

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

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention du Diplôme de Master
En psychologie clinique

Thème

**L'estime du soi chez les enfants diabétiques
Agées 8 ans à 12ans
Etude de cinq (5) cas réalisée à la
Polyclinique d'Akbou « AKLOUL Ali ».**

Réalisé par:

- IZERAREN Djahida
- KERRACHE Dania

Encadré par :

M^{me} MEHENNI.Zahoua

Année Universitaire : 2015/2016

Remerciements

*Nous remercierons dieu le tout puissant de nous avoir accordé santé et courage
pour accomplir ce travail.*

*Nous tenons à remercier notre promotrice Madame MEHENNI Zahoua. A qui
nous devons tout le respect de la reconnaissance, grâce à sa patience, sa présence,
ses sacrifices, ses précieux conseils, et ses remarques, ce travail est mené à terme.*

*Notre reconnaissance va de même à nos enseignants de l'université
d'Abderrahmane Mira, notamment la faculté des sciences humaines et sociales.
Nous profitons de ses quelques lignes pour remercier tous les personnes qui nous
ont aidés, de près ou de loin, pour réaliser ce travail de fin d'étude.*

*Nous souhaitons à remercier également l'ensemble du personnel de la polyclinique
d'Akhou qui nous à accueillis pour le temps qu'ils nous ont consacré, ainsi que
l'ensemble des enfants qui ont accepté de participer à cette étude, et leurs parents
méritant tout le respect.*

*Que soient, enfin remerciés tous les membres de jury qui ont bien voulu accepter
de lire ce travail et l'évaluer.*

A vous tous MERCI

Dédicaces

Je dédier ce modeste travail :

A mes très chère parents pour leur amour, leur soutiens, leurs sacrifices, et leur encouragements, que ce travail soit pour eux un modeste témoignage de ma profonde affection et tendresse, que dieu les protèges et les gardes en bonne santé.

A la mémoire de mon cher oncle regretté.

A mes chères frères : Aissa, Idriss, Ahmed sa femme Souad et son fils Salas.

A mes adorables sœurs :

Lila, son marie Fatah Azzi et ses enfants : Lilia, Kader, Maria et Thiziri.

Kahina, son marie Ammar Ait Bessai et sa petite fille Emma.

Ainsi a tous mes amies et tous ceux qui j'éprouve amour et respect.

DJAHIDA

Dédicaces

*C'est avec une profonde gratitude et sincère mots que j'exprime mon
profond amour.*

A la mémoire de ma grande mère

A mes chers parents

Et mes frères : abdtabeth et sa femme

Les deux anges Iméne et Hager

Abdel Nadir et sa femme

Les deux anges Lilia et Kossou

Mouloud, Abdelhafid, Kamel, Lamine

Amon unique et adorable sœur Nihad

A tous ceux que j'aime et que je porte dans mon cœur

DANIA

SOMMAIRE

Remerciement

Dédicaces

Liste des tableaux

Liste des abréviations

Listes des annexes

Introduction

Cadre méthodologique

Problématique.....	04
Les hypothèses de la recherche	07
Définition et opérationnalisation des concepts clés	07
Les raisons du choix du thème	09
L'intérêt du thème de la recherche.....	09
Les objectifs de la recherche.....	09
Les difficultés rencontrées	10

Partie théorique

Chapitre I :Le soi et l'estime de soi

Préambule

1- Le concept de soi

1-1-Définition de concept de soi	14
1-2—Etiologie du manque d'affirmation de soi.....	15
1-3-Les sources du concept de soi.....	16
1-4-Les principaux modèles de concept de soi	17

2- L'estime de soi

2-1-Définition de l'estime de soi	19
2-2-Historique de l'estime de soi	20
2-3-Le développement de l'estime de soi chez l'enfant.....	21
2-4-Les types d'estime de soi.....	22
2-5-Les composantes de l'estime de soi	23
2-6-Les formes d'estime de soi	25
2-7-Les niveaux de l'estime de soi.....	26
2-8-Les mécanismes de défenses de l'estime de soi	27
2-9-La prise en charge de l'estime de soi.....	27
Synthèse.....	28

Chapitre II : Le diabète aspect médicale et aspect psychologique

1-Le diabète : Aspect médicale

Préambule

1-1-Définition du diabète	30
1-2-Historique du diabète	31
1-3- Les types de diabète	33
1-4- Epidémiologie du diabète	33
1-5-Classification du diabète	34
1-6-Les complications de diabète.....	34
1-7- Les symptômes du diabète	35
1-8-La prévention du diabète.....	35
1-9-Le traitement du diabète	36
1-10-Les signes fonctionnels évocateurs du diabète.....	36
1-12- La prise en charge médical du diabète	37
2- Le diabète : Aspect psychologique	
2-1- L'état psychologique du patient atteint de diabète	39
2-2- Le vécu psychologique du diabète	39
2-3- les troubles psychologiques de l'enfant atteint de diabète	41
2-4-la prise en charge psychologique du diabète	44
Synthèse.....	47

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule

1-la pré-enquête.....	50
2-la méthode de recherche.....	51
3-le lieu de la recherche	52
4-les limites de la recherche	52
5-la population d'étude et les caractéristiques de choix.....	52
6-les outils d'investigation	53
Synthèse.....	60

Chapitre IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule

1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien de l'échelle de Cooper Smith	62
2-Discussion des hypothèses	78
Synthèse.....	79

Conclusion	80
-------------------------	-----------

Liste bibliographique

Liste des annexes

Liste des tableaux :

N°	Titre du tableau	pages
Tableau n°01	Tableau représentatif de notre population d'étude	51
Tableau n°02	Les items positifs et négatifs de l'échelle	54
Tableau n°03	Les sous échelles d'estime de soi	55
Tableau n°04	La cotation de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith	55
Tableau n°05	Les niveaux d'estime de soi	57
Tableau n°06	Valeurs caractéristiques des échelles	57
Tableau n°07	Résultats de l'inventaire de l'estime de soi de cas Yasmine	61
Tableau n°08	Résultats de l'inventaire de l'estime de soi de cas Idriss	64
Tableau n°09	Résultats de l'inventaire de l'estime de soi de cas Ktia	66
Tableau n°10	Résultats de l'inventaire de l'estime de soi de cas Sabre	69
Tableau n°11	Résultats de l'inventaire de l'estime de soi de cas Karim	72
Tableau n°12	Résultats de test d'estime de soi	74
Tableau n°13	Repartition des sujets en fonction de niveau d'estime de soi	74

Liste des abréviations :

D.S	Diabète Sucré
D.I.D	Diabète insulino dépendant
D.N.I.D	Diabète non insulino dépendant
O.M.S	L'organisation mondiale de la santé
S.E.I	Self esteeminventory

Liste des annexes :

Numéro de l'annexe	Titre de l'annexe
Annexe n°1	Guide d'entretien
Annexe n°2	L'échelle brève d'évaluation l'estime de soi de Cooper Smith

Introduction

Chaque être humain est intimement concerné par la maladie, que ce soit comme menace potentielle, comme réalité à vivre pour soi ou comme souffrance d'un être cher.

La maladie touche l'individu dans sa totalité, physique et psychologique, il doit ainsi répondre à une situation nouvelle mais surtout menaçante.

Le diabète est devenu un grand problème de santé publique à l'échelle mondiale, du fait de l'imprégnation de plus en plus forte de nombreux facteurs de risque tels que le nouveau mode alimentaire, l'obésité, la sédentarité, le stress....

Il est devenu en quelque année une véritable épidémie touchant plus de 150million de personnes dans le monde. Cette maladie, avec laquelle on apprend à vivre tout au long de sa vie, près 90%des diabétiques vivent pendant des années avec cette maladie sans le savoir car le diabète ne provoque en général pas de manifestations pendant une très long période, le nombre de personnes atteintes de diabète est en progression, passant de 0,3% chez les sujets âgés de moins de 35ans à 4,1% chez les 35-59ans et 12,5% chez les plus de 60ans.

Le diabète de type I est l'endocrinopathie la plus fréquente, chez l'enfant. En Algérie, et selon les chiffres établis approximativement, on parle de 1million d'enfant, touchés par cette pathologie. Sa fréquence, aussi, est inquiétante car elle est en augmentation constante, partout dans le monde et surtout chez les jeunes nourrissons. Notre pays ne fait pas exception et la prévalence serait de l'ordre de 22%à26%, annuellement. (WWW.Algeriella.com/santé/pratique/le-diabète-un-mal-Algerien.html).

Pour une meilleure étude des idées que nous avons abordées précédemment nous avons suivi le plan de travail suivant :

La partie théorique :

Devisée en deux chapitres

Le premier chapitre est destiné au concept de soi dans lequel nous avons donné : la définition, l'étiologie, ses sources, ses principaux modèles, tandis que dans l'estime de soi : nous avons élaboré, la définition de l'estime de soi, son développement chez l'enfant, ses types, ses composantes, ses formes, et ses niveaux.

Le deuxième chapitre : intitulé le diabète: aspect médicale et psychologique, il est réserver à la présentation de la définition du diabète, son historique, la classification, les types les complications le traitement plus les thèmes réservés à l'aspect psychologique du patient atteint de diabète type 1 qui correspond : l'état psychologique, le vécu psychologique de cette maladie, ses troubles, ainsi qu'à la prise en charge .

Partie pratique : comprend deux chapitres

Le premier est le chapitre III, dans lequel nous avons présenté notre enquête, la méthode utilisé dans notre recherche, les lieux de recherche, ou nous avons effectué notre stage pratique, les critères de notre population de recherche et les caractéristiques du choix de cette dernière et enfin les techniques utilisées tel que l'entretien clinique semi directif et l'échelle spécifique destiné à mesurer le degré de l'estime de soi des enfants diabétiques.

Le second est le chapitre IV, il comprend la présentation et l'analyse des entretiens clinique ainsi que ceux de l'échelle de Cooper-Smitheffectuer sur notre population de recherche cas par cas ce qui nous a permis de vérifier nos hypothèses.

Enfin nous avons achevé notre étude par une conclusion englobant tous les objectifs tracée tout au long de notre recherche suivit d'une liste bibliographique et des annexes.

Cadre méthodologique de la recherche

1-Problématique

2-Les hypothèses de la recherche

3-Définition et opérationnalisation des concepts clé

4-Les raisons du choix du thème

5-L'intérêt du thème de la recherche

6-Les objectifs de la recherche

7-Les difficultés rencontrées

1-La problématique

Un bon moyen de prendre conscience de son potentiel est d'accomplir un défi quelconque. La vie quotidienne nous fournit une foule d'objectifs, de défis, même parfois modestes, qui, une fois atteints, nous permettent de ressentir une amélioration de notre estime de soi.

L'estime de soi se rapporte à la façon dont un individu évalue son degré de compétence, son importance, sa réussite et sa valeur. Elle désigne le plus souvent les émotions associées au processus cognitif d'auto-évaluation.

L'estime de soi apparaît comme un produit social, confondue avec la construction de la conscience morale. Elle est présentée comme socialement déterminée, et elle s'opère psychologiquement par le triple processus de l'identification, de l'intériorisation et de l'appropriation.

D'une part, C.H. Cooley, l'estime de soi selon lui, est une construction sociale. L'évaluation que l'on fait de soi-même et déterminer par les autres. Il constitueraient des miroirs sociaux dans lesquels l'individu se regarderait pour se faire une idée de l'opinion qu'ils ont de lui. Ainsi, un complément aurait tendance à renforcer notre estime de nous-mêmes, alors qu'une critique l'abaisserait. Ce modèle insiste sur l'importance d'un regard positif des parents à l'égard de leur enfant : le lien parental va intégrer au cours de son développement leur opinion positive et développera une estime de soi stable, moins dépendante des critiques et des approbations des autres.

D'autre part selon Cooper Smith, l'estime de soi se définit comme un ensemble d'attitudes et d'opinions que les individus mettent en jeu dans leurs rapports avec le monde extérieur. Croire à sa réussite personnelle, se mobiliser en fonction d'un but à atteindre, ressentir plus au moins profondément un échec, améliorer ses performances en mettant à profit les expériences antérieures sont des attitudes directement liées à l'estime de soi. (COOPER.S, 1984, p.5).

A la lumière de nombreuses études en psychologie développementale, il est possible d'affirmer qu'un enfant de parents disponibles, aimants et qui encouragent ses efforts de maîtrise, va construire un bon modèle interne de soi,

C'est-à-dire une bonne estime de soi. Un lien fort a été démontré entre le soutien parental tel qu'il est perçu par un jeune et l'estime qu'il a pour lui-même ; le désintérêt perçu des parents est significativement associé à la faible estime de soi de l'enfant. Par ailleurs, des études montrent également qu'un soutien parental inconditionnel « quoi que tu fasses, nous t'aimons », s'il permet une estime de soi solide, ne prépare pas l'enfant à s'être suscité l'amour des autres. L'éducation doit alors le préparer à la vie en société afin qu'il se sente à l'aise dans les groupes y trouve sa place sans agressivité, en sachant susciter l'affection des autres. (Le petit Larousse de la psychologie, 2005, pp.298-299).

Ainsi l'estime de soi semble un obstacle central des enfants atteints du diabète. Celles-ci sont les plus touchées par le phénomène du diabète. Ce dernier demeure une situation engendrant des retombés négatifs sur le plan personnel et social de l'individu.

Le diabète est lourde de conséquences graves (complications cardiovasculaire, amputations majeure, cécité, insuffisance rénale). Elle nécessite une prise en charge de tous les professionnels de la santé et des relais de soins avec des plateformes techniques tenant compte des spécificités de cette pathologie.

Chez l'enfant, le D.I.D. est la forme la plus fréquente, il est observé dans 99% des cas. Dans certaines circonstances pathologiques, survenant chez l'enfant, des troubles du métabolisme des glucides (glucosurie et hyperglycémie) peuvent apparaître. C'est le cas notamment dans certaines aberrations chromosomiques, dans certaines maladies endocriniennes, dans certaines affections viscérales, lors de certaines carences en oligo-éléments (chrome) ou lors de la prise de certains médicaments (corticoïdes). Le trouble glucidique

n'apparaît ici que comme un épiphénomène qui disparaîtra lorsque sa cause aura été traitée.

L'incidence du diabète de type 1 chez l'enfant est en constante augmentation ces dernières années. Il est responsable de complications aiguës et à long terme dont l'incidence peut être diminuée par une optimisation de l'équilibre glycémique grâce à une prise en charge adéquate.

La fréquence du diabète de type 1 est 10 à 15% de l'ensemble des D.S se voit surtout chez le sujet jeune avec un mode d'installation brutal. Il existe 2 formes de diabète de type 1, soit le type 1A ou forme idiopathique virale et le type 1B ou l'étiologie est auto-immune, le DID à évolution lente, se voit après 40 ans avec progressif prédominance féminine due au tarissement de l'insuline sécrétion, et association fréquente à d'autres maladies auto-immunes. (La revue Médicaux pharmaceutique 04.septembre- octobre, 1998, p.23).

En Algérie récente dans une étude bien documentée, les cas de DID diagnostiqués avant l'âge de 15 ans sur une période de 10 ans (1979-1988) ; la prévalence est de 0,27%, l'incidence moyenne annuelle de 4,4 /100.000 avec une progression à partir de 1986, elle atteint 8.1 /100.000 en 1988. (La revue Médicaux pharmaceutique 04.septembre, octobre, 1998, pp.20-21).

L'approche cognitive-comportementale avait servi de cadre référentiel à notre étude qui permet de cerner l'aspect symptomatique de l'estime de soi engendré par le diabète de type I, dont cinq cas rencontrés à la polyclinique d'akbou.

Et d'autre part le manque des études sur ce thème, nous a poussés à l'aborder, et cela pour contribuer à une recherche qui permettra d'apporter des éléments d'informations qui pouvant aider à mieux comprendre ce phénomène. Ce qui explique notre méthode et nos outils de recherche utilisés qui sont : l'entretien semi-directif et l'échelle d'estime de soi de Cooper Smith forme scolaire pour enfant.

Durant notre exploration on a remarqué que certains enfants atteints le diabète souffre de manque de confiance, un sentiment de dévalorisation, repli sur soi, isolement, une véritable solitude, timidité, réaction agressive, comportement de tristesse, anxiété, stress, sentiment d'insécurité.

Dans notre recherche on va essayer de décrire et d'expliquer la qualité de l'estime de soi chez les enfants diabétiques, et on cherche les degrés de l'estime de soi négatif ou positif, au même temps le rôle familiale et sociale pour aider et améliorer la vie des enfants diabétique. À partir de là on pose la question suivante :

Quel est le niveau d'estime de soi des enfants atteints le diabète type I ?

Est-ce que l'entourage est un facteur responsable de faible estime de soi des enfants atteints du diabète ?

2-Les hypothèses de la recherche :

- L'estime de soi des enfants atteint le diabète type1 est bas.
- L'entourage est un facteur responsable de faible estime de soi des enfants atteints du diabète.

3-définition et opérationnalisation des concepts clés

Avant d'aborder notre thème de recherche, nous allons essayer de définir les concepts clés utilisées dans notre partie pratique et théorique.

