

UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue de l'obtention d'un diplôme de master

Option : psychologie clinique

Thème

**Etude clinique du profil socio-affectif des
enfants diabétiques âgés de 5 à 6 ans**

Réalisé par :

M^{elle} AOULMI Salima

M^{elle} AOUDIA Imane

Encadré par :

M^{me} TOUATI Saida

Année universitaire : 2014-2015

REMERCIEMENTS

En premier lieu, nous remercions Dieu le tout puissant qui nous a procuré la volonté, la force et la connaissance pour accomplir ce modeste travail.

*Nous adressons nos vifs remerciements et gratitude à notre promotrice **M^{me} Touati**, pour son encadrement et efforts qu'elle a déployé durant tout le long de notre travail de recherche.*

Aussi, nous remercions très chaleureusement, tous les intervenants et toutes les personnes qui, par leurs écrits, leurs paroles, leurs conseils et leurs critiques ont guidé nos réflexions.

Nous remercions très vivement nos très chers parents, pour leurs encouragements constants et leur soutien de tous les instants.

Nous remercions nos sœurs, cousins et cousines.

Enfin, nous tenant à exprimer notre reconnaissance et estime à tous et toutes intervenants(es).

Dédicaces

Je dédie ce travail :

*A mes très chers parents, pour leurs encouragements
et soutien, je leurs témoigne ma profonde gratitude.
Que Dieu les protège.*

A mes deux chères sœurs Sabrina et Céline.

A mes chères tantes Hayet et Zahra, pour leur soutien.

A ma binôme et meilleure amie Imane.

A toutes mes cousines et mes chères amies.

Aoulmi Salima

Dédicaces

Je dédie ce travail :

*A mes très chers parents, pour leurs encouragements
et soutien, je leur témoigne ma profonde gratitude.
Que Dieu les protège.*

A mes chers grand parents.

A mes chères tantes et oncles pour leur soutien.

A ma binôme et meilleure amie Salima

A toutes mes cousines et mes chères amies.

Aoudia Imane

Introduction

L'augmentation du taux de diabète dans le monde est l'une des préoccupations majeures pour les responsables de la santé publique. Maladie longtemps silencieuse, le diabète de type I est une affection auto-immune responsable d'un déficit majeur de la sécrétion pancréatique d'insuline, dont les difficultés de prise en charge et les complications sont souvent responsables de répercussions néfastes sur la qualité de vie de l'enfant, sur son entourage et sur sa santé actuelle et future.

En effet, c'est une maladie exigeante et contraignante qui impose à l'enfant un nouveau mode de vie auquel même les adultes ne peuvent s'adapter parfaitement, la glycémie du patient doit être optimale à chaque heure de chaque journée, et pour cela le patient ou sa famille doivent en l'absence du personnel médical intégrer tous les paramètres de la vie quotidienne, qui font varier la glycémie (bol alimentaire, activités physiques...etc.), de ce fait l'éducation thérapeutique est un axe essentiel de la prise en charge de cette pathologie.

Le diabète de l'enfant est dans la très grande majorité des cas insulino-dépendants , et d'autres maladies auto-immunes peuvent s'y associer, ce qui peut entraver la croissance et le développement physique et psychologique harmonieux de l'enfant.

Certains chercheurs dans ce domaine ont constaté que de nombreux enfants ont des difficultés à s'adapter au diabète, ils manquent de conformité au traitement, ont un mauvais contrôle de leur glycémie, ainsi que des difficultés socio-affectives continues, bien que d'autres s'adaptent à leurs conditions médicales au cours de l'année qui suit le diagnostic.

L'objectif de notre travail de recherche est de décrire le profil socio-affectif des enfants diabétiques, c'est-à-dire les caractéristiques de leurs interactions sociales et l'expression de leur affectivité.

A fin de répondre à notre question de recherche, nous nous sommes appuyées sur deux techniques d'investigation qui sont : le test du profil socio-affectif et l'entretien semi directif effectué avec les mères des enfants et leurs enseignants.

Notre population d'étude a été sélectionnée dans quatre établissements primaires, dont trois sont situés à la ville de Bejaia et un établissement situé à El-kseur.

Notre travail est constitué de deux parties, nous exposerons pour commencer, la première partie qui est la base théorique de notre recherche, elle est divisée en deux chapitres. Dans le premier, nous présenterons le diabète du point de vue médical et du point de vue psychologique, et dans le deuxième chapitre nous aborderons le développement socio-affectif de l'enfant. Nous enchaînerons avec une partie pratique, qui est consacrée à la présentation de la méthodologie de notre recherche, ainsi que la présentation des cas cliniques et l'analyse des résultats.

Partie théorique

Chapitre I

Le diabète chez l'enfant

Préambule

Dans ce premier chapitre, nous allons présenter le diabète d'un point de vue médical et psychologique.

I- Le diabète du point de vue médical

Le diabète sucré résulte d'une carence absolue ou relative en insuline ou de facteurs empêchant l'activité normale de cette hormone, il s'agit d'une maladie extrêmement fréquente puisqu'elle touche environ 150 million d'individus dans le monde et sa prévalence est en augmentation constante en raison des complications qu'elle peut entraîner.

1. Quelques définitions

1. 1. Définition du diabète

Le mot « diabète » signifie : « passer à travers » en se référant à la forte polyurie qui caractérise la maladie, le terme diabète regroupe tous les états morbides ayant en commun une hyperglycémie chronique (Duron. F et coll, 2006, p.241).

Le diabète dit sucré est une maladie liée à une défaillance des mécanismes biologiques de régulation de la glycémie, il s'agit d'une maladie chronique due à une carence ou un défaut d'utilisation de l'insuline, ce qui entraîne une hyperglycémie. Ceci est en effet la conséquence d'une destruction spécifique des cellules beta(B) des ilots de langerhans conduisant à une carence d'insuline (Gorchov.G, Papo.T, 2000, p. 191).

Selon le dictionnaire médical : « il s'agit de la présence de glucose dans l'urine et l'élévation du taux de ce même sucre dans le sang, la glycosurie (sucre dans l'urine) n'est d'ailleurs que la conséquence de l'hyperglycémie (trop de sucre dans le sang), c'est cette élévation du sucre sanguin qui est le caractère hormonal définissant le mieux la maladie et permettant de la différencier de la

glycosurie sans hyperglycémie ou le diabète rénal » (Domart.A , Bourneuf.J, 1990, p. 320).

Chez l'enfant le diabète est lié à une insuffisance de la sécrétion en insuline comme l'attestent les taux bas d'insulinémie à la phase initiale, ou du peptide (marqueur de la sécrétion endogène). Ce caractère insulinoprive a pour corollaire son traitement par une insulinothérapie substitutive (Armengaud.D, 2003, p.109).

1.2. Définition de l'insuline

C'est la seule hormone circulant qui abaisse directement la glycémie, c'est une hormone peptidique fabriquée au niveau du pancréas par les cellules béta (B) des îlots de langerhans, ces îlots endocrines sont situées au sein de la glande exocrine qui secrète le sucre pancréatique. Les insulines animales se différencient de l'insuline humaine par leur composition en acide aminé à un ou plusieurs endroits, le facteur stimulant la sécrétion d'insuline est essentiellement le niveau de la glycémie : toute élévation de la glycémie stimule la sécrétion d'insuline, d'autres facteurs peuvent stimuler (acide gras, protéines hormonales intestinales, facteurs neurologiques : vue et odeur des aliments ... etc.).

Son rôle : « régulation de la glycémie » ; l'insuline permet chez l'individu sain le maintien de la glycémie dans des limites très étroites (4.4-7.7 mmol/L ou 0.7-1.4g/L) dans le but d'assurer un équilibre entre d'une part, la production du glucose par le foie (à partir du glycogène , forme de réserve) et les apports alimentaires et d'autre part, sa consommation par l'ensemble des tissus de l'organisme , l'utilisation de glucose par les tissus (muscle , tissus adipeux ...) est sous la dépendance de l'insuline qui se fixe sur un récepteur de la membrane cellulaire spécifique .

Au moment du repas, l'absence d'élévation de l'insuline ne permet pas d'une part, de bloquer la production de glucose par le foie et d'autre part, de capter le glucose par les tissus.

A distance du repas, le glucose provenant du foie reste en quantité beaucoup plus importante, tant dis que l'utilisation du glucose par les tissus reste faible.

A terme, l'organisme va réagir aux déficits énergétiques induits par l'absence d'accès du glucose à ses cellules ; cette compensation se fera par la production de corps cétoniques à partir de la lipolyse des tissus graisseux (Kremp.L, 2007, p.582-583).

2. Historique du diabète

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

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

En 1869, **P.Langerhans** a démontré que le pancréas contient des cellules autres que celles qui sécrètent le suc pancréatique, de fonction inconnue et auxquelles il a donné son nom. À l'université de Strasbourg, **O.Minoski** a montré que les îlots de Langerhans contribuent à la pathogenèse du diabète sucré, en déclenchant la maladie chez le chien par l'ablation du pancréas (Brink.J, 2011, p. 20).

En 1900, le Russe **E.Stobolev** et l'Américain **E.L.Opie** ont confirmé que le diabète sucré est provoqué par la destruction des îlots de Langerhans. Quelques

années plus tard, à Toronto, les chercheurs **F.Banting**, **H.Best**, **R.Macleode** et **J.Collip** sont parvenus à soigner des chiens diabétiques avec des extraits pancréatiques. Le premier homme traité avec un extrait pancréatique fut Leonard Thompson en 1922. L'amélioration spectaculaire de son état de santé a valu à **F.Banting** et **R.Macleode** le Prix Nobel en 1923, prix qu'ils ont partagé avec leurs collègues chercheurs.

À l'université de Toronto, **H.Best** avait refusé d'accorder les droits exclusifs de fabrication de l'insuline à un seul laboratoire. Les laboratoires Ely Lilly aux États-Unis, Novo Nordisk au Danemark, Hoechst en Allemagne et endopancrine en France ont lancé la production dès 1930. L'insuline neutral protamine Hagedorn (NPH) a été mise au point en 1946 par **H.C.Hagedorn**, des laboratoires Nordisk.

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

3. Quelques données épidémiologiques

Le diabète insulino dépendant est la plus fréquente des maladies chroniques de l'enfant après l'asthme et l'épilepsie d'après les études épidémiologiques du

diabète de type I qui établit l'ampleur de la maladie et sa distribution au sein de la population en fonction d'un certain nombre de paramètres tel que : le sexe, l'âge, le climat ou les variations en fonction du lieu ou du temps.

L'incident du diabète est très variable d'une région à une autre d'un pays à un autre et parfois même au sein du même pays, la plus haute incidence est retrouvée en Finlande (43.9 / 1000 000 par an), la plus faible en Amérique latine et en Asie d'après les statistiques effectuées en 1965 (Rochiccioli.P et al, 2001, p.429).

En France, la prévalence était de 5.9 % en 2007 alors qu'en Algérie elle est variable selon les régions 8.2 % dans la willaya de Sétif, 11 % dans la willaya de Constantine.

Le diabète est une affection grave, mortelle responsable chaque année dans le monde de près de 4 millions de décès. 50 % à 60 % des diabétiques meurent de complications cardiovasculaires, 50 % des amputations de jambes sont dues au diabète, la cécité est 10 fois plus fréquente chez les diabétiques.

Le terme diabète recouvre deux maladies différentes : diabète insulino dépendant (type 1), qui survient le plus souvent avant l'âge de 20 ans et représente 10 à 15 % des diabétiques, le diabète non insulino dépendant (type 2), qui survient le plus souvent après l'âge de 50 ans et représente 85 % à 50 % des diabétiques (Duron.Fet coll, 2006, p. 248).

4. Les types de diabète

Deux grands types de diabète s'opposent, le diabète insulino dépendant (DID) et le diabète non insulino dépendant (DNID). En effet, il s'agit de deux maladies différentes à la fois sur la physiopathologie et la clinique, elles ont en commun le symptôme primitif (l'hyperglycémie) et les complications.

4.1. Le diabète de type I

C'est le diabète insulino dépendant comme son nom l'indique, si l'on est atteint de cette maladie, on devient dépendant d'un apport en insuline car le Corps

n'est plus capable d'en fabriquer. On doit donc s'injecter plusieurs fois par jour une dose précise en insuline pour compenser la carence de l'organisme (Menat.E, 2005, p.13).

C'est la forme la plus courante de diabète chez l'enfant et l'adolescent, il s'agit de la destruction des cellules beta du pancréas par les lymphocytes T (les globules blanches intervenant dans le système immunitaire), les symptômes cliniques du diabète se manifestent lors de la destruction d'environ 90% des cellules beta. Le pancréas étant endommagé n'est plus capable de sécréter suffisamment d'insuline, la production d'insuline étant insuffisante, le glucose du sang augmente, alors que les cellules manquent de glucose pour produire de l'énergie. Normalement les reins réabsorbent et règlent le glucose lors de la filtration du sang par les glomérules et les tubules rénaux, quand la glycémie est trop élevée, les reins ne peuvent plus retenir la totalité du glucose qui commence alors à passer dans l'urine.

Les cellules manquent d'énergie, l'organisme dégrade les réserves de glucose du foie, des muscles et tissus graisseux, les enfants et adolescents atteints du diabète de type I ont donc une perte de poids (Brink.J, 2011, p.22).

4.2. Le diabète de type 2

On l'appelle aussi diabète non insulino dépendant pour le différencier du précédent. Dans ce cas, le pancréas continue à sécréter de l'insuline, mais cette hormone est devenue moins efficace, le malade doit donc faire régime pour réduire sa glycémie, le diabète non insulino dépendant (DNID) est parfois appelé « diabète gras » du fait de son lien étroit avec l'obésité et touche surtout les individus après 50 ans. Si la prise en charge n'est pas suffisante, il peut évoluer vers un diabète insulino dépendant (op.cit, p.14).

4.3. Autres types de diabète

Le diabète se manifeste aussi mais moins fréquemment sous la forme de :

a) **Diabète associé à la malnutrition** : les nourrissons de moins de 6 mois peuvent développer une forme particulière de diabète appelé « diabète néonatal » cette forme est relativement rare et due à des anomalies génétiques, il peut être transitoire ou permanent, la plus part des cas de diabète néonatal sont traités par l'insuline (Brink.J, 2011, p.23).

b) **Le diabète gestationnel** : apparait pendant la grossesse et augmente le risque de macrosomie fœtale, donc accouchement par césarienne, il accroît aussi le risque de malformations ou de mort à la naissance, en outre, la mère et le bébé sont prédisposés à développer un diabète de type 2 plus tard (Ibid. p 24).

c) **Le diabète médicamenteux** : plusieurs médicaments peuvent induire un pré diabète ou un diabète en particulier chez les sujets à risque en inhibant la sécrétion d'insuline ou en bloquant ses effets périphériques (Buyschaert.M et al, 2006, p.37).

5. Les signes cliniques

Le début du diabète est rapide, voir brutal dans 80 % des cas. Il s'agit en général d'un adulte jeune, un enfant ou adolescent, l'interrogatoire permet souvent de retrouver une prédisposition génétique et/ou un facteur déclenchant : stress physique, infection, chirurgie, traumatismeetc. ou psychique : examen, décès Etc. Dans moins de 5% des cas, le diabète insulino dépendant est découvert à l'occasion d'un examen systématique ce qui suggère que la défaillance pancréatique peut être parfois plus progressive. (Perlemuter.G, 2002, p.149).

Chez le diabétique de type I, il peut exister des signes cliniques :

5.2. Signes fonctionnels et généraux : les symptômes sont stéréotypés et le diagnostic ne fait pas de doute lorsque le syndrome cardinal associant polyurie (elle peut mimer une énurésie secondaire), polydipsie (besoin impérieux de boire), polyphagie (du moins aussi longtemps que persiste une petite sécrétion

d'insuline) et amaigrissement est retrouvé. A ces éléments s'associent une asthénie en rapport avec l'amaigrissement (Perlemuter.G, 2002, p. 156).

5.3 Signes physiques : ils sont remarquablement pauvres et le contraste entre l'intensité des signes généraux et fonctionnels et la pauvreté des signes physiques est évocateur du diagnostic de maladie métabolique donc du diabète insulino dépendant. Une hépatomégalie par stéatose et des signes de déshydratation sont parfois retrouvés (Ibid, p. 150).

6. Diagnostic clinique du diabète

La présentation clinique d'un diabète sucré est très variable, son diagnostic doit être évoqué dans cinq situations différentes :

Scénario n°1 : c'est le coup de tonnerre dans le ciel « serein » le patient se plaint de symptômes aigus d'installation brutale, habituellement une polyphagie (émission excessive d'urine), une polydipsie et un amaigrissement, s'y ajoute éventuellement des signes digestifs lorsqu'il y a cétose ou acidocétose. Ce diagnostic sans équivoque est confirmé par la biologie il s'agira pratiquement toujours d'un diabète de type 1.

Scénario n°2 : l'ensemble de ces symptômes, ou certains d'entre eux sont présents sur un mode plus mineurs, et éventuellement plus chronique, il n'y a pas de signes de cétose, le diagnostic de diabète est confronté par la biologie, cette présentation clinique peut être celle d'un diabète de type 1 ou de type 2 ou d'un diabète spécifique.

Scénario n°3 : le sujet est asymptomatique, il consulte à l'occasion d'un bilan de santé systématique ou d'une hyperglycémie (ou d'une glycosurie). Parfois c'est une complication infectieuse qui est le point d'appel : lésion mycosique ou bactérienne génitale (balanite, prurit vulvaire) et / ou cutané (furonculose). Le diagnostic sera le plus souvent celui d'un diabète de type 2.

Scénario n°4 : c'est une complication chronique rétinienne neurologique ou macro-vasculaire qui amène à découvrir un diabète antérieurement méconnu que

la biologie confirmera. Comme dans le scénario n°3 il s'agira pratiquement toujours d'un diabète de type 2.

Scénario n°5 : le sujet est non symptomatique, la glycémie à jeun est « anormale » (> 100 mg/dl) mais inférieure à 126 mg/dl, L'hémoglobine glyquée (HBA) est mesurée entre 5.7 et 6.4 %, le diagnostic sera priori celui d'un pré diabète (IFG ou IGT) (Buysschaert.M et al, 2006 p. 3-4).

7. Les facteurs étiologiques

Le diabète insulino dépendant (DID) est une affection d'étiologie inconnue qui survient le plus souvent dans l'enfance, elle est secondaire à une destruction progressive des cellules beta langheransienne, la destruction des cellules productrices d'insuline est un phénomène auto-immun , si l'on ignore encore la nature exacte de la cible pancréatique de cette perte de tolérance immunitaire , on sait en revanche que les facteurs environnementaux encore mal définis et certains gènes influencent très fortement le développement de la maladie.

7.1. Les facteurs génétiques : leur intervention dans l'étiologie du diabète insulino dépendant est bien établie, mais ni la nature du facteur génétique ni son mécanisme d'action ne sont complètement élucidés. La fréquence de ce type du diabète est globalement plus élevée dans les familles comportant un sujet diabétique que dans les populations générales.

Ainsi le diabète insulino dépendant se développe chez les sujets ayant une prédisposition héréditaire particulière liée à certains groupes HLA en particulier DR3, DR4 et DQ (Bensenouci.A, 2004, p 485).

7.2. Les facteurs environnementaux : en dehors des virus trois types de facteurs d'environnement sont impliqués dans l'étiologie du diabète insulino dépendant (DID) :

- Les agents toxiques : ils sont identifiés comme facteurs majeurs dans le diabète, restent exceptionnels.

