x	x			
1	x							x		x			x						x	x	
1a																					
1b																x					
2																					
2a																					
2b																					
3																					x
3a																					
3b																					

Tableau N°20 : les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Salima.

Salima obtient une note de T=10, situé entre (0 et 11) sur l'échelle de Beck, ce qui indique qu'elle ne souffre pas de dépression.

-Analyse de l'échelle :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que Salima ne souffre pas de dépression par le fait que la majorité de toutes ses réponses c'est (0), cette femme a fait tout son possible pour s'adapter à sa situation.

On trouve 13 items parmi les 21 items dont Salima a obtenue un score de (0), ce qui indique sa position positive sur l'échelle. À l'**item N°2** sur le pessimisme et l'**item N°3** sur échec dans le passé font signe de bien être actuel et du courage à vivre avec le diabète et l'état psychique de sa fille.

Dans l'**item N°7** sur sentiments négatifs envers soi-même, l'**item N°12** sur la perte d'intérêt ainsi que l'**item N°14** sur la dévalorisation, et l'**item N°15** sur la perte d'énergie dans lesquels ces réponses ont toutes obtenus un score de (0). Ce qui fait que ces signes qui sont importants de la dépression se trouvent absent chez Samia. On constate donc d'après ces

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

items que le sujet possède une bonne image de soi, elle se critique moins et se donne de valeur qu'il faut.

Le sentiment de culpabilité et le sentiment d'être puni se trouvent aussi notées d'un score de (0), ces signes existe chez les déprimés, mais pas chez Salima.

A part l'item N°1-8-10-13-19-20 qui comptent un score de (1), et l'item N°21 qui compte un score de (3), mais ils n'ont pas d'influence sur le résultat obtenu dans l'échelle.

1-7-3 Présentation de l'échelle de cas « l'enfant Céline »

-L'échelle de R-CMAS

Dans le tableau N°21, nous allons présenter les résultats obtenus par Céline.

	Note brute	Percentile	Note totale ou note standard
Note totale	15	77	58
I.	2	26	8
II.	6	64	11
III.	3	73	12
IV.	4	70	12

Tableau N°21 : les résultats obtenus à l'échelle de la R-CMAS de Céline.

A la R-CMAS, Céline obtient une note standard de 12 à la sous-échelle de Mensonge et une note Totale d'Anxiété de 58. Ses notes standard aux trois sous-échelles sont de 08 en Anxiété physiologique, 11 en Inquiétude/Hypersensibilité et 12 en Préoccupations sociales/Concentration.

-Analyse de l'échelle :

Les résultats de Céline vont dans le sens d'un niveau d'anxiété légère.

Parmi ses réponses significatives sur l'échelle, Céline se met facilement en colère et s'agite aussi ce qui indique que son physique est anxieux légèrement. Elle se trouve très inquiète de ce qui va venir et hypersensible. Et ce qui la préoccupe c'est qu'elle se voie différente des autres.

Synthèse

D'après l'analyse de l'entretien et de l'échelle de dépression de Beck de Salima, et l'analyse de l'échelle de l'anxiété R-CMAS de Céline, on a constaté que Salima ne souffre pas de dépression et Céline éprouve une anxiété légère.

Les bonnes conditions ont permis à Céline de rétablir un équilibre psychique.

1-8 Présentation de huitième cas « Lydia »

M^{me} Lydia 45 ans, agent comptable, niveau d'instruction universitaire, mère de 4 enfants, une fille et trois garçons, l'une de ses filles âgée de 11 ans atteint de diabète, elle demeure à Okas de la wilaya de Bejaia.

1-8-1 L'analyse de l'entretien :

Pendant l'entretien, on a remarqué que Lydia était en bonne humeur. Lorsqu'on lui a expliqué l'objectif de notre recherche elle a accepté sans hésitation.

Lydia commence à présenter sa fille Ania en disant ; « ma fille est diabétique, on a découvert qu'elle est atteinte depuis 9 mois suite à un bilan de santé », ensuite décrit sa réaction ; « lorsque on nous a dit à moi et à mon mari que votre fille est diabétique, on a été choqué, moi c'est comme si tous les membres de mon corps qui sont paralysés, alors-là, Ania quand elle a su, elle n'a pas pu accepter, elle s'est comportée d'une manière bizarre, elle a exprimé de la haine envers tout le monde, avec une conduite d'opposition active au traitement C'est depuis là que tout a changé ».