-diabète :

Est une maladie qui se caractérise par une élévation de taux de sucre (glucose) dans le sang au-dessus des valeurs normale ($\geq 1,26g /l$). Cette élévation est due à une carence relative ou absolue en insuline (Tazairtchabane, 2002, p.9).

Le diabète est un syndrome regroupant un ensemble de maladies métaboliques ayant en commun une hyperglycémie.

-Définition opérationnelle

Le diabète se caractérise par une élévation permanente de la teneur du sang en glucose, parfois accompagnée par des symptômes tels qu'une soif intense, des mictions fréquentes, et une perte de poids. (Anne Bertran de balanda, 2001, p.15).

-Diabète type1 :

Résulte d'une destruction sélective des cellules B des îlots de Langerhans. (Martin buysschaert, 2006, p.7).

-Définition opérationnelle

Le diabète type1 est le diabète insulino-dépendant (D.S.I.D. ou D.I.D), ou diabète maigre, ou diabète des gens jeunes. il est auto-immune en générale, c'est-à-dire caractérisé par l'apparition d'auto-anticorps responsable de la destruction des cellules bêta des îlots de Langerhans dans le pancréas.

-le soi :

D'après W.James : le soi peut être considéré à la fois comme « un sujet de connaissance et d'évaluation de nous-mêmes et comme une structure exécutive à l'origine de nos actes et de nos pensées ».

Selon Mead 1934 : le soi se construit par l'interaction entre l'individu et son milieu. (Serge Netchine, 1996, p.08).

-Définition opérationnelle :

Le concept de soi paraît être un modèle relativement large comprenant aspects cognitifs, affectifs et comportementaux.

-L'estime de soi :

Pour W.James : l'estime de soi est déterminée par le rapport entre la situation réelle de l'individu et ses attentes.

Et pour Abraham Maslow : l'estime de soi définissait comme un besoin vitale de priorité intermédiaire qui ne le cède on importance qu'aux besoins fondamentaux de la sécurité et des liens affectifs et qui a lui-même préséance sur l'accomplissement de soi. (Simon L.Dolan-André Arsenault, 2009, P.79).

-Définition opérationnelle

L'estime de soi est un ensemble complexe résultant de nombreuses variables antécédentes et ayant à son tour des conséquences diverses sur les plans individuel et organisationnel.

4-Les raisons du choix du thème :

Notre thème de recherche porte sur l'estime de soi chez les enfants diabétiques, ce choix découle du fait que le diabète est une maladie chronique évolutive nécessitant des adaptations thérapeutique régulières, concerne toute les classes d'âge.

Beaucoup des études ont traité cette maladie chronique telles que : le stress chez les personnes diabétiques, l'observance des diabétiques...etc.

Mais d'après nos lectures, on a démontré l'importance d'étude sur l'estime de soi chez les enfants atteinte d'un diabète. Ce qui nous à pousser à abordé cette thématique en vue de découvrir une maladie très importante, et d'acquérir de nouvelles connaissances sur la pratique du diabète, ainsi que cerner l'état psychique de l'enfant qui diabétique, et dévoiler la conscience de chaque enfant atteinte cette pathologie.

5-L'intérêt du choix du thème de la recherche :

Tous les spécialistes s'accordent à dire que le diabète comme toutes les maladies chroniques, entraine des répercussions psychologiques importante, et des difficultés dans la vie quotidiennes.

En tout état de cause L'estime de soi se fonde sur la confiance de la personne en sa propre capacité de réfléchir et de réussir à relever les défis de la vie, il influence sur différente catégorie tel que les enfants.

Ainsi notre thème de recherche porte sur l'estime de soi chez les enfants diabétiques, un sujet très intéressants pour la réussite de l'enfant sur le plan psychologique. Et le degré de perception interne qu'à l'individu de sa compétence à vivre, à assurer son développement complet, joue un rôle essentiel dans la stabilité chez les enfants qui souffre du diabète.

6- les objectifs de la recherche :

Notre recherche va se concentré sur des objectifs suivante :

L'objectif principal de ce travail est d'approfondir notre analyse sur le niveau d'estime de soi chez les enfants qui souffrent du diabète au niveau de polyclinique d'akbou.

- centré sur le lien qui existe entre l'estime de soi et le diabète.
- Vérifier l'impact de cette maladie sur l'estime de soi de l'enfant.
- démontrer les difficultés qu'affrontent ces enfants dans leurs vies quotidiennes.
- dégager le degré d'acceptation de leur maladie.
- décrire les souffrances physique, psychique et sociale des enfants diabétiques.

7-Les difficultés rencontrées :

Lors de notre étude sur l'estime de soi chez les enfants diabétiques, on a rencontré un obstacle :

Ce qui concerne la traduction de guide de l'entretien et les questions de l'échelle de l'estime de soi.

Autrement dit les difficultés d'expliquer aux enfants le but de l'échelle et la pratique de passation à cause de la langue du l'échelle qui est composée de 58 items ce qui fait fatigue l'enfant.

Partie
Théorique

CHAPITRE I : l'estime de soi

Préambule

Le concept de soi

1-1-Définition de concept de soi

1-2-Etiologie du manque d'affirmation de soi

1-3-Les sources du concept de soi

1-4-Les principaux modèles de concept de soi

2- L'estime de soi

2-1-Définition de l'estime de soi

2-2- historique de l'estime de soi

2-3- le développement de l'estime de soi chez l'enfant

2-4-Les types d'estime de soi

2-5-Les composantes de l'estime de soi

2-6-Les formes d'estime de soi

2-7-Les niveaux de l'estime de soi

2-8- les mécanismes de défense de l'estime de soi

2-9- la prise en charge de l'estime de soi

Synthèse

Préambule

L'estime de soi est l'un des paramètres individuels qui peuvent servir à expliquer les facteurs de risque de souffrir et les capacités de résistance de chacun.

A propos de ce chapitre on va aborder les deux concepts le soi et l'estime de soi.

1-Le concept de soi :

1-1- Définition du concept de soi :

L'importance De ce concept a poussé plusieurs chercheurs à donner divers définition et théorie :

Le concept de soi renvoie à la représentation globale que nous nous faisons de nos mêmes, de nos caractéristiques et de nos traits. Cette construction ,de type cognitives est à la fois descriptive est évaluative :elle détermine ce que nous croyons être et notre action .il comporte l'image de soi, l'estime de soi et le soi .le concept de soi se développe par l'intermédiaire des expériences quotidiennes qui permettent à l'enfant de se représenter comme un être ayant caractéristiques particulières ,mais intègre aussi un aspect social par l'entrer des informations reçues de son entourage c'est une petite qui se débrouille bien ou encore c'est un enfant qui se décourage facilement (Diane E .Papalia .RuthD.Feldman,2014 ,p.176).

Pour W.James, tout ce qui est personnel : le « moi » et le « mien ».pour Freud, le soi est le prolongement inconscient du moi. Quant à « Jung », il fait du soi une entité « sur-ordonnée » au moi, embrassant non seulement le conscient et l'inconscient mais « aussi le but de la vie ». (Norbert sillamy, 2004, p.250).

Selon Gecas (1982), le concept de soi est la « représentation d'un individu de sa connaissance de soi » (Jean-Pierre famose et florence Guérin, 2002, p.15).

1-2- Etiologie du manque d'affirmation de soi :

Les causes et facteurs de maintien du manque d'affirmation de soi sont, schématiquement, de quatre ordres :

-Le non- droit personnel :

Est un facteur cognitif : les patients concernés ne se donnent pas le droit de s'affirmer ils pensent que demander, refuser ou exprimer une critique ne se fait pas. L'origine de ce non-droit personnel est le plus souvent éducative, avec deux types de conséquences : l'absence de droit personnel et des droits personnels inférieurs à ceux de l'autre. La prise en charge de type cognitif revient aux sources de l'éducation et veille au rééquilibrage entre s'occuper des autres et penser à soi.

-Le manque de renforcement par l'environnement :

Manque de renforcement positif et punition d'un comportement affirmé, aboutit à l'extinction du comportement concerné, son renforcement négatif crée des mécanismes d'évitement divers. Les patients concernés souffrent d'un besoin de se conformer au groupe social pour exister d'une soumission excessive. La faible estime de soi les pousse à ne pas s'affirmer pour rester intégré sans se faire remarquer. Le traitement consiste à travailler sur l'estime de soi et sur la place dans le groupe social.

-Le manque de savoir-faire :

Concerne des personnes qui n'ont pas eu de modèle et n'ont jamais appris à s'affirmer. Le modèle étiologique est typiquement comportemental par manque d'apprentissage. L'entraînement aux compétences sociales trouve ici son indication privilégiée, de préférences en groupe.

-Le manque de reconnaissance des messages sociaux :

Concerne des personnes qui ne s'affirment pas car elles perçoivent mal les signaux sociaux, soit par un défaut de perception lié à un Filtre cognitif dysfonctionnel le traitement consiste à modifier le schéma cognitif pathologique participant au trouble de la personnalité soit par un défaut de perception sensoriel ou neuropsychologique. (Frédéricfanget et BernardRouchouse, 2005, p.225).

1-3-Les sources du concept de soi :

Le concept de soi est au centre de recherche depuis des siècles, les chercheurs tentent à chercher les structures de soi, théorie, et ses modèles structuraux à savoir :

Selon W.james, le soi est une entité à l'intérieur de laquelle il existe une dichotomie : le « je » et le « moi » le « moi » est un agrégat empirique d'états à connaître objectivement. Le « je » qui les connaît ne saurait, lui, être un agrégat, le « je » serais le soi en tant qu'agent actif, le sujet de la connaissance. Le « moi » serais le soi en tant qu'objet de la connaissance, composante passive. Le « moi » prendrai le nom de concept de soi.

W.james à propos de l'estime de soi qui le rapport des succès sur les prétentions évoque son propre cas : pour ce dernier, l'estime de soi n'est pas tant fondée sur une échelle de réussite ou d'échec que sur le rapport relatif de la réussite sur les aspirations. Dans cette perspective relativiste, les accomplissements objectifs sont réévalués en fonction d'une grille de lecture interne. ainsi, avons-nous le paradoxe de cet homme mort de honte de n'être que le second rameur du monde alors que tel méchant gringalet que tout le monde pourrait battre, ne souffre aucunement de ce désavantage , le sentiment de soi que nous développons dépend de l'importance des investissements mis en jeu dans la réalisation de ce que nous avons décidé d'être ou de faire.

Les différents « moi » donnent naissance, par l'intermédiaire du « je », à des sentiments et des émotions qu'il nomme sentiment de soi.

Pour Cooley(1902), le soi est considéré comme étant principalement une construction sociale, menée à travers des échanges linguistiques (interaction symboliques) avec d'autres. C'est dans ce processus que le soi est profondément structuré.

Pour lui, les autrui significatifs constituent un miroir social que l'individu regarde et dans lequel il détecte leurs opinions sur lui-même.

Cette idée à trois composantes :

-Nous décrivons ce que nous imaginons que l'autre pense de nous.

-nous imaginons le jugement que porte l'autre à notre égard après nous avoir observés.

-Nous tirons les conséquences du jugement que nous avons prêté à l'autres nous éprouvons en conséquence un sentiment de soi comme la fierté ou la honte.

L'intériorisation des opinions d'autrui sur le soi est un élément fondamental.(Jean-Pierrefamose Florence Guérin, 2002, pp.16-18).

1-4-Les principaux modèles structuraux de concept de soi :

Il ya trois modèles de concept de soi qui sont :

-Le modèle unidimensionnel :

Coopersmith (1967), Marx et Winne (1978) et Rosenberg(1965) en sont les tenants, un facteur général domine fortement les démentions du concept de soi, ce qui ne permet pas de différencier de manier adéquate les facteurs. Dans l'instrument de Cooper Smith, il existe 50 items et 4 facteurs. Les évaluations de cet outil ont posé des problèmes de mesure et des problèmes statistiques. Les analyses factorielles n'ont pas fait apparaitre de facteurs fortement différencié,

Toutefois, les analyses menées par March et Smith(1982) puis par Hattien(1992) ont montré que l'hypothèse de Cooper Smith d'un concept de soi dominé par un facteur général n'était pas défendable (Marx et Winnie adoptent la métaphore de la marguerite pour décrire le concept de soi dont chaque pétale représente une dimension. Le modèle est partagé.

En 1979, il propose le RSES (Rosenberg self-EsteemScale), un outil de mesure unidimensionnel de l'estime de soi globale comportant 10 items.et Soares(1977) représentent également le concept de soi comme un diagramme de Venn- ou marguerite.la partie qui se superpose est la partie commune et la partie libre est la portion unique de chaque dimension.

-Les modèles factoriels et multidimensionnels indépendants et corrélés :

Ces deux types de modèles représentent le concept de soi comme une structure multidimensionnelle. Ce qui les différencie est le degré de corrélation entre les diverses dimensions. Une version forte du modèle factoriel indépendant requiert que tous les facteurs soient absolument non corrélés. Dans une version faible ceux –ci sont relativement corrélés. Le modèle factoriel indépendant est l'antithèse du modèle général en ce sens qu'il n'existe pas de concept de soi général. Soares et Soares pencheraient plutôt pour une version faible dans leurs recherche qui n'ont fait apparaitre aucune structure factorielle générale ni hiérarchique. (Jean-Pierre Famose, Florence Guérin, 2002, P.21-22).

-Le modèle compensatoire :

Marx et Winne proposent en 1978 un modèle compensatoire composé d'un facteur de concept de soi global d'ordre supérieur et de multiples facteurs certaines circonstances les facteurs de premier ordre seront corrélées négativement. Ceci est du à un processus « ipsatif » qui fait que des individus réussissant moins bien dans le champ scolaire par exemple, Ce modèle compensatoire met l'accent sur une dimension nouvelle dans les théories du concept de soi qui est la relativité de l'évaluation d'un individu dans les

différentes facettes qui composent son image. il gère ensuite ses points négatifs et positifs de manière compensée. (Jean-Pierre Famose, Florence Guérin 2002, p.25).

2-L'estime de soi :

De nombreuses recherches ont été consacrées au concept de l'estime de soi, car il est perçue comme un indicateur de bien-être psychologique.

2-1-Définitions de l'estime de soi :

Plusieurs définitions ont été données à l'estime de soi :

D'après le grand dictionnaire de psychologie : l'estime de soi est la valeur personnelle, compétence, qu'un individu associe à son image de soi.

Pour **Josiane de Saint Paule** l'estime de soi est l'évaluation positive de soi-même, fondée sur la conscience de sa propre valeur et de son importance inaliénable en tant qu'être humain. Une personne qui s'estime se traite avec bienveillance et se sent digne d'être aimée et d'être heureuse. L'estime de soi est également fondée sur le sentiment de sécurité que donne la certitude de pouvoir utiliser son libre arbitre, ses capacités et ses facultés d'apprentissage pour faire face de façon responsable et efficace aux événements et aux défis de la vie. (J-de Saint Paul, 1999, p.19).

D'autres auteurs ont un point de vue différent de l'estime de soi :

Pour **White** : L'estime de soi c'est l'expérience de sa propre compétence et le sentiment d'auto-efficacité qui en découle.

Selon **Rosenberg** : L'estime de soi c'est une attitude positive ou négative envers un objet particulier : soi-même.

De son côté **Cooper Smith** : L'estime de soi c'est l'appréciation de soi qu'entretient l'individu et qui exprime dans quelle mesure il approuve ses

propres aptitudes, son importance, sa réussite et sa valeur. (Simon L.DolanAndré Arsenault, 2009, P.80).

D'après **DianeE.Papalia et Ruth D.Feldman** L'estime de soi est la valeur, positive ou négative qu'une personne s'accorde à elle-même, elle représente donc la partie évaluative de concept de soi, c'est-à-dire le jugement que l'enfant porte sur lui-même en fonction de ses caractéristiques. (DianeE.Papali et RuthD.Feldman, pp.177-178).

2-2-Historique de l'estime de soi :

Le concept de l'estime de soi est loin d'être récent, il a été décrit pour la première fois en (1890) par le psychologue Américain William James, qui notamment expliqua que l'estime de soi se situe dans la personne à laquelle se définit par la cohésion entre ses aspirations et ses succès. A cette époque, on limitait l'estime de soi au rendement au sentiment de compétence en relation avec ses ambitions. Cette conception de l'estime de soi est encore très présente aux Etats-Unis. (Germain Duclos, 2010, p.11).

Ce n'est qu'en 1902, Cooley le pionnier du modèle social, apporte une nouvelle perspective en avançant l'hypothèse que le sentiment de valeur de soi serait une construction sociale façonnée par l'interaction avec l'entourage et cela dès l'enfance. En 1934, les travaux de G.H Mead, qui postule que le sentiment de soi serait la moyenne de ses jugements qui seraient intériorisés. (Blanchet M. Chevalier, 2008, p.65).

Cooper Smith (1967) différencie également l'estime de soi comme la dimension affective de soi, regard de la dimension cognitive et conative. Ainsi met en exercice 3 processus d'interaction de l'estime de soi. elle-ci comporterait un niveau cognitif (idées à l'égard de soi), un niveau émotif ou affectif (évaluation et sentiment positifs ou négatifs envers soi) et enfin un niveau comportementale (influence sur la motivation et le comportement) Ces

processus sont également utilisées de nombreux auteurs. (Fabien Déloche, 2006, p.24).