- Les facteurs nutritionnels : comme pour la maladie cœliaque le gluten est un agent toxique chez certains enfants alors qu'il ne l'est pas pour les autres, une substance analogue de notre alimentation pourrait avoir chez des sujets prédisposés une toxicité spécifique pour la cellule B.

- Le stress : il est maintenant prouvé que le stress peut provoquer des modifications aiguës et chroniques du système immunitaire de même que les altérations hormonales, ces modifications peuvent placer le sujet stressé en situation de réceptivité pour des lésions inflammatoires (Bensenouci.A, 2004, p 486).

8. Evolution

La surveillance et le traitement adapté du diabète permettent d'assurer son équilibre et d'éviter les problèmes aigus comme l'hypoglycémie, l'acidocétose. Ce suivi régulier prévient et retarde l'apparition des complications et lorsque ces dernières sont présentes, en ralentit l'évolution.

8.1. Début de traitement : chez l'enfant l'insulinothérapie doit débuter le plus tôt possible. Après la mise sous insuline survient très fréquemment une rémission ou « lune de miel » qui correspond à une légère reprise de la fonction insuline-sécrétrice, la rémission est ici souvent moins totale et moins durable que chez l'adulte et peu influencée par la pratique initiale d'une insulinothérapie intensive.

8.2. Les incidents : le diagnostic du diabète peut être émaillé d'incidente aigue :

8.2.1. Les hypoglycémies : font partie du quotidien du patient atteint du diabète de type 1 et peuvent être dépistées par la surveillance quotidienne. Elles sont le plus souvent légères mais peuvent aller jusqu'au coma (Brink.J, 2011, p.24).

8.2.2. L'acidocétose : la survenue d'une décompensation acidocétosique s'observe lors de la phase initiale de révélation du diabète, d'une désadaptation flagrante du traitement insulinique ou de son intempestif (Armengaud.D, 2003, p.111).

9. Les complications

Un taux élevé de sucre dans le sang pendant plusieurs années entraîne une atteinte progressive des artères, des petits vaisseaux et des nerfs de tout l'organisme.

9.1. La macro angiopathie diabétique, cela touche les grosses artères, celle du cœur; qui peut se manifester au début par une angine de poitrine et puis brutalement par l'infarctus du myocarde ou un syndrome coronaire aiguë pouvant être mortel, et les artères du cerveau qui entraînent des accidents vasculaires cérébraux, ainsi que l'artérite des membres inférieurs pouvant entraîner une amputation (Grimaldi.A, 2000, p.31).

9.2. La micro angiopathie diabétique, cela touche les petites artères, celle du système oculaire qui est une atteinte des petites artères qu'irrigue la rétine pouvant conduire à la cécité, et celle du système rénal dont l'atteinte rénale touche 20 % à 30 % des diabétiques peut conduire à l'insuffisance rénale chronique puis à la dialyse.

9.3. La neuropathie diabétique, cela touche les nerfs, qui se manifestent par une diminution de la sensibilité ou des douleurs en particulier dans les jambes, et le fait que la sensibilité diminue fortement, entraîne des risques d'ulcération, l'atteinte de la circulation rend la cicatrisation des plaies difficile (Ibid. p.40).

10. La prise en charge

Le diabète de type I reste le plus fréquent, la prise en charge de cette maladie chronique suppose une cohérence et articulation entre les divers intervenants (médecins, diététiciens..... etc.) non seulement pour soustraire à l'enfant aux complications dégénératives ou aiguës mais aussi pour que ce dernier ait le meilleur développement sur le plan physique que psychoaffectif, la réussite de cette entreprise repose sur la triptyque classique : insulinothérapie

autocontrôlée, diététique bien comprise et activité physique régulière, donc l'importance d'une démarche éducative qui doit être continue et évaluée.

10.1. L'insulinothérapie : l'insuline se donne essentiellement par voie sous cutanée, les voies intraveineuses et intramusculaires, il existe plusieurs formes d'insulines disponibles, on peut distinguer selon leurs origines et leurs durées d'action (rapide, analogue ou lente).

L'insulinothérapie chez l'enfant s'injecte par voie sous cutanée en piquant la peau où il existe de la graisse, elle comprend plusieurs schémas thérapeutiques : Deux injections par jour, multi injections, pompe portable (kremp.L, 2007, p.591).

10.2. La diététique du diabète insulino dépendant de l'enfant : longtemps sujette à de nombreuses controverses entre tendances ; les unes préconisant un régime très restrictif, les autres au contraire un régime large sous couvert d'une insulinothérapie adaptée (Bensenouci.A, 2004, p.494).

L'alimentation d'un enfant diabétique doit être la plus physiologique possible , les besoins nutritionnels sont les mêmes que ceux d'un enfant non diabétique de même âge et de même poids , mais pour éviter les variations glycémiques liées à l'alimentation celle-ci doit être adaptée à la répartition de l'insuline, ce qui conduit à donner des conseils spécifiques au diabétique : répartition des glucides dans la journée , régulation des horaires mais assouplis avec les analogues lentes, régularité des quantités d'un jour à l'autre.(Nicole.S, 2008, p.11).

10.3. L'activité physique : Comme l'alimentation, le sport ou la simple activité physique permet de prévenir l'apparition du diabète et joue un rôle essentiel dans le traitement. Bouger, faire de l'exercice physique (une simple dépense physique régulière contribue à l'équilibre glycémique) (op.cit, p.494).

II. Le diabète du point de vue psychologique

La gestion d'une maladie chronique peut s'avérer difficile d'où l'importance de développer des stratégies de prise en charge efficaces pour garantir santé et équilibre. Le diabète de type I est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes chez l'enfant qui nécessite l'administration fréquente d'insuline, l'activité physique, rendez-vous réguliers ... etc, ces tâches exigeantes peuvent s'avérer perturbantes et stressantes et font que l'enfant atteint de diabète et sa famille soumis à une série de stress. Les enfants atteints de diabète enregistrent des taux de dépression et des problèmes émotionnels, ce qui cause des difficultés à contrôler le diabète.

1. Le rôle des troubles psychiques dans la survenue du diabète

Le diabète insulino-dépendant est l'une des maladies chroniques les plus fréquentes touchant 50 % des personnes âgées de moins de 21 ans, si les facteurs étiologiques de la maladie sont multiples; héréditaires, auto-immuns, infections, la part des facteurs psychologiques ne sauraient être négligée.

1.1. Le rôle du stress dans la survenue du diabète insulino-dépendant

Le stress peut potentiellement participer au développement d'une hyperglycémie ; mise en jeu du système sympathique, activation de la fonction corticotrope, sécrétion d'hormone de croissance avec augmentation de la production hépatique de glucose et diminution de sa clairance périphérique, libération d'endorphine inhibant la sécrétion d'insuline (Friedman.S, 1999, p.2).

La responsabilité des émotions dans la survenue du diabète avait déjà été évoquée dès 1684 par **T.Willis**, des événements de vie qualifiés de « stressants » (décès, chômage chez l'adulte, famille dysfonctionnelle chez l'enfant ...), sont rapportés en plus grand nombre dans les trois années précédentes surtout au cours des deux premières années de vie de l'enfant.

1.2. Le diabète insulino-dépendant et trouble de l'humeur

T. Willis indiquait comme étiologie possible de la maladie « une tristesse prolongée » à l'opposé d'**A. Pik**, le diabète pouvait favoriser une symptomatologie dépressive. En effet, le diabète de type I se présente comme un facteur de risque de troubles de l'humeur avec une prévalence au cours de la vie d'un épisode dépressif majeur (EDM), cette impression est confirmée par une étude prospective sur des jeunes diabétiques initialement âgés de 8 à 13 ans qui retrouve une fréquence de 27 % d'EDM au cours d'une période de 10 ans, s'il s'agit d'un enfant aux antécédents dépressifs, l'évolution longitudinale des troubles de l'humeur chez le diabétique par rapport à des non diabétiques est marquée par une fréquence plus élevée de récurrence.

1.3. Diabète insulino-dépendant et troubles anxieux

Les troubles anxieux sont fréquents chez les sujets diabétiques, parfois difficiles à reconnaître, les glycémies capillaires, les dimensions émotionnelles, comportementales ou somatiques permettant alors souvent de « trancher » entre hyperglycémie et anxiété.

La plupart des études retrouvent une association entre l'anxiété mesurée par questionnaire et le déséquilibre métabolique, il semble en effet logique que des phobies simples comme la peur du sang via un moindre contrôle par glycémie capillaire perturbent l'équilibre glycémique (Friedman.S, 1999, p.2).

On peut aussi expliquer la place importante de la phobie sociale et son retentissement sur la glycémie par trois hypothèses ; soit comme le souligne **J. Gordon** par l'anxiété de performance de certains diabétiques qui sont à la recherche de l'équilibre glycémique « parfait », changent trop souvent leurs doses d'insuline, soit par l'anticipation anxieuse de l'hypoglycémie exposant de façon spectaculaire au regard d'autrui, soit enfin par un lien neurobiologique directe de

l'hyperactivité adrénergique à potentialité hyperglycémiant sous-tendant pour certains auteurs cette pathologie anxieuse.

1.4. Le diabète insulino-dépendant et troubles des conduites alimentaires

Pour expliquer l'association entre troubles des conduites alimentaire et diabète insulino dépendant (DID), on peut évoquer le centrage, du fait de la maladie, des intérêts du patient sur son corps et l'alimentation, jouent aussi un rôle ; le gain pondéral sous-tendu par l'insulinothérapie poussant la patiente insatisfaite de son poids et influencée par l'idéal de minceur véhiculée par les médias, à diminuer ses doses d'insuline; la baisse de l'estime de soi et enfin l'hypoglycémie que ce soit par son effet direct chez des patientes prédisposées à des crises de frénésies alimentaires ou par l'anticipation anxieuse, accrue par la pression psychologique de l'entourage, qui conduit la patiente diabétique à un grignotage permanent ou à une manipulation des doses d'insuline (Friedman.S, 1999, p.3).

L'étude des troubles psychologiques dans le diabète insulino-dépendant s'intègre naturellement dans une perspective moderne de psychologie de la santé, ainsi on peut affirmer que le stress et les événements de vie dits négatifs ont un rôle dans la survenue de la maladie.

2. Les réactions psychologiques face à la maladie

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

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

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

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

2.1. Les réactions parentales

Provoquées par la maladie telle que le diabète, les réactions parentales semblent diverses et dépendent de nombreux facteurs (personnalité parentale, mode relationnel parents-enfant, histoire familiale quant à la maladie).

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

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

2.2. Les réactions de l'enfant

Les enfants diabétiques réagissent à leur maladie par une instabilité de l'humeur, ils manifestent généralement un grand besoin de protection qui se mue parfois en dépendance marquée à l'égard des parents et en manque de confiance en soi. **R.Bléger** (1963) montre combien la vie quotidienne des enfants diabétiques est conditionnée par la nécessité du traitement et par la peur de l'imprévu. L'avenir est obscure, il craint toujours les complications possibles dans son désir d'être considéré comme « normal », il tente parfois de cacher sa maladie aux autres et adopte des comportements de rébellion qui ne reflètent pas seulement le besoin de se rendre indépendant des parents, mais aussi le désir de s'émanciper de la maladie (Giovamini.D, 1988 p.151).

2.2.1. Le bébé et le jeune enfant

Ils ressentent la maladie de façon très diffuse comme un mal être global et ne la comprennent pas encore de façon rationnelle, l'alimentation, le sommeil, le développement moteur et le bien être psychique sont perturbés ou freinés, éventuellement la maladie s'accompagne même d'un ralentissement du développement général ou une régression.

Ce diabète qui survient brusquement est vécu au cœur de la relation parents-enfant et souvent particulièrement dans l'interaction mère-enfant. Souvent la maman ressentira même la maladie comme sienne, le jeune enfant fait l'expérience d'un sentiment d'inconfort de sensation parfois douloureuse et utilise les pleurs et les plaintes comme moyens de communication. Il fait l'expérience que ses parents attentifs le soulagent, le rassurent, le console et apprécie d'être gâté. Mais il capte aussi les indices d'angoisse, de tristesse d'énervements de ceux qui l'entourent (Ernould.CH, 2001, p.205).

2.2.2 L'enfant de 2 ans à 4 ans

L'enfant prend conscience de lui-même, à cet âge ses premières réflexions partent de lui, tout compte fut de façon très égocentrique, il devient une petite personne différente des parents, tente de s'affirmer dans divers domaines, c'est souvent la phase du « non », l'enfant s'oppose proteste n'accepte pas n'importe quelle règle, il est capable d'exprimer ses sentiments. Ces manifestations personnelles témoignent de la richesse de l'enfant, les règles le protègent et vont lui permettre de progresser, mais le diabète amène des règles et des interdits supplémentaires (Ernould.CH, 2001, p.205).

2.1.3 L'enfant de 5 ans

L'enfant devient capable de raisonner, il acquit une maturité logique, il cherche les causes des événements et il les attribut à l'extérieur de lui-même, souvent à d'autres enfants ou a des proches (contagion), mais bien souvent il croit encore aux forces magiques et il y ajoute ses explications imaginaires, les sentiments prennent plus place, souvent il ressent aussi une culpabilité, ce qui découle des sentiments de toute puissance de la petite enfance « ma maladie est une punition parce que j'ai fait des bêtises parce que je ne suis pas sage » (ibid., p.206).

2.1.4 L'enfant de 6 ans

L'enfant développe des peurs autour de l'intégrité de son corps, c'est parce qu'il prend conscience de ce corps comme quelque chose qui est à lui différent des autres qu'il le protège et ne veut pas qu'il soit agressé. La maladie et les fréquentes atteintes peuvent renforcer ses peurs.

L'enfant de cet âge est aussi en pleine découverte de connaissances diverses, il commence à penser de façon de plus en plus « scientifique », il pose des questions à propos des causes, de l'évolution du devenir, de toute chose et de lui-

même. À cette période de l'école primaire, le processus d'autonomisation vis-à-vis des parents se poursuit et le diabète signifie parfois un obstacle dans ce processus de détachement. Le petit diabétique constate de plus en plus la différence avec d'autres enfants, cela peut provoquer chez l'enfant des sentiments de gêne, parfois de honte, d'infériorité les autres enfants peuvent à certains moments lui dire des paroles blessantes même sans le vouloir (Ernould.CH, 2001 p.207).

2.3. Les réactions de la fratrie

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

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

Finalement, on comprend que la maladie de l'enfant provoque un vécu propre de ses parents qui renvoi à leurs histoires familiales transgénérationnelles liées ou non à la maladie, ce vécu parental agit sur le comportement des parents avec l'enfant et modèle par contre coup les réactions de ce dernier.

Dans certains cas, une aide médicamenteuse (anxiolytique, antidépresseur) peut être proposée soit à l'enfant ou à l'un ou l'autre des parents, ce qui ne dispense pas d'une évaluation psychologique.

3. Les conduites à tenir

lorsque le diabète survient l'enfant et sa famille, se trouve devant une tâche primordiale: comprendre le mieux possible ce qui lui arrive or ce n'est pas facile parce que le mécanisme du diabète est fort complexe et qu'il touche un organe qui est le pancréas dont on apprend connaissance; de plus en plus les sensations qu'il provoque sont plutôt diffuse et ce n'est pas une douleur précise qui permet d'en prendre conscience, l'information va donc être une priorité de ce qu'est la maladie du diabète et que cet apprentissage dépend de l'âge de l'enfant bien sur mais aussi de sa capacité de comprendre et sa maturité.

L'autonomisation est aussi le but ultime de toute éducation au diabète pour l'enfant qu'en est atteint, c'est un projet à long terme, c'est un cheminement qui ne doit être dans ce domaine et devrait viser à rendre l'enfant suffisamment compétent et indépendant pour qu'il puisse se sentir capable de vivre une vie aussi normale que possible (Ernould.CH, 2001, p.210).

Ceci nécessite d'adopter un ensemble de conduites suivant l'âge de l'enfant :

3.1. Le bébé et le petit enfant

Les comportements et les réactions des adultes jouent un rôle essentiel dans la façon dont le petit enfant se situera plus tard vis à vis de sa maladie. Certaines attitudes peuvent l'aider, tel que la présence sécurisante ; il est essentiel de rassurer et d'entourer le petit enfant qui doit affronter une situation qu'il ne connaît pas qu'il incommoder car ceci lui évitera une part de souffrance.

La parole aussi est un moyen puissant de réassurance ; dire à l'enfant des éléments de vérité a propos de ce qu'il lui arrive, lui dire les sentiments que les parents éprouvent.

Le jeune enfant ne peut pas comprendre tout le mécanisme du diabète, mais il peut bien entendre ceci et saisir les implications concrètes que la maladie présente pour lui-même et ses proches si on lui parle avec des mots à sa portée.

L'alimentation est aussi une raison d'inquiétude fréquente, le jeune enfant peut refuser ce qu'on lui propose de manger, il y a lieu dans ces cas de chercher des compromis, de trouver avec le médecin ou le personnel infirmier comment gérer l'équilibre glycémique.

3.2. La période de 2 ans a 4 ans

Il est important de maitre en place quel que règles essentielle, auquel les parents se tiendrons le plus paisiblement possible. A côté d'une attitude constante et calmement ferme vis-à-vis des comportements de l'enfant aussi quand il s'agit du diabète, il y a surtout lieu de l'encourager, de le renforcer positivement et de donner le moins attention possible à ses agissements négatifs.

3.3. L'enfant d'âge scolaire

Il est important chez les jeunes enfants écolier son estime de lui-même, l'aider à vivre avec d'autre enfants, a gérer au mieux les réactions des petit compagnons a propos de son diabète, même les vexassions ou les moqueries. Les enseignants peuvent aussi jouer dans ce contexte un rôle capital, et une information pour les camarades de classe parait très utile et souvent l'enfant lui-même saisit l'occasion d'une élocution (Ernould.CH, 2001, p.205-210).

Résumé

Le diabète est une maladie grave et coûteuse qui devient de plus en plus fréquente chez l'enfant, ayant des conséquences sur le déroulement de sa vie quotidienne et qui demande un suivi et un accompagnement tout au long de l'existence.

Une gestion efficace du diabète limite non seulement les complications, mais s'associe également à une meilleure qualité de vie pour les enfants atteints du diabète ainsi que leurs parents.

Des progrès techniques considérables ont été obtenus par un meilleur contrôle du diabète insulino-dépendant, mais la question essentielle pour l'enfant diabétique est : comment vivre avec cette maladie chronique en se donnant toutes les chances d'épanouissement. En effet, un effort constant d'adaptation à sa maladie reste toujours à fournir par l'enfant et les parents.

Chapitre II

Le développement socio- affectif de l'enfant

Préambule

Ce chapitre constitue la deuxième partie de notre travail de recherche, où nous exposerons ce qu'est la socialisation et les agents qui permettent la socialisation de l'enfant, ainsi que les difficultés d'ordre socio-affectif.

1. Définition de la socialisation

Selon le grand dictionnaire de la psychologie la socialisation est : « le processus par lequel les personnes acquièrent en relation avec d'autres personnes, les connaissances, les compétences, les normes et les valeurs avec lesquelles elles agiront comme membre d'une société donnée » (Bloch.H et all, 1992, p.729).

La socialisation est un processus qui se développe à travers un double mouvement caractérisé par les relations qu'entretient l'individu avec les groupes dont il fait partie d'une part, et avec l'ensemble des individus qu'il connaît personnellement et qu'il oriente sa sociabilité d'autre part (Gosling.P, 1996, p.46).

De trois à six ans, le cercle social de l'enfant s'élargit, Celui-ci fréquente la crèche puis l'école et il rencontre d'autres enfants et adultes, ce qui lui donne l'occasion de faire de nouveaux apprentissages comme celui de l'amitié. La période préscolaire et scolaire constitue un moment privilégié pour le développement des compétences sociales de l'enfant, les apprentissages et l'initiation à la vie de groupe peuvent s'avérer important du moment où ils permettent la socialisation de ce dernier (Papalia.D.E et al, 2010, p.182).