« Je sais qu'au fond d'elle, elle souffre par ce que, elle me dit toujours que je suis différent de mes amis, Mais je crois que j'ai réussi à la protéger. Je lui fais comprendre que c'est ce que Dieu a donné et que ce diabète n'est qu'une hygiène de vie, et qu'on doit l'accepter, d'ailleurs, elle est proche de moi que de son père ».

Lydia a soutenu sa fille tout au long de sa maladie, son attention s'est totalement centrée sur elle, elle a essayé de réanimer psychiquement sa fille en suscitant des interactions affectives avec elle à l'aide d'un psychologue.

Je prends soin d'elle, plus que mes autres enfants, depuis qu'elle a atteint, on a réussi toutes les deux à franchir l'étape de choc, et maintenant on vit le plus normalement du monde.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

A propos de mes journées, « je passe 8 heures au travail, en sortant je passe prendre mes enfants de l'école Je prends soin d'eux et de mon mari, », ce qui veut dire qu'elle passe des journées normales.

Enfin, nous pouvons dire que Lydia a su comment vivre sa vie.

1-8-2 Présentation et analyse de l'échelle de huitième cas:

. -Inventaire de dépression de Beck BDI II de Lydia

Dans le tableau N°22, nous allons présenter les résultats obtenus par Lydia :

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21
0	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x		x			x	x	x		x
1															x					x	
1a																					
1b																x					
2													x								
2a																					
2b																					
3																					
3a																					
3b																					

Tableau N°22 : les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Lydia

Lydia obtient une note de T=05, situé entre (0 et 11) sur l'échelle de Beck, ce qui indique qu'elle ne souffre pas de dépression

-Analyse de l'échelle :

Les résultats obtenus dans l'échelle de Beck indiquent que Lydia ne souffre pas de dépression par le fait que la majorité de toutes ses réponses c'est (0), cette femme a fait tout son possible pour s'adapter, et d'apaiser la souffrance psychique de sa fille diabétique.

On trouve 17 items parmi les 21 items dont Lydia a obtenue un score de (0), ce qui indique sa position positive sur l'échelle. À l'**item N°1 et 2** sur la tristesse et le pessimisme et l'**item N°3** sur échec dans le passé font signe de bien être actuel.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

Dans l'item N°5-6-7-8 et 10, sentiments de culpabilité, sentiments d'être puni, sur sentiments négatifs envers soi-même, l'attitude de critique envers soi et les pleurs, l'item N°11 et 12, sur l'agitation et la perte d'intérêt ainsi que l'item N°14 sur la dévalorisation, et l'item N°17-18 et 21 dans lesquels ces réponses ont toutes obtenus un score de (0). Ce qui fait que ces signes qui sont importants de la dépression se trouvent absent chez Lydia. On constate donc d'après ces items qu'elle possède une bonne image de soi, elle ne se critique pas et ne se culpabilise pas.

A part les items N° 15-16 et 20 qui comptent un score de (1), et l'item N°13 qui compte un score de (2), mais ils n'ont pas d'influence sur le résultat obtenu dans l'échelle.

1-8-3 Présentation de l'échelle de cas « l'enfant Ania »

-L'échelle de R-CMAS

Dans le tableau N°23, nous allons présenter les résultats obtenus par Ania :

	Note brute	Percentile	Note totale ou note standard
Note totale	11	57	52
I.	1	7	6
II.	4	43	9
III.	2	59	11
IV.	4	59	11

Tableau N°23 : les résultats obtenus de l'échelle R-CMAS d'Ania.

A la R-CMAS, Ania obtient une note standard de 11 à la sous-échelle de Mensonge et une note Totale d'Anxiété de 52. Ses notes standard aux trois sous-échelles sont de 6 en Anxiété physiologique, 9 en Inquiétude/Hypersensibilité et 11 en Préoccupations sociales/Concentration. Ania fait part d'un niveau d'anxiété légère

-Analyse de l'échelle :

Les résultats d'Ania vont dans le sens d'un niveau d'anxiété légère.

L'anxiété d'Ania est prouvée par ses réponses significatives sur l'échelle, d'où sa note à la sous-échelle de l'anxiété physiologique se trouve très bas, avec une note moyenne

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

d'inquiétude de ce qui va ce passé à l'avenir. Ce qui concerne la concentration elle ne présente pas de problèmes.