Pour Rosenberg(1979),le concept de l'estime de soi est une distinction entre une estime de soi qui serait une composante globale auto-évaluative de soi et un concept de soi qui serait un ensemble multi dimensionnelle de composantes auto-descriptive,spécifique à un domaine.(Delphine Martino,1995,p.21).

Donc les travaux de Cooper Smith 1984 ont beaucoup apportés a cet objet d'étude.il insiste sur le faite que vers le milieu de l'enfance que l'individu se forge une image de lui-même qui restera relativement stable au cours de la vie. Cette image pourraêtre affecté par des événements de la vie.CooperSmith à prouvé que les variables dus aux expériences individuelle, au sexe, à l'âgesont importante car chacun construit son appréciation de soi en s'appuyant sur des considérations plus spécifiques dans différents domaines selon l'importance objective qu'il leur apport.

Aujourd'hui l'estime de soi est devenu une inspiration légitime aux yeux de tous : considérée comme une nécessité pour survivre dans une société de plus en plus compétitive,vu son influence sur positive ou nocive sur le fonctionnement psychique ;les chercheurs s'accordent actuellement pour dir que l'estime de soi est à la fois le résultat d'une construction psychique et le produit d'une activité cognitive et sociale. Cela signifie que l'estime de soi se construit progressivement et que son développement est un processus dynamique et continu.(Pervin A.L ,John O.P,2005,p.159).

2-3-Le développement de l'estime de soi chez l'enfant :

L'estime de soi présenterait une certaine stabilité au cours de l'enfance. Ce que suggère une étude longitudinale belge. Qui a démontré que le niveau d'estime de soi évaluer selon différents aspects de la perception de soi : apparence

physique, habilités scolaire et athlétiques, acceptation sociale et façon de se comporter chez des enfants de cinq ans permet de prédire l'estime de soi et le fonctionnement socio émotionnel à l'âge de huit ans.

L'estime de soi est un facteur de protection essentiel contre les problèmes d'adaptation et d'apprentissage chez les enfants. elle pourrait même prévenir certains problèmes de santé mentale ultérieurs, telle que la dépression à l'âge adulte .Certains indicateurs peuvent renseigner sur la présence d'une bonne estime de soi de 22ans la petite enfance : le fait de se sentir bien dans son corps, d'être fier d'être un garçon ou une fille, de croire en ses capacités, d'avoir le sentiment d'être aimable, d'être à l'aise en compagnie des autres ou encore d'avoir confiance que ses besoins seront reconnus et comblés dans un avenir rapproché Les parents et les éducateurs ont donc un rôle à jouer dans le développement de l'estime de soi , en stimulant les quatre composantes fondamentales: le sentiment de sécurité , l'identité positive , le sentiment d'appartenance et le sentiment de compétence.(DianeE.Papalia et RuthD.Feldman, pp.177-178).

D'après ces définitions on peut dire que l'estime de soi est nécessaire à l'équilibre d'un être humain et que la confiance en soi est un moteur nécessaire à l'épanouissement et à la réussite personnelle et social.

2-3-Les types d'estime de soi :

James distingue trois types d'estime de soi :

- **L'estime de soi matérielle** : la vanité, la fierté d'être riche.
- L'estime de soi sociale** : la fierté sociale, familiale, professionnelle.
- L'estime de soi spirituelle** : un sentiment de supériorité morale.

(SimonL.Dolan André Arsenault, 2009, P.88).

2-4-Les composantes de l'estime de soi :

L'estime de soi s'appuie sur quatre composantes :

Le sentiment de sécurité :

L'estime de soi de l'enfant est l'acquisition de la confiance et de la sécurité. Les adultes de l'entourage peuvent favoriser ce sentiment en établissant une discipline qui tient compte du rythme de l'enfant et en s'assurant que celui-ci en comprend et respecte les règles. Pour y parvenir, le parent ou l'éducateur doit bien connaître les besoins de l'enfant et chercher à les combler adéquatement, ce qui implique de savoir décoder ses messages et ses demandes. D'autre part, il faut offrir à l'enfant un environnement stable, où les changements qu'il aura à vivre seront limités. Dans la mise en situation, la mère d'Aurélié décode bien le message de sa fille et comprend que la colère qu'elle manifeste envers son frère reflète sa déception face à l'absence de son père, ce qui lui permet de réagir adéquatement.

L'identité positive :

L'estime de soi est l'identité positive, qui passe par la connaissance de soi. Cette dernière s'élabore grâce à la reconnaissance et à l'acceptation du tempérament propre à l'enfant par les parents et les éducateurs. Ceci implique de lui mentionner ses forces, mais également d'accepter ses faiblesses et d'être en mesure de lui en parler de manière constructive. Toutes les personnes de son entourage peuvent aider l'enfant à identifier ses émotions, à comprendre que ses difficultés sont temporaires et à l'amener ainsi à se projeter positivement dans l'avenir.

Le sentiment d'appartenance :

L'estime de soi est le sentiment d'appartenance. Pour aider l'enfant à développer ses habiletés verbales, sociales et relationnelles, les parents et éducateurs doivent permettre à l'enfant de vivre des relations significatives et

stables. Par exemple, pour favoriser le sentiment d'appartenance à un groupe, le parent peut organiser des rituels (soirée cinéma, sorties), qui aident à resserrer les liens entre les membres de la famille. Adulte doit également démontrer qu'il valorise la vie sociale en adoptant lui-même de comportements prosociaux. Les éducateurs jouent un rôle particulièrement important puisqu'ils accompagnent l'enfant dans le développement des comportements sociaux dans le groupe de pairs. Ainsi, ils aident l'enfant à apprendre comment établir un contact de façon adéquate à s'affirmer de façon constructive, à prendre conscience, afin de gérer sa frustration et résoudre des conflits.

Le sentiment de compétence :

L'estime de soi est le sentiment de compétence, qui a développé en fonction du sentiment d'autonomie et des rétroactions positives que l'enfant reçoit, il est ainsi fortement lié à l'attitude des parents et des éducateurs. En offrant à l'enfant l'occasion de tenter de nouvelles expériences, les adultes l'aident à ce qu'il exerce un pouvoir sur son environnement. De fait de lui confier de petites possibilités peut également contribuer au développement de sentiment de compétence. Lorsque l'enfant accomplit une tâche ou une activité, l'adulte peut renforcer son sentiment de compétence en le comparant à lui-même plutôt qu'aux autres, en l'encourageant à recommencer s'il ne réussit pas de premier coup et en le félicitant pour la réussite. L'échec sera ainsi expérimenté de manière constructive, ce qui aidera l'enfant à persévérer dans ses entreprises. Enfin, lorsque le parent réprimande l'enfant, les rétroactions liées à un comportement particulier.

L'estime de soi sera plus élevée chez l'enfant qui se sent compétent. De plus, sa motivation à entreprendre et à réussir l'amènera à expérimenter plus de succès dans ses activités et dans ses relations sociales, ce qui viendra également renforcer son estime de soi. En effet, l'enfant qui se sent compétent attribuera ses échecs à des facteurs extérieurs ou à un manque d'effort et donc à une

situation temporaire. il fera aussi plus de tentative afin de réussir ou de changer la situation. Or, ces bénéfices ne sont pas observés chez les enfants pour lesquels l'estime de soi est conditionnelle à la réussite. Les enfants qui ont une estime de soi conditionnelle à la réussite ont une motivation extrinsèque. Les parents et les éducateurs peuvent favoriser la motivation intrinsèque de l'enfant en offrant des rétroactions positives qui mettent l'accent sur le processus plutôt que sur le résultat de la tâche. (Diane E. Papalia et Ruth D. Feldman, pp.)

2-5-Les formes d'estime de soi :

L'estime de soi elle contient les cinq formes suivantes :

L'aspect physique : est-ce que je me plais, est-ce que je plais aux autres ?

La réussite scolaire puis le statut social : est-ce que j'ai réussi mes études et ma vie professionnelle et sociale ?

Les compétences athlétiques : est-ce que je suis fort, rapide ?

La conformité comportementale : les autres m'apprécient-ils ?

La popularité : est-ce qu'on m'aime bien ?

Il existe certainement d'autres formes d'estime de soi : les formes créatives, spirituelles, artistiques. Chacun accorde à celles-ci plus ou moins d'importance et de valeur. Tous ces aspects prennent vie dans la culture, qu'ils soient physique, artistique, comportementaux. La façon de s'estimer s'inscrit aussi dans les valeurs morales. (Elisabeth Couzon, Agnès Nicoulaud- Michaux, 2012, p.19-20).

2-6-Les niveaux de l'estime de soi :

L'estime de soi il contient deux niveaux :

Haut estime de soi :

Contribue à mieux discerner ce qui vient de soi de ce qui vient de l'autre, et donne aussi une plus grande indépendance d'esprit. Cela s'accompagne de

détachement, d'humour et d'audace. Dans les familles, couples, associations ou règne un climat favorable à l'estime de soi, la communication est plus libre, plus riche car dégagée du jugement et de la critique.

L'audace et la coopération régneront plus facilement dans ce climat.

Chez le sujet à haute estime de soi. Nous constatons surtout de meilleures qualités d'adaptation à l'environnement, et notamment dans un contexte mouvant face à des difficultés. Les sujet à haute de soi mettent en place des stratégies efficaces et appropriées.

- stratégie de résolution de problème.
- recherche de soutien social pour trouver du réconforte.
- remise en question lucide.
- confrontation à la réalité un sujet à haute estime de soi vit dans présent pleinement, les émotions à polarité agréable, il savoure la joie, l'enthousiasme, la sérénité et aime partager avec les autres ce genre de sentiments.

Il s'entoure donc de personnes d'avantage axées sur ce genre d'émotion, il ressent aussi les sentiments de tristesse ou de colère, les accueille, tout en étant capable d'en sortir plus vite que les autres.

Basse estime de soi :

Le sujet à basse estime de soi adopte des conduites de repli sur soi, des réticences à parler, de l'autocritique, du déni, de l'évitement ou de l'agressivité.

Un sujet à basse estime de soi vit moins le présent et se tourne plus facilement vers le doute, la tristesse ou la déception, il ressent plus d'autre les émotions à polarité désagréable et met plus de temps à en sortir. (Elisabeth Couzon, AgnèsNicoulaud-Michaux, 2012, pp.31-32).

2-7-Les mécanismes de défense de l'estime de soi :

Il est normal d'y avoir recours aux mécanismes de défense, lorsque nous sommes confronté à des difficultés, car ils jouent un rôle de d'amortisseur. Ils servent à éviter des émotions ou des pensées pénibles à notre conscience, Ils évitent des remises en question trop frontales et représentent une forme de remaniement et d'évitement de la réalité .Les principaux mécanismes de défense de l'estime et leurs fonctionnements se résume comme suite :

- L'évitement et le retrait** : échapper au risque d'échec.
- Le déni** : refuse d'admettre les problèmes.
- **La projection** : attribuer ses propres sentiments négatif et difficultés aux autres
- Les fantasmes et rêveries** : imaginer et rêver sa réussite au lieu de la construire
- La rationalisation** : reconnaître les problèmes,mais leurs attribuer des causes évitant une remise en question.
- **La compensation** : fuir un sentiment d'infériorité en s'investissant dans d'autres domaines.

Ce n'est pas l'utilisation occasionnelle d'un mécanisme de défense qui pose problème, mais c'est d'y avoir recours à l'excès.(André C.et Lehord F,1999,p.208).

2-9-La prise en charge de l'estime de soi :

Un jugement négatif de soi entraine des souffrances pouvant engendrer des conséquences désastreux sur l'épanouissement d'une personne et de l'efficacité de ses actions, donc une amélioration d'estime de soi est nécessaire, pour mieux se connaître et mieux s'exprimer et modifier peu a peu des

comportement quotidiens dans l'objectif d'éviter ce désastre. Il existe des thérapies individuelles ou en groupe pour l'amélioration de la connaissance de soi et de l'estime de soi, mais les moyens utilisés pour atteindre cet objectif sont différents. Il existe en gros deux grandes familles de psychothérapie : la thérapie cognitivo-comportementale, et la thérapie psychanalytique. (André.C, et, 1999, p.261).

Synthèse

Finalement, on peut dire que l'estime de soi est un processus qui se construit tout au long de notre vie. C'est un résultat d'une construction psychique et le produit d'une activité cognitive et sociale. Cela signifie que c'est un processus dynamique et continu, Si l'estime de soi semble être socialement déterminée au niveau psychologique, elle s'opère à travers les processus d'identifications, d'intériorisation et d'appropriation.

Chapitre II : Le diabète aspect médicale et aspect psychologique

1-Le diabète : Aspect médicale

Préambule

1-1 Définition du diabète

1-2- Historique du diabète

1-3- Les types de diabète

1-4- Epidémiologie du diabète

1-5- Classification du diabète

1-6- Les complications de diabète

1-7- Les symptômes du diabète

1-8- La prévention du diabète

1-9- Le traitement du diabète

1-10- Les signes fonctionnels évocateurs du diabète

1-12- La prise en charge médical du diabète

2- Le diabète : Aspect psychologique

2-1- L'état psychologique du patient atteint de diabète

2-2- Le vécu psychologique du diabète

2-3- les troubles psychologiques de l'enfant atteint de diabète

2-4- la prise en charge psychologique du diabète

Synthèse

Préambule

Le diabète est une maladie assez fréquente qui peut engendrer des complications métabolique aigues ainsi que des complications chroniques ; son traitement, sa surveillance et La prévention de ses complications vont conditionner la plus part des actes de la vie courante d'un diabétique.

Notre recherche dans ce chapitre porte sur les enfants diabétiques, pour cela on a spécifié ce chapitre afin de dévoiler cette maladie à travers la prévention, l'épidémiologie, la classification, sa définition, les types, son histoire, sa complication, ses symptômes, son traitement, son impact et ses conséquences, et il duaussi au plusieurs difficultés psychologique sur la vie de l'enfant.

1-L'aspect médical du diabète :

1-1 - définition de diabète :

le diabète est définit comme une maladie qui se caractérise par une élévation de taux de sucre (glucose) dans le sang (glycémie) au-dessus des valeurs normale (≥ 1.26 g /l à jeun-OMS) cette élévation (hyperglycémie) est due à une carence relative ou absolue en insuline (hormone sécrétée par le pancréas, qui fait baisser le taux de glucose).(Tazairtchabane,B ,2002,p.9).

Le terme de diabète regroupe tous les états morbides ayant en commun une hyperglycémie chronique consécutive à une insuffisance de sediton d'insuline par le pancréas (insulin carence) ou à des anomalies de l'action de cette insuline au niveau des tissus –cibles (insulin-résistance) ou le plus souvent à une intrication de deux anomalies (S.khalifa, 2001, p.3).

Selon les deux auteurs **P.Obraska et L.perlemuter**le diabète est considéré comme une maladie métabolique en rapport avec un trouble de l'utilisation du glucose par la cellule. (p.obraska, l.perlemuter, 1971, p.206).

1-2-Historique de la maladie du diabète :

Le diabète existe probablement depuis l'apparition de l'homme sur la terre, car aussi loins que nous puissions remonter dans l'histoire de l'humanité, nous semblons trouver des signes de l'existence de la maladie jusqu'au temps de l'ancienne Egypte, soit plus de 2000ans avant Jésus-Christ.

Le mot diabète remonte à la civilisation Grecque, particulièrement à Arrêtaios qui donne le mot diabète qui signifie « passer à travers ».il faut préciser que les médecins de cette époque pensaient qu'il existait un conduit entre le tube digestif et la vessie, ce qui pouvait expliquer que les diabétiques En l'absence d'insuline, le glucose s'accumule dans le sang car il ne peut plus pénétrer dans les cellules. Ce type de diabète impose l'apport extérieur d'insuline c'est pourquoi on l'appelle également diabète insulino-dépendant .la cause de diabète de type I relève de mécanismes complexes non encore parfaitement élucidés.

Il résulte d'une carence relative de la sécrétion d'insuline, due à une augmentation de la demande de l'organisme par augmentation de la masse grasse et diminution de la sensibilité des cellules à l'insuline.

Ainsi, alors que l'insuline est sécrétée en quantité presque normale, les cellules de l'organisme ne sont pas à même de l'utiliser, apparaît alors une hyperglycémie, malgré la présence d'insuline.il s'agit dans ce cas d'un diabète non insulino-dépendant.

Ce type de diabète apparaît habituellement chez des sujets souvent en surpoids et présentant des antécédents familiaux de diabète. (Tazairtchabane,B, 2002, pp.11-12).

Le diabète existe probablement depuis l'apparition de l'homme sur la terre, car aussi loins que nous puissions remonter dans l'histoire de l'humanité, nous

semblons trouver des signes de l'existence de la maladie jusqu'au temps de l'ancienne Egypte, soit plus de 2000ans avant Jésus-Christ.

Le mot diabète remonte à la civilisation Grecque, particulièrement à Arrêtais qui donne le mot diabète qui signifie « passer à travers ».il faut préciser que les médecins de cette époque pensaient qu'il existait un conduit entre le tube digestif et la vessie, ce qui pouvait expliquer que les diabétiques urinaient tant. Buvaient et urinaient tant.