Par La socialisation, les enfants développent les habitudes, les habilités, les valeurs et les motivations qui leurs permettent de devenir des membres responsables d'une société. La socialisation se base sur l'intériorisation des règles de la société, l'obéissance aux attentes des parents représente la première étape de l'intériorisation de normes extérieures puisque les parents sont les premiers agents de socialisation de l'enfant, une sorte de courroie de transmission entre lui et la société (Papalia.D.E et al, 2010, p.127).

Selon les auteurs, il existe deux types de socialisation, la socialisation primaire qui se déroule pendant l'enfance et permet aux individus d'intégrer le model culturel de la société dans laquelle ils sont nés, la famille joue un rôle fondamentale dans la socialisation primaire puisqu'elle est le premier groupe que l'enfant côtoie. Toutefois l'école ou les médias peuvent également contribuer à socialiser l'enfant, et la socialisation secondaire qui intervient un peu plus tard à la fin de l'enfance, l'enfant côtoie alors un plus grand nombre de groupe susceptible de le socialiser (groupes d'amis, club du sport, entreprise ...etc), ces différentes fréquentations contribuent elles aussi à l'intégration des valeurs et croyances de la société, éventuellement en modulant les acquis de la socialisation primaire (Baggio.S, 2006, p.138).

2. les agents de socialisation

Les agents de socialisation sont ceux qui assurent la socialisation d'un être social « neuf », ils portent donc la responsabilité de l'apprentissage et de l'intériorisation des normes sociales fondamentales. Parmi ces instances de socialisation, on trouve :

2.1. La famille

la socialisation dans l'enfance consiste d'abord à apprendre des gestes (propreté, nourriture), des manières de se composer en société (saluer, remercier), le langage (parler puis écrit) , cela se fait aussi bien par imitation (l'enfant reproduit ce qu'il voit ou entend), mais aussi par la contrainte (ce qui est permis, ce qui ne l'est pas), ainsi va se faire l'apprentissage des normes et des valeurs dominantes dans la société où vit l'enfant, dans ce cadre, la famille est le principal agent socialisateur.

La famille représente le premier espace social dans lequel chaque individu fait l'expérience de sa subjectivité, elle est pour l'enfant la base, le cœur, le fondement de tous les autres liens sociaux à établir et à construire, elle constitue un terrain privilégié pour l'étude des relations sociales du jeune enfant (Zaouche-Gaudron.CH, 2002, p.22).

C'est une institution fondamentale du processus de socialisation des enfants car elle intervient en premier et car la socialisation se fait dans une dimension affective, elle transmet des normes et des valeurs ; l'enfant dès son plus jeune âge apprend et intériorise les règles de vie élémentaire, le langage, les rôles masculins et féminins.

L'institution familiale joue un rôle particulièrement important, elle conduit l'enfant à adopter un certain mode de vie qui le guidera dans ses conduites, ses jugements, ses valeurs... etc. Elle contribue à déterminer ce qu'il sera. Selon **G.Piaton** « la famille a une fonction d'imprégnation culturelle, elle permet l'apprentissage des usages et coutumes, des valeurs et normes en vigueur dans la société et pour une classe sociale particulière » (Baggio.S, 2006, p.138).

Cependant, l'enfant va nouer des relations particulières et singulières au sein de sa famille, avec ses deux parents et aussi avec ses frères et sœurs, La qualité des relations qui se tissent dans les premières années de la vie apparaît comme fondamentale pour le développement social ultérieur de l'enfant.

2.1.1. Les parents

Les parents sont parmi les nombreux agents de socialisation que les enfants rencontrent au cours de leur vie, ils occupent une place privilégiée puisqu'ils sont les premiers. Bien que l'importance relative de leurs rôles par rapport aux autres agents de socialisation varie en fonction des différentes étapes développementales, leurs influences se font sentir tout au long du développement de l'enfant.

Au delà de la transmission de leurs héritages génétiques, les parents influencent sur le développement de l'enfant de multiples façons, par le choix et l'organisation du milieu de vie ou par le choix des activités auxquelles l'enfant participe, les parents agissent sur ses expériences cognitives, sociales et affectives. (Vitaro.F, Gagnon.C, 2000, p.144).

S.Freud et ses disciples ont mis en évidence l'importance primordiale pour toute l'évolution sociale des premiers rapports entre l'enfant et ses parents; les rapports sur le plan conscient avec les parents réels aussi bien que les rapports au niveau inconscient avec l'imgo parentale soit ces images des parents que l'enfant intériorise peu à peu. Ce sont ces premières relations qui donneront leurs tonalités émotionnelles aux attitudes sociales ultérieures et qui modèlerons pour une bonne part des conduites de l'enfant, de l'adolescent et finalement de l'adulte à l'égard de son milieu et de la société (Reymond-Rivier.B, 1997, p.7).

J.E.Parsons insistera sur l'attention que les parents doivent accorder à l'attachement affectif de leurs enfants, ceci à fin de mieux les préparer à la

découverte de leurs propres qualités performatrices dans la société, en effet l'amour des parents est primordial, il conditionne la réussite de l'enfant à l'école ainsi que son intégration dans un groupe de pairs . Par la suite l'enfant sera amené à développer les motivations nécessaires à sa réussite personnelle.

Les relations que les enfants ont avec leurs parents jouent donc un rôle déterminant dans le développement de leur sociabilité, puisque la qualité du lien d'attachement parent- enfant constitue la base de tous les apprentissages. Ce lien se fonde sur la qualité des soins donnés au bébé et sur la quantité des moments agréables vécus ensemble (Carignan.P, 1994, p.10).

1) La mère

Il est important de mettre en relief la relation qui lie l'enfant à sa mère, on note que les enfants qui bénéficient de contacts affectueux et fréquents (caresses, jeux de corps, portages, bercements) se développent mieux sur le plan postural et affectif que les enfants privés de ce style de relation.

Les différentes théories du développement infantile conviennent que la relation mère-enfant est la pierre angulaire dans l'édification de la personnalité du nourrisson et du très jeune enfant, parce que cette relation module et imprègne toutes les relations futures.

Ainsi, le nourrisson n'a pas seulement besoin d'être nourri, changé et lavé, mais il a surtout besoin de la tendresse et de la chaleur humaine qui entoure tous ces rites, et qui sont fournis par la mère de l'enfant ou par la personne qui lui tient lieu.

C'est l'implication affective de la mère dans l'échange relationnel en tant que premier objet d'amour, qui va amener le nourrisson à se lier d'affection et à s'attacher à elle (Boukerou.A, 2010, p.2).

L'intérêt porté au lien entre l'enfant et ses parents, et plus particulièrement au lien entre l'enfant et sa mère a été partagé par plusieurs chercheurs en

psychologie infantile dont **S.Freud**, **D. W. Winnicott**, **R. Spitz**, **J.Bowlby**, **M. Ainsworth**, et cela malgré des théorisations différentes.

S.Freud affirmait que la conduite future d'un enfant bonne ou mauvaise, dépend exclusivement de sa mère (Papalia.D.E et al, 2010, p.127).

Considérée comme le premier objet d'amour de l'enfant, la fonction alimentaire dispensée par celle-ci apaise le besoin pulsionnel d'être nourri et offre une satisfaction libidinale, l'enfant éprouve le plaisir de la tétée et le sein devient alors l'objet original du désir du nourrisson. Cependant si la tétée apaise la faim et procure du plaisir, les liens d'amour qui se nouent entre la mère et l'enfant n'apparaissent que comme un effet secondaire (Marty .F, 2002, p.262).

D.W.Winnicott s'intéresse notamment à l'évolution psychologique des premières années de l'enfant particulièrement au passage de la dépendance à l'autonomie. Deux fonctions vont s'avérer motrices dans ce processus : les tendances innées à l'intégration et à la croissance, ainsi que le rôle de ce qu'il nomme « une mère suffisamment bonne » qui va jouer un rôle de « moi auxiliaire » grâce à l'identification à son enfant et à ses besoins. La réponse de la mère aux besoins de l'enfant crée chez lui un sentiment d'omnipotence, d'illusion, qui lui permet de croire que c'est lui-même qui crée le sein maternel satisfaisant. Ce passage s'avère nécessaire dans la constitution du sentiment d'être de l'enfant.

Egalement, **D.W.Winnicott** s'attache à l'importance du holding (du « porté ») et du Handling (du « traiter, manipuler, soigner ») pour que l'enfant se sent sécurisé par la mère. Enfin, il instaure la notion « d'espace transitionnel » et « d'objet transitionnel » ; un espace de jeu où un objet matériel va avoir une réalité objective pour l'enfant et qui va

lui permettre de faire la transition entre la relation première orale à la mère autant qu'objet bien différencié de soi ; c'est un objet intermédiaire entre le moi et le non moi et cet objet a pour fonction première de sécuriser l'enfant et tient le rôle symbolique du lien qui unit l'enfant à sa mère (Bioy.A, 2002, p.194-195).

Pour **R.Spitz**, la relation mère enfant au cours de la première année occupe une place absolument unique, selon lui, la mère est avant tout la représentante de l'environnement pour l'enfant ; elle tient lieu de « moi externe » et se sont les « attitudes maternelles » qui tiennent lieu dans un premier temps de réalité de l'enfant. Le nourrisson est dans un état d'indifférenciation, puis le moi va se différencier de façon autonome, c'est à dire de façon non déterminée par l'inconscient. Dans cette théorie, la dyade mère- enfant est le pôle organisateur du moi de l'enfant (ibid, p.193).

J.Bowlby s'est aussi intéressé à la construction des premiers liens affectifs entre la mère et l'enfant, il considère que l'attachement du bébé à sa mère et de la mère au bébé constitue un lien affectif stable qui tend à s'intérioriser et à servir de model comportemental dans les relations sociales de l'enfant. Il résulte ainsi d'un certain nombre de systèmes de comportements caractéristiques de l'espèce, ces systèmes s'organisent autour de la mère originellement. Cinq comportements innés permettent à l'enfant d'entretenir la proximité à la mère : le sourire, le contact visuel et le suivi par le regard, les pleurs et les cris, l'étreinte dans les bras, la succion qui entretient le contact physique tout en donnant la nourriture. Ces comportements prédisposent le bébé à instaurer un lien avec l'autre en activant directement ses capacités à répondre socialement (Lehalle.H, Mellier.D, 2005, p.50).

La construction du lien d'attachement selon ce même auteur se réalise en plusieurs étapes ; dès le début de sa vie le bébé montre un intérêt pour les sources sociales de stimulation, et il utilise au maximum toute ses compétences sensorielles pour entrer en relation avec les autres, puis il devient plus sélectif dans ses réactions vis-à-vis des différentes personnes, et se montre de plus en plus actif dans la recherche de proximité. Dans le second semestre de la vie, on considère que les bébés ont déterminé leurs objets d'attachement par le fait qu'ils réagissent de façon négative au départ de leurs mères et l'accueillent de façon positive à son retour (Tourette.D, Guidetti.M, 2008, p.106).

M.Ainsworth a étudié la qualité des liens précoces d'attachement à la fin de la première année de l'enfant s'inspirant **de J.Bowlby**, elle développe la notion de « La situation étrange », qui se fonde sur le constat d'une anxiété vis-à-vis des personnes non familières dans la seconde moitié de la première année, elle alterne la présence et l'absence de la mère et d'une personne non familière. Trois groupes de réactions sont décrits : le type A « insécurisé évitant », qui ne paraît pas réagir au départ de la mère tout en l'évitant à son retour (Déret.D, Danis.A, 1998, p.60).

Le type B « attachement sécurisé », des enfants réagissent négativement au départ de la mère et de façon positive à son retour, et aussi capable d'exploration et d'interaction à distance avec la personne étrangère, ce type d'attachement mère-enfant est élaborée au cours des premiers mois de la vie, elle démontre ainsi la place fondamentale des modalités d'attachement mère-enfant pour le développement ultérieur et les relations au monde, cette sécurité et cette autonomie, ce sentiment que l'enfant développe progressivement de ses propre compétences et de sa valeur, proviendrait de l'attachement sécuritaire qu'il réalise auprès de sa mère dès les premiers échanges.

Enfin le type C, des bébés affectés par la séparation mais à la fois coléreux et cherchant le contact au retour de la mère (Mareau.CH, Vanchdreyfu.A, 2004, p.62).

La qualité d'attachement permet également de prédire le comportement de l'enfant pendant les années préscolaires et scolaires, les enfants qui ont connu un attachement sécurisant présentent peu de problèmes de comportements durant cette période, par contre les enfants qui ont connu un attachement insécurisant manifestent un plus grand nombre de comportements colériques et agressifs envers leurs pairs et les adultes en situation d'interaction sociale (Hellen.B, Boy.D, 2003, p.202).

La relation mère-enfant joue un rôle déterminant dans le développement social de l'enfant puisque la qualité du lien d'attachement constitue la base de tous les apprentissages, donc la place de la mère apparaît indispensable pour l'enfant sans pour autant limiter l'importance d'autres intervenants comme le père.

2) Le père

Même si la mère demeure un personnage central dans l'histoire du développement de son enfant, nous savons qu'elle n'est pas la seule personne importante dans la vie de celui-ci. Il y'a lieu de reconnaître tout aussi bien l'importance de la place du père, le rôle considérable qu'il peut jouer dans une famille, et surtout auprès de son propre enfant. Sa place est tout autant primordiale pour assurer la personnalité du jeune.

Actuellement, un intérêt croissant est accordé à l'influence précoce de l'engagement du père sur le développement du jeune enfant, et à l'importance de la fonction de celui-ci dès la petite enfance, fonction simultanée, différenciée et complémentaire de celle de la mère.

Depuis les années 1970, la présence plus grande des femmes sur le marché du travail et le désir des pères de s'investir davantage dans la vie de leurs enfants ont contribué à un plus grand engagement de ceux-ci dans les jeux et les soins prodigués aux enfants. Les recherches sur l'engagement parental confirme d'ailleurs qu'une présence positive et stable du père dans la vie de l'enfant a des effets positifs sur son bien être et sur son développement physique, cognitif et social (Papalia.D.E, 2010, p.128).

J.Bowlby et **M.Main** ont admis la notion d'une hiérarchie des attachements, l'attachement au père étant considéré comme un attachement secondaire, il peut aussi bien que la mère jouer un rôle de sécurisation, le père en tant qu'agent de socialisation fournit à l'enfant des stimulations sociales distinctes de celle de la mère (Assailly.J.P, 2007, p.65).

Si la mère prodigue, dispense et enseigne l'amour, le père joue en effet un rôle aussi indispensable dans sa fonction psychologique auprès de l'enfant, parce qu'il représente la Loi, et parce qu'il détient l'autorité, son rôle complète celui de la mère et équilibre l'affectivité de l'enfant.

Le père, de par sa fonction même, a un rôle dé-fusionnel envers l'enfant ; sa présence précoce induit une facilité à provoquer le détachement de l'enfant par rapport à sa mère, et se faisant l'aide dans sa conquête d'autonomie et son ouverture au monde extérieur et à l'autre.

L'intensité de l'investissement du père, le degré de son engagement a donc vraisemblablement une influence sur le comportement social du jeune enfant (ouverture au père) et sur son comportement affectif (dé-fusion), notons aussi que les modalités qualitatives de l'investissement paternel (fonction clairement différenciée de celle de la mère ou au contraire fonction de maternage)

influent sur les comportements infantiles (Preteur .Y De léonardis .M, 1995, p.81).

Au-delà de la figure d'autorité traditionnelle, il exerce une influence positive sur l'ensemble de la personnalité de l'enfant, et ceci dès son plus jeune âge, le père incarne et transmet à l'enfant les règles qui lui permettront d'acquérir force de caractère, pouvoir de contrôle, sens moral et désir d'affirmation positive de soi. La figure traditionnelle du père se situe donc du côté de l'autorité et il joue un rôle dans la socialisation.

A ce sujet, **J.L. Camus**, psychologue spécialiste dans le développement de l'enfant dit : « en tant que représentant de la loi et incarnation du lien social, le père aide l'enfant à s'ouvrir au monde des autres, à acquérir le pouvoir de contrôle et le désir d'affirmation positive de soi ».

C.Zaouche-Gaudron a montré en 1995 que des bébés de 9 mois qui appartenaient à des couples où le père avait été identifié lors d'entretiens comme « impliqués » et psychologiquement « différenciés de la mère » se montraient plus en sécurité, moins paniqués lorsque le père quittait la salle de jeu, que des bébés qui appartenaient à des couples où le père avait été identifié comme « moins différencié » (Véquaud.A, 2007, p.2).

Donc, les pères possèdent tout comme les mères les compétences nécessaires pour élever un enfant, ils peuvent avoir un rôle plus précis dans l'éducation de l'enfant, il est le garant dans l'ordre dans la famille par son autorité

2.1.2. La fratrie

Les relations avec la fratrie jouent un rôle unique dans la socialisation, différent de celui des parents ou des pairs. Elles sont importante du fait de leur pérennité de leur caractère intime et émotionnellement intense, le temps passé ensemble pour les enfants d'une même famille, la diversité des situations rencontrées (jeux, tâches domestiques du quotidien, loisirs, vacances... etc.) contribuent à la socialisation, la fratrie permet à l'enfant de construire des compétences à communiquer avec des pairs plus jeunes ou plus âgés que lui, à argumenter et à coopérer (Papalia.D.E et al 2010, p.128).

Les rivalités sont supposées constituer un facteur de construction de la personnalité, les études plus récentes indiquent que les rivalités et l'existence de conflits ne s'opposent pas à l'entente. Il s'agit plutôt de deux formes d'interactions qui coexistent dans la même relation. Plusieurs études réalisées auprès d'enfants de maternelle (4 à 6 ans) montrent par ailleurs que les conduites pro sociales sont plus importantes chez les enfants fréquemment en conflits dans la fratrie que chez ceux qui ne connaissent pas ce genre d'expérience. Selon **H.Wallon** la position de l'enfant dans la constellation familiale ou plus exactement, les sentiments inhérents à celle-ci, jouent un rôle très important, ils sont susceptibles de générer les attitudes durables de satisfaction ou d'insatisfaction et d'influencer les rapports futurs avec l'entourage (Mallet.P et all, 2003, p.91-92).

Les conflits qui existent entre frères et sœurs peuvent aussi être un moyen de comprendre les relations sociales, ils aident en effet les enfants à reconnaître les besoins, les désirs, et les points de vue de l'autre. Ils permettent ainsi à l'enfant d'apprendre à tolérer la présence de désaccord et favorise la recherche de compromis dans un contexte stable et sécurisant (op.cit, p.128).

2.2. L'école

Dans l'école, la socialisation pourrait se définir comme la transmission et l'apprentissage de l'ordre public au niveau de l'ordre individuel, il s'agit donc d'un processus effectué par un agent d'autorité sur un individu, processus par lequel se construisent les visions du monde. **R.Sirota** ajoute d'ailleurs que « prendre la classe comme incarnation du processus de scolarisation, c'est la considérer à la fois comme organisation sociale, d'où l'étude des processus interactionnels, et comme lieu privilégié de transmission du savoir » (Shiose.Y, 1995, p.24).