Synthèse

D'après l'analyse de l'entretien et de l'échelle de dépression de Beck de Lydia, et l'analyse de l'échelle de l'anxiété R-CMAS de Ania, On a constaté que les attitudes de la maman ont conduit à une meilleure prise en charge de son enfant diabétique, par l'illimitation des risques de récurrences de son anxiété et voir au future une personnalité épanouie.

2- synthèse générale

Les tableaux N°24 et 25 présentent les résultats obtenus des deux échelles ; échelle de dépression de Beck auprès de groupe d'étude (les parents dépressifs) et le groupe témoin (les parents non dépressifs). Et l'échelle de l'anxiété R-CMAS pour leurs enfants.

	1 ^{er} cas	2 ^{eme} cas	3 ^{eme} cas	4 ^{eme} cas
Degré de la dépression	Nadia : 40 Mansour : 32	Ldjida : 37	Layla : 33 Salim : 10	Fatiha : 51
Degré de l'anxiété	Anis : 82	Imène : 75	Adam : 74	Melissa : 77

Tableau N°24 : récapitulatif des résultats des parents dépressifs

	5 ^{eme} cas	6 ^{eme} cas	7 ^{eme} cas	8 ^{eme} cas
Degré de dépression	Nora : 08	Fadhila : 08	Salima : 10	Lydia : 05
Degré de l'anxiété	Walid : 51	Cylia : 59	Céline : 58	Ania : 52

Tableau N°25 : récapitulatif des résultats des parents non dépressifs

D'après les résultats qu'on a obtenus à partir des entretiens, l'échelle de dépression de Beck pour les parents et une échelle de l'anxiété R-CMAS pour l'enfant. On a pu sélectionner deux groupes différents (dépressif et non dépressif) afin d'établir un lien entre l'état psychique du parent et l'anxiété de l'enfant.

Selon le DSM-IV-TR quand le sujet est déprimé, il présente au moins deux des symptômes suivants : Perte d'appétit ou hyperphagie, Insomnie ou hypersomnie, Baisse d'énergie ou

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

fatigue, Faible estime de soi, Difficulté de concentration ou difficulté à prendre des décisions, Sentiment de perte d'espoir.

A partir de tableau N°24, on a remarqué que les parents souffrent d'une dépression dont leur score se situe entre (28 et 63), ce qui indique une dépression sévère, sauf pour un parent, dont la mère est dépressive et le père n'en souffre pas. Et pour leurs enfants, on a remarqué que tous les quatre souffrent d'une anxiété élevée. Et cela est illustré à partir des résultats obtenus ;

Dans le premier cas (**Mansour et Nadia**) souffrent d'une dépression sévère avec un score de 40 et 32, leur enfant (**Anis**) marque une anxiété élevée avec un score de 82. Dans le deuxième cas (**Ldjida**) qui souffre d'une dépression sévère avec un score de 37, son enfant (**Imène**) marque une anxiété élevée avec un score de 75. Et pour le troisième cas (**Layla et Salim**) dont la mère souligne une dépression sévère avec un score de 33, et le père n'en souffre pas et marque un score de 10, leur enfant (**Adam**) marque une anxiété élevée avec un score de 74. Enfin pour le quatrième cas (**Fadhila**) qui souffre d'une dépression sévère avec un score de 51, son enfant (**Mélissa**) marque une anxiété élevée avec un score de 77.

Et dans le tableau N°25, on a remarqué que les parents qu'on a sélectionnés n'en souffrent pas de dépression dont leurs résultats se situent entre (0 et 11) et leurs enfants marquent une anxiété légère.

Dans le cinquième cas (**Nora**) qui a marqué un degré de 08, ce qui indique qu'elle ne souffre pas d'une dépression, son enfant (**Walid**) souligne un degré d'anxiété léger avec un score de 51. Pour le sixième cas (**Fadhila**) marque un degré de 08, ce qui indique aussi l'absence d'une dépression chez elle, et son enfant (**Cylia**) souligne un degré d'anxiété léger avec un score de 59. Ainsi que pour le septième cas (**Salima**) qui ne souffre pas d'une dépression et qui marque un degré de 10, son enfant (**Céline**) souligne un degré d'anxiété léger avec un score de 58. Enfin, le huitième cas (**Lydia**), n'en souffre pas aussi d'une dépression, elle marque un degré de 05, dont l'enfant (**Ania**) souligne un degré d'anxiété léger avec un score de 52.