Les médecins Hindous avaient noté deux types de maladie avec des urines sacrées, l'une chez le jeune enfant qui était rapidement mortelle et l'autre chez l'adulte obèse qui était plus lentement mortelle.

Le nom diabète mellitus remonte au 16^{ème} ou 17^{ème} siècle lorsque le Dr Thomas Willis, médecin personnel de roi Charles II d'Angleterre, décrit que l'urine diabétique « était merveilleusement sucrée » comme si elle été imprainée de miel ou du sucre et à ce moment il ajouta le nom de « diabète et militus ».

Durant le 18^{ème} siècle, les médecins s'aperçurent que les patients présentant un diabète mellitus abaissent leurs symptômes lorsqu'ils diminuaient leur consommation de sucre.

A la fin de 19^{ème} siècle, les chercheurs se sont aperçus que c'était la glande appelée pancréas qui était responsable du contrôle du sucre.ils notèrent qu'en enlevant le pancréas des chiens, ceux-ci devenaient diabétiques. Partir de ce moment, les chercheurs se mirent à chercher cette molécule appelée « insuline » qui était responsable de la régularisation du sucre au niveau sanguin.

Le 11 janvier 1922, de l'insuline fut injectée à Léonard Thompson, un garçon de 14ans en état d'acidocétose est à l'article de la mort .A ce moment, l'insuline lui sauva la vie et depuis ce jour, des milliers d'être humains sont traités à l'insuline pour contrôler le diabète.(Tazairtchabane,B ,2002,pp.7-8).

1-3-Les types de diabète :

Le diabète type I :

Il résulte d'une carence majeure, voire totale de fabrication de l'insuline.

En l'absence d'insuline, le glucose s'accumule dans le sang car il ne peut plus pénétrer dans les cellules. Ce type de diabète impose l'apport extérieur d'insuline c'est pourquoi on l'appelle également diabète insulino-dépendant. La cause de diabète de type I relève de mécanismes complexes non encore parfaitement élucidés.

Le diabète type II :

Il résulte d'une carence relative de la sécrétion d'insuline, due à une augmentation de la demande de l'organisme par augmentation de la masse grasse et diminution de la sensibilité des cellules à l'insuline.

Ainsi, alors que l'insuline est sécrétée en quantité presque normale, les cellules de l'organisme ne sont pas à même de l'utiliser, apparaît alors une hyperglycémie, malgré la présence d'insuline. Il s'agit dans ce cas d'un diabète non insulino-dépendant.

Ce type de diabète apparaît habituellement chez des sujets souvent en surpoids et présentant des antécédents familiaux de diabète. (Tazairtchabane, B, 2002, pp.11-12).

1-4-Epidémiologie de la maladie du diabète :

Contrairement à la croyance populaire, le diabète sucré n'est pas l'apanage des pays économiquement développés et des populations suralimentées. C'est une maladie universelle qui touche indifféremment les pays riches et les pays pauvres.

Cependant sa fréquence à travers le monde est très hétérogène allant de 1% en Papouasie à 30% à 40% chez les Indiens primitifs ou les micronésiens des

iles Neuraux dans le pacifique .Dans les pays occidentaux, le diabète sucré touche 5à10%de la population .En Algérie, en absence d'études épidémiologiques rigoureuses, la fréquence du diabète se situe probablement entre 2à4%.(S.khalfa, 2001, p.3).

Quoi qu'il en soit, les analyses épidémiologiques récentes objectivent une tendance à une augmentation globale, «planétaire », de l'incidence de la maladie, en particulier chez les enfants de moins de 15ans.

Le pic de fréquence de diabète de type1se situé autour de la puberté .La moitié des sujets développeront la maladie avant l'âge de 20ans. Certains malades N'expriment cependant leur pathologie qu'a après l'âge 30-40ans. Il s'agit alors d'une variante de type 1 appelée LADA (latent auto-immune diabètes of the adulte). (Martin Buysschaert, 2006, p.8).

1-5-Classification de la maladie du diabète :

Elle distingue principalement le diabète de type1du diabète type2.Cette classification repose sur l'étiopathogénie des deux maladies. Dans le premier cas (diabète de type1), l'hyperglycémie est du à une carence absolu en insuline, secondaire à une destruction auto-immune des cellules B des ilots de Langerhans. Certain (rares) diabète de type1sont « idiopathiques ».dans le second cas (diabète type 2), l'hyperglycémiefait suite à une carence relative en insuline dans le cadre ou non d'un syndrome métabolique avec insu lino résistance (Martin Buysschaert, 2006, p.4).

1-6-complications de diabète :

Toute gravité du diabète sucractions réside dans ses complications : Certaines d'entre elles peuvent survenir à tout moment de l'évolution .Il s'agit des complications aiguës métaboliques (acidocétose, coma hypersomolaire, et acidose lactique).Ce sont des urgences métaboliques qu'il faut dépister et traiter précocement car elles mettent en jeu le pronostic vital. Quant aux

hypoglycémies chez le diabétique, elles sont en règle dues à des erreurs thérapeutiques. Toutes ses complications aiguës sont évitables par une bonne éducation du malade.

1-7-Les symptômes du diabète :

Les symptômes apparaissent brutalement, par fois à l'occasion de circonstance inter courante par exemple, une infection. Il s'agit surtout d'une polyurie et d'une polydipsie c'est-à-dire le patient se lève plusieurs fois la nuit pour uriner et boire, d'un amaigrissement en dépit d'une onivore, d'une asthénie et d'une intolérance digestive. La durée des symptômes se compte en jours ou, si le diagnostic est trop retardé, en semaines. L'évolution se fait inévitablement vers l'acidocétose si un traitement par insuline n'est pas instauré. (MartinBuysschaert, 2006, p.13).

1-8-la Prévention du diabète :

La prévention reste la meilleure stratégie de lutte contre le diabète. Elle se fait à trois niveaux :

La prévention primaire :

intervient à la phase infra clinique de la maladie. Elle repose sur le dépistage systématique qui s'adresse à tous les adultes de plus de 40 ans et particulièrement à ceux qui ont un ou plusieurs facteurs de risque (hérédité, l'obésité...). Un médecin généraliste exerçant dans les unités de soins primaires joue un rôle très important dans ce type de prévention qui est la seule vraiment rentable ; une glycémie devra être demandée à chaque consultant adulte.

Prévention secondaire :

Consiste à gérer le diabète sucré une fois déclaré afin de prévenir les complications aiguës et chroniques.

Prévention tertiaire :

A pour but de limiter les conséquences des complications dégénératives dont la survenue traduit l'chèque de la prévention secondaire. Ace stade la prise en charge thérapeutique est pluridisciplinaire. (S.Khalfa, 2001, pp.5-6).

1-9-Le traitement du diabète :

Les complications de diabète sont liées en grande partie à la conséquence de l'hyperglycémie chronique.

L'objectif principale de la prise en charge thérapeutique est de maintenir en permanence un équilibre glycémique aussi proche que possible de la normale afin de prévenir ou de retardé la survenu des complications déterminative.

Cette prise en charge asismicité une surveillance régulière au long cours et l'adition de malade à son traitement ainsi que sa participation active. Ceci souligne l'importance que doit occuper l'éducation diabétologique qui est partie intégrante du traitement. (S.Khalfa, 2001, p.5).

1-10-Les signes fonctionnels évocateurs du diabète :

Le diabète se manifeste par les signes suivants :

Le syndrome polyuropolydipsique :

Ce syndrome est lié à l'hyperglycémie. D'installation brutale ou progressive, il se caractérise par une polyurie de plusieurs litres par jour (3-4) surtout diurne et post prandiale mais aussi nocturne, obligeant le malade à se lever la nuit.les mictions sont fréquentes et surtout abondantes.la polydipsie ou sensation de soif intense précède et accompagne la polyurie.

La polyphagie :

Elle moins fréquente, observée surtout au début de la maladie. Elle est souvent masquée par la polydipsie. A la phase cétoxisque, elle cède la place à une anorexie.

L'amaigrissement :

Il contraste avec la polyphagie, son intensité est variable d'un malade à un autre, pouvant atteindre plusieurs dizaines de kilos en quelque semaines ou mois, il porte sur les masses musculaires et le tissu graisseux d'où amyotrophie. Ce signe traduit un hypercatabolisme lié à une carence en insuline.

L'asthénie :

Elle est intense physique, psychique et sexuelle, gênant le malade dans ses activités. (S-khalfa, 2001, p.7).

1-11- L'impacte et conséquences à long terme d'un diabète :

Ce sont l'hyperglycémie chronique et ses conséquences métaboliques qui sont principalement responsable de développement des complications chronique vasculaire et neurologique de diabètes .leur degré de gravité dépend aussi, parmi, d'autre facteurs et d'une certain prédisposition génétique. Toutes les données scientifiques peuvent néanmoins qu'un traitement correct les prévient ou retarde leur apparition. (Martin Buyschaert, 2006, pp.4-6).

1-12- La prise en charge médicale du diabète :**Le dépistage :**

Le diabète est longtemps asymptomatique. C'est une maladie qui comporte essentiellement un signe biologique : une glycémie trop élevée.les signes clinique, et a fortiori les complications du diabète, sont des manifestations tardives de la maladie. Le diagnostic du diabète se fait souvent de

façon fortuite à l'occasion d'un dépistage systématique ou de complications. il consiste en un examen médical : deux prélèvements sanguins sont effectués sur le patient à jeun afin de mesurer sa glycémie.

Le traitement :

Le traitement du diabète repose sur cinq principes de base. si l'équilibre glycémique est l'un des objectifs les plus importants, le traitement du diabète est fondamentalement préventif.

- Il faut éduquer le patient au sujet de sa maladie, afin qu'il comprenne les risques de complications, les buts du traitement, les moyens de contrôler sa glycémie ainsi que les examens médicaux à réaliser. C'est dans cette optique qu'ont été créées des unités d'enseignement pour patients atteints de diabète, ou une équipe paramédicale enseigne, tant sur le plan théorique que pratique, la gestion quotidienne de la maladie.

-Il s'agit d'expliquer correctement mais simplement au patient l'ensemble des règles hygiéno-diététiques, qu'il va devoir suivre.

-Déterminer le traitement médicamenteux, qui passe souvent par la prescription d'antidiabétiques oraux hypoglycémiantes visant à assurer l'équilibre glycémique. Lorsqu'une résistance à ces oraux est observée, les patients ont recours à l'insulinothérapie consistant en deux injections d'insuline par jour, en complément ou remplacement des oraux. Les possibles effets secondaires des oraux et de l'insuline sont une hypoglycémie, une prise ou une perte de poids, une toxicité hépatique, des nausées, des désagréments gastro-intestinaux.

-Prévenir et/ou traiter les complications. Fischer-Ghanassia et Gangassai précisent qu'il faut ainsi mesurer tous les trois mois le taux de l'hémoglobine glyquée, reflétant fidèlement l'équilibre glycémique global des trois mois précédents.

-Promouvoir l'adhésion du patient au traitement, afin qu'il préserve sa santé et réduise les risques de complications. En effet, plus de 80% des patients atteints de diabète ne suivent pas leur régime et 50% oublient de prendre leur comprimé au moins une fois par semaine. Il est donc fondamental de travailler la motivation des patients et de ne pas se contenter d'uniquement fournir des connaissances sur les règles hygiénique-diététiques. (Moira Mikolajczak, 2013, pp.138-139).

2-L'aspect psychologique du diabète :

2-1-L'état psychologique de patient atteint de diabète :

Le diabète à son influence également sur le plan psychologique sous le coup de choc provoqué par le diagnostic, le diabétique n'admet pas sa maladie dans le premier temps, la considéré comme une agression insupportable perpétreras contre son corps puis il ne peut que se rendre à l'évidence des résultats de est ses bilans médicaux, une multitude de questions assaille son esprit et une profonde angoisse l'étreint quand il entrevoit la possible remise en cause de l'ensemble de ses projets d'avenir, le malade est envahis de tout son être par la peur panique d'être handicapé, de ne vivre normalement de ne pouvoir se marier et assurer sa dépendance de ne plus pouvoir continuer ses études ou exercer sa profession, voir de mourir c'est de sort que le diabète finit par s'identifier désespérément au fruit qui ne va pas mure dès lors qu'il a germer sur une branche brisée.(Chabane,R,2006,p.05).

2.2 Le vécu psychologique du diabétique :

Une atteinte corporelle, qu'il s'agisse d'un handicap irréversible ou d'une maladie chronique constitue un dommage irrémédiable, et de plus, c'est un stigmate sociale ; le regard des autres, non seulement leur répugnance, mais aussi une compassion peu discrète, sont autant de rappels de cette condition d'infériorité, et accroissement les difficultés des intéressés à vivre avec cette

atteinte. Le diagnostic du diabète chez l'enfant a un effet psychologique initial tant sur la famille proche que sur le jeune enfant lui-même.

Chez l'enfant :

Les réactions psychologiques et surtout émotives chez des enfants diabétiques sont peu connues. Le peu d'expressions verbales et comportementales au moment du diagnostic, nous conduit souvent vers l'impression d'une adaptation rapide chez le jeune patient, ce qui est confirmé par son discours. Si l'on interroge, on obtient dans la plus part des cas les réponses suivantes : « j'ai de sucre dans le sang, il ne faut plus que je mange de sucre, je vais avoir des piqûres de doigt avec l'insuline c'est tout, cela ne va rien changer ». Avant de prendre en charge des enfants, dans le cadre de traitement de leur diabète, il faut prendre en considération, ils sont des êtres, avec un système cognitif en constante évolutive, nous sommes dans un domaine à deux dimensions : les affects et l'intellect. Pour appréhender cette nouvelle situation, l'enfant est dépendant au niveau cognitif et affectif. Il enregistre des images, des discours, des actes, en fonction de son niveau d'évolution et sa maturité. Il associe des faits et désirs, il interprète selon sa compréhension sa réalité. Pour lui la maladie, c'est d'abord ce qui connaît, et surtout ce qu'il en a déjà vécu; dans le cas de diabète insulino-dépendant, ce n'est la maladie qui mal, c'est le traitement. (Malivoir S.R.1999, vol 25, N°01.p68).

Chez la famille :

Contrairement à l'enfant, l'annonce à un couple de parent, d'un diabète observable. Il s'agit d'un véritable traumatisme pour la famille entière. Les parents traversent des sentiments contradictoires : choc, déni, peur, colère, tristesse, Culpabilité, comportement de surprotection à l'égard de l'enfant, mais aussi attitude de rejet et d'hostilité.

Les réactions des parents sont différentes si la maladie est diagnostiquée chez un enfant à la naissance ou si elle survient à un âge avancé. Mais dans les deux cas les parents font l'expérience d'un deuil : perte de l'enfant « parfait » qu'ils avaient fantasmé durant la grossesse, ou perte de l'enfant « normal » qu'ils connaissaient. Les parents vivent en situation très difficile. Ils doivent non seulement tenter de réguler leur souffrances et leur angoisse, mais en plus gérer de multiple et complexes tâches: s'investir dans les soins de l'enfant, lutter pour son insertion scolaire, trouver des ressources financières... beaucoup de parents se tournent vers les associations de familles de parents, qui leur offrent la possibilité de partager leurs expériences et leurs vécu avec d'autre parents, et leur permettent de bénéficier de conseils. Ces contraintes et ses nouvelles responsabilités imposent bien souvent une totale réorganisation de mode de vie.

La fratrie est confrontée au choc de l'irruption de la maladie dans la famille et à ses conséquences. Reléguée au second plan des préoccupation parentales lors de la découverte de la maladie, elle travers des sentiments variés et ambivalents : La tristesse, solitude, anxiété, culpabilité d'être en bonne santé, mais aussi honte, colère et jalousie envers l'enfant malade attirant tous les regard parentaux.(Gras D.2009,pp.6-9).

2-3-les troubles psychologique lié au diabète :

L'Inquiétude :

Est un sentiment naturelle lorsque l'on souffre d'une maladie .on a peur que la maladie soit grave, qu'elle ait des complications, qu'elle gâche notre vie quotidienne, qu'elle nous empêche de vivre librement.

L'anxiété :

Est une inquiétude plus intense, que l'on n'arrive pas à maitriser : il envahit notre pensée et nos actes. Comme si l'on souhaitait profiter d'une belle

musique mais qu'un bruit de fond continu nous émecher. On est moins détendu, plus irritable, moins concentré. Le corps peut le ressentir en développant maux de tête ou d'estomac, sommeil de mauvaise qualité.

L'angoisse :

Représente le même genre de sentiment et sensation poussés à l'extrême : on a l'impression que les pensées négatives nous envahissent, font battre notre cœur sans contrôle et nous empêché de respirer. Le cerveau est en panique et ne dirige plus grand-chose.

La Tristesse :

La tristesse est une émotion le plus souvent passagère, motivée par quelque chose qui nous semble négatif. Il est normal d'être triste lorsque l'on nous communique une mauvaise nouvelle comme une maladie ou un résultat de laboratoire inadéquat, le besoin de prendre plus le médicament.