Il paraît évident que l'établissement scolaire jouera un rôle essentiel dans la socialisation de l'enfant. Au-delà du savoir scolaire, l'école est productrice d'un lien social, est régulatrice d'un certain nombre d'échanges. Par son importance et la place qu'elle occupe actuellement dans notre société, l'école est le principal espace extra-familial de mise en place des conditions externes de « fabrication » de l'être social, donc le rôle de l'école ne se limite pas à l'apprentissage de savoirs scolaires mais une autre mission de l'école est de préparer les élèves à l'insertion dans le monde social, ils vont rencontrer de nouvelles règles, établir des relations avec des enfants de leurs groupes d'âge et nouer des liens essentiels avec d'autres adultes (Roger.E, Joel.Z, 1997, p38.).

Au cours de la période scolaire, les relations de l'enfant se modifient essentiellement par les rencontres que celui-ci réalise avec d'autres acteurs, enfants et adultes, et s'enrichissent à partir d'elles. La scolarisation permet à l'enfant de s'habituer à de nouvelles expériences et à des relations singulières que la famille seule ne lui permet pas d'établir, ainsi les échanges s'élargissent aux autres enfants (ses camarades) et autres adultes (enseignants ... etc.) (Zaouche-Gaudron.CH, 2002, p.94).

2.2.1. Le groupe de pairs

La socialisation s'opère traditionnellement de façon verticale, des parents vers les enfants, des maîtres et professeurs vers les élèves. Cependant, on assiste à une nouvelle forme de socialisation qui est la socialisation horizontale, c'est-à-dire entre individus du même âge, prend une place croissante, l'ouverture de plus en plus grande de l'enfant sur le monde extérieur le rend curieux des autres et plus particulièrement des enfants qui l'entourent. La socialisation entre pairs fait partie du processus éducatif au sens où elle permet en quelque sorte la « digestion » d'éléments, en respectant les lois de leur groupe de pairs dont ils ont découvert l'utilité pour pouvoir « faire ensemble », en les identifiant comme leurs valeurs propres.

Comme pour les relations avec les frères et sœurs que nous avons décrit, les interactions amicales ont une fonction spécifique, elles aident l'enfant à s'adapter aux autres, à se montrer empathique, à apprendre à résoudre des conflits et à l'observation des modèles de comportements. Les enfants apprennent également les normes qui régissent les rôles sexuels ainsi que les valeurs morales nécessaires à la vie en société (Papalia.D.E et al, 2010, p.183).

Généralement, les enfants d'âge préscolaire et scolaire préfèrent entrer en relation avec les enfants du même sexe et du même âge qu'eux, et les enfants qui ont ensemble des expériences positives fréquentes sont plus susceptibles de devenir amis, ils recherchent des caractéristiques similaires aux leurs, et préfèrent les enfants qui démontrent des comportements pro sociaux. Pour eux, les aspects les plus importants de cette relation consiste à faire des activités ensemble, à s'apprécier, à s'aider mutuellement et dans une moindre mesure à habiter à proximité et à fréquenter la même école (ibid, p.183).

Finalement, La socialisation ne se réalise pas uniquement à travers la famille. En effet, les enfants par l'école, les loisirs, leurs jeux...etc, vont avoir

entre eux de nombreuses interactions. Ces interactions vont produire de nouveaux comportements, vont les faire adhérer à certaines valeurs et en rejeter d'autres. Ainsi, on peut dire que les enfants sont acteurs de la socialisation, puisque les groupes de pairs vont influencer leurs comportements.

2.2.2. L'enseignant

L'enseignant tend à se présenter à la fois comme un organisateur de l'éducabilité cognitive de l'élève, mais aussi et surtout comme un accompagnateur de l'éducabilité affective de l'enfant portée par l'intervention socio-éducative au sens plein du terme.

Lorsque l'on interroge l'enseignant sur ce qui est le plus important dans la formation d'un élève du primaire, beaucoup répondent en évoquant des éléments qui touchent à cette dimension affective et humaine de la pratique professionnelle : donner le goût d'apprendre et fournir les moyens pour apprendre, renforcer chez l'enfant l'estime de soi, travailler davantage le savoir être, renforcer la motivation et l'aider à devenir autonome. La classe est perçue comme un espace temps où doit se déployer un vivre-ensemble, mais dont la principale finalité n'est pas l'apprentissage de savoir, mais bien l'apprentissage des conduites favorables à la réussite d'une vie sociale (Gohier.CH, 2007, p.59).

En effet, le rôle de l'enseignant est d'éveiller chez les enfants le goût du savoir et de les accompagner dans leurs apprentissages. En tant que personne adulte, l'enseignant participe également à la socialisation des élèves et à la formation des futurs citoyens, transmet les principes et valeurs fondamentales de la vie en société, veille à l'observation des règles du savoir vivre, gère les conflits, s'adonne à prévenir les actes de violence... etc. (Koualou-Kibangou.S, 2014, p.23).

2.3. Le rôle du jeu dans la socialisation de l'enfant

Le jeu est une nécessité physiologique de mouvement et de distraction, il remplit des fonctions fondamentales d'éducation et de socialisation, le jeu représente une véritable fonction aussi nécessaire au développement harmonieux de l'organisme que peuvent l'être les fonctions de la respiration ou de la circulation, il est l'intégration authentique de l'individu dans un groupe capable de poursuivre un but commun (Deldime.R, Vermeulen.S, 2004, p.213).

Le jeu a une importance capitale dans la vie de l'enfant car il procure du plaisir et veille l'intelligence, féconde l'ingéniosité, encourage l'activité, pousse à la concurrence, contribue au progrès, confère l'euphorie, dispense la solitude, anéantit le pessimisme et la dépression et assure la verdure et la vivacité.

Pour l'enfant, le jeu représente un moyen privilégié de prendre contact avec le monde qui l'entoure et de découvrir le plaisir tout à la fois, il constitue chez l'enfant une activité constante, sérieuse et essentielle, par le jeu l'enfant exprime tout ses sentiments « ses désirs, son chagrin, ses joies, ses peines... etc » (Tavakoli.M, 2011, p.9-10).

Le jeu est l'un des premiers outils de socialisation de l'enfant, tout d'abord avec ses proches, ses parents, ses frères et sœurs, puis progressivement avec d'autres enfants et d'autres adultes dans le cadre des collectivités, l'enfant va développer ses compétences à travers le jeu, ainsi il va passer du jeu individuel, jeu parallèle au jeu associatif jusqu'à essayer d'atteindre la coopération qui se développe progressivement.

Le jeu conduit l'enfant vers l'intégration sociale ; les jeux de groupe par opposition aux jeux individuels, font intervenir la notion de loi (règles de jeu) commune au groupe et des rapports de compétition basés sur les compétences des

participants, les compétences mises en jeu peuvent être intellectuelles (jeu d'échec) ou motrices (la marelle) contribuant à l'intégration sociale (Lacombe.G, 2006, p.213).

Selon la conception de **M.klein**, le jeu est chez l'enfant un mode d'expression principal des mécanismes de défense et plus primitif contre l'angoisse, il est l'équivalent de l'association libre chez l'adulte. Tout acte ludique a ainsi une signification symbolique.

Cet auteur a revendiqué la mise en place de la technique de l'analyse par le jeu et, par là, même la technique d'analyse des enfants qui consiste à interpréter le jeu d'un enfant comme on interpréterait un rêve. Elle utilise le jeu comme médiation thérapeutique ; une façon de parler et d'associer librement. Elle le considère comme un moyen d'accès aux représentations internes et symboliques de l'enfant.

Avec cette conception, la psychanalyse interroge le jeu de l'enfant, qui ne peut plus être considéré comme une activité futile ou uniquement récréative. Le jeu apparaît tout à la fois comme une mise en scène des tensions psychiques de l'enfant et comme un moyen thérapeutique dans le cadre du transfert (Bailly.R, 2001, p.41).

Selon **D.W.Winnicott**, le jeu est le travail naturel de l'enfant, il est essentiel à son développement, à sa santé, c'est une thérapie en soi par soi, par son existence même, tout au long de son évolution et en dehors de toute psychothérapie dont il est le centre (ibid. p.232).

Le jeu reste par excellence un moyen pour solliciter l'enfant dans sa globalité, dans de réelles situations ludiques l'enfant guidé par le plaisir de la recherche et de la découverte, vivra de multiples expériences dans lesquelles ses potentialités mentales, perspectives, motrices et sociales seront sollicitées (Druart.D, Waelput.M, 2009, p.39).

L'enfant pourrait s'amuser seul en jouant, mais le fait d'être deux donnera aux enfants l'occasion de partager le matériel de jeu, de communiquer leurs idées, de tenir compte de l'opinion de l'autre, d'attendre leurs tours. Ils devront donc développer leurs habilités de relation à l'autre pour que le jeu soit agréable. Ensemble, ils pourront aussi collaborer à l'élaboration d'une histoire, d'un scénario de jeu. Cette activité permet donc d'entrer en rapport avec les autres (Druart.D, Waelput.M, 2009, p.23-22).

Le jeu a aussi une fonction symbolique. En effet, certains jeux ou activités ludiques ont la capacité à donner vie à des affects, à des émotions par le déplacement sur les objets ou les personnes, le jeu est dans ce cas un langage non verbal porteur de toute l'interaction entre l'enfant et autrui.

L'enfant apprend par l'intermédiaire du jeu, les expériences qu'il peut engager ou non avec un objet, de plus, quand l'enfant joue avec d'autres personnes (adultes ou pairs), il est sensibilisé à l'existence de règles à respecté valables pour tous les joueurs, il permet également à l'enfant d'exprimer ses pensées ou ses sentiments, et ce qu'il a du mal à traduire par les mots, le jeu représente un outils indispensable pour que l'enfant développe des qualités propres au progrès intellectuel, social, cognitif... etc. (Sahuc.C, 2006, p.68).

Le jeu est une activité indispensable au développement psychique et physique d'un enfant. En ce sens, c'est une activité qui doit être prise très au sérieux par les parents et les enseignants pour le développement harmonieux de la personnalité de leur enfant.

3. Les difficultés d'ordre socio affectif

Les difficultés manifestées au cours de l'enfance sont généralement caractérisées selon qu'elles causent du tort à autrui (problèmes extériorisés) ou à l'enfant lui-même (problèmes intériorisés), cette distinction permet de différencier les comportements où l'enfant extériorise ses difficultés en prenant pour cible ses camarades, l'éducatrice, ses parents ou bien les objets qui l'entourent, et des comportements où l'enfant intériorise ses difficultés en adoptant une conduite autodestructrice ou asociale.

Les comportements extériorisés que l'enfant peut manifester sont plus dérangeants pour le groupe de pairs et les adultes, ils privent tout le groupe d'un climat agréable propice aux interactions positives et aux apprentissages, ces comportements extériorisés seraient le reflet d'une irritabilité, agressivité, égoïsme et résistance, ils désignent les conduites les plus susceptibles de blesser les autres (Bigras. N, 2012, p.403).

Cependant, ils ont des conséquences sur différents plans, les enfants qui affichent des problèmes socio-affectifs vivent souvent une scolarisation difficile et éprouvent des difficultés importantes pendant leur intégration sociale à l'école, et respectent difficilement les normes de celle-ci, ces jeunes enfants se sentent en effet incapable de s'adapter au contexte scolaire à cause de leurs difficultés à répondre aux situations d'apprentissages et aux exigences sociales de l'école. Ils vivent souvent un sentiment d'incompétence qui les incite à adopter des comportements d'opposition, et l'agressivité étant souvent le mode relationnel privilégié et le seul moyen qu'ils utilisent pour satisfaire leurs besoins (Nathalie. S, 2010, p.214).

Résumé

Au cours des premières années de la vie l'espace dans lequel l'enfant évolue s'élargit, la famille, l'école, les différents lieux de vie et la multiplicité des partenaires côtoyés lui permettent de se construire en tant que personne stable, et d'avoir conscience de rester lui même en dépit de la multiplicité des rôles qu'il tient (fils ou fille, frère ou sœur, élèves, camarades). Les enfants qui grandissent dans un milieu sain et porteur ont plus de chances de réaliser leurs pleins potentiels développementaux et d'atteindre un niveau optimal de développement socio-affectif.

**Problématique et
formulation des hypothèses**

1. Problématique

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

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

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

De nombreux chercheurs se sont penchés sur l'étude du développement socio-affectif de l'enfant et reconnaissent depuis longtemps le rôle global et majeur de ce dernier au cours des premières années de la vie. On désigne par le développement social et affectif de l'enfant l'ensemble des liens relationnels que l'enfant entretient avec son entourage, le groupe familial et le groupe social (son groupe de pairs et les adultes autres que ses parents). Au cours de cette longue période,

de l'enfance et à l'adolescence se constitue progressivement l'être social (Gassier.J, 2012, p.13).

Les moyens de communication dont dispose le bébé constitue le point de départ des premiers liens qu'il va construire avec les membres de son entourage, au premier rang desquels les parents, selon **J.Bowlby**, ces premiers attachements constituent un lien affectif qui jouent un rôle important dans le développement affectif et social ultérieur, (Mallet.P et al, 2003, P.46).

Cependant, il se peut que le développement affectif de l'enfant se trouve entravé par des incidents de la vie, la maladie chronique tel que le diabète est considérée comme une des difficultés qui peut engendrer un déséquilibre affectif et des problèmes d'adaptation pour le jeune enfant.

En effet, l'annonce d'un diabète insulino-dépendant (DID) pour un enfant quelque soit son âge, provoque un bouleversement pour ce dernier et entrave son développement affectif et social, outre la souffrance et la détresse que suscite une telle annonce chez chacun des membres, l'homéostasie du groupe va être rompue, en plus de la réorganisation concrète du quotidien, la scène psychique familiale doit se rééquilibrer, l'enfant diabétique et les contraintes de son traitement en deviennent le centre (Houdan.J. 2006, P. 4).

En psychologie, de multiples publications de recherche témoignent de l'intérêt d'étudier l'impact psychologique de la maladie sur l'enfant, certaines études ont tenté de cerner les traits de personnalité de sujets diabétiques, d'autres ont abordé l'influence du traitement quotidien sur ce dernier, ou encore le rôle joué par la famille dans cette maladie.

Problématique et formulation des hypothèses

Certains auteurs (**W.Menninger** 1935, **F. Dumbar** 1948, **P.Swift**1987) confirment la présence de traits spécifiques pathologiques chez la population diabétique, ces traits pathologiques peuvent être observés chez les enfants diabétiques et qui sont dus aux hospitalisations répétées. Cependant ces résultats ont été contredits par d'autres chercheurs (**E.Kasin** et **S.Parker**, 1942; **D.H.Crowell**, 1953; **E.Falstein** et **I.Judas**, 1955; **R.K.McGraw** et **J.M.Tuma**, 1977) trouvant certains cas d'enfants diabétiques à "personnalité saine".

Des chercheurs tels que **P.Swift** mentionnent des problèmes d'autonomie, d'anxiété, de perception de soi, d'hostilité, de pathologie sexuelle, ainsi que des troubles relationnels avec les pairs et la famille. L'étude de **K.Fallstrom** (1974) employant des instruments projectifs confirme ses résultats obtenus, qui démontrent que l'anxiété et l'hostilité sont plus élevées chez l'enfant diabétique. En ce qui concerne les relations sociales avec les pairs, elles ont été évaluées à partir d'interview et des tests, **A.Sayed** et **D.R.Leaverton** rapportent dans leurs études des signes d'isolement ou de mauvaise adaptation chez les jeunes diabétiques , mais selon **H.J.Johnson** (1980), cela ne semble pas être l'apanage de tous les diabétiques mais d'une partie de cette population (Vachon.J.Y, 1984, p. 2-3).

Comme toute maladie chronique, le diabète peut être vécu comme une épreuve douloureuse, perturbante qui peut engendrer des conséquences négatives, l'adaptation affective et sociale de l'enfant peut être positive ou négative face à cette maladie. A la lumière de tous ces travaux, la question que nous nous posons dans notre présente recherche est la suivante :

- Les enfants diabétiques présentent- ils un profil socio-affectif particulier ?

2. L'hypothèse générale

Les enfants diabétiques présentent un profil socio-affectif particulier. Face à cette maladie, ces enfants éprouvent des difficultés d'ordre affectif et comportemental, alors que d'autres font preuve d'une adaptation socio affective relativement positive et un niveau de compétences sociales élevé.

3. Définition des concepts

3.1. Le diabète

C'est un état d'hyperglycémie chronique secondaire à une carence soit absolue soit relative en insuline exposant à des complications chroniques.

3.2.1. Le diabète de type I

Précédemment connu sous le nom de diabète insulino-dépendant ou juvénile, il s'agit d'une carence absolue en insuline secondaire à la destruction auto immune des cellules du pancréas .C'est la forme qui apparaît le plus souvent chez l'enfant et l'adolescent. Pour les signes cliniques du diabète de type I, voir la partie théorique (pp.09-10).

3.2. Le profil socio-affectif

Il désigne l'expression affective de l'enfant et les caractéristiques de ses interactions sociales aussi bien avec ses pairs qu'avec les adultes, pouvant être positives ou négatives.

3.2.1. Le profil socio-affectif « positif »

On parle d'un profil socio-affectif positif lorsque l'enfant :

- est de bonne humeur.
- S'intègre facilement dans un groupe d'enfant.
- participe activement aux jeux collectifs.
- il est apprécié par ses pairs et les adultes.
- Ne résiste pas à l'autorité de l'adulte.
- fait preuve d'une maturité émotionnelle; il a la capacité de contrôler ses réactions et ses émotions.

3.2.2. Le profil socio-affectif « négatif »

On parle d'un profil socio-affectif négatif lorsque l'enfant :

- paraît anxieux et craintif.
- cherche à éviter les situations sociales.
- isolé, à l'air triste et manifeste peu d'intérêt à toutes sortes d'activités.
- il manque de confiance en soi.
- cherche toujours la présence de l'adulte.
- abandonne facilement face aux moindres difficultés.
- il est agressif et perturbateur.
- s'oppose à l'autorité de l'adulte.
- refuse les compromis et cherche à imposer sa volonté au détriment du groupe.
- exprime souvent ses émotions négatives en blessant, en dérangeant les autres, ou en poussant des cris de colère.

Partie pratique

Chapitre III

Méthodologie de la recherche.

Préambule

A fin de répondre à la question posée dans la problématique, nous avons opté pour une démarche et outils d'investigation qui seront présenter dans cette partie.

1. La méthode utilisée

Pour la collecte des données et pour bien mener notre recherche qui porte sur l'étude du profil socio-affectif des enfants diabétiques, nous avons opté pour la méthode clinique qui se définit selon **M. Reuchlin** comme «une méthode de recherche propre à accroître nos connaissances générales en psychologie, une étude approfondie d'individus particuliers dont l'individualité est reconnue et respectée» (Reuchlin.M, 2002, p.99).

La méthode clinique est une méthode qui repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés, ou bien celles qui concernent un problème actuel à la lueur des antécédents historiques ou passés de l'individu.

Elle permet d'accroître les connaissances que l'on a d'un individu et de comprendre les changements qui surviennent chez lui (Goussard.J.P, 2000, p.2).

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires ; le premier correspond au recours à des techniques (observation, tests, échelles, entretiens...), alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive de cas (Fernandez.L, 2005, p.42).

L'étude de cas vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa conduite et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à

éclairer l'origine, le développement et l'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ses problèmes (Huber.W, 1987, p.93).

Dans notre recherche, nous nous sommes appuyées sur l'étude de cas, dans le but de décrire le profil socio-affectif des enfants diabétiques âgés de 5 à 6 ans.

2. Le terrain de la recherche

Notre stage pratique a été effectué dans des établissements scolaires situés à la ville de Bejaia : l'école « Ikhwa bensaadi », « Sidi touati », « Amriw », et l'école « Chahid hmici omar » situé à el kseur.