Dans cela, les parents qui marquent une dépression sévère, leurs enfants soulignent un degré d'anxiété élevé. Et les parents qui ne souffrent pas de dépression, leurs enfants marquent un degré d'anxiété léger.

Chapitre II Présentation, analyse et discussion de l'hypothèse

En comparant les deux tableaux, on a constaté qu'il existe un lien entre l'état psychique des parents et l'anxiété de leurs enfants diabétiques. L'enfant ne représente pas une entité stable, il doit avoir assez de souplesse psychique pour s'adapter à sa maladie, il se construit en tissant des liens avec ses proches et son environnement. D'où le rôle des parents est impliqué.

3- discussion de l'hypothèse

Après l'analyse des résultats, on est arrivé à la discussion de notre hypothèse.

« L'état dépressif des parents influence sur l'anxiété de leur enfant diabétique ».

D'après l'interprétation et l'analyse des résultats obtenus par la passation du guide d'entretien et les deux échelles « échelle de dépression et échelle de l'anxiété », on a constaté que l'état dépressif des parents influe sur l'anxiété de leurs enfants diabétiques, et cela est prouvé à travers les résultats obtenus dans le deuxième échantillon (groupe témoin des parents non dépressifs) qui est considéré comme un support pour témoigner ce lien de parent/enfant.

D'après l'interprétation, l'analyse des résultats et la discussion de l'hypothèse, on a aboutit à la confirmation de notre hypothèse.

Conclusion

Conclusion

La présence du diabète dans la vie d'un enfant, provoque en lui un certain état psychique, dont l'anxiété est un exemple. Par la, les parents peuvent contribuer à son adaptation et lui rassurer un excellent équilibre face à sa souffrance physique et psychique.

Notre étude est réalisée au sein de centre-hospitalo-universitaire de Bejaia (CHU). Qui nous a permis de constater l'impact de la dépression des parents sur l'anxiété de leur enfant diabétique.

A partir d'une étude clinique sur huit cas réparti en deux groupes (groupe d'étude/groupe témoin), et pour bien présenter cette étude, nous avons abordé l'étude comparative, en utilisant les techniques suivant, l'entretien clinique et l'échelle de Beck pour les parents, ainsi qu'une échelle d'anxiété pour mesurer le degré de l'anxiété des enfants diabétique.

D'après les résultats obtenus, on a constaté qu'il existe un lien de causalité entre parent/enfant. Cela se lie dans l'étude de nos huit cas ou on a constaté la présence d'une anxiété élevé chez quatre cas d'enfants de parents qui présentent une dépression sévère, et une anxiété légère chez quatre autre cas d'enfants de parents non dépressif. Ce qui nous a menés à confirmer notre hypothèse.

Par ailleurs, nous déduisons qu'avoir un parent dépressif renforce l'anxiété de l'enfant diabétique, et cela par la comparaison qu'on a effectué avec un groupe témoin des parents non dépressifs.

Enfin, nous souhaitons que ce modeste travail puisse ouvrir des perspectives pour d'autres recherches qui traitent le thème de la dépression chez les parents ayant un enfant diabétique anxieux, prenant d'autres facteurs qui influence sur l'anxiété de cet enfant diabétique.

La liste bibliographique

Liste bibliographique

La liste bibliographique

Les ouvrages :