La Dépression :

La dépression est le versant maladif de la tristesse. La personne déprimée a des idées noires, voire suicidaires ; il pleure parfois sans raison mais peut également être facilement irritable. Tout son corps réagit avec une fatigue importante, une difficulté à se décider au geste le plus simple (se lever, se laver, s'habiller), des troubles de sommeil (l'insomnie ou au contraire durée de sommeil excessive de jour comme de nuit), des troubles alimentaires qui se révèlent soit par une anorexie avec amaigrissement, soit par des prises alimentaires anarchiques entraînant une prise de poids. Une caractéristique importante de la dépression est la perte de plaisir à réaliser ce qui auparavant apportait bien-être et satisfactions. La personne déprimée n'a plus de goût à rien on ressent de la culpabilité. Elle se sent un fardeau pour les autres et perd les saveurs de la vie.

La colère :

La colère est souvent liée à un sentiment d'injustice : pourquoi suis-je malade ? Qu'ai-je fait pour mériter cela ? pourquoi moi ? elle apparaît très souvent au diagnostic d'une maladie, parfois de façon différée après une période de sidération ou l'on est comme « sonné ».

Elle peut apparaître au cours de la vie avec le diabète lors de périodes difficiles, ou en cas d'une mauvaise évolution alors l'on a fait tout ce qu'il fallait pour son traitement.

Le déni :

Le déni est un refus de voir en face la réalité, de façon généralement inconsciente. Ainsi, certaines personnes à qui leur médecin a diagnostiqué un diabète ne vont pas se soigner, ne se croyant pas malade.

On peut aussi refuser d'accepter des complications de la maladie, ou la nécessité de changer le traitement. Cela peut être le cas de personnes qui pour le médecin ont manifestement besoin d'insuline pour équilibrer le diabète, mais veulent rester aux comprimés en promettant de faire des efforts pour la prochaine consultation.

Plus grave, le déni peut être lié à une angoisse très forte, par exemple durant la grossesse d'une femme diabétique : son inquiétude pour la santé de son futur enfant peut la pousser à cacher inconsciemment de mauvaise glycémie, acquérir de faux résultats dans son ce cas de mensonge, mais de processus presque inconscients pour diminuer l'inquiétude pour la santé de son futur enfant peut la pousser à cacher inconsciemment de mauvaise glycémie, acquérir de faux résultats dans son ce cas de mensonge, mais de processus presque inconscients pour diminuer l'inquiétude et la culpabilité.

Le déni est involontaire, C'est comme si l'on portait des œillères : ainsi que le cheval qui ne voit que la route devant lui sans voir le reste du paysage, nos œillères mentales nous font voir une partie seulement de la réalité. On a beau

savoir que le reste de la réalité existe, elle n'arrive pas à influencer sur nos comportements ou nos décisions.

La culpabilité :

Lorsque l'on est diabétique, on peut se sentir coupable de beaucoup de choses : d'être malade, de ne pas être en pleine forme. L'On peut se croire un gêne pour son entourage qui doit s'adapter à notre mode de vie alimentaire ou aux horaires des traitements, à des difficultés pour certains voyages ou les vacances.

Par ailleurs, au cours de sa vie avec la maladie, on ressent souvent de la culpabilité de ne pas suivre à la lettre les choses que l'on sait pourtant bénéfiques, comme une alimentation équilibrée ou une activité physique régulière. (Jean-Jacques Altman, Dr Roxane Ducloux, 2014, pp.327-332).

2-4-Prise en charge psychologique du diabète.

Le patient atteint d'un diabète est confronté à deux problématiques psychologiques majeures :

- a) la difficulté à s'autoréguler (diète, exercices, traitement ...) etc.
- b) la détresse émotionnelle liée a cette difficulté.

La littérature consacrée à la prise en charge psychologique des patients souffrant de diabète recommande un large éventail d'interventions issues de divers modèles thérapeutiques. Toutes n'ont cependant qu'un même double objectif : améliorer l'autorégulation et améliorer le bien-être, afin d'aboutir à un meilleur contrôle glycémique.

Peyrot et Rubin(2007) ont proposé un modèle offrant aux praticiens une trame général d'interventions parmi les plus citées dans la littérature. Nous nous inspirons pour présenter une prise en charge intégrative ciblant, d'une part de Inspirons pour présenter une prise en charge intégrative ciblant, d'une part des aspects émotionnels liés à l'adaptation au diabète.

Les interventions visant le changement de comportement :

L'adoption de styles de vie de comportements adaptés au traitement du diabète repose sur la motivation du patient et son engagement personnel. L'approche adoptée est par conséquent centrée sur la perspective du patient et son expérience de la maladie. L'accompagnement psychologique des patients dans le processus complexe du changement de comportement nécessite une collaboration guidée par le patient: son problème, ses intentions, ses objectifs et ses stratégies d'ajustement à la maladie. Le rôle du thérapeute est de s'adapter aux étapes du changement que traverse le patient. Il doit pour cela faire preuve d'empathie en respectant le point de vue du sujet et composer avec les résistances du patient en ayant pour objectifs de travailler sur son ambivalence et de renforcer son sentiment d'efficacité personnelle pour finalement encourager son autonomie. (MOIRA MIKOLAJCZAK, 2013, p.139).

Accepter la maladie :

au stade de pré contemplation (le plus souvent au début de la maladie), le patient ne reconnaît pas la nécessité d'un changement soit par défaut d'information sur sa maladie, soit par évitement. Le corps médical peut alors l'informer sur le diabète, son traitement et ses complications. Il s'agit de favoriser la perception de la maladie et la menace qu'elle représente, un pré requis pour envisager le changement de comportement. Dans cet objectif, le rôle du psychologue consiste à encourager le patient à prendre conscience des sensations physiques liées à l'hyperglycémie, et reconnaître comme des symptômes. . (MOIRA MIKOLAJCZAK, 2013, p.p.140, 141).

Définir le problème :

Durant la phase de contemplation, le patient est conscient de la nécessité de changer son comportement. Afin d'enclencher le processus de changement, il

faut avant tout l'aider à définir de manière claire et concrète les difficultés qu'il rencontre dans la gestion de son diabète.

Définir les objectifs :

Dans un second temps, il s'agit de fixer des objectifs de l'intervention, traduisant les intentions de patient et définir en collaboration, ses objectifs spécifiques (visant l'action concrète, le comportement), mesurables (nombre, fréquence) et psychologique (plus tôt physiologique) doit être à la fois réaliste et ambitieux pour favoriser le sentiment d'accomplissement personnel.

Résoudre les problèmes :

En phase d'action, le patient sera probablement confronté à des problèmes qui perturberont sa progression et qu'il devra résoudre en développant, avec l'aide de psychologue, des stratégies. Pour se faire il est nécessaire d'identifier les obstacles rencontrés. il peut s'agir de cognitions.

Pour développer des stratégies de résolution de ses problèmes, il est également important de déterminer comment et pourquoi ils font obstacle au succès de patient. (MOIRA MIKOLAJCZAK, 2013, pp.141-142).

Le changement contractuel :

Vient en suite le changement de comportement sous-tendu par « le contrat comportementale ».se contrat vise à établir par écrite avec l'approbation de patient, les buts et les stratégies qui vont être mis en place à un moment donnée et pour une période déterminée.

Un soutien continu :

Enfin, l'intervention au près de patients doit avoir lieu sur le longue terme afin d'éviter les risques de rechute importante durant la phase de maintien. En effet, un déclin de l'observance acquise (témoignant d'un retour à un stade antérieur de processus) apparait fréquemment. il s'agit d'encourager le patient à adopter certaines attitudes face aux écarts de conduite.

Les interventions visant le bien-être émotionnel :

La réticence ou l'incapacité à suivre les recommandations de soins malgré une reconnaissance de leur nécessité est fréquemment source de détresse émotionnelle. Celle –ci peut être exprimée sous différentes formes par le patient, notamment en termes de découragement et d'impuissance. Cette détresse peut provenir de différentes sources : une difficulté à accepter la maladie, l'impression d'être accablé par les contraintes de traitement, une réaction aux complications de diabète, un faible soutien sociale.il peut aussi prendre différentes formes, allant d'une détresse subclinique à des troubles anxieux ou de la dépression. (MOIRA MIKOLAJCZAK, 2013, pp.143-144).

Synthèse :

Le diabète est une maladie chronique qui engendre divers difficultés et qui il est l'impact sur la vie psychique et physique chez les enfants qui souffrent de cette pathologie.

Le diabète peut se voir comme complication de plusieurs maladie, et le risque de difficultés affectives et psychiatrique, et psychologique chez les enfants diabétique, ne sont toutefois pas concordantes, on observe parfois un déni de la maladie qui donne lieu à une mauvaise observance du traitement.

Partie
Pratique

Chapitre III : méthodologie de la recherche

Préambule

1-la pré-enquête

2-la méthode de recherche

3-le lieu de la recherche

4-les limites de la recherche

5-la population d'étude et les caractéristiques de choix

6-les outils d'investigation

Synthèse

Préambule :

En vue de réaliser cette étude, ce chapitre s'articule autour des étapes et méthode qui explique les démarche entreprises pour obtenir les résultats de notre thème d'étude qu'il aborde la relation entre l'un des composants de la personnalité qui est l'estime de soi de l'enfant diabétique.

La partie méthodologique de notre étude contient les éléments suivants : la pré-enquête, la méthode de recherche, les limites de la recherche, la population d'étude et les techniques de recherche utilisées.

1-la pré-enquête :

On note que la meilleure façon d'entamer un travail de recherche scientifique, nous avons procédé une pré-enquête qui est une étape préliminaire d'une étude à laquelle il faut établir les limites de l'objet d'étude et préciser la manière de réaliser notre travail, cette pré-enquête à pour but de mieux connaître le terrain d'investigation.

« la pré-enquête est une phase de terrain Asie précoce dont les buts essentielle sont d'aider à constituer une problématique plus précise et surtout à construire des hypothèses qui soient valide, fiable, renseignées, argumenter et justifier .de même la pré- enquête permet de fixer, une meilleure connaissance de cause, les objectifs précis, aussi bien fanaux que partiels que le chercheure aura à réaliser pour vérifier ses hypothèses. » (Omar, aktouf, 1987, p.102).

Il est donc indispensable, dans notre démarche de travail de s'assurer de la fiabilité de notre recherche, la construction des hypothèses et de guide d'entretien, les conditions de l'étude mais aussi la possibilité d'obtenir le consentement des patients attient de diabète de type I nécessaire pour la construction de notre population d'étude avant d'entamer cette dernière relative au problème posé dans notre thème.

Pour ce faire nous avons effectué notre pré-enquête au niveau de polyclinique d'Akbou, sous forme d'une exploration préalable basée sur la collecte

d'information concernant le lieu et la prise en charge des patients diabétiques qui et s'y rendent pour leur contrôle trimestrielle..

Durant cette pré-enquête d'une période d'une semaine, on a constaté chez la plus part des enfants atteint le diabète, une sorte de timidité, et un manque de confiance en soi, ce qui a nous motiver pour mieux comprendre l'aspect psychique de ses enfants.

2-La méthode de recherche :

Différentes forme de pratique sont appliquer par le chercheur, lors de travail de terrain ; des enquêtes de population restreintes, des études de cas ou encore sous forme d'un problème particulier. En effet un bon travail de recherche nécessite un choix soigneux et rigoureux de la méthode de travail, le chercheure doit donc s'assurer de la faisabilité de son thème, en reconnaissant les points d'appui et les obstacles de terrain choisi. Alors cela va lui permettre une meilleure manipulation des données collectées et, donc une bonne organisation lieu est nécessaire au bon déroulement de travail.

Selon Maurice Angers la méthode c'est l'ensemble des procédures, des démarches précises adoptées à un résultat. (Maurice, Angers, 1997, p.09).

Dans notre travail de recherche, on a choisi d'utiliser l'étude de cas qui est une méthode descriptive qui intervient au milieu naturel et tente de donner une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. Une étude de cas est au cœur de cette méthode. L'objectif de cette dernière est d'identifier les composantes d'une situation donnée, et parfois de décrire la relation qui existe entre ces composantes. Par cette méthode, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuelle d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenu actuelle et passées. L'avantage de l'étude de cas permet d'élaborer des hypothèses pertinente et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d »explorer des domaines nouveaux. (Chahraoui.Kh et Benony.H, 2003.p.125, 127).

Etant donné que l'étude de cas permet de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet, elle nous permettra alors, dans le cadre de notre recherche sur l'estime de soi chez les enfants diabétiques, de décrire la situation particulière de cette catégorie des malades, le but étant d'atteindre nos objectifs et vérifier nos hypothèses.

A partir de ce qui précéderons peu dire que l'étude de cas est la méthode la plus adéquate pour la description de l'état psychique et émotionnel des enfants diabétiques et, afin d'écrire le plus précisément possible la situation particulière de cette catégorie. et d'autre part vérifier nos hypothèses.

3-Le lieu de la recherche

Le choix du terrain d'étude à été porté sur la polyclinique d'akbou, en raison de la disponibilité d'un service de diabétologie ou sont accueillis des malades atteints de tous type de diabète.

En effet, Le service se compose d'un service d'accueil, d'un service médical, un service de diabète, ainsi que un service de psychologie, représentait par une équipe des diabétologues, des médecins généraliste, et d'un nutritionniste qui aide et explique le régime alimentaire aux patients diabétique.

4-Les limites de la recherche :

Notre travail sur le terrain effectuée durant la période de 10 /3/2016 jausq'au20 /05/2016 à une fréquence de deux fois par semaines, est consister à la passation individuelle d'entretien et de l'échelle brève de l'estime de soi de Cooper Smith, à savoir notre thème de recherche qui se focalise sur l'évaluation de l'estime de soi des enfants attient le diabète type I. et pour cela nous avons limité notre recherche seulement à Cinq(05) cas.

5-La population d'étude et leurs caractéristiques de choix :

Comme le thème de la recherche l'indique, le travail se portera sur des enfants atteint du diabète de type I.

Pour Notre population d'étude est procédée à la sélection de Cinque(05) cas atteints de diabète de type I, enfants de sexe différents dont l'âge varie de 8ans à 12ans.

Nous avons opté à travailler avec des enfants pour la seul raison que le diabète type I est plus fréquent chez ses derniers. Cette étude a été choisi selon les critères suivants :

Les critères d'homogénéité :

- tous les sujets sont atteints de diabète de type I.
- tous les cas sont des enfants, dont l'âge varie entre 8ans et 12ans.

Les critères d'hétérogénéités :

- nous n'avons pas accordé d'importance pour le sexe (filles, garçons).
- nous n'y avons pas pris en considération le niveau socioculturel, parce que le diabète peut atteindre toutes les classes sociales.

-Les caractéristiques de choix :(voir le tableau ci-dessous)

Tableau N°01: tableau représentatif de notre population d'étude.

Cas	sexe	âge	Type de diabète
Yasmin	Féminin	12 ans	Diabète type I
Idriss	Masculin	10ans	Diabète type I
Katia	Féminin	12ans	Diabète type I
Sabre	Masculin	9ans	Diabète type I
Karim	Masculin	8ans	Diabète type I

6- Les outils d'investigation :

Chaque travail scientifique doit se réaliser avec des outils d'investigation pour valider des hypothèses et avoir des résultats fiables. Donc on a opté la démarche suivante :

-L'entretien clinique de recherche :

Parmi les techniques et méthodes de recherches utilisées, L'Entretien clinique de recherche et celui choisi comme méthode d'observation, pour juger de la personnalité d'un sujet, ce procédé, qui fait partie de tous les examens psychologiques, facilite la synthèse des divers résultats obtenus, il est employé couramment en psychologie clinique.

Nous avons choisi l'entretien semi-directif, qui est une technique d'enquête qualitative fréquemment utilisé dans la recherche de type sociologique, même psychologique il permet d'orienter en partie(semi-directif)le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable par les enquêteurs et consignés dans un guide d'entretien il peut venir compléter et approfondir des domaines spécifiques liés à l'entretien non directif qui se déroule librement à partir d'une question.

L'objectif de notre entretien semi-directif est de recueillir des informations pour mesurer le niveau d'estime de soi des enfants diabétiques et pour mieux analyser les résultats.

Cet entretien est accompagné d'un guide d'entretien qui est indispensable pour la recherche scientifique, car il invite le sujet à produire un discours aussi riche

Selon le dictionnaire de psychologie, l'entretien est un échange de paroles avec une ou plusieurs personnes pour un but autre que le simple plaisir de la conversation .la communication est essentiellement verbale mais se trouve complétée par des communications non verbales(postures, mimiques, ct).

En psychologie clinique les buts d'entretien sont divers ;reconstituer l'histoire du sujet(anamnèse), sonder ses connaissances(interrogation orale),juger de ses aptitudes à un apprentissage(orientation)ou un emploi(sélection) ;contribuer au diagnostic, à l'indication et au traitement pour des sujets souffrant de troubles psychiques et ou relationnels ,aider le sujet à affronter une difficulté ponctuelle dans l'existence...etc.(Roland, Doran, Françoise, Parot,2005.p261).

Entretien clinique permet la solution des problèmes du patient et a été adopté par les psychologues industriels et militaires pour sélectionner les cadres et les officiers. il existe différentes techniques d'entretien (on questionne ou on laisse parler sans intervenir, par exemple) mais la conversation se déroule toujours dans un climat bienveillant, dans lequel le sujet peut s'exprimer librement. (Norbert sillamy, 2003, p.101).