2.1. Présentation des lieux de recherche

2.1.1. La première structure : l'école « Ikhwa bensaadi »

L'école est implantée à la ville de Bejaia à Ihedadhen accueillant 843 élèves répartis de la façon suivante : 4 classes en préscolaire, 4 classes en 1^{ère} année, 5 classes en 2^{ème} année, 4 classes en 3^{ème} année, 4 classes en 4^{ème}, 4 classes en 5^{ème} année.

2.1.2. La deuxième structure : l'école « Sidi Touati »

L'école est implantée à la ville de Bejaia à Sidi Touati accueillant 212 élèves répartis de la façon suivante : 1 classe en préscolaire, 1 classe en 1^{ère} année, 1 classe en 2^{ème} année, 1 classe en 3^{ème} année, 1 classe en 4^{ème} année, 1 classe en 5^{ème} année.

2.1.3. La troisième structure : l'école « Aamriw »

L'école est implantée à la ville de Bejaia à Aamriw accueillant 463 élèves répartis de la façon suivante : 2 classes en préscolaire, 2 classes en 1^{ère}, année, 4 classes en 2^{ème} année, 3 classes en 3^{ème} année, 3 classes en 4^{ème}, 4 classes en 5^{ème} année.

2.1.4. La quatrième structure : l'école « Chahid hemici omar »

L'école est implantée à ville d'El kseur à Berchiche accueillant 905 élèves, répartis de la façon suivante : 4 classes en préscolaire, 5 classes en 1^{ère} année, 5 Classes en 2^{ème} année, 4 classes en 3^{ème} année, 4 classes en 4^{ème}, 4 classes en 5^{ème} année.

L'ensemble de ces structures est constitué d'une administration, une vaste cour, des classes et un sanitaire d'une part, et d'autre part, d'une équipe professionnelle composée d'un directeur responsable de l'établissement, les adjoints d'éducation, des enseignants, des assistantes maternelles et des agents de sécurité.

3. Le groupe d'étude

3.1. Les critères de la sélection : nous avons sélectionné notre population d'étude en nous basant sur un ensemble de critères qui sont les suivants :

- Des enfants scolarisés âgés de 5 à 6 ans.
- Ce sont des diabétiques de type I.
- Ils ne présentent pas de complications.
- Ils ont tous des frères et sœurs.

3.2. Les caractéristiques du groupe d'étude

Au début , notre groupe d'étude comprenait huit cas , dont deux cas ont été sélectionnés à l'école « El Salem » (Nada , amine), un cas à l'école « Hamoumou » (yacine) , deux cas à l'école « Ikhwa bensaadi » (Yasmine ,Yanis), un cas à « Sidi Touati » (Imene) , un cas à l'école « Aamriw » (Samira), un dernier cas à l'école « Chahid hmici Omar »

(Aimed) . Cependant, nous n'avons pu garder que cinq cas suite au refus des directeurs d'accéder à leurs établissements.

Tableau N°1 : récapitulatif des caractéristiques du groupe d'étude.

Les caractéristiques Les sujets	Age	Niveau scolaire	Le rang dans la fratrie
Imene	5 ans	En préscolaire	Ainée
Yasmine	5 ans	En préscolaire	3 ^{ème} dans la fratrie
Samira	6 ans	1 ^{ère} année primaire	Cadette
Yanis	6 ans	1 ^{ère} année primaire	Ainé
Aimed	6 ans	1 ^{ère} année primaire	Cadet

On remarque à partir de ce tableau que l'âge des enfants varie entre 5 et 6 ans, dont deux cas (Imene, Yasmine) sont en préscolaire et trois cas (Samira, Yanis, Aimed) sont scolarisés en première année primaire. Deux cas (Imene et Yanis) sont les aînés de leurs fratries, alors que deux autres cas (Samira et Aimed) sont des cadets, un seul cas (Yasmine) est classée la 3^{ème} de sa fratrie.

Tableau N°2 : récapitulatif des caractéristiques des mères du groupe d'étude.

Les caractéristiques de Les mères	Age	Niveau d'instruction	Situation professionnelle
Imene	35	Licenciée	Enseignante
Yasmine	42	6 ^{ème} année primaire	Femme au foyer
Samira	38	3 ^{ème} année secondaire	Femme au foyer
Yanis	38	2 ^{ème} année secondaire	Femme au foyer
Aimed	45	Licenciée	Huissier de justice

Nous constatons à partir de ce tableau que l'âge des mères varie entre 35 et 45 ans, les mères de Imene et Aimed sont licenciées, la première est une enseignante, la deuxième est un huissier de justice. Concernant les mères de Yasmine, Samira et Yanis sont des femmes au foyer, par ailleurs, leurs niveaux d'instruction varient d'une mère à une autre.

4. Les outils d'investigation

Pour répondre à la question de recherche, nous avons utilisé les outils suivants :

4.1. Le test du profil socio-affectif

Le profil socio-affectif (PSA) est un instrument standardisé qui permet d'évaluer les compétences sociales et les difficultés d'adaptation des enfants âgés de 2ans ½ à 6 ans, Cet instrument a été conçu au Québec, où il est fréquemment utilisé dans les garderies, les crèches, les pré maternelles et les maternelles depuis 1990, il représente le fruit de plusieurs années de recherche dirigées par **P.Lafreniere**, d'abord à l'université du Minnesota et à l'université du Québec, puis à l'université de Montréal .

Le test du profil socio-affectif est présenté sous forme d'un questionnaire, il est composé de 80 énoncés, qui nécessitent environ 15 minutes pour être complété. Le but premier de cette échelle est de décrire de façon précise, fiable et valide les tendances affectives et comportementales des enfants pour mieux définir des objectifs d'éducation ou, si nécessaire, d'intervention.

Le PSA comporte huit échelles de base et quatre échelles globales. Chacune des échelles de base est composée de dix énoncés, dont cinq décrivent des compétences sociales et cinq autres des difficultés d'adaptation. Cette structure permet ainsi de définir chaque échelle à l'aide d'un pôle positif et d'un pôle négatif. Parmi les huit échelles de base, les trois premières, déprimé-joyeux, anxieux-confiant, et irritable-tolérant, décrivent la façon dont l'enfant exprime ses émotions, les trois échelles de base suivantes, isolé-intégré, agressif-contrôlé, et égoïste-pro social, décrivent les interactions de l'enfant avec ses camarades, finalement les deux dernières échelles de base, résistant-coopératif et dépendant-autonome, décrivent les relations de l'enfant avec l'enseignant (Dumas.J.E, 1995, p.1-2).

Tableau n°3 : Présentation des échelles de base

Echelle de base		contenu
Pôle négatif	pôle positif	
Déprimé Anxieux Irritable	joyeux confiant tolérant	adaptation affective (énoncés 1-30)
Isolé Agressif Egoïste	intégré contrôlé pro social	interactions sociales avec les les camarades (énoncés 31-60)
Résistant Dépendant	coopératif autonome	interactions sociales avec les adultes (énoncés 61-80)

Concernant les quatre échelles globales ci-dessous, la première de ces échelles, compétences sociales, regroupe 40 énoncés positifs et évalue de manière générale les compétences sociales de l'enfant. La seconde échelle globale qui représente les problèmes intériorisés regroupe 20 énoncés négatifs et évalue de manière générale l'anxiété, la dépression, l'isolement social et la dépendance affective. Les problèmes comportementaux forment la base de la troisième échelle globale, qui reflètent les problèmes extériorisés, ils regroupent également 20 énoncés négatifs, cette échelle évalue l'irritabilité, l'agressivité, l'égoïsme, le conflit avec les pairs et la résistance à l'adulte. En dernier, celle de l'adaptation générale qui reflète l'ensemble de l'instrument regroupant les 80 énoncés (Dumas.J.E, 1995, p.1-2).

Tableau n°4 : présentation des échelles globales

Echelles globales	
Compétences sociales	les énoncés des huit pôles positifs du PSA
Problèmes intériorisés	les énoncés de quatre pôles négatifs (déprimé, anxieux, isolé, dépendant)
Problèmes extériorisés	les énoncés des quatre autres pôles négatifs (irritable, agressif, égoïste, résistant)
Adaptation générale	les énoncés 80 qui composent le PSA

Tout particulièrement, remplir l'échelle du profil socio-affectif exige de la part de tout utilisateur une bonne connaissance de l'enfant et une série d'observations minutieuses de son comportement et il est essentiel que ces personnes prennent connaissance de ces comportements spécifiques ciblés par le profil socio-affectif avant de le compléter.

Dans cette étude, nous avons opté pour une observation naturaliste au sein des établissements primaire à fin d'observer l'expression affective de l'enfant et les caractéristiques de ses interactions sociales avec ses pairs et avec les adultes, et cela dans le but de remplir l'échelle (Dumas.J.E, 1995, p.4).

4.2 L'entretien clinique

L'entretien est une méthode employée pratiquement dans tous les domaines de la recherche, c'est une situation d'échange verbal entre

deux ou plusieurs personnes dans le but d'obtenir des informations (Semacher.R, 2005, p.380).

D'une façon plus large, on peut aussi définir l'entretien comme étant une situation provisoire d'interaction et d'influence essentiellement verbale, entre deux personnes en contact direct avec un objectif préalablement posé.

Ainsi, l'entretien vise à rechercher de l'information (enquête, investigation, recherche scientifique), à aider ou orienter autrui (orientation, formation, pédagogie), à soigner ou accompagner une personne (entretien à visée thérapeutique) (Salomé.J, 2003, p.15).

L'entretien clinique est un outil privilégié de la méthode clinique dans la mesure où il présente une technique de choix dans l'accès à des informations subjectives (histoire de vie, émotions, sentiments, expériences), ainsi qu'à l'actualisation de celles-ci.

Il permet donc de recueillir des informations plus personnelles concernant les individus, il comporte une plus grande richesse des données et il facilite l'approche de certains aspects de la personnalité. C'est l'une des techniques fondamentales de l'étude de cas, car il donne des informations supplémentaires sur le comportement quotidien de l'enfant.

M.Reuchlin considère l'entretien clinique comme « la technique clinique par excellence, c'est le moment où peut se produire la rencontre au sens phénoménologique du psychologue et du sujet, ou peut s'établir ce champ d'intersubjectivité ».

Il paraît donc comme un outil tout à fait irremplaçable et unique si on veut comprendre le sujet dans sa spécificité et mettre en évidence le contexte d'apparition de ses difficultés (Reuchlin.M, 2002, p.120).

Il existe classiquement trois types d'entretien : directif qui nécessite une réponse à la question posée, ce qui ne permet pas une grande implication personnelle, non directif où le psychologue laisse l'interlocuteur parler librement « par association libre » au tour d'un thème, et semi directif où le clinicien dispose d'un guide d'entretien et les thèmes à aborder sont fixés à l'avance et dont il se propose de mener son investigation, c'est ce dernier type qui est le plus approprié à notre travail de recherche.

L'entretien semi directif correspond à une situation d'interaction provoquée par le chercheur avec l'objectif d'en retirer un ensemble d'informations, ainsi, il est mené sur la base d'un guide d'entretien constitué de différents « thèmes- questions » préalablement élaborés en fonction des hypothèses (Albarello.L, 2003, p.68).

Dans notre étude, nous avons utilisé l'entretien semi-directif dans l'objectif d'obtenir un ensemble d'informations concernant les sujets.

Pour ceci, nous avons construit deux guides d'entretien, le premier effectué avec les mères des enfants dans le but de se renseigner sur le développement de ce dernier, l'histoire de sa maladie et les réactions et attitudes parentales.

Le deuxième guide adressé aux enseignants, a fin d'avoir des informations complémentaires sur les conduites de ces enfants en classe, leurs interactions avec leurs pairs et avec les adultes.

5. Le déroulement de la pratique

Notre pratique a duré trois mois, du 08-02-2015 au 04-05-2015. Au début nous nous sommes déplacées au niveau du centre hospitalo-universitaire (CHU) de Bejaia et d'Amizour, dans les services de pédiatrie pour avoir des informations sur la population recherchée, suite aux renseignements insuffisants, nous nous sommes dirigées vers les

unités de dépistage scolaire (UDS) de la ville de Bejaia et d'Amizour. Comme nous n'avons pas pu trouver l'échantillon souhaité, nous nous sommes orientées vers tous les établissements primaires de la ville de Béjaia et d'El kseur a fin de sélectionner les cas.

En premier lieu, nous avons sélectionné 08 cas, parmi lesquels nous n'avons pu garder que cinq suite au refus des directeurs d'accéder à leurs établissements.

Nous avons commencé notre travail pratique par effectuer des observations sur les enfants pour remplir l'échelle du profil socio-affectif, par la suite nous avons programmé des entretiens avec les mères des enfants et leurs enseignants.

5.1 L'observation des enfants

Nous avons effectué des observations des enfants a fin de remplir l'échelle du profil socio-affectif, pour ce fait, nous avons consacré 06 à 08 séances d'observation pour chaque enfant, à raison d'une à deux fois par semaine. Au début, nous avons commencé par les enfants scolarisés dans des écoles « Amriw », « Chahid hmici Omar », ensuite nous nous sommes dirigées vers les deux autres primaires « Sidi Touati », « Ikhwa bensaadi ». Ces observations ont été effectuées durant les matinés et les après midi, en classe et au moment de la récréation.

Dans notre observation, nous nous sommes basées sur un ensemble de critères puisés de l'échelle du profil socio-affectif : l'expression des émotions de ces enfants ; dans le but de décrire leurs caractéristiques affectives qui peuvent être positives ou négatives, les interactions sociales avec les camarades ; dans le but de décrire la qualité des interactions de l'enfant avec ses pairs, et les interactions

sociales avec les adultes ; a fin de décrire les interactions sociales avec ces derniers.

5.1.1. L'observation en classe

Les classes dans lesquelles nous avons effectué nos observations sont équipées d'un bureau pour l'enseignant, des tables et chaises pour les élèves, placées en face d'un tableau. Concernant les classes préscolaires, les murs sont bien décorés de dessins, elles comportent un bureau de plus pour les assistantes maternelles, un téléviseur et chaque enfant possède un casier pour ses affaires.

Les activités en classe sont bien organisées, l'enseignant propose des activités suivant le programme pédagogique destiné à chaque niveau, les matinées sont consacrées pour l'activité mathématique, l'écriture et l'expression orale, alors que les après midi pour des travaux manuels.

Les conditions d'observation dans certaines classes étaient perturbantes, en raison du bruit provoqué par les élèves et de leurs déplacements constants.

Durant ces observations, nous prenions une position au fond de la classe de façon à nous permettre de prendre des notes sur les comportements des enfants à observer. Ces observations allaient d'une heure et demi à deux heures par séance.

5.1.2. L'observation dans la cour

Le deuxième lieu d'observation est la cour, qui est un espace vaste qui permet aux enfants de communiquer dans un registre différent et de se dépenser physiquement en toute sécurité.

Au moment de la récréation, nous nous mettions dans un coin pour observer les comportements de l'enfant et nous prenions notes.

Les observations effectuées nous ont permis de mieux observer les interactions de l'enfant avec ses pairs et avec les adultes (enseignants, surveillants ... etc.), car c'est le moment où l'enfant est beaucoup plus en contact avec les autres enfants et joue en toute liberté. La durée des observations était de 10 à 15 min.

5.2. Le test du profil socio-affectif (PSA)

Pour remplir l'instrument, nous avons suivi les étapes suivantes :

- Nous Indiquons le nom, le sexe et l'âge de l'enfant dans l'espace ainsi le nom de l'établissement fréquenté par l'enfant, celui de l'éducateur et la date de l'évaluation.
- Nous répondons à chacun des 80 énoncés du PSA en suivant l'ordre dans lequel ils sont présentés dans l'espace ; pour répondre à chaque énoncé, il suffit d'encercler le chiffre correspondant à notre choix à l'aide d'une échelle de type Likert, allant de 1 à 6, si l'enfant présente le comportement décrit. Une réponse cotée 1 à un énoncé signifie que l'enfant ne manifeste **jamais** un comportement particulier, une réponse cotée 2 ou 3 qu'il le manifeste **rarement** ou **à l'occasion**, un score de 4 ou 5 indique que le comportement est **régulièrement** ou **souvent** présent, et un score de 6 qu'il est **toujours** présent.

- une fois les 80 énoncés complétés, nous obtenons les scores bruts des huit échelles de base.
- Pour commencer la correction, il suffit de copier la réponse encerclée pour l'énoncé 1 dans l'espace désigné à cet effet.
- Une fois toutes les réponses transcrites dans les espaces correspondants, nous additionnons ensuite les scores des cinq énoncés de chaque ligne et nous inscrivons le sous-total dans le cadre de forme indiquée (losange, carré ou cercle).
- Nous procédons à l'addition de toutes les paires de sous-totaux adjacents qui sont reliés par un trait pour obtenir les scores bruts des huit échelles de base.
- Nous obtenons les scores bruts des échelles globales (compétences sociales, problèmes intériorisés et problèmes extériorisés), de la manière suivante ; les huit sous-totaux qui apparaissent dans les cadres en forme de losange, carrés et les cercles doivent être retranscrits sous la colonne intitulée échelles globales.
- Nous additionnons enfin les scores de ces trois échelles pour obtenir le score brut d'adaptation générale.
- Une fois les scores bruts obtenus, les scores standardisés sont transposés sur la feuille de profil fournie avec la fiche de correction.
- Nous copions ensuite les douze scores bruts obtenus au moyen de la grille de calcul dans la colonne gauche du profil.
- Pour chaque échelle, nous encerclons dans la partie centrale du profil le nombre correspondant au score brut transcrit dans la colonne de gauche.
- Finalement, nous relierons tous les scores bruts encerclés par une ligne pour établir le profil-socio-affectif de l'enfant.

5.3. La passation des entretiens

Pour avoir plus d'informations sur les cas étudiés, nous avons construit deux guides d'entretien, le premier adressé aux mères des enfants et le second aux enseignants.

Nous avons prévu d'effectuer des entretiens avec les pères des enfants, mais vu leur manque de disponibilité, nous n'avons pas pu nous entretenir avec eux.

5.3.1. L'entretien avec les mères

Nous avons effectué des entretiens avec les mères des enfants dans le but de nous renseigner sur le développement de ces derniers, l'histoire de la maladie, les réactions et les attitudes parentales.

a) Présentation du guide d'entretien**Renseignements personnels**

-Nom.

-Prénom.

-Age.

-Niveau d'instruction.

-Situation professionnelle.

-Nombre d'enfants.

I. Développement de l'enfant**1. Grossesse et accouchement.**

1.1. Comment était votre réaction lorsque vous avez su que vous étiez

enceinte ?

1.2. Comment s'est déroulée votre grossesse ?

1.3. Comment était votre réaction face à l'annonce du sexe ?

1.4. Comment s'est déroulé l'accouchement ?

1.5. Pouvez-vous nous parler de votre état de santé après l'accouchement ? Et celui de votre bébé ?

2. Quelques aspects du développement de l'enfant.

2.1. Comment s'est-il développé ?

2.2. A-t-il souffert de maladies durant son développement ? lesquelles ?

2.3. A-t-il été confronté à des événements particuliers ?

2.4. Décrivez nous son comportement à la maison à la présence de ses frères et sœurs.

2.5. Comment est-il son comportement avec les autres enfants ? Et avec les adultes ?

II. Découverte de la maladie :

1. A quel âge avez-vous découvert la maladie de votre enfant ?

2. comment l'avez-vous découverte ?

3. A quel moment l'avez-vous informé ? Quel était sa réaction ?

4. Avez-vous des membres de la famille atteints du diabète ? Lesquels ?

III. Réactions et attitudes parentales

1. Comment était votre réaction lorsque vous avez su que votre enfant est atteint du diabète ? Et celle de votre conjoint ?