- 1- André C et Muzo, (2002), je dépasse mes peurs et mes angoisses, édition SEUIL.
- 2-Association Américaine de Psychiatrie. DSM-IV, (1999), Manuel Diagnostique Statistique des Troubles Mentaux, Paris, 4^{ème} Ed, MASSON.
- 3-Beck A, Steer T. Brown GK. (1998), Manuel BDI II, Paris.
- 4-Bouvard M, Cottraux. (1996), Protocole et échelle d'évaluation en psychiatrie et en psychologie, 3^{ème} Ed, Paris, MASSON.
- 5-Berrada S, (2010), Définitions et étiopathogénie des troubles anxieux, centre universitaire Ibn Rochd. Casablanca.
- 6-Besançon Guy, 1993, Manuel de psychopathologie, Paris, Ed Dunod
- 7-Buysschaert. M, (2012), Diabétologie clinique, 4^{ème} édition, Paris. Boeck.
- 8-Cecil R. Reynolds et Bert O. Richmond, (1978), Manuel et échelle Révisé d'Anxiété Manifeste pour Enfant (R-CMAS), Adaptation française ; Dana Gastro.
- 9-Chahraoui KH. Bénony H, (2003), Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique, Paris, Dunod.
- 10-Chneiweiss. L, (2005), les soignants face à la psychologie des maladies, Paris, LAMARREA.
- 11-Chiland C, (1983), l'entretien clinique, Paris, PUF.
- 12-Ernauld. C, 2001, Nouveau guide du jeune diabétique, NOVO nordisk, Bruxelles.
- 13-Gay B et al, (2003), Médecine générale, Connaissance et Pratique, Paris, MASSON.
- 14-Graziani. P, (2003), anxiété et troubles anxieux, Nathan, VUE
- 15-Grimaldi A et al, (2009), Guide pratique du diabète, 4^{ème} Ed, Elsevier MASSON.

Liste bibliographique

16-Haynal A et al, (1978, 1984,1997), Médecine psychosomatique, Aperçus psychosociaux, MASSON, Paris, Milan, Barcelone.

17-Hanus M. Louis O, (2010), psychiatrie pour l'étudiant, 11^{ème} Ed, Paris, MALOINE.

18-Khalifa S, (2001), Le diabète sucré, Office Publications Universitaires, Ben Aknoun, Alger.

19-Khiati. M, (1993), le diabète sucré chez l'enfant, office des publications universitaire, Ben Aknoun.

20- Ladouceur Robert et al, (2002), les troubles anxieux, approche cognitive et comportementale. Édition MASSON.

21-Manoni M, (1964), l'enfant et sa mère. Etude psychanalytique, Paris, Dunod.

22- Ménat E, (2010), la diététique du diabète, édition Alpen, Monaco.

23-Palazzolo J, (2007), Dépression et anxiété, ELSEVIER, MASSON.

24-Pedinielli J-L. Bernoussi A, (2005), Les états dépressifs, Paris, Ed, ARMAND COLIN.

25-Perrot Serge, (2009), Thérapeutique pratique, 19^{ème} édition, Paris, MED-LINE.

26-Pewzner E, (2003), Introduction à la psychopathologie de l'adulte, Paris, ARMAND COLIN.

27-Prudhomme C, (2009), psychiatrie, Paris, MALOINE.

28- Tarquinio C, (2012), Manuel des psychothérapies complémentaires, Paris, Dunod.

29- Trouillet. R, (2012), L'anxiété : Cliniques, Modèles et Prise en charge, Paris, Dunod.

Les dictionnaires :

30-Bloch H et al, (2002), dictionnaire fondamental de la psychologie, édition, Larousse France.

31-Delamare Garnier, (2009), dictionnaire illustré des termes de médecine, 30^o édition, MALOINE, Paris

Liste bibliographique

32-Norbert Sillamy, (1999), Dictionnaire de psychologie, Larousse-VUEF,

33-Strong C et al, (2006), LAROUSSE MEDICAL, Ed Larousse.

Sites internet

34-Http // : [www. Etat dépressif. Com](http://www.Etat.depressif.Com) (consulté le 18/04/2015)

35-Http://[www.enfant-encyclopedie.com/pages/PDF/ synthese-anxiete-depression.PDF](http://www.enfant-encyclopedie.com/pages/PDF/synthese-anxiete-depression.PDF).
Consulté le (20/05/2015) à 11:03.

36-Http : // www.InterventionEnfanceFamille.com /PDF consulté le (10/12/2014) à 13 :37.

37-Naranjo D. Hood K, (2013), Déficit psychologique pour les enfants atteint du diabète,
Diabetes Voices. PDF. Consulté le (20/10/2014) à 22 :44.

Les annexes

ANNEXE N°I

Le guide d'entretien

Axe 1 : information personnelle :

1. Prénom : Nom :
2. Age :
3. Etat matrimonial (e) :
4. Nombre d'enfants :
5. Niveau d'instruction : votre profession :

Axe 2 : présentation de l'enfant :

6. Votre enfant est-il une fille ou un garçon?
7. Ses relations avec la fratrie ?, la famille ? l'entourage ?
8. Est-ce que vous remarquez que votre enfant a changé de comportement ?