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de discipline des sciences humaines, C'est notamment le cas de notre étude clinique, la recherche dans ce domaine à pour objectif de créer des connaissances nouvelles et de permettre des généralisations. (Bonny H et Kchahraoui, 1999, p.62).

Le guide d'entretien

Notre guide d'entretien est composé de 5axes. Il est indispensable pour la recherche scientifique, car il invite le sujet à produire un discours aussi riche possible à propos du thème évoqué. Notre guide va nous permettre d'acquérir le maximum d'information sur le sujet et compléter l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme enfant. il est compose de 05axes à s'voire :

Axe 1 : contiens les informations personnelles sur le cas.

Axe2 : contiens les informations liées à l'état de santé de l'enfant.

Axe3 : contiens les informations sur l'adaptation à la maladie.

Axe4 : les informations liées à l'entourage de l'enfant.

Axe5 : les informations liées à l'estime de soi de l'enfant.

Pour l'élaboration du guide, nous nous sommes référés à la pré-enquête que nous avons effectué au sein de la poly clinique d'AKBOU et cela en se basant sur les entretiens semi-directifs préliminaires utilisés pendant cette pré-enquête.

L'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith forme enfant :

Conçu par s.cooperSmith(1981,1984), cet inventaire se donne pour but la mesure des attitudes évaluatives envers soi-même dans le domaine social, familial, personnel et professionnel.

Selon la conception de l'auteur, le terme « estime des soi », renvoi à un jugement que les individus portent sur eux-mêmes, quelles que soient les circonstances. C'est en se séance, une expression de l'assurance avec laquelle un individu croit en ses capacités de réussite, en sa valeur sociale et personnelle, qui se traduit à par les attitudes adoptées face à des situations de la vie courante (vie sociale, familiale, et professionnelle).l'inventaire a donc été élaboré pour fournir une mesure fidèle et valide de l'estime de soi.

Cet inventaire existe sous deux formes (scolaire et adulte) et comporte 58items, décrivant des sentiments, des opinions ou des réactions d'ordre individuel.

Mode de passion :

le sujet doit en couchant une case : « Me ressemble »ou « Ne me comporte ressemble pas ».Cet inventaire comporte plusieurs sous-échelles :échelle général(26items),échelle sociale(8items),échelle professionnelle(8items) ,échelle de mensonge (8item).validation :le manuel de S.Coopersmith (traduit en 1984)indique qu'il faut retenir comme indice de fiabilité la limite de 33.Une note de 33ou moins peut être considérée comme une estime de soi très basse. (Christian Mirabel-Saron luis Vera, 2004).

Le test est constitué de 58 items dont 24 positifs et 34négatifs comme suit :

Tableau n°02 : présente les items positifs et les items négatifs de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith

Items positifs	1-4-5-8-9-14-19-20-26-27-28-29-32-33-37-38-39-41-42-43-47-50-53-58.
Items négatifs	2-3-6-7-10-11-12-13-15-16-17-18-21-22-23-24-25-

	30-31-34-35-36-40-44-45-46-48-49-51-52-54-55-56-57.
--	---

Les items de l'échelle de l'estime de soi sont repartis en Cinq composantes différents motionnée dans le tableau suivants ;

Tableau n°03 : présente les sous échelles de l'estime de soi

Echelle générale	1-3-4-7-10-12-13-15-18-19-24-25-27-30-31-34-35-38-39-43-47-48-51-55-56-57.
Echelle Sociale	5-8-14-21-28-40-49-52.
Echelle familiale	6-9-11-16-20-22-29-44.
Echelle scolaire	2-17-23-33-37-42-46-54.
Echelle de mensonge	26-32-36-41-45-50-53-58.

Source : inventaire d'estime de soi de S.Cooper Smith

Correction : La correction du test SEI se fait selon une grille de correction présentée dans l'inventaire d'estime de soi de S.Coope Smith suivante :

Tableau n°04 : présente la cotation de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith :

composantes	Items		réponses	notes
Estime de soi Générale	positifs	1-4-19-	Me ressemble	1
		27-38-39-43-47	Ne me ressemble pas	0
	négatifs	3-7-10-	Me ressemble	0

		12-13- 15-18- 25-30- 31-34- 35-48- 51-55- 56-57	Ne me ressemble pas	1
Estime de soi Sociale	positifs	5-8-14- 28	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	négatifs	21-40- 49-52	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi Familiale	positifs	9-20-29	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	négatifs	6-11-16- 22-44	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Estime de soi Scolaire	positifs	33-37-42	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	négatifs	2-17-23- 46-54	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1
Echelle de mensonge	positifs	26-32- 41-50- 53-58	Me ressemble	1
			Ne me ressemble pas	0
	négatifs	36-45	Me ressemble	0
			Ne me ressemble pas	1

Source : inventaire d'estime des soi de S.CooperSmith

D'après le tableau ci-dessus, la note total d'estime de soi s'obtient en sommant les notes aux quatre échelles : général, familiale, sociale et scolaire.la note à l'échelle de mensonge n'est pas inclus dans le total.

La note maximale est de 26 pour l'échelle général, de 8 pour les autres échelles. Elle est de 50 pour la note de l'estime de soi.

Classement et interprétation :

Les données se présente sous forme de fréquences et constitue donc des données quantitatives, l'interprétation de ses données se base sur deux tableaux : le premier tableau rentraise les niveaux total d'estime de soi au Cinque classes, le deuxième pour les valeurs caractéristiques des échelles (général, familiale, sociale, scolaire).

Tableau N°05 : présente les niveaux d'estime de soi

Classes	Limites des classes	Les niveaux d'estime de soi
1	≤18	Très bas
2	19à30	Bas
3	31à38	Moyen
4	39à45	Elevé
5	46à50	Très élève

Source : inventaire d'estime de soi de S.CooperSmith

A partir de se tableau, on aura la possibilité de classer les notes totales d'estime de soi selon différentes niveau : très bas, bas, moyen qui se limite entre 31à38, élevé, très élevé.

Le deuxième tableau aide à repérer par une comparaison intra-individuelle, le domaine ou l'estime de soi est la plus élevée.il est utilisée aussi dans l'interprétation de la note d'échelle de mensonge. Une note élevée peut simplement indiquer une attitude défensive vis-à-vis du test. Ou un désir de donner une bonne image de soi comme suit :

Tableau N°06 : Valeurs caractéristiques des échelles

	Général	social	familial	scolaire	total	mensonge
Moyenne	18.64	5.67	4.92	4.12	33.35	2.38

Source : inventaire d'estime de soi de S. CooperSmith

L'interprétation de la note totale d'estime de soi devra donc être modulée selon le résultat obtenu à cette échelle. Notons que la note maximum est de 26 pour l'échelle général, et de 8 pour les autres échelles. Elle est de 50 pour la note d'estime de soi.

Le déroulement de l'enquête :

Le choix de notre terrain de recherche a été effectué dans la polyclinique d'akbou, à cause de disponibilité des enfants diabétiques, ensuite la polyclinique d'akbou propose tous la qualité de soins à tous les types de diabète, la pédiatrie donne chaque 3 mois rendez-vous au patient pour vérifier le taux de sucre.

Pendant la période de notre stage qui à durer trois mois, on a la chance d'accès aux informations très importants et essentielle pour notre étude, tout ça grâce au service pédiatrie.

Par rapport à notre enquête on a suivi cette démarche :

Avant de communiquer des enfants diabétiques qui ont orienté par le service de pédiatrie, nous avons préparé notre guide d'entretien et l'échelle d'estime de soi qui contient de 58 items. et cela après le consentement de ces derniers quant à leur participation à notre travail de recherche.

Synthèse :

Avec cette partie méthodologique, nous avons essayé d'assurer une certaine organisation de notre travail, car nous a permis de comprendre le déroulement de la démarche descriptive clinique adoptée et la nécessité de l'étude de cas dans la recherche en psychologie clinique, plus on suivre en détaille l'utilisation des techniques qui sont ; l'échelle d'estime de soi et le guide d'entretien qui nous ont permis la validité des résultats et de vérifier nos hypothèses.

CHAPITRE IV : Présentation, analyse des résultats et discussion des hypothèses.

Préambule

1-Présentation et analyse des résultats de l'entretien et de l'échelle de Cooper Smith

2-Discussion des hypothèses

Synthèse

Préambule :

Dans cette partie, nous allons présenter les cinq cas avec lesquelles nous avons travaillé. Chaque cas sera présenté avec un résumé et une analyse de l'entretien selon les catégories d'analyse citées à la partie méthodologique. Ainsi il sera suivi par les scores et résultats obtenus à la passation de l'échelle de Cooper Smith et leurs interprétations.

1-Présentation et analyse des entretiens et résultats de l'échelle de l'estime de soi de Cooper Smith (S.E.I) :**- Présentation et analyse de l'entretien :****Le premier cas « yasmine »****Axe n°01 :** Information personnelles de l'enfant.

Yasmine est contente de participer à l'entretien, ou elle a été souriante durant la passation, en répond d'une manière spontanée à nos questions.

Yasmine est une fille âgée de 12 ans, elle est la deuxième d'une fratrie de deux enfants (une fille, un garçon), elle est diabétique depuis un mois, elle vit avec sa grande famille, Yasmine est scolarisée en deuxième année CEM (moyen), avec des résultats satisfaisants (17,92/20)

.

Axe n°02 : Les informations liées à l'état de santé de l'enfant.

Yasmine est diabétique depuis un mois, c'est hospitalisée pendant une période de 05 jours. La maman qui l'a découverte sa maladie par les symptômes, le soif, polyurie, en abordant sa situation actuelle, Yasmine nous a répondu qu'elle accepte sa maladie, malgré que cette maladie n'ait pas été héréditaire au sein de sa famille.

Axe n°03 : Information liées à l'adaptation à la maladie.

On abordant les questions concernant son attitude envers le diabète, elle nous répond « le poncera ne fait pas son rôle ».mais ajoute une expression qui prouve qu'elle est capable de combattre cette maladie en disant « je fais toutes les activités quotidienne tout seule ».en demandant pas de l'aide.

Axe n°04 : Information liées à l'entourage de l'enfant :

On abordant les questions sur les relations familiales yasmine à exprimer une bonne entente avec sa mère, frères et sœurs, surtout son père, « ils me font comme je veux... ».

La maladie ne fatigue pas yasmine malgré elle vérifier son diabète 6à8 fois par jour on exprimant « je vie avec le diabète le plus normale du monde ».

Axe n°05 : Les informations sur l'estime de soi.

Yasmine n'a pas une mauvaise image d'elle, car elle est satisfaite de son apparence, elle réclame a ce sujet : « je suis comme tout les autres..... »

Présentation et analyse des résultats de l'inventaire de d'estime de soi du cas(01) « yasmine » :

Les résultats obtenus dans l'inventaire de Cooper Smith pour le cas de yasmine seront présentés dans se tableau comme suit :

Tableau n°07 : résultat de l'inventaire de l'estime de soi du cas de yasmine

Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Totale	Mensonge	Niveau
21	6	5	5	37	6	Moyenne

Le cas à un niveau moyen d'estime de soi, avec un total de 37 cela démontre qu'elle a une évaluation positive de soi.

Elle affiche des résultats différents sur toutes les échelles, ou elle présente un niveau supérieur par rapport à la moyenne sur l'échelle générale $21 > 18,64$, ce qu'était remarqué dans les différentes repenses obtenu sur cette échelle : l'exemple de l'Item N°27 « je suis assez sûr de moi », sa repense été Me ressemble.

Le score de l'échelle sociale est supérieur par rapport à la moyenne $6 > 5,67$ se qui explique qu'elle s'estime : par exemple d'item N°14 « j'ai généralement de l'influence sur les autres », la confirmation de la repense le prouve.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi familiale, marque un niveau élevé par rapport à la moyenne $5 > 4,92$ ce qui démontre que yasmine mène une vie familiale marqué par une stabilité, cela prouvé par ses repenses aux items de cette échelle : l'exemple de l'item N°16 été confirmé « Ne me ressemble pas ». Sur l'échelle d'estime scolaire, elle présente un niveau élevé avec un score supérieur à la moyenne $5 > 4,12$, apparu dans ses repenses positive, ce qui est expliqué par son adaptation scolaire après son atteinte du diabète insulino-dépendant dans une période d'un mois.

Sur l'échelle de mensonge, elle affiche un score de $6 > 2,38$, veut dire qu'elle a une grande attitude défensive vis-à-vis du test, et un désir de donner une bonne image de soi.

Synthèse :

D'après la corrélation des propos de yasmine à l'entretien et ses résultats obtenu à l'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi, on a constaté que le diabète influencé positive sur l'estime de soi de sujet.

Le deuxième cas « IDRISSE »

Durant notre entretien avec Idriss, au premier contact, il s'est montré inquiet et inhibé, mais après un renforcement et des encouragements de notre part, le sujet est devenu calme, puis un climat de stabilité et de rassurance est installé.

Axe n°01 : Information personnelles de l'enfant

Idriss est un garçon âgé de 10ans, troisième d'une fratrie de trois enfants, dont il est le deuxième, il vit dans son foyer familial avec sa petite famille. Idriss mène une scolarité dite normale, avec des résultats moyens à (6/10 de moyenne), il a été hospitalisé pour une période de 6 jours.

Axe n°02 : Les informations liées à l'état de santé de l'enfant

Idriss atteint le diabète depuis 1ans, hospitalisé pour une période de 6jours, Idriss déclare que cette maladie n'est pas héréditaire au sein de sa famille.

Idriss lors de l'annonce de cette maladie a réagi par le pleur, dégoût...

Idriss au sein de parler de son état, il est incapable de réaliser ses activités habituel seul sans l'aide de son entourage familiale, il demande de l'aide a son grand père qu'il l'aime beaucoup « j'ai besoin toujours du compagnie mon grand père ».

Axe n°03 : les informations liées à l'adaptation à la maladie

Au début de l'entretien, Idriss a exprimé des moments de silence et d'évitements de discours. Mais les résistances ont été levé on abordant son attitude envers le diabète « je me sens dégoût, le fait de mesurer plusieurs fois dans la journée... ».

Axe n°04 : Les informations liées à l'entourage de l'enfant

A propos de son évaluation de la difficulté de vivre avec cette maladie, au sien de son entourage, il confirme on disant « je suis toujours fatigué, j'aime rester seul au lieu d'être avec mes camarades... ». On remarque l'évitement et l'isolation, il se dévalorise para port ses camarades.

Axe n°05 : Les informations sur l'estime de soi

Le cas présente une mauvaise estime de soi vis-à-vis de soi, et non satisfait de son apparence : « je me suis pas satisfait de moi-même et de mon état ».

-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du cas(02) « Idriss » :

Tableau n°08 : résultat de l'inventaire de l'estime de soi du cas d'Idriss

Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Niveau
19	2	3	4	28	4	Bas

Ce cas présente un niveau bas d'estime de soi, à un total de 28, ce qui signifie une évaluation négative de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale sont inférieur par rapport à la moyenne : $16 < 18,64$. l'exemple de l'item N°03, ou il a confirmé « Me ressemble » ce qui démontre que le sujet n'a pas une conscience de la valeur du moi.

Sur l'échelle d'estime de soi sociale, son score est proche de la moyenne : $5 < 5,67$. l'exemple N°5 à répondu « Me ressemble », avec quelque difficultés dans son entourage sociale exemple N°8 ou il confirme « Me ressemble pas »

Sur l'échelle d'estime de soi familiale, il présente un score inférieur de la moyenne $3 < 4,92$.

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, le niveau est proche par rapport à la moyenne : $4 < 4,12$. ce qui confirme la non satisfaction de ses résultats scolaire, l'exemple du l'item N° 33, il répond « Ne me ressemble pas ».

Dans l'échelle de mensonge, le sujet à présenter un niveau supérieur par rapport à la moyenne : $4 > 2,38$. Cela veut dire qu'il a une attitude défensive vis - a vis le test, et un désir du donner une bonne image de soi.

Synthèse :

D'après des réponses à l'entretien et les résultats obtenus à l'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi, on n'a constaté que le diabète à une influence négative sur l'estime de soi du sujet.

Le troisième cas « Katia »

Au début de l'entretien, on a remarqué que Katia participe et répond à nos questions de notre guide d'entretien, sans hésitations, en utilisant un langage simple et direct, Le contact avec Katia été riche, car elle dynamique et coopérant.

Axe n°01: Information personnelles de l'enfant

Katia est une fille âgé de 12ans ; elle est classé de deuxième parmi ses frères (un frère, et une sœur). Elle été un enfant désiré par les membres de la famille, Vue qu'elle est calme, dynamique et intelligente. La jeune diabétique est en deuxième année moyen, avec des résultats scolaire éxelente 18/20.

Axe n°02 : Les informations liées à l'état de santé de l'enfant.

Katia est devenu diabétique depuis 02mois, elle été trop fatiguée, et la présence de la soif intense, ainsi que le besoin d'uriner plusieurs fois dans la journée.. Elle est hospitalisée pour une période de six jours.