2. Pouvez-vous nous décrire votre conduite avec l'enfant avant la découverte de la maladie? Et celle de votre mari ?

2.1. Vous comportez vous différemment avec votre enfant par rapport à ses frères et sœurs ?

2.2. Pensez vous que vous consacrez suffisamment de temps pour vous occuper de lui? Et votre conjoint ?

3. Avez-vous quelque chose d'autre que vous aimeriez rajouter ?

b) Les conditions d'application

A l'école « sidi Touati », au début, la mère a refusé de participer à notre recherche, car elle évitait toute discussion qui concernait la maladie de son enfant, mais avec l'intervention de la directrice de l'établissement, elle a fini par accepter. A propos des trois autres écoles « Ikhwa bensaadi », « Aamriw », « chahid hmici omar », les mères n'ont pas trouvé d'inconvénients de participer à notre recherche.

L'ensemble des entretiens ont été effectués dans des classes à l'exception d'un seul entretien qui s'est déroulé dans le lieu du travail de la mère.

Durant les entretiens, les mères étaient coopératives et répondaient facilement aux questions posées, il est arrivé que nous intervenions au cours des entretiens par quelques relances « oui », « c'est-à-dire » pour avoir plus de détails.

Le français et le kabyle étaient les deux langues par lesquelles les mères se sont exprimées. Les entretiens allaient de 45min à 55 min.

5.3.2. L'entretien avec les enseignants

L'entretien effectué avec les enseignants était dans le but d'avoir un ensemble d'informations sur les conduites des enfants en classe et leurs interactions avec leurs pairs et avec les adultes.

a) Présentation du guide d'entretien**Renseignements personnels**

-Nom.

-Prénom.

-Age.

-Niveau d'instruction.

I. Les attitudes de l'enfant en classe

1. Pouvez-vous nous décrire le comportement de l'enfant en classe ?
2. Porte t-il un intérêt aux activités scolaires ?
3. A-t-il de bons résultats?
4. Pensez vous que sa maladie influence ses résultats ?
5. Avez-vous constaté certaines différences par rapport à ses pairs ?

II. Les interactions de l'enfant avec ses pairs

1. Parlez nous des conduites de l'enfant avec ses camarades ?
 - 2.1. Coopère t-il avec eux lors des activités en classe ?
 - 2.2. Se retrouve t-il dans des situations conflictuelles avec eux?

3. Décrivez nous les comportements des autres enfants envers lui?

III. Les interactions de l'enfant avec les adultes

1. Pouvez-vous nous parler de son comportement envers vous ?

1.1. Obéit-il à vos consignes en classe ?

1.2. Demande t-il souvent votre aide?

2. prend t-il l'initiative avec de nouvelles personnes ?

3. Décrivez nous le comportement des adultes avec lui.

4. Y a t-il quelque chose que vous aimeriez rajouter ?

b) Les conditions d'application du guide

Dans les quartes écoles primaires, les enseignants ont facilement accepté de collaborer à notre recherche.

Les entretiens ont été effectués dans des classes juste après la sortie des élèves, et nous nous mettions dans le bureau en face de l'enseignant.

Lors de ces entretiens, les enseignants étaient très coopératifs, ils faisaient de leurs mieux pour nous apporter les informations souhaitées sur les comportements de l'enfant, et répondaient facilement à nos questions.

A fin d'approfondir le plus possible les informations apportées au près de ces enseignants, Il arrivait que parfois nous intervenions au cours de ces entretiens par quelques procédés de relance d'explication (c'est-à-dire). Cependant, le discours de la plus part était marqué par une certaine restriction.

Les langues par lesquelles ils se sont exprimés étaient le Français et le Kabyle. La durée des entretiens allait de 30 à 45 min.

Résumé

Notre étude sur le terrain a été effectuée au sein de quatre établissements primaires, pendant une durée de trois mois.

Notre groupe de recherche se compose de cinq cas, âgés de 5 ans à 6ans en préscolaire et en première année primaire.

Notre démarche clinique fait appel à un ensemble d'outils d'investigation, le test du profil socio affectif qui nécessite plusieurs séances d'observation a fin de remplir cette échelle et un entretien semi directif effectué avec les mères des enfants, dans le but de nous renseigner sur leur développement, l'histoire de leur maladie , les réactions et les attitudes parentales, ainsi qu' avec leurs enseignants dans l'objectif d'avoir des informations supplémentaires sur les conduites de l'enfant à l'école, tant avec les pairs qu'avec les adultes.

Chapitre IV

Description

et analyse des résultats

Préambule

Dans ce dernier chapitre, nous présenterons les données concernant l'ensemble des cas, une synthèse des résultats et une discussion des hypothèses.

1. Présentation des cas**Cas n°1 : Imene.****a) Présentation générale**

Imene est âgée de 5ans, actuellement en préscolaire, elle est l'aînée de sa fratrie, son frère est âgé de 2 ans. Sa mère est une enseignante et son père est un adjoint d'éducation.

b) Compte rendu de l'entretien avec la mère

La grossesse était programmée et désirée, et l'annonce de la nouvelle a été accueillie favorablement par le couple. La mère nous a informées que sa grossesse s'est bien déroulée et qu'elle n'a pas eu de complications. Les deux parents n'avaient pas de préférence pour un sexe, le plus important pour eux était d'avoir un enfant.

L'accouchement était par voie basse, la mère n'a pas eu de difficultés et se portait bien ainsi que son bébé.

Imene s'est bien développée, ses premières vocalisations étaient à 7 mois et sa premières marches vers 11 mois, et elle n'a jamais eu de maladies majeurs avant qu'elle soit atteinte, ni confrontée à des événements particuliers.

Dans son entourage familial, Imene aime bien jouer avec son petit frère, de même avec d'autres enfants surtout les plus jeunes qu'elle.

Ses rapports avec les adultes sont positifs, elle est obéissante et son entourage y répond en la récompensant et en la gratifiant.

Quant à la maladie, les parents l'ont découverte à l'âge de 2 ans. Au début Imene avait une polyurie, mais sa mère avait pensé que c'était une réaction normale puisqu'elle buvait beaucoup d'eau. Cependant, le caractère de cette dernière changeait progressivement, elle devenait irritable et vulnérable, ce qui a poussé les parents à demander conseils auprès des voisins, qu'ils leurs ont recommandé d'aller consulter un médecin.

Au début, la mère a refusé, mais comme l'état de son enfant s'aggravait et les symptômes persistaient, elle décida de la prendre chez le médecin, ce dernier l'a orientée pour une hospitalisation d'urgence afin de réguler sa glycémie qui était à plus de 5g/l.

A l'annonce du diabète de sa fille, la mère était choquée et n'arrivait pas à croire, son mari avait réagi de même. Cette attitude persiste à ce jour.

Les parents n'ont jamais informé leur fille qu'elle est atteinte du diabète pour qu'elle ne se sente pas différente des autres enfants, ils lui avaient juste expliqué ce qu'elle devait manger.

Concernant les conduites parentales avant l'annonce de la maladie, la mère nous informait qu'elle s'occupait très bien de sa fille, et son mari fait de son mieux pour la satisfaire. Après la découverte de la maladie, la mère consacrait plus de temps à elle en raison de son régime et son traitement.

c) Compte rendu de l'entretien avec l'enseignante

Imene est décrite par son enseignante comme étant une fille très calme, timide et disciplinée. Elle s'investit dans les activités scolaires, mais ses résultats restent moyens.

L'enseignante nous a affirmé que sa maladie n'influçait pas ses résultats scolaires, elle n'a remarqué aucune différence par rapport à ses pairs, sauf qu'elle est un peu plus sensible que les autres.

A la présence de ses camarades, elle aime bien jouer avec eux, mais évite souvent d'entrer dans des situations conflictuelles. C'est une fille qui coopère généralement lors des activités manuelles et apprécie le travail en groupe, mais refuse parfois de partager ses affaires, Selon l'enseignante, les autres enfants la sollicitent pour jouer et apprécient bien sa présence et sa compagnie.

Concernant son comportement envers les adultes, Imene sollicite souvent son enseignant pour qu'elle soit aidée lors de la réalisation des activités en classe. En revanche, face aux nouvelles personnes, elle demeure toujours timide et calme.

d) Les résultats du test du profil socio-affectif**Adaptation affective**

Le score de Imene se situe dans la zone normative sur l'échelle déprimé-joyeux, elle est généralement de bonne humeur, active et prête à jouer. Sur l'échelle anxieux-confiant, son score se situe parmi les scores moyens, elle n'apparaît pas souvent anxieuse mais parfois craint et fuit les situations nouvelles. Concernant son score sur l'échelle irritable-tolérant, il se situe dans la zone normative, elle n'est pas

colérique ni irritable et généralement fait preuve de patience et de tolérance.

Interactions sociales avec les camarades

Les scores de Imene sont situés à la limite inférieure de la zone normative sur l'échelle isolé-intégré, agressif-contrôlé, elle est présente lorsque un groupe d'enfant s'amuse, mais reste parfois inactive et calme et elle n'est jamais impliquée dans des conflits avec ses camarades, son score sur l'échelle égoïste-présocial se situe dans la moyenne, elle aide les autres à accomplir leurs tâches mais n'aime pas souvent partager ses affaires avec les autres enfants.

Interactions sociales avec les adultes

Le score de Imene sur l'échelle résistant-coopératif la place dans la zone normative, c'est une fille qui respecte les consignes de l'autre et qui demande toujours la permission quand cela est nécessaire.

Sur l'échelle dépendant-autonome, Imene obtient un score faible, elle a régulièrement besoin de la personne de l'enseignante pour accomplir ses activités scolaires.

Les échelles globales

Les scores obtenus par Imene sur les échelles globales correspondant aux compétences sociales, aux problèmes extériorisés et d'adaptation générale se situent dans la zone normative, ce qui confirme que l'enfant présente un répertoire de comportements positifs, alors que le score de problèmes intériorisés est bien inférieur à cette moyenne, elle est parfois craintive et inactif dans un groupe d'enfant et cherche constamment la présence de l'adulte pour bien fonctionner.

Synthèse du cas

Imene est une fille âgée de 5 ans, elle est l'ainée de sa fratrie. La grossesse était programmée et désirée par les deux parents, durant cette période, la mère était en bonne santé et l'accouchement s'est bien déroulé.

Le développement de Imene est normal. Elle entretient de bonnes relations avec son entourage ; c'est une fille qui apprécie la compagnie des autres enfants et adultes.

D'après la mère, le diabète a été découvert à l'âge de 2 ans, jusqu'à présent les parents n'arrivent pas encore à accepter l'idée que leur fille soit diabétique.

La découverte de la maladie a suscité un changement des conduites maternelles envers Imene ; la mère consacre plus de temps pour elle et fait très attention à son régime et traitement.

En classe, Imene porte un intérêt aux activités scolaires, elle apprécie le travail de groupe et s'entend bien avec ses camarades, envers les adultes elle est obéissante et respectueuse, mais recherche parfois la présence de l'enseignante à ses côtés.

D'après les résultats du test du profil socio-affectif, Imene fait preuve d'importantes habilités sociales, elle est coopérative, mais parfois craintive et dépendante à l'égard de l'adulte.

Cas n°2 : Yasmine.**a) Présentation générale**

Yasmine est âgée de 5 ans, elle est la 3^{ème} d'une fratrie composée de 4 enfants, son frère aîné âgé de 13 ans, le deuxième âgé de 10 ans et sa petite sœur âgée de 2 ans. Son père est un informaticien et sa mère est une femme au foyer.

b) Compte rendu de l'entretien avec la mère

La mère était très contente lorsqu'elle a su qu'elle était enceinte, ainsi que son mari, notamment à l'annonce du sexe de l'enfant.

La grossesse s'est bien déroulée, la mère n'avait pas eu de problèmes de santé et l'accouchement était par voie basse. La santé de la mère et de son bébé étaient bonne après l'accouchement.

A propos du développement de l'enfant, la mère nous a affirmé que Yasmine s'est bien développée, elle situe ses premières vocalisations à l'âge de 6 mois, et le début de la marche à 12 mois, elle n'a pas eu de maladies majeures durant avant qu'elle soit atteinte, elle était bien portante et éveillée.

En l'interrogeant sur le comportement de Yasmine à la maison, elle nous répondait que sa fille est comme les autres enfants, elle aime bien jouer avec ses frères, cependant elle manifeste une jalousie à la présence de sa petite sœur ; elle ne partage pas ses jouets avec elle et fait tout pour la déranger.

Quant à son comportement envers les adultes, Yasmine est obéissante mais demeure timide à la présence des personnes étrangères.

Les parents ont découvert que leur fille est diabétique à l'âge de 4 ans, suite à l'apparition d'un certain nombre de signes; Yasmine présentait une polydipsie et une polyurie, elle devenait pâle de plus en plus et se sentait fatiguée pour le moindre effort. Ses parents se sont alors très inquiétés et ont décidé de la prendre chez le médecin, ce dernier a diagnostiqué un diabète et il a décidé qu'elle soit hospitalisée en urgence.

Les parents de Yasmine étaient choqués à ce moment là, ils étaient tristes et ils avaient du mal à accepter la nouvelle.

Yasmine était hospitalisée pendant une semaine, au retour à la maison la mère l'a informée sur sa maladie, malgré que la fille ne semblait pas avoir compris ce qui lui arrivait.

Yasmine n'est pas le seul membre de la famille atteint du diabète, son grand père et ses deux tantes l'ont été aussi.

La mère se comportait de la même manière avec tous ses enfants à l'exception du plus jeune, mais suite à cette maladie, elle consacrait plus de temps pour elle, car elle a plus besoin de sa présence. Son mari est en revanche peu disponible pour elle, vu la nature de son travail.

c) Compte rendu de l'entretien avec l'enseignante

D'après l'enseignante, Yasmine est une fille très calme, participe rarement en classe, elle paraît triste et bouge qu'au moment du goûter. Selon elle, sa maladie influence beaucoup ses résultats scolaires ; elle est souvent fatiguée et a des difficultés à se concentrer en classe.

Ses rapports avec d'autres enfants sont limités, elle fréquente que deux enfants du groupe, les autres ne la sollicitent pas à leur tour. En

classe elle n'aime pas partager ses affaires, sauf si l'enseignante le lui demande.

Quant à ses relations avec les adultes, Yasmine est une fille qui obéit toujours aux consignes de l'enseignante en classe, respecte les personnes les plus âgées et demande généralement la permission. A la présence de nouvelles personnes, elle demeure calme et timide.

d) Les résultats du test du profil socio-affectif

Adaptation affective

Yasmine obtient un score moyen sur l'échelle déprimé-joyeux, elle n'est pas tout le temps en bonne humeur, paraît parfois triste sombre et pleure pour la moindre difficulté. Sur l'échelle anxieux-confiant, son score se situe dans la zone normative, elle paraît pas tout le temps anxieuse mais semble manquer de la confiance en soi. Quand elle est contrariée, elle s'empporte facilement dans les situations conflictuelles avec ses pairs, cependant, elle fait parfois preuve de patience ce qui explique son score sur l'échelle irritable-tolérant.

Interactions sociales avec les camarades

Le score de Yasmine se situe à la limite inférieure de la zone normative sur l'échelle isolé-intégré, cela reflète son manque d'intégration dans le milieu scolaire; elle n'est pas rejetée par ses camarades mais parfois ignorée parce qu'elle ne reste qu'avec ses deux amies préférées. Son score sur l'échelle agressif-contrôlé est juste au dessous de la zone normative, ce qui explique ses tendances agressives et son attitude à menacer les autres enfants.

Yasmine obtient un score faible sur l'échelle égoïste-pro social, ce qui reflète son manque d'intérêt et de sensibilité aux enfants de son groupe et son refus de partager ses objets avec les autres enfants.

Interactions sociales avec les adultes

Le score de Yasmine est inférieur à la moyenne sur l'échelle résistant-coopératif, elle accepte généralement de coopérer avec les assistantes maternelles et l'enseignante lors des activités en classe, mais elle n'est pas souvent capable de s'organiser et de s'occuper de façon constructive sans l'assistance de l'enseignante ce qui se traduit son score sur l'échelle dépendant-autonome.

Les échelles globales

Les scores que Yasmine obtient sur les échelles globales sont dans le droit fil de ses scores dans les échelles de base, son score de compétences sociales se situe dans la moyenne, sur l'échelle de problèmes intériorisés, problèmes extériorisés et d'adaptation générale, son score est en dessous de la moyenne, traduisant sa tristesse, sa timidité et son manque d'intégration dans le milieu scolaire.

Synthèse du cas

Yasmine est la 3^{ème} d'une fratrie de 4 enfants, suite à l'annonce du sexe, les parents étaient très contents, la grossesse et l'accouchement se sont bien déroulés, la santé du bébé et celle de la mère était bonne.

Yasmine se développe bien, elle est éveillée et bien portante, elle entretient de bonnes relations avec les adultes tandis qu'avec les enfants, elle rentre parfois en conflits avec eux.

Le diabète de Yasmine a été découvert à l'âge de 3 ans, ses parents étaient déçus et refusaient d'accepter l'idée au début.

La conduite maternelle envers l'enfant a quasiment changé après la découverte de sa maladie, elle est devenue plus protectrice et plus permissive.

A l'école, Yasmine porte moins d'intérêt aux activités scolaires, ne fréquente pas beaucoup d'enfants et préfère s'amuser uniquement avec ses deux camarades. Envers les adultes, elle est très respectueuse.

Ses résultats du test indiquent qu'elle évite toute situation sociale, elle abandonne facilement face aux moindres difficultés, elle présente des problèmes intériorisés et extériorisés et son adaptation général reste faible, cependant, elle présente des compétences sociales.

Cas n°3 : Samira.

a) Présentation générale

Samira est âgée de 6 ans, scolarisée en première année primaire, elle est la benjamine d'une fratrie composée de trois enfants, son frère aîné âgé de 14 ans et sa sœur de 9 ans. Son père est un commerçant et sa mère est une femme au foyer.

b) Compte rendu de l'entretien avec la mère

Samira n'était pas désirée par les deux parents vu leurs conditions de vie défavorables, la mère nous a avoué qu'elle avait tenté plusieurs fois d'avorter, mais en vain.

La grossesse s'est toute fois relativement bien déroulée, sans problèmes de santé majeurs.

La mère était indifférente suite à l'annonce du sexe, du moment que sa grossesse n'était pas désirée, l'accouchement était par césarienne, la mère et son bébé étaient en bonne santé.

Le développement de Samira était normal, la petite a prononcé ses premières vocalisations à 6 mois, elle a fait ses premiers pas vers 12 mois. D'après la mère, Samira n'a pas eu de maladies majeures avant l'âge de 3 ans et elle n'a jamais été confrontée à des événements particuliers.

A propos de son comportement à la maison en présence de son frère et sa sœur, Samira exprime du plaisir à jouer et à coopérer avec eux, mais avec d'autres enfants, elle devient jalouse et entre souvent en conflit avec eux. Quant à son comportement avec les adultes, elle est tantôt obéissante et tantôt indifférente à leurs consignes.

Le diabète de Samira a été découvert à l'âge de 3 ans, l'enfant commençait à uriner d'une façon fréquente, la mère a pensé que c'était une réaction normale puisque cela coïncidait avec la naissance d'un nouveau membre dans la famille. Elle pensait que sa fille était jalouse et qu'il était tout à fait normal qu'elle manifeste ce genre de symptôme, mais progressivement, Samira perdait du poids et son caractère a complètement changé ; elle est devenue irritable et pleurait souvent. De ce fait la mère a pris la décision d'aller chez le médecin, après un dépistage effectué, ce dernier a découvert que sa glycémie est très élevée. Samira a été hospitalisée en urgence pendant une semaine, car elle est atteinte du diabète.