Axe 3 : Annonce et découverte de la maladie de l'enfant :

9. A quel âge et comment à- t- on découvert son diabète?
10. Avez-vous des antécédents du diabète dans la famille?
11. Qui vous a informé sur la maladie de votre enfant et quelle-est votre réaction ?
12. avez-vous des connaissances sur le diabète?
13. La prise en charge est-elle adaptée à l'âge de votre enfant?

Axe 4 : la relation parent-enfant :

14. Est-ce que vous avez les mêmes comportements avec ses frères?
15. Quelle sont les difficultés que vous avez rencontrés avec votre enfant?
16. Avez-vous rencontré un diététicien suite à l'annonce de la maladie de votre enfant?

Axe 5 : information sur la dépression :

17. Est-ce que vous vous sentez coupable de la maladie de votre enfant ?
18. Comment vous passez vos journées quotidiennes ?

19. Avez-vous des troubles de sommeil ?
20. Est-ce qu'il vous arrive à vous énervez pour des futilités ?
21. Est-ce que vous vous fatiguez actuellement ? Décrivez-nous cette fatigue ?
22. Est-ce qu'il vous arrive à vous sentir triste ?
23. Pensez-vous que votre situation est désespérée ?
24. Avez-vous des pensées négatives sur vous-même ou des idées noires ?

Axe 6 : information sur l'avenir :

25. Comment imaginez-vous votre avenir ? Et l'avenir de votre enfant ?
26. Y-a-il quelque chose que vous voulez ajoutez?

Liste des abréviations

DS	Diabète sucré
DID	Diabète insulino-dépendant
DIND	Diabète non insulino-dépendant
HGPO	Hyperglycémie provoquée orale
MODY	Maturity onset diabetes of the young
HLA	Human leucocyte antigen
TOC	Troubles obsessionnels compulsifs
TAG	Troubles anxieux généralisés
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
SORC	Stimulus, organisme, réponse, conséquence
DSM	Diagnostic et statistique des troubles mentaux
CIM	Classification internationale des troubles mentaux
GABA	Gamma-amino-butyrilique
IRS	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine
IRSNA	Inhibiteur de la recapture de la sérotonine et de la noradrénaline
IMAO	Inhibiteur de la monoamine oxydase
DBP	Dépression bipolaire
CHU	Centre-hospitalo-universitaire
BDI	Beck depression inventory
R-CMAS	Revised- children manifest anxiety scale

La liste des tableaux

N° du Tableau	Le titre du Tableau	La page
Tableau n°1	récapitulatif des caractéristiques de groupe d'étude «les parents dépressifs ».	70
Tableau n°2	récapitulatif des caractéristiques de groupe témoin «les parents non dépressifs»	70
Tableau n°3	récapitulatif des caractéristiques de groupe de recherche « enfants »	71
Tableau n°4	Classement des niveaux de dépression selon Beck	74
Tableau N°5	Classement des niveaux d'anxiété selon la note standard	77
Tableau N°6	les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Nadia	81
Tableau N°7	les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Mansour	82
Tableau N°8	les résultats obtenus de l'échelle R-CMAS d'Anis	83
Tableau N°9	les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Ldjida	85
Tableau N°10	les résultats obtenus de l'échelle R-CMAS d'Imène	87
Tableau N°11	les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Layla	90
Tableau N°12	les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Salim	91
Tableau N°13	les résultats obtenus de l'échelle R-CMAS d'Adam	92
Tableau N°14	les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Fatiha	95
Tableau N°15	les résultats obtenus de l'échelle R-CMAS de Melissa	96
Tableau N°16	les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Nora	99
Tableau N°17	les résultats obtenus de l'échelle R-CMAS de Walid	100
Tableau N°18	les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Fadhila	102
Tableau N°19	les résultats obtenus à l'échelle de R-CMAS de Cylia	103
Tableau N°20	les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Salima	106
Tableau N°21	les résultats obtenus à l'échelle de la R-CMAS de Céline	107
Tableau N°22	les résultats obtenus de l'échelle de Beck (BDI II) de Lydia	109
Tableau N°23	les résultats obtenus de l'échelle R-CMAS d'Ania	110
Tableau N°24	récapitulatif des résultats des parents dépressifs	111
Tableau N°25	récapitulatif des résultats des parents non dépressifs	111