Axe n°03 : Les informations liées à l'adaptation à la maladie

On abordant les questions qui concerne son attitude vis-à-vis sa maladie, le patiente nous répond sans hésitation d'une manière rapide et avec une certitude « C'est une maladie comme les autres, on peut vivre avec toute notre vie, avec mon traitement, mon régime, tout va se réglé ».ce qui explique qu'elle accepte sa maladie.

Axe n°4 : Les informations liées à l'entourage de l'enfant

On abordant les questions d'ordre relationnelle, Katia à exprimé une bonne entente avec tout les membres de sa famille, particulièrement un grand attachement avec la maman « j'aime maman..... », Elle est gâté par tout les membres. Katia est de bonne relation avec sa famille, car elle est adorable par tous les membres de sa famille.

Axe n°5 : les informations sur l'estime de soi

Katia est une fille optimiste, elle est fière d'elle- même, par rapporta ses résultats scolaire obtenu, elle est soutenu par sa famille, se qui l'a aider a construire une bonne image de soi.

-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du cas(03) « Katia » :

Tableau n°09 : résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas de Katia

Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Niveau
16	5	8	6	35	4	Moyenne

Le cas(03) à un niveau moyenne d'estime de soi avec un total 35, ce qui signifie qu'elle une évaluation positive de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi générale est inférieur à la moyenne, il présente score de $16 < 18,64$. ce qu'est apparu sur l'ensemble des items de cette échelle avec des repenses négative : l'exemple de l'item N°12 « me ressemble » c'est sa repense.

Ses résultats sur les échelles scolaire et familiale marquent aussi un niveau supérieur à la moyenne : $8 > 4,92$, sur l'échelle familiale, et $6 > 4,12$ sur l'échelle scolaire, ce qui explique sa satisfaction de ses succès égaux à ses aspirations, on prend l'exemple de l'item N°06, elle a coché « Ne me ressemble pas ». et sur l'échelle de scolaire en peut donner de l'item N°42.

Sur l'échelle d'estime de soi sociale, elle présente un niveau très proches de la moyenne $5 < 5,67$ ce qui est démontré l'adaptation son entourage, ce qu'a été confirmé durant l'entretien. L'exemple de l'item°5 qui le confirme.

Le cas présente une forte attitude défensive vis-à-vis du tout avec un score de $4 > 2,38$ à l'échelle de mensonge.

Synthèse :

La cohésion entre les propos de l'entretien ainsi que les résultats obtenus au test d'évaluation d'estime de soi, montre qu'une évaluation positive de soi, à un niveau moyen d'estime de soi avec un score de 35.

De se fait, en remarque le diabète n'a pas influencé négative son estime de soi.

Le quatrième cas « Sabre »

Durant notre entretien, le sujet s'est montré coopérant. Le contact a été marqué par un climat de rassurance, de mutualité et il été riche. Ses réactions à l'entretien ont été vécues par une participation affective.

Axe n°01 : information personnelles de l'enfant

Sabre est un garçon, âgé de(09) ans.il est troisième d'une fratrie de Cinq enfants (quatre garçon et une fille).Il vit dans son foyer familial, avec sa mère et son père qu'est souvent absent pour des raisons professionnels. A l'école, sabre est en troisième année primaire, il obtient (5à6/10) de moyenne.

Axe n°02 :Les informations liées à l'état de santé de l'enfant.

Il est atteint du diabète insulinodépendant depuis(10) jours. Après le bilan médical, son médecin traitant à constater que cette maladie est causée par le facteur héréditaire, car le père été diabétique. L'enfant est hospitalisé à une période de (15) jours.

Axe03 : les informations liées à l'adaptation à la maladie

Au début de l'entretien, on a remarqué que sabre s'adapte facilement à nos questions qui abordent son attitude sur le diabète. Il a exprimé une déception vis-à-vis sa maladie « je suis déçu,...car je ne vais plus prendre de sucreries ».Il nous informe « je suis atteins du diabète car je mange beaucoup de bonbon », ceci démontre qu'il ressent une culpabilité. Sabre a du mal a accepté sa maladie. A propos de l'évaluation du diabète, sabre qualifie cette maladie de négative « je ne suis plus le même, je suis devenu nerveux plus qu'avant...surtout lorsque je vois mes frères et ma sœur mangent comme ils veulent, et moi en m'interdit tout. »Cette comparaison fait affaiblir son estime de soi. Donc on constate les difficultés rencontrées par sabre dans son vécu avec le diabète.

Axe n°04 : les informations liées à l'entourage de l'enfant

Nous l'avons sollicité à nos parler de ses relations au sien de sa famille, il nous àrépondu : « ma relation avec ma mère est mauvaise ... »on demandant la raison, il nous dit « elle est toujours furieuse contre moi, elle m'aime pas comme mes frères »Il nous a parler aussi de sa relation distante avec son père, cela est

causé par les absences de ce dernier de la maison « ...papa je ne le voie pas trop, car il est au Sahara ».

Concernant ses relations avec ses camarades, cette maladie pose des problèmes

Pour Sabre de fonder des relations et d'intégrer dans le groupe « je ne peux pas faire du sport,... ».

Axe n°05 : les informations sur l'estime de soi

Le sujet présente une mauvaise estime de soi, on a remarqué des hésitations de, l'inquiétude et de la peur à concevoir l'avenir. « Je ne sais pas si je pourrais vivre comme mes frères, ma sœurs et mes amis.... »

-Présentation et analyse des résultats de l'échelle d'estime de soi du cas(04) « Sabre » :

Tableau n°10 : résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas de Sabre

Générale	Sociale	Familiale	Scolaire	Total	Mensonge	Niveau
08	04	01	04	17	04	Très bas

Le cas sabre, affiche un niveau très bas d'estime de soi, à un total de 17, cela signifie qu'il a une évaluation négative de soi

Sur l'échelle d'estime de soi générale, les résultats sont inférieurs à la moyenne, il a eu un score de 08 < 18,64. Ce qu'est apparu dans ses réponses négatives dominantes sur cette échelle. L'exemple de l'item N°04 : « j'arrive à prendre des décisions sans trop de difficultés », sa réponse était négative « ne me ressemble pas », ce qu'explique que le sujet présente une hésitation et une incertitude de soi, cela confirme ses propos de l'entretien.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi sociale sont inférieures à la moyenne : $4 < 5,67$. Exemple l'item N°21 « La plus part des gens sont mieux aimés que moi », Sabre a confirmé par « me ressemble », ce qui confirme son évaluation négative de soi.

L'échelle d'estime de soi familiale, marque un niveau très bas par rapport à la moyenne : $1 < 4,92$. Le score est adéquat à ce qui a été dit durant l'entretien. Exemple : Item N°16, ou sabre confirme d'avoir l'envie de quitter le foyer familial, cela est causé par les relations perturbés au sein de la famille.

Sur l'échelle d'estime de soi scolaire, le niveau est inférieur à la moyenne à un score de $04 < 4,12$. Exemple d'item N°46, ou il confirme son insatisfaction de ses résultats scolaires.

À l'échelle de mensonge, sabre présente un score supérieur à la moyenne : $4 > 2,38$. cela veut dire qu'il a une attitude défensive vis-à-vis du test, ou un désir de donner une bonne image de soi.

Synthèse :

D'après la concordance des réponses donnée à l'entretien et les résultats obtenus à l'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi, on ne constate que le diabète à une influence négative sur l'estime de soi de ce sujet.

Le cinquième cas « Karim »

Au début de l'entretien, le sujet s'est montré timide et enthousiaste, puis il se manifeste une énorme capacité et facilité à s'exprimer ; il répond aux questions relative aux données personnelle de façon détaillé : « je suis scolarisé en troisième année au primaire, en plus il est loin de chez nous, je marche a pied.. »

Axe n°01 : information personnelles du patient

Karim est un garçon âgé de(8) ans, est benjamin d'une fratrie de deux filles. Ses parents divorcés, prés de(5) ans, le papa leurs rend visite une fois par 15jours.il vie aux foyers de grand père maternel .C'est un enfant désiré par toute la famille.

Karim est scolarisé en troisième année primaire, obtiens des résultats scolaire insuffisants (5/10 de moyenne).

Axen°02 : les informations liées à l'état de santé de l'enfant

Karim attient le diabète insulino dépendant à l'âge de 7ans, d'après les résultats de bilan médical, le médecin traitant a constaté l'absence des facteurs héréditaires, il a été hospitalisé pendant 10jours pour but d'assurer une éducation thérapeutique.

Axen°03 : les informations liées à l'adaptation à la maladie

D'après les réponses obtenu aux questions sur le diabète, dans l'objectif de connaitre son attitude personnelle vis-à-vis cette maladie, montre que Karim vie mal son diabète, vie dans une situation de tristesse, « c'est difficile de vivre avec le diabète.. », causés par les injections régulières, le régime stricte...etc.

Axen°04 : les informations liées à l'entourage de l'enfant

Karim à exprimer une bonne entente avec sa maman et sa tante, en abordant les questions relative à ses relations familiales, il répond « maman m'aime, elle prend soin de moi, elle s'inquiète pour moi...ma tante aussi comme maman, elle me fait tout ce que je veux ... ». A l'école, Karim aime ses amis et en bon relation avec ses camarades. On constate que Karim est un enfant sociable.

Axen°05 : les informations sur l'estime de soi

Karim à une mauvaise image de soi, car il n'est pas fier de lui-même, et de ses résultats scolaires « J'ai honte de parler de mes résultats devant les autres ».

D'après les réponses de Karim à propos de la vision de son diabète, on à remarqué que malgré l'évaluation négative de soine l'empêche pas d'avoir une vision optimiste envers sa venir, « je rêve de devenir médecin pour me soigner ».

Présentation et analyse des résultats de l'échelle de l'estime de soi du cas(05) « Karim » :

Tableau n°11 : résultats de l'inventaire de l'estime de soi du cas de Karim

Général	sociale	familiale	scolaire	total	mensonge	niveau
15	8	4	3	30	2	Bas

Pour ce cas, il a présenté un niveau bas d'estime des soi à un total de(30), ce qui signifier une évaluation négative de soi.

Ses résultats sur l'échelle d'estime de soi général sont inferieure par rapport à la moyenne : $15 < 18,64$, ce qui à été apparu dans ses réponses négatives dominante sur cette échelle, on peut donner l'exemple de litem N°3 : Karim à confirmer sa réponse, ce qui démontre qu'il n'a pas une conscience de la valeur réel du moi.

Sur l'échelle d'estime de soi sociale marque un niveau élevé par rapport à la moyenne $8 > 5,67$. ce qui démontre que ce cas s'adapte à son entourage avec une valeur élevée de moi quelle présente sur l'échelle sociale avec des réponses qui étaient toutes positives.

Sur l'échelle familiale, ses scores sont inférieure à la moyenne $4 > 4,92$. par exemple l'Item N°6 : il a confirmé on couchant sur « me ressemble », aussi à l'Item N°44 ce qui explique qu'il ressent la négligence de la part de père à cette enfant.

Sur l'échelle d'estime des soi scolaire, le niveau est bas par rapport à la moyenne $3 < 4,12$. On peut donner l'exemple de l'Item N°2 il a répondu par « me ressemble », ce qui est expliqué son incertitude des soi.

Dans l'échelle de mensonge, Karim présente un niveau inférieure par rapport à la moyenne $2 < 2,38$. Cela veut dire qu'il ne présente aucune attitude défensive vis-à-vis de test, ou un désir de donner une bonne image de soi.

Synthèse :

D'après la concordance des réponses à l'entretien et les résultats obtenus à l'échelle de Cooper Smith de l'estime de soi, on a constaté que le diabète a une influence négative sur l'estime de soi de sujet.

-Analyse des résultats de l'échelle

Prestation et analyse des résultats de test(SEI)

Dans cette partie nous allons exposer une synthèse des résultats obtenus lors de la passation de l'entretien et de l'échelle d'estime des soi de CooperSmith. qui ont été passés durant notre période de stage, dans le but d'établir une discussion des hypothèses qui viennent répondre aux questions de notre problématique.

Après avoir accompli cette passation individuelle de l'échelle d'estime de soi ; nous avons obtenu après cotation les résultats illustrés dans le tableau qui suit :

Tableau n°12 : Résultats du test d'estime de soi

cas	Général	sociale	Familiale	scolaire	total	mensonge	Niveau
Cas01	21	06	05	05	37	06	Moyen
Cas02	19	02	03	04	28	04	Bas
Cas03	16	05	08	06	35	04	Moyen
Cas04	08	04	01	04	17	04	Très bas
Cas05	15	08	04	03	30	02	bas
moyenne	15,8	6,2	4,4	4,4	29,4	4	bas

Interprétation de tableau :

Ce tableau nous permet donc de constater que notre population de recherche est entièrement touchée par diabète des niveaux différent. On remarque que la moyenne général de chaque sous échelle du test d'estime de soi de nos cas sont inférieures à la moyenne. Ce qui signifie un niveau général d'estime des soi bas de nos cas.

D'après les résultats présenté dans ce tableau, on remarque aussi que la majorité des cas ont une évaluation négative de soi (02/05bas, 01/05très bas).les autres cas (02/05) ont un niveau moyen d'estime des soi, ce qui veut dire qu'ils se caractérisent par une évaluation négative de soi (voir le tableau N°12).

Classement des sujets à partir des résultats de test d'estime de soi :

Après avoir administré le test d'estime de soi, on a pu classer les résultats obtenus de nos cas selon leur niveau d'estime de soi en deux groupes : le premier groupe(ES+), et l'autre groupe par une estime des soi négative (ES-).

Tableau n°13 : répartition des sujets en fonction de niveau d'estime de soi :

Fréquence Niveau	ES+	ES-
Nombre de cas	02	03

A Partir de ce tableau, on constate que la majorité des cas de notre population d'étude (03/05) se caractérise par une évaluation négative de soi. Et deux cas (02/05) seulement une évaluation positive de soi.

Après la répartition de notre population d'étude en deux groupes, selon leurs qualités d'estime de soi, on va présenter les caractéristiques de chaque groupe à partir de leurs résultats présenté au tableau n°13.

Les sujets qui ont une estime de soi négative : présentent des scores variés dans les échelles des composantes d'estime de soi (générale, sociale, familiale, scolaire et l'échelle de mensonge).

On constate que leurs scores à l'échelle d'estime de soi générale sont au-dessous de la moyenne(18). Les sujets de ce groupe ont des scores inférieurs à la moyenne à l'échelle d'estime de soi sociale. Sauf pour le cas (05) qui a un score supérieurs à la moyenne (05).Mais on trouve que ses scores ne les ont pas aidé à avoir une évaluation positive de soi. Leurs score à l'échelle d'estime de soi familiale sont bas par rapport à la moyenne(4,92).ils ont eu des scores très bas par rapport à la moyenne(4,12).A l'échelle d'estime de soi scolaire, qui varie entre 3et 4.

Leurs score à l'échelle de mensonge est supérieure à la moyenne(2,38), ce qui confirme l'attitude défensive par rapport au test. Contrairement au cas (05), qui est plus objective.

On constate que le nombre de sujet de notre population qui à une estime de soi positive et estimé à (02/05) cas (voir le tableau n°13).

Ils ont des scores variables, à l'échelle d'estime de soi général le cas(01)qui présente un score élevé dans cette échelle, et le cas (03)qui présente un score inférieure à la moyenne(18,64).Sur l' échelles d'estime de soi sociale sont variables, exemple de cas(01)qui présente un score supérieure à la moyenne(5,67),contrairement au cas(03).Leurs scores aux échelles familiale et scolaire sont supérieurs par rapport à la moyenne. A l'échelle de mensonge aussi les scores sont supérieur à la moyenne (2,38) ce qui veut dire une attitude

défensive vis-à-vis le test, et un désir manifeste de donner une bonne image de soi.

2-Discussions des hypothèses

Durant cette étude, on a tenté d'évaluer le degré d'estime de soi chez les enfants diabétiques, âgés entre 08 à 12 ans, après avoir présenté et interprété les résultats obtenus dans notre pratique (résultats de test d'estime de soi, et de l'entretien semi directif). On poursuit avec la phase de discussion de nos hypothèses de recherche « **l'estime de soi des enfants atteints du diabète type I est basse** ».

Le tableau n°13 montre que (03) cas sur (05) de notre population d'étude confirment cette hypothèse :

Le cas(02) avec un score de 28 sur l'échelle de l'estime de soi selon les classes présentées à l'inventaire de Cooper Smith(33,35).et le cas (04) qui a obtenu un score de 17, ainsi que le cas(05) avec un score de 30 ; qui signifie qu'ils ont des niveaux bas d'estime de soi selon les classes présentées à l'inventaire de Cooper Smith entre (19 à 30 un niveau bas d'estime de soi).

On a constaté aussi que le score obtenu à l'échelle d'estime de soi pour le groupe, correspondent en grande partie avec leurs propos aux entretiens. Donc les cas (02), (04), (05), qui sont atteints de diabète insulino-dépendant, ont une basse estime de soi, ce qui veut dire une évaluation négative de soi. Ce ci reflète la souffrance psychologique de ces derniers (tristesse, dévalorisation de soi) due à plusieurs facteurs tel que la non acceptation de la maladie ainsi qu'un vécu chargé de honte et de la culpabilité.