A l'annonce de la maladie, la mère nous a informées qu'elle n'était pas vraiment choquée, car son enfant aîné est aussi diabétique,

elle était un petit peu déçue mais très rapidement elle accepta l'idée, son mari avait également la même réaction.

Vers l'âge de 5 ans, la mère a décidé d'informer son enfant sur sa maladie, elle était dans l'obligation de lui expliquer son régime alimentaire qu'elle devait suivre car elle serait bientôt scolarisée. Samira était attentive à ce que sa mère lui disait et semblait comprendre un peu.

Concernant sa conduite avec l'enfant, avant la survenue de la maladie, la mère faisait attention à elle, car elle était la plus jeune de sa fratrie, elle s'occupait d'elle convenablement, mais consacrait son temps aussi pour s'occuper de l'autre fille diabétique. Après la découverte de la maladie, elle accordait plus de temps et d'attention à elle et sa sœur à cause de leur régime et traitement, sans que cela ne l'empêche de s'occuper de son autre enfant. Son mari adopte également la même attitude.

b) Compte rendu de l'entretien avec l'enseignante

D'après l'enseignante, Samira est très active en classe et curieuse, elle est attirée par toute chose qui l'entoure et tout ce que les autres enfants font en classe ; c'est une enfant très dynamique qui porte un intérêt aux activités scolaires et participe en classe. Ses résultats sont toute fois moyens.

L'enseignante pense que le diabète n'influence pas les résultats scolaires de Samira et que cette dernière accepte bien sa maladie, même au moment du goûter elle fait attention à son régime. En revanche, elle essaye de tirer bénéfice de sa maladie, en se montrant faible et triste devant les autres, ce qui oblige l'enseignante à mesurer sa

glycémie, dans le cas où elle est réellement malade, elle lui donne quelque chose à manger.

L'enseignante a remarqué des différences dans le comportement de Samira par rapport aux autres enfants, elle choisit la place qu'elle veut et se déplace librement dans la classe, l'enseignante la remet à l'ordre malgré que cela soit inutile parfois.

Quant à ses conduites envers ses camarades, Samira entre en conflits avec eux et les provoque trop ; elle touche à leurs affaires, frappe et tire par les cheveux. En revanche, elle coopère avec eux lorsqu'il s'agit d'une activité de groupe mais impose souvent ses idées. Concernant les conduites de ses camarades envers elle, ces derniers la sollicitent, mais dès qu'elle commence à les déranger, ils se retirent.

Samira témoigne du respect dans ses rapports avec les adultes, malgré qu'elle est parfois indifférente aux consignes. C'est une fille qui prend l'initiative avec de nouvelles personnes.

c) Les résultats du test du profil socio-affectif

Adaptation affective

Samira obtient un score moyen sur l'échelle déprimé-joyeux, des fois elle manifeste des signes de tristesse, elle change d'humeur très rapidement passant souvent d'une humeur positive à une humeur négative. Sur l'échelle anxieux-confiant, son score se situe parmi les scores les moins élevés de la zone normative, elle paraît parfois anxieuse, mais semble avoir de la confiance pour explorer son environnement, elle est aussi curieuse et attirée par la nouveauté. Samira fait parfois preuve de tolérance et de patience et des fois s'emporte facilement, ce qui traduit son score sur l'échelle irritable-tolérant.

Interactions sociales avec les camarades

Samira obtient un score proche de la limite inférieure du champ normatif sur l'échelle isolé-intégré, les autres enfants ne vont pas souvent la chercher pour jouer, mais jouent cependant volontiers avec elle lorsque elle est de bonne humeur. Le score de Samira sur l'échelle agressif-contrôlé est à la limite inférieure de la zone normative, ce qui explique ses tendances agressives et perturbatrices, elle n'est pas en mesure d'assurer le contrôle d'un jeu collectif. Sur l'échelle égoïste-pro social, Samira obtient un score moyen faible, elle est incapable de prendre en considération le point de vue des autres enfants.

Interactions sociales avec les adultes

Samira obtient un score moyen faible sur l'échelle résistant-coopératif, bien qu'elle accepte généralement de coopérer avec l'adulte dans des activités en classe, mais elle impose toujours ses idées et parfois indifférente aux consignes. Sur l'échelle dépendant-autonome, elle obtient un score situant dans la zone normative, dans la plus part du temps, elle s'organise seule mais parfois demande l'aide de l'adulte pour accomplir les activités en classe.

Les échelles globales

Les scores de compétences sociales, de problèmes intériorisés et d'adaptation générale l'a situe dans la moyenne, bien que son score de problèmes extériorisés est à la limite inférieure de la zone normative, cela confirme qu'elle présente des comportements agressifs et perturbateurs dans la classe.

Synthèse du cas

Samira est la benjamine de sa fratrie, Elle n'a pas été désiré par les deux parents vu leurs conditions de vie défavorables. La grossesse s'est bien déroulée et l'accouchement était par césarienne, la mère et son bébé se portaient bien après l'accouchement.

Le développement de Samira est normal, quant à son comportement avec ses pairs, elle devient parfois jalouse et entre en conflits avec eux, tandis qu'avec les adultes, elle est respectueuse, mais il arrive qu'elle ne suit pas les consignes.

Samira est la 2^{ème} enfant atteint du diabète de sa famille, sa maladie a été diagnostiquée vers l'âge de 3 ans, les parents étaient un peu bouleversés mais très rapidement, ils ont fini par accepter l'idée.

Les attitudes maternelles ont changé après la découverte de la maladie, la mère consacre un peu plus de temps pour les deux enfants diabétiques à cause de leurs régimes et traitements.

A l'école, Samira est très active, attentive et curieuse, elle porte un intérêt aux activités scolaires, elle aime attirer l'attention et manifeste une jalousie envers ses camarades.

Les résultats que Samira obtient de l'échelle du profil socio-affectif, montrent que cette dernière présente une adaptation générale moyenne et des compétences sociales, elle manifeste un intérêt à toutes sortes d'activités de groupe, cependant, elle est agressive et s'oppose à l'autorité de l'adulte.

Cas n°4 : Yanis.**a) Présentation générale**

Yanis est un garçon âgé de 6 ans, scolarisé en première année primaire, il est l'aîné de sa fratrie et sa petite sœur est âgée de 3 ans et demi. Son père est un entrepreneur et sa mère est une femme au foyer.

b) Compte rendu de l'entretien avec la mère

Yanis est un enfant désiré par les deux parents, ils étaient très contents à l'annonce du sexe. La mère nous a informées qu'elle faisait très attention à son état de santé, la grossesse s'est bien déroulée, et l'accouchement était sans difficultés. La mère et le bébé étaient en bonne santé.

D'après elle, Yanis s'est bien développé, il n'avait aucun problème de santé majeur avant qu'il soit atteint du diabète, ses premières vocalisations étaient à 8 mois et ses premières marches vers 11 mois, il était très éveillé et bien portant. C'est un enfant qui n'a jamais été confronté à des événements particuliers.

Yanis est sociable, il s'intègre facilement dans un groupe d'enfants. A la maison, il aime bien jouer avec sa petite sœur et partage généralement tous ses jouets avec elle. Avec les adultes, il est très respectueux.

Yanis est atteint de diabète à l'âge de 5 ans, ses parents l'ont découvert suite à l'apparition d'une polydipsie, sa mère s'est inquiétée davantage sur son état de santé lorsque l'enseignant a remarqué qu'il présentait une polyurie. De ce fait, les parents l'ont pris chez le médecin, ce dernier les a orienté au service de pédiatrie où il a été

hospitalisé pendant une semaine, car Yanis est atteint désormais du diabète. Au retour à la maison, la mère a fait de son mieux pour expliquer à son fils sa maladie, car selon elle malgré son jeune âge, il devait faire attention à son régime surtout à l'école. Yanis semblait indifférent suite à la nouvelle.

La mère a réagi de façon négative à l'annonce de la maladie, elle a éprouvé une déception intense, en revanche, son mari était un peu plus courageux malgré que lui aussi était déçu.

La mère faisait attention à ses deux enfants mais s'occupait beaucoup plus du plus jeune. Après la découverte, elle est devenue très attentive, soucieuse de l'état de Yanis et consacre plus de temps pour lui; elle devait faire attention à son régime et respecter les heures de traitement.

c) Compte rendu de l'entretien avec l'enseignant

L'enseignant nous a décrits Yanis comme étant un enfant discipliné et organisé en classe, généralement il participe aux activités proposées et ses résultats scolaires sont satisfaisants.

Yanis entretient de bonnes relations avec ses camarades, il coopère avec eux dans la plus part des activités de groupe, selon l'enseignant, il est bien intégré et apprécié par ses pairs et rarement où il entre en conflit avec eux.

L'enseignant n'a pas remarqué de différences entre Yanis et les autres enfants, il est seulement le plus calme.

Yanis est un enfant apprécié par la plus part des enseignants à l'école, car il est très respectueux et obéit aux consignes de l'adulte, en

classe il s'organise généralement seul et demande rarement l'aide de l'enseignant.

A la présence des personnes étrangères, il manifeste au début une timidité mais finit par s'adapter à eux.

c) Les résultats du test du profil socio-affectif

Adaptation affective

Sur l'échelle déprimé-joyeux, le score de Yanis se situe dans la zone normative, c'est un enfant qui fait preuve d'enthousiasme à la présence d'un groupe d'enfants lors des jeux et activités, cependant, il garde régulièrement une expression faciale neutre. Il obtient un score situant à la limite inférieure de la zone normative sur les échelles anxieux-confiant, irritable-tolérant, c'est un enfant qui n'apparaît pas souvent anxieux, ni facilement perturbé par des situations nouvelles, pratiquement il n'accepte pas d'être dérangé dans ses activités mais il reste un enfant tolérant occasionnellement.

Interactions sociales avec les camarades

Yanis obtient un score moyen sur l'échelle isolé-intégré, il est souvent présent lorsque un groupe d'enfants s'amuse, et il n'est pas solitaire, ni rejeté par ses camarades. Son score sur l'échelle agressif-contrôlé se situe à la limite inférieure du champ normatif, ce qui traduit son manque de contrôle du jeu et le manque de négociation lorsqu'il rentre en conflit avec un enfant, ainsi que sur l'échelle égoïste-pro social, son score est moyen faible, il partage rarement ses affaires avec ses camarades.

Interactions sociales avec les adultes

Le score de Yanis sur l'échelle résistant-coopératif le place dans la zone normative, c'est un enfant qui ne s'oppose pas aux consignes de l'adulte et il demande la permission mais rarement ou il sollicite l'aide de celui-ci pour accomplir des tâches. Il obtient un score moyen sur l'échelle dépendant-autonome, Yanis s'organise généralement seul, mais la présence de l'adulte demeure importante pour bien fonctionner.

Les échelles globales

Les scores que Yanis obtient dans les compétences sociales, problèmes extériorisés et l'adaptation générale se situent dans la zone normative, alors que le score de problèmes intériorisés est légèrement au dessous de la moyenne.

Synthèse du cas

Yanis est âgé de 6 ans, c'est l'aîné de sa fratrie, la mère était contente lorsqu'elle a su qu'elle était enceinte, ainsi que son mari, notamment à l'annonce du sexe de l'enfant. La grossesse a été menée à son terme, la santé de la mère ainsi que celle de son bébé après l'accouchement était bonne.

Yanis n'a pas eu de problèmes durant son développement, d'ailleurs la mère n'a pas trouvé de difficultés pour l'éduquer, c'était un enfant très calme et qui ne dérange jamais son entourage ; tout le monde aime sa présence. A la maison il passe généralement son temps à jouer avec sa sœur ou ses cousins.

Les parents ont découvert que Yanis est atteint du diabète à l'âge de 5 ans, ce qui a provoqué un bouleversement au sein de la famille, la

mère est devenue surprotectrice et s'inquiète souvent pour l'état de son enfant.

Yanis est un enfant calme à l'école, s'intéresse aux activités en classe, et n'entre généralement pas en conflit avec les autres enfants.

Il obtient un score moyen de compétences sociales et d'adaptation générale, c'est un enfant bien intégré et apprécié par ses pairs et les adultes, en revanche, il est anxieux et irritable.

Cas n°5 : Aïmed.

a) Présentation générale

Aïmed est un garçon âgé de 6 ans scolarisé en première année primaire, il est le benjamin de sa fratrie, sa sœur aînée est âgée de 12 ans et son frère est âgé de 8 ans. Sa mère est un huissier de justice et son père occupe un poste dans le même lieu de travail.

b) Compte rendu de l'entretien avec la mère

D'après la mère, la grossesse était non programmée et inattendue, elle était surprise suite à l'annonce de celle-ci, son dernier enfant avait à peine 2 ans et comme elle travaillait, elle avait peur de ne pas pouvoir assurer la bonne éducation de ses enfants. La réaction de son mari était marquée en revanche par une certaine indifférence vis-à-vis de la nouvelle.

La mère n'avait pas désiré un sexe précis puisque elle en avait déjà les deux, son seul souci était d'avoir un enfant sain et en bonne santé. La grossesse a été menée à terme, même pour les deux précédentes, et l'accouchement s'était bien déroulé, elle était en bonne santé ainsi que son bébé.

Pour le développement de Aïmed, la mère nous a informées que son enfant a eu un développement normal. Elle situait ses premières vocalisations à 7 mois et ses premières marches vers 12 mois. Aïmed n'a jamais eu des problèmes de santé majeurs avant l'âge de 3 ans, ni confronté à des événements particuliers.

Concernant son comportement à la maison, elle disait que c'est un enfant très calme et organisé, mais son frère et sa sœur entrent en rivalité avec lui. A la présence des autres enfants, il est timide, et a tendance à prendre du retrait, son comportement avec les adultes est également décrit comme positif.

Au sujet de la maladie de l'enfant, la mère l'avait découverte à l'âge de trois ans. Aïmed avait présenté quelques symptômes, polydipsie, polyurie, ainsi qu'une perte de poids importante. De ce fait, la mère décidait d'y aller consulter un médecin après l'apparition de ces symptômes. Elle avouait qu'elle s'est trop inquiétée et qu'elle a insisté sur le dépistage du diabète. Le médecin lui a donné une lettre en urgence à l'hôpital car sa glycémie était très élevée, et c'est à ce moment là qu'on lui a fait part que Aïmed est atteint du diabète, il était alors hospitalisé pendant une semaine, et après sa sortie elle l'avait informée et lui a expliqué sa maladie pour qu'il puisse suivre un régime et endurer un traitement.

La mère n'arrivait pas à accepter l'idée que son enfant soit diabétique, au début, elle avait donc souffert, elle était presque déprimée, mais par la suite elle finissait par accepter, en revanche, son mari, selon ses propos, a vécu cette situation avec moins de difficultés.

Avant la découverte de la maladie, la mère se comportait avec Aïmed de la même manière qu'avec ses deux autres enfants, elle était un

petit peu sévère avec eux et tolérait mal leurs erreurs. Après l'atteinte de son enfant, son comportement a complètement changé particulièrement avec Aimed, elle est devenue très permissive et le gratifiait souvent. Elle consacrait également plus de temps pour s'occuper de lui, car elle sentait qu'il a besoin d'elle plus que les autres en ce qui concerne notamment ses soins. Cependant son mari était, selon elle, négligeant vis-à-vis de son enfant malade.

b) Compte rendu de l'entretien avec l'enseignant

D'après les informations recueillies auprès de l'enseignant, Aimed est un enfant très discipliné, bien éduqué et très calme, il porte un intérêt aux activités scolaires, mais ses résultats sont moyens. L'enseignant ne considérait pas sa maladie comme un obstacle pour sa réussite scolaire, car d'autres enfants « sains » ont des résultats médiocres. L'enseignant a toute fois constaté certaines différences par rapport à ses pairs, celui-ci était le seul enfant calme dans la classe.

Concernant les interactions de l'enfant avec ses pairs, l'enseignant nous a informées que Aimed ne fréquentait pas, il préférerait rester seul même au moment de la récréation. Mais il peut coopérer avec ses camarades quand l'enseignant propose des activités de groupe.

D'après l'enseignant, les autres enfants ne le sollicitent pas et ne l'invitent pas à jouer avec eux, ils ignorent sa présence puisque il s'isole toujours de son groupe de pairs.

En parlant des interactions de Aimed avec les adultes, ce dernier est très respectueux, calme, timide et obéissant à l'égard de l'adulte, quand celui-ci ne comprenait pas quelque chose, il demandait de l'aide

discrètement. C'est un enfant qui a du mal à prendre des initiatives avec de nouvelles personnes.

c) Les résultats du test du profil socio-affectif

Adaptation affective

Le score de Aïmed se situe dans la zone normative sur l'échelle déprimé-joyeux, c'est un enfant qui garde fréquemment une expression neutre, il sourit peu et rit rarement, mais s'intéresse aux activités proposées par l'enseignant. Sur l'échelle anxieux-confiant, son score est moyen, il n'apparaît pas anxieux, ni perturbé par des situations nouvelles, nous constatons ainsi que sur l'échelle irritable-tolérant, Aïmed se situe bien au dessous de la zone normative, ce score qui est nettement en dessous de la moyenne indique que l'enfant a des difficultés considérables à accepter les limites et les frustrations qui accompagnent la vie scolaire.

Interactions sociales avec les camarades

Le score de Aïmed se situe à la limite inférieure de la zone normative sur l'échelle isolé-intégré, ce qui traduit son manque d'intégration dans le milieu scolaire, il est ignoré par ses camarades du fait qu'il ne semble pas s'intéresser à eux et qu'il s'isole. Sur l'échelle agressif-contrôlé, Aïmed obtient un score qui le place dans la zone normative, il n'est jamais agressif ou perturbateur, il a peu de contact avec ses camarades et il est rarement impliqué dans des conflits avec eux.

Interactions sociales avec les adultes

Son score est inférieur à la moyenne sur l'échelle résistant - coopératif, il n'ignore pas les consignes de l'adulte et il accepte de coopérer avec eux quand cela est nécessaire. Aimed ne demande que rarement l'aide de l'enseignant, il manifeste cependant une autonomie malgré son jeune âge, il sait demeurer calme et respectueux et centré sur la tâche même dans les moments de désorganisation au sein du groupe, ce qui traduit son score situé à la zone normative sur l'échelle dépendant-autonome.

Les Echelles globales

Les scores que Aimed obtient sur les échelles globales correspondent de près aux résultats déjà décrits, les scores de compétences sociales, de problèmes intériorisés et d'adaptation générale sont situés dans la moyenne, alors que le score de problèmes extériorisés se situe à la limite inférieure de la moyenne.

Synthèse du cas

Aimed est âgé de 6 ans, il est le benjamin d'une fratrie composée de trois enfants, la grossesse était non programmée mais elle a été menée à son terme, et l'accouchement s'est bien déroulé. La santé de la mère ainsi que son bébé était bonne.

Aimed s'est bien développé, il n'a jamais eu des problèmes de santé durant son développement, ses premières vocalisations étaient à 7 mois et sa première marche vers 12 mois.

A la maison, c'est un enfant qui reste calme et organisé mais qui ne s'entend pas bien avec sa sœur et son frère car ils sont jaloux, il est

timide à la présence des autres enfants et ne fréquente pas beaucoup, envers les adultes, il demeure toujours calme et respectueux.

Concernant son diabète, la mère l'avait découvert à l'âge de trois ans suite à certains symptômes qu'il présentait, elle avait du mal à accepter l'idée que son enfant soit diabétique, par contre la réaction de son mari est marquée par une certaine indifférence.

La conduite maternelle envers Aïmed après sa maladie a carrément changé, elle consacre suffisamment de temps pour s'occuper de son enfant malade car il a besoin d'elle plus que les autres en ce qui concerne ses soins.

A l'école, Aïmed porte un intérêt aux activités scolaires et ses résultats sont moyens, dans son comportement avec ses pairs, il est distant, ne fréquente pas beaucoup et il n'entre presque jamais en conflit avec ses pairs.

D'après les résultats obtenus du test, nous constatons que Aïmed est un enfant qui évite les situations sociales, il manifeste peu d'intérêt aux activités de groupe, cependant, il est autonome, contrôlé et apprécié par les adultes.

2. Synthèse des résultats et discussion des hypothèses

Notre étude vise à décrire le profil socio-affectif des enfants diabétiques, en précisant les caractéristiques de leurs interactions sociales et l'expression de leur affectivité, nous avons choisi quatre écoles primaires comme lieu pour notre recherche, ces derniers sont situés à la ville de Bejaia et à El kseur.

Le recueil de données s'est appuyé sur deux techniques d'investigation; le test du profil socio-affectif comme outil principal dans notre recherche a fin d'évaluer l'adaptation socio-affective des enfants, et l'entretien semi directif effectué avec les mères des enfants et leurs enseignants qui nous ont permis d'obtenir des informations sur les cas choisis.

Notre groupe d'étude est constitué de cinq cas d'enfants diabétiques, leurs tranches d'âge varient entre 5 et 6 ans , IMENE et YASMINE sont âgées de 5ans, AIMED, SAMIRA et YANIS âgés de 6 ans, deux cas sont les aînés de leurs fratries comme le cas de IMENE et YANIS, et YASMINE qui est classée la 3^{ème} de sa fratrie , alors que SAMIRA et AIMED sont les benjamins.

La plupart des cas étaient désirés par leurs parents, sauf Samira qui ne l'était pas vu leurs conditions de vie défavorables, et AIMED dont la mère n'était pas contente à l'annonce de la nouvelle, elle craignait ne pas pouvoir assurer la bonne éducation de son enfant. La grossesse des mères a été menée à son terme, ces dernières n'ont pas eu de problèmes de santé ni de complications apparentes.

Suite à l'annonce du sexe de l'enfant, la réaction de la majorité des mères est marquée par une certaine indifférence, en revanche, les mères de YASMINE et YANIS étaient très contentes à l'annonce de la nouvelle.

Toutes les mères ont accouché par voie basse à l'exception de la mère de SAMIRA qui a accouché par césarienne, après l'accouchement, elles étaient toutes en bonne santé et se portaient bien ainsi que leurs bébés.

La totalité des enfants se sont bien développés, leurs premières vocalisations sont apparues entre 6 et 8 mois, et leurs premières marches entre 11 et 12 mois. L'ensemble de ces cas n'ont jamais eu de maladies majeures durant leur développement avant leur atteinte ni confrontés à des événements particuliers.

En ce qui concerne les comportements des enfants à la maison, la plupart exprimaient du plaisir à se retrouver et à partager des activités de jeu avec leurs frères et sœurs, à part AIMED dont ses frères sont en rivalité avec lui.

Le diabète des enfants a été découvert à des âges différents; IMENE vers l'âge de 2 ans, SAMIRA et AIMED à 3 ans, YASMINE vers l'âge de 4ans et YANIS à 5 ans, ces derniers ont manifesté un ensemble de symptômes (polydipsie, polyurie, fatigue), les mères nous ont rajouté que le caractère de leurs enfants a changé; ils sont devenus irritables, ne toléraient la moindre frustration.

La plupart des enfants n'ont pas des membres de la famille atteints du diabète, à l'exception de YASMINE dont son grand père et ses deux tantes sont atteints et SAMIRA dont sa sœur est aussi diabétique.

Comme toute maladie chronique telle que le diabète, le diagnostic fait l'effet d'une catastrophe qui remet en cause les projets de vie de la cellule familiale, il s'agit d'un véritable traumatisme pour les parents, ces derniers traversent des sentiments difficiles (choc, déni, peur, tristesse, colère), comportement de surprotection à l'égard de l'enfant mais aussi, attitudes de rejet et d'hostilité (Ernould.CH, 2001, p.198).

La réaction parentale à l'annonce du diabète de leurs enfants dans notre recherche était presque identique; au début ils n'arrivaient pas à croire à l'idée que leur enfant soit diabétique, ils étaient déçus mais finissait par accepter, à l'exception des parents de SAMIRA qui ont rapidement accepté l'idée car ils avaient déjà un enfant diabétique.

Avant la découverte de la maladie, les mères nous ont révélées qu'elles se comportaient de la même manière avec tous leurs enfants, mais après la découverte, les conduites maternelles ont changé, les mères sont devenues plus soucieuses et consacraient beaucoup de temps pour s'occuper de l'enfant diabétique, qui selon elles, avait besoin de leur présence plus que les autres à cause de leur régime et traitement, il en est de même pour les conduites paternelles, sauf pour le père de AIMED qui est décrit, selon la mère, comme étant un père négligeant vis-à-vis de son enfant malade.

Etre un enfant diabétique en classe n'est pas une lourde charge, le diabète modifie parfois légèrement l'organisation de la journée et demande une vigilance particulière; l'enfant doit pouvoir effectuer des contrôles sanguins ou urinaires à différents moments, et manger des collations plus souvent que les autres enfants, mais cela ne l'empêche pas de suivre les cours d'une façon pratiquement normale, le diabète ne diminue pas les capacités intellectuelles et sportives, l'enfant diabétique peut participer à toutes les activités; sport, promenade...etc (Ernould.CH, 2001, 199).

A l'école, l'ensemble des cas portent un intérêt aux activités scolaires, mais actuellement leurs résultats restent juste moyens, à singulier que YASMINE présentait des difficultés de concentration en classe.

Parallèlement à la famille, l'école contribue en partie au processus de socialisation de l'individu, l'enfant établit des relations avec ses camarades, ces premières relations lui sont très profitables dans la mesure où elles lui permettent d'apprendre les principes de respect mutuel, de collaboration, de la manifestation d'autorité et de soumission.

L'enfant atteint du diabète peut ressentir certaines différences par rapport à ses camarades, il doit mesurer sa glycémie et suivre son régime, cela peut provoquer chez lui un sentiment de gêne, parfois de honte et d'infériorité, de ce fait, les relations de ce dernier avec ses pairs peuvent être entravées.

Dans leurs rapports avec les pairs, le comportement des cinq cas différaient, AIMED préférait s'isoler, et n'entre pas en conflits avec ses camarades, YASMINE est moins intégrée, semble avoir des tendances agressives envers ses pairs, par contre SAMIRA s'intègre facilement dans un groupe d'enfants mais manifeste une jalousie et entre en conflits avec eux, IMENE et YANIS sont bien intégrés et entretiennent de bonnes relations avec leurs pairs, ils sont appréciés par ces derniers et rarement où ils entrent en conflits avec eux.

Nous constatons ainsi que quatre cas des enfants sélectionnés font preuve d'une intégration et coopération avec leurs pairs, ce qui reflète leur score obtenus dans les interactions sociales, à l'exception de YASMINE qui est moins intégrée, elle obtient ainsi un score faible.

Toutefois les résultats obtenus concernant les interactions sociales avec les adultes n'ont pas été marqués par une différence significative, à la présence de ces derniers, les enfants demeuraient calmes, respectueux et obéissants, à l'exception de SAMIRA qui est parfois indifférente aux consignes des autres.

Les comportements positifs manifestés chez la totalité des cas indiquent la présence de certaines compétences sociales, elles sont généralement associées à l'expression d'habiletés positives qui sous-tendent une bonne adaptation, c'est-à-dire des comportements indiquant un bon ajustement, une flexibilité, et la plupart du temps, des patrons pro sociaux d'adaptation.

A partir des résultats obtenus, les cinq cas ont un niveau moyen sur l'échelle de compétences sociales; comme le cas de IMENE et YANIS qui font preuve d'enthousiasme lors des jeux et activités de groupe, ils sont appréciés par leurs camarades et les adultes, SAMIRA paraît généralement confiante et s'intègre facilement dans un groupe d'enfants, AIMED et YASMINE malgré leur manque d'intégration dans le milieu scolaire, acceptent de coopérer avec leurs camarades lorsque l'enseignant le leur demande.

Cependant, les scores de problèmes intériorisés montrent que IMENE, YASMINE et YANIS, éprouvent quelques difficultés, leurs scores obtenus sur cette échelle sont faibles, ils présentent des difficultés d'ordre affectif; certains sont craintifs, évitent les situations sociales et s'isolent, d'autres sont moins organisés et cherchent la présence constante de l'enseignant en classe. En revanche, les deux cas restant obtiennent un score normatif sur cette échelle, à savoir AIMED qui est autonome, capable de s'organiser seul et SAMIRA qui est bien intégrée dans le groupe.

Nous retrouvons trois cas parmi les cinq qui présentent des difficultés comportementales, se traduisaient en partie par leurs scores relativement faibles sur l'échelle de problèmes extériorisés, ce qui explique les tendances agressives de SAMIRA envers ses pairs. YASMINE manifeste une forte rivalité avec sa sœur, a tendance à

menacer les autres enfants et AIMED qui n'accepte pas de coopérer que lorsque l'enseignant le lui demande et semble parfois contrarié.

En revanche, deux cas restants (IMENE et YANIS) se situent dans la moyenne sur cette échelle, ils présentent peu de difficultés comportementales, acceptent les compromis et évitent les conflits avec leurs pairs.

Ce que nous constatons à partir de ce qui précède est que l'adaptation générale de la plupart des enfants (4/5) est à la limite de la moyenne, alors que chez le reste des cas (1/5), celle-ci est faible.

Le comportement social de la totalité des cas témoigne, mais à des degrés différents, de la présence de certaines compétences sociales attendues à leur âge, mais tous présentent aussi des difficultés à ce niveau. Certaines sont observées chez la totalité des cas, celle-ci sont d'ordre comportemental et bien extériorisées, d'autres sont spécifiques à certains cas.

Au niveau comportemental, les enfants paraissent agressifs à l'égard des pairs, mais cette manifestation garde son aspects normal, vu son intensité, quant à sa persistance, cela nécessitera un suivi plus long et plus systématique de ces enfants.

Une certaine irritabilité à été également observée chez certains enfants (2/5) lorsqu'ils sont confrontés à une quelconque frustration ou contrariété.

Par ailleurs nous avons remarqué que d'autres enfants (2/5) réclamaient souvent la présence de l'adulte (enseignants, assistantes maternelles) lors de certaines activités, même quand cela ne s'avérait pas vraiment nécessaire.

Ces mêmes enfants avaient du mal à prendre souvent des initiatives, à aller facilement vers de nouvelles personnes. Ainsi, la présence de l'adulte familial en tant qu'objet d'étayage est importante

pour que ces enfants puissent se sentir en toute sécurité dans un milieu nouveau et face à des personnes étrangères.

Ces comportements ne peuvent prendre sens bien évidemment que si nous nous renvoyons en partie aux attitudes parentales à l'égard de chaque enfant, la manière de répondre à ses besoins et à ses demandes, avant la maladie, mais aussi après, à signaler ici que les conduites des parents ont considérablement changé suite à la découverte de la pathologie, devenant plus attentionnés, surprotecteurs et même parfois permissifs, ne posant pas les limites nécessaires au bon développement de l'enfant.

Pour conclure, nous pouvons dire qu'il nous est difficile, compte tenu des données disponibles, de dégager des caractéristiques socio-affectives des enfants sur lesquels porté notre étude, et cela pour de multiples raisons, d'une part la durée consacrée à l'observation était relativement courte (6 à 8 observation par cas), car seulement une observation minutieuse et systématique, à moyen et à long terme pourrait nous permettre de préciser des caractéristiques propres à ces enfants diabétiques, et d'autre part les comportements manifestés ne peuvent être uniquement reliés au fait qu'ils soient atteints de cette pathologie, mais à d'autres éléments d'ordre psychoaffectif relevant de l'histoire de chaque cas.

Conclusion générale.

Le diabète insulino-dépendant est la maladie endocrinologique la plus fréquente chez l'enfant, elle implique néanmoins de nombreuses contraintes qui entraînent des bouleversements profonds dans la vie de l'enfant et de son entourage familial. L'enfant, l'adolescent et plus tard l'adulte, devra faire des injections d'insuline quotidiennes et surveiller son alimentation et son taux de sucre dans le sang. La rigueur du traitement et l'importance de la surveillance n'épargnent pas non plus les parents en charge de veiller à l'équilibre somatique de leur enfant.

L'apparition du diabète bouleverse donc à la fois la vie de l'enfant et celle de ses parents, en venant modifier en profondeur la vie quotidienne et la dynamique familiale. Il n'est pas seulement un enjeu de santé, mais également un enjeu de développement social et affectif de l'enfant atteint, ce dernier peut éprouver des difficultés accrues à nouer des relations, et cela peut limiter ses occasions d'interaction avec ses pairs et faire obstacle à sa scolarisation et activités, toutes deux importantes pour assurer son développement social optimal. Les obstacles qui s'opposent au développement social de l'enfant peuvent également avoir des répercussions sur son état affectif.

Le but de notre recherche est de décrire le profil socio-affectif des enfants diabétiques.

La démarche utilisée se situe dans une approche singulière de l'individu, celle-ci étant fondée sur l'étude de cas, dans le but de décrire les caractéristiques des interactions sociales des enfants ainsi que l'expression de leur affectivité.

Notre étude a été réalisée dans quatre établissements primaires, situés à la ville de Bejaia et d'El kseur, le choix de notre population

d'étude s'est porté sur des enfants diabétiques âgés de 5 à 6 ans, scolarisés en préscolaire et en première année primaire.

Les outils d'investigation utilisés dans notre recherche sont le test du profil socio-affectif, qui avait pour but d'évaluer l'adaptation socio-affective des enfants, et l'entretien semi directif dont l'objectif était de recueillir un ensemble d'informations sur les cas.

A la lumière des données recueillies, l'hypothèse qui stipule que les enfants diabétiques ont un profil socio-affectif particulier ne peut être confirmée.

Liste bibliographique

Liste bibliographique

Ouvrages

1. ALBARELLO.L, (2003), Apprendre à chercher : l'acteur social et la recherche scientifique, Bruxelles, De Boeck, 197p.
2. ARMENGOUD.D, (2003), Pédiatrie, Bruxelles, De Boeck, 561p.
3. ASSAILLY.J.P, (2007), Jeunes en danger (les familles face aux conduites à risque), Paris, Imago, 248p.
4. BAGGIO.S, (2006), Psychologie sociale : concepts et expériences, Bruxelles, De Boeck, 222p.
5. BENSENOUCI.A, MAZOUNI.M, (2004), Eléments de pédiatrie, Alger, Office des publications universitaires, 775p.
6. BIGRAS.N, LENAY.L, (2012), Petite enfance, services de garde éducatifs et développement des enfants, Québec, PUQ, 403p.
7. BIOY.A, FOUQUES.D, (2002), Manuel de psychologie de soin, Paris, Bréal, 317p.
8. BUYSSCHAERT.M, (2006), Diabétologie clinique, Bruxelles, De Boeck, 180p.
9. DELDIME.R, VERMEULEN.S, (2004), Le développement psychologique de l'enfant, Bruxelles, De Boeck, 248p.

10. DERET.D, DANIS.A, (1998), Enfants, adolescents: approches psychologiques, Paris, Bréal, 239p.
11. DRUART.D, WAELPUT.M, (2009), Coopérer pour prévenir la violence, Bruxelles, De Boeck, 164p.
12. DUMAS.J.E, (1995), Profil socio-affectif (PSA), Paris, ECPA, 67p.
13. ERNOULD.CH, (2001), Guide du jeune diabétique, Bruxelles, SPRL, 268p.
14. FERNANDEZ.L, (2005), La recherche en psychologie clinique, Paris, Armand colin, 177p.
15. GASSIER.J, ROSE.C, (2012), Mémo-fiches auxiliaire de vie sociale, Paris, Masson, 304p.
16. GIOVANNINI.D, (1988), Psychologie et santé, Bruxelles, Pierre Mardaga, 234p.
17. GOHIER.CH, (2007), Identités professionnelles d'acteurs de l'enseignement, Québec, PUQ, 316p.
18. GORCHOV.G, PAPO.T, (2000), Immunologie, Paris, Doin, 487p.
19. GOSLING.P et al, (1996), Psychologie sociale : l'individu et le groupe, Paris, Bréal, 220p.
20. HELEN.B et BOYD.D, (2003), Psychologie du développement, Bruxelles, De Boeck, 328p.
21. HUBER.W, (1987), La psychologie clinique aujourd'hui, Bruxelles, Pierre mardaga, 326p.

22. KOUALOU-KIBANGO.S, (2014), L'enseignement dans la communauté éducative d'école catholique, Paris, Pubilibook, 132p.
23. KREMP.L, (2007), Puériculture et pédiatrie, Paris, Lamarre, 1566p.
24. LACOMBE.J, (2006), Approche théorique et activité corporelle, le développement de l'enfant de la naissance a 7 ans, Bruxelles, De Boeck, 224p.
25. MALLET.P et al, (2003), Psychologie du développement, enfance et adolescence, Paris, Belin, 173p.
26. LEHALLE.H, MELLIER (D), (2005), Psychologie du développement enfance et adolescence, cours et exercices, Paris, Dunod, 434p.
27. MAREAU.CH, VANCH DREYFUS (A), (2004), L'indispensable de la psychologie, Paris, Stydyrama, 223p.
28. MARTY.F, (2002), Le lien et quelque unes de ses figures, Paris, PUR, 262p.
29. MENAT.E, (2005), La diététique du diabète, Paris, Alpen, 95p.
30. NATHALIE.S et al, (2010), Des modèles de service pour favoriser l'intégration scolaire, Québec, PUQ, 363p.
31. PAPALIA.D.E et al, (2010), Psychologie du développement humain, Bruxelles, De Boeck, 482p.
32. PERLEMUTER.G, (2002), Endocrinologie, diabétologie, nutrition, Paris, Estem, 409p.

33. PRETEUR.Y, DE LEONARDIS.M, (1995), Education familiale, image de soi et compétences sociales, Bruxelles, De Boeck, 286p.
34. REUCHLIN.M, (2002), Les méthodes en psychologie, Paris, PUF, 128p.
35. REYMOUND-RIVIER.B, (1997), Le développement social de l'enfant et de l'adolescent, Bruxelles, Pierre Mardaga, 212p.
36. ROCHICCIOLI.P et all, Actualité en endocrinologie, Paris, Masson, 2001, 446p.
37. SAHUC.C, (2006), Comprendre son enfant, Paris, Studyrama, 207p.
38. SALOMÉ.J, (2003), Relations d'aide et formation à l'entretien, Paris, Presse université septentrion, 242p.
39. SAMACHER.R, (2005), Psychologie clinique et psychopathologie, Paris, Bréal, 446p.
40. SHIOSE.Y, (1995), Les loups sont ils québécois ; les mutations sociales à l'école primaire, Québec, Presse Université Laval, 224p.
41. TAVAKOLI.M, (2011), Le jeu chez l'enfant, Paris, Publibook, 125p.
42. TOURETTE.D, GUIDETTI (M), (2008), Introduction à la psychologie de développement, Paris, Armand colin, 191p.
43. VITARO.F, GAGNON.C, (2000), Prévention des problèmes d'adaptation chez les enfants et adolescents, Québec, PUQ, 529p.

44. ZAUCHE-GOUDRON.CH, (2002), Le développement social de l'enfant, Paris, Dunod, 115p.

Dictionnaires

1. BLOCH.H et al, (1992), Le Grand dictionnaire de la psychologie, Paris, Larousse, 1067p.
2. DOMART.A et BOURNEUF