De ce fait, il nous semble que notre hypothèse est confirmée chez la majorité des cas (03 sur 05).

Concernant la deuxième hypothèse qui suppose que l'entourage est un facteur responsable de faible estime de soi des enfants atteints du diabète, on constate que les cas(02),(04),(05)qui se caractérisent par une basse estime de soi, on constate que leurs scores aux échelles sociale, familiale, scolaire qui

varient entre (01et04) correspond au grande partie à leurs entretiens. Alécception de dernier cas(05)qui eu un score élevé(08)par rapport à l'échelle de l'«estime de soi de Copper Smith.

Au deuxième groupe (02/05) se caractérisent par une élévation positive de soi, on constate que leurs score à l'échelle d'estime de soi sociale, familiale, scolaire sont élevées par rapport à la moyenne. Ceci infirme l'importance de l'entourage (sociale, familiale, scolaire) dans l'acceptation et l'estimation de soi chez les enfants diabétiques.

Synthèse

D'après cette analyse, on constate que la majorité des cas (03/05) de notre population d'étude se caractérise par une évaluation négative de soi ce qui confirme en grande partie nos hypothèses de recherche. Il est signalé que les résultats de notre recherche sont éphémère, ne peuvent pas être généralisé, car notre population d'étude ne présente pas la population mère.

Conclusion

Cette recherche intitulée « **l'estime de soi chez les enfants diabétiques** », que nous avons réalisé dans un établissement publique la polyclinique d'akbou, ou on s'est intéressé à comprendre et à aider les enfants diabétiques à surmonter leur état de santé et supporter leur maladie.

L'application de l'échelle de Cooper Smith, et de l'entretien clinique, nous a permis d'évaluer l'estime de soi de ses sujets. Grâce à ses techniques, on a pu déduire que le diabète insulino-dépendant peut être un facteur qui contribue à une basse estime de soi chez les enfants diabétiques.

Sur le plan physique cette maladie peut engendrer certains changements comme la prise du poids chez certains patients et le contraire (la maigreur) chez d'autres, et la fatigue excessive.

Il faut noter que ces mutations ont un impact sur les troubles psychologiques qui se manifeste sur le sujet atteint, tel que l'angoisse, le stress et la dépression.

D'après l'analyse de Cinque cas cliniques présentés et les résultats de notre travail, on a constaté que pour nos cas en majorité, nous avons abouti à la confirmation de notre hypothèse selon laquelle « l'estime de soi des enfants atteints le diabète type I est bas ?

Nous avons constaté aussi, que l'entourage participe à l'acceptation et l'adaptation des enfants diabétiques à leurs situations à travers les résultats qu'on on a obtenu dans les sous échèles du test de Cooper Smith (sociale, familiale, scolaire), cela nous à conduit infirmer notre deuxième hypothèse.

Nous espérons que, par le biais de cette recherche nous avons contribué à comprendre les souffrances des diabétiques, et l'état psychologique de cette catégorie de malade. Aussi, particulièrement, d'ouvrir de nouvelles perspectives éventuelles, Une étude qui ciblera l'anxiété vécue chez les mamans des enfants

diabétiques pourra compléter nos résultats pour une bonne compréhension du vécu psychologique chez les enfants diabétiques ainsi que l'influence du diabète sur leurs échec scolaire.

Liste
Bibliographique

Ouvrage :

1. André C. Lelord F, l'estime de soi : s'aimer pour mieux vivre avec les autres, Odile Jacob, Paris, 1999
2. Anna Bertran de Balanda, une approche psychosomatique du diabète : l'identité en souffrance, Septembre, 2015
3. Bénony H, Chahraoui Kh l'entretien clinique, Paris, Dunod, 1999.
4. Bénony H, Chahraoui Kh, méthodes évaluation et recherche en psychologie clinique, Paris, Dunod, 2003.
5. Blanchet M. et Chevallier L, l'échec scolaire, PUF, Paris, 2008.
6. Buysschaert. M, diabétologie clinique, 3^{em} édition, Boueck, Belgique. 2006.
7. Christine Mirabel Sarron, Septembre, 2004.
8. Coopersmith .S, Inventaire d'estime de soi, copyright, Paris.
9. Delphine Martinot, le soi, les approches psychosociales, Press Universitaire de Grenoble ,1995.
10. Diane E. Papalia, Ruth D. Feldman, psychologie du développement de l'enfant, 8^{em} Edition, Paris.
11. Elisabeth Couryon. et al, S'estimer pour réussir sa vie, avril, 2012.

12. Fischer G. N, traité de la psychologie de la santé, Dunod, Paris, 2002.
13. German Duclan, l'estime de soi pour la vie, Canada,CHU,Saint-Justine,2010.
14. Grass D, « santé et équilibre de vie des frères et sœurs d'enfant atteints de maladie chronique », EdMédecine, université de Nantes, 2009.
15. Grimaldi, A. Jacquemin, S, etal, guide pratique du diabète 3em Edition paris : Masson, 2005.
16. Jean –Jacques et al, le grand livre du diabète, 4emédition, paris, Aout 2014.
17. Jean P et al, la connaissance de soi, Armand colin, paris, 2002.
18. Khaiati. M, le diabète sucré chez l'enfant, OPU, Alger, 1993.
19. Moira Mikoljczak, les interventions en psychologie de la santé, Dunod, Paris, 2013.
20. Omar Aktouf, méthodologie des sciences sociales et approche qualitatif des organisations, Québec, HEG presses, 1987.
21. Pervin L.A et John O.P, la personnalité : de la théorie à la recherche, Ed de Boeck, Bruxelles, 2005.
22. Sarah Famery, avoir confiance en soi, Dcembre2003.
23. Simon L. Dolan André, Stresse Estime de soi Santé travail, 2009.

24. S. Khalfa, Le diabète sucré, Office publications universitaires, Alger, Avril 2001.

25.-Tazairt. Chabane. B, le diabète s'interroge : qu'est ce que le diabète, société El maarifa, Bouloughine Alger,2002.

Dictionnaires :

1. dictionnaire de psychologie, Nobert Sillamy, 2003.
2. dictionnaire le petit Larousse, sylvie Angel, avril ,2013.

Revues :

1. Ricard-Mali voir S, « perception et compréhension de diabète insulinodépendant et du son traitement par l'enfant de 2-12ans) »
Vol 25, N°01-Mai, 1999.
2. Else Vier Masson, « Médecine des Maladies Métaboliques », Vol4,
N°3,2010.
3. La Revue Médicoo-pharmaceutique, N04, septembre-Octobre,
1998.
4. J. Combess, A. Nenformis, antidiabétique oraux stratégie
thérapeutique, N°03,2004.
5. Recueil des communications, 9emecongrès de la
fédérationmaghrébine d'endocrinologie diabétologie et 14^{eme} congrés
national de la SADIAB, Alger, Hôtel Sheraton, 23-24-25novembre,
2012.

Site internet :

([WWW.Algerielle.com/santé/pratique/le diabète un mal Algérien, html/2016,](http://WWW.Algerielle.com/santé/pratique/le_diabète_un_mal_Algérien.html)
(23/03/2016 à 16h33).

Annexes

Annexe 1 :

Echelle d'évaluation d'estime de soi de Cooper Smith

INVENTAIRE DE COOPERSMITH

FORME SCOLAIRE

S.E.I

Nom:.....PRENOM.....

AGE.....SEXE:.....CLASS.....

NOM et ADRESSE DE L'ETABLISSEMENT SCOLAIRE.....

.....

.....

DATE de L'EXAMEN :.....

CONSIGNES

LISEZ ATTENTIVEMENT LES CONSIGNES AVANT DE REpondRE

Dans les pages qui suivent, vous trouverez des phrases qui expriment des sentiments, des opinions ou des réactions. Vous lirez attentivement chacune de ces phrases.

Quant une phrase vous semblera exprimer votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la première colonne, intitulée « Me ressemble ».

Quant une phrase n'exprime pas votre façon habituelle de penser ou de réagir, vous ferez une croix dans la case de la colonne intitulée « Ne me ressemble pas ».

Efforcez-vous de répondre à toutes les phrases, même si certains choix vous paraissent difficiles.

TOURNEZ LA PAGE ET COMMENCEZ

Copyright 1981 by Consulting Psychologists Press, Inc, Palo Alto, California,
U.S.A Tous droits réservés

Copyright de l'édition française 1984 by Edition du Centre Psychologie
Appliquée-PARIS-1er édition

- | | Me ressemble | Ne me ressemble pas |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. En général, je ne me fais pas de souci..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Il m'est très difficile de prendre la parole en classe..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Il y a, en moi, des tas de choses que je changerais, si je le pouvais..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. j'arrive à prendre des décisions sans trop de difficulté..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. On s'amuse beaucoup en ma compagnie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. A la maison, je suis facilement contrarié..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. je mets longtemps à m'habituer à quelque chose de nouveau..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. je suis très apprécié par les garçons et les filles de mon âge..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. En général, mes parents sont attentifs à ce que je ressens..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. je cède très facilement aux autres..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Mes parents attendent trop de moi..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. C'est très dur d'être moi..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Tous est confus et embrouillé dans ma vie..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. j'ai généralement de l'influence sur les autres..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. j'ai une mauvaise opinion de moi-même..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 16. Il m'arrive souvent d'avoir envie de quitter la maison..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 17. je me sens souvent mal à l'aise en classe..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 18. je trouve que j'ai un physique moins agréable que la plupart des gens..... | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

19. Quant j'ai quelque chose à dire, en général, je le dis.....
20. Mes parents me comprennent.....
21. La plupart des gens sont mieux aimés que moi.....
22. j'ai souvent l'impression d'être harcelé par mes parents.....
23. En classe, je me laisse souvent décourager.....
24. je pense souvent que j'aimerais être quelqu'un d'autre.....
25. Les autres ne me font pas souvent confiance.....
26. je ne suis jamais inquiet.....
27. je suis assez sur de moi.....
28. je plais facilement.....
29. Mais parents et moi passons de bons moments ensemble.....
30. je passe beaucoup de temps à rêvasser.....
31. j'aimerais être plus jeune.....
32. je fais toujours ce qu'il faut faire.....
33. je suis fier résultats scolaires.....
34. j'attends toujours que quelqu'un me dise ce que je dois faire.....
35. je regrette souvent ce que je fais.....
36. je ne suis jamais heureux.....
37. je fais toujours mon travail du mieux que je peux.....
38. En général, je suis capable de me débrouillé tout seul.....
39. je suis assez content de ma vie.....
40. je préfère avoir des camarades plus jeunes que moi.....
41. j'aime tous les gens que je connais.....
42. j'aime être interrogé en classe.....

43. je me comprends bien moi-même.....
44. personne ne fait beaucoup attention à moi à la maison.....
45. On ne me fait jamais de reproche.....
46. En classe, je ne réussis pas aussi bien que je le voudrais.....
47. je suis capable de prendre une décision et m'y tenir.....
48. Cela ne me plaît vraiment pas d'être un garçon ...une fille
49. je suis mal à l'aise dans mes relations avec les autres personnes.....
50. je ne suis jamais intimidé.....
51. j'ai souvent honte de moi.....
52. Les autres viennent souvent m'embêter
53. je dis toujours la vérité.....
54. Mes professeurs me font sentir que mes résultats son insuffisants...
55. je me moque de ce qui peut m'arrive.....
56. je réussis rarement ce que j'entreprends.....
57. je perds facilement mes moyens quant on me fait des reproches.....
58. je sais toujours ce qu'il faut dire aux gens.....

FIN

G

SO

F

SC

T

M

INVENTAIRE DE COOPER SMITH

ترجمة عبد الحافظ عبد الحميد

تعليمات

فيما يلي مجموعة من العبارات تتعلق بمشاعرك إذا كانت العبارة تصف ما تشعر به عادة
ضع علامة (+) داخل المربع في خانة "تنطبق" إما إذا كانت العبارة لا تصف بما
تشعر به فضع علامة (+) داخل المربع في خانة "لا تنطبق".
ليست هناك إجابات صحيحة وأخرى خاطئة وإنما لإجابة الصحيحة هي التي تعبر بها عن
شعورك الحقيقي.

• من فضلك دون

الاسم

العمر

اسم المدرسة

الجنس

الشعبة

التاريخ

- | | | |
|--------------------------|--------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 1. لا تضايقتني لأشياء عادة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 2. أجد من الصعب علي أن أتكلم أمام زملائي في الفصل. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 3. أود لو استطعت أن أغير أشياء في نفسي. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 4. لا أجد صعوبة في اتخاذ قراراتي بنفسي. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 5. يسعد الآخرون بوجودهم معي. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 6. اتطابق بسرعة في المنزل. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 7. احتاج وقتا طويلا كي اعتاد علي لأشياء الجديدة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 8. أنا محبوب بين زملائي من نفس سني. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 9. يراعي والدي مشاعري عادة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 10. استسلم بسهولة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 11. يتوقع والدي مني الكثير. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 12. من الصعب جدا أن أظل كما أنا. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 13. تختلط لأشياء كلها في حياتي. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 14. يتبع زملائي أفكارني عادة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 15. لا اقدر نفسي حق قدرها. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 16. أود كثيرا لو اترك المنزل. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 17. اشعر بالضيق في المدرسة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 18. مظهري ليس وجيها مثل معظم الناس. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 19. إذا كان عندي شيء أريد أن أقوله فاني أقوله عادة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 20. يفهمني والدي. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 21. معظم الناس محبوبين أكثر مني. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 22. شعر عادة كما لو كان والداي يدفعاني لعمل لأشياء. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 23. لا أتلقى التشجيع غالبا في المدرسة. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 24. ارغب كثيرا أن أكون شخصا آخر. |
| <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | 25. لا يمكن للآخرين لاعتماد علي. |

26. لا اقلق علي أي شيء أبدا.
27. أنا واثق من نفسي تماما.
28. من السهل علي لآخرين أن يحبوني.
29. استمتع أنا ووالداي بقضاء الوقت معا.
30. اقضي وقتا طويلا في أحلام اليقظة.
31. أتمنى لو كنت اصغر من سني.
32. افعل الصواب دائما.
33. اشعر بالفخر باداءي المدرسي.
34. يجب علي لآخرين أن يخبروني بما يجب أن افعله.
35. كثيرا ما اشعر بالندم علي ما أقوم به من أعمال.
36. أنا لست سعيدا علي لإطلاق.
37. أقوم بأعمالي بأفضل ما يمكنني(بأقصى جهدي).
38. أستطيع أن اعطني بنفسني عادة.
39. أنا سعيد للغاية.
40. أفضل اللعب مع أطفال اصغر مني سنا.
41. أحب كل من اعرفهم.
42. يعجبني أن أكون بارزا في الفصل.
43. افهم نفسي.
44. لا يهتم من بالمنزل بي كثيرا.
45. لا يؤنبني احد علي لإطلاق.
46. أداءي بالمدرسة ليس كما أود أن يكون.
47. يمكنني اتخاذ قراراتتي والتمسك بها.
48. أنا حقيقة لا أحب أن أكون ولدا(بناتا).
49. لا أحب أن أكون مع لآخرين.
50. لا اشعر بالخجل عليالاطلاق.

Annexe 2 :

*Guide
d'entretien*

*Clinique de
recherche*

Guide d'entretien :

Axe01 : Information personnelles du L'enfant :

1-Nom

2-prénom

3-Age

3-quel est votre position fraternelle

Axe02 : Information liées à l'état de santé du L'enfant

1-Depuis quand vous êtes diabétique ?

2-qu'elles type de diabète présentez- vous ?

3-qu'elles sont pour vous les raisons qui ont provoqué votre état actuel ?

4-qu'elles sont les symptômes qui se sont manifestes au début ?

5-Avez-vous quelqu'un de votre proche qui est diabétique ?

6-quel a été votre réaction l'ors de l'annonce de votre Maladie diabete ?

7-Avez-vous déjà hospitalisé ?si oui combien le temps ?

8-comment vous vous sentez en ce moment ?

Axe03 : Informations liées à l'adaptation à la maladie

1-pouvez- vous effectuer des activités quotidiennes tout seul ?

2- Demandez-vous de l'aide ? A qui vous le faites ?

3-Avez-vous consultez un psychologue ?

4-combien de teste glycémique faites-vous par jour ? Et comment sentez-vous ?

5-Avez-vous un glucomètre ?et savez-vous en servir ?

6 consultez-vous régulièrement votre médecin traitant

7 vous arrive-t-il d'oublier de prendre vos médicaments ou insuline ?

Axe 04 : Informations liées à l'entourage du l'enfant

1-qu'elles est la personne qui est la plus proche de vous au sein de votre famille ?

2-Qu'elles est le regard de votre famille envers vous ?

3-Avez-vous des camarades à l'école ?

4-Vous sentez-vous soutenues et entouré par vos proches ?

5-Avez-vous des difficultés à fréquenter les endroits publics ?

6-Aimez-vous restez tout(e) seul(e) ?pourquoi ?

Axe5 : les informations sur l'estime de soi :

1-Avez-vous parlez de votre diabète à autrui ?

2-Etes-vous fier de vous-même ?

3-Est-ce que vous avez de bons résultats à l'école ?

4-comment vous sentez quand vous contrôlez votre diabète pendant la journée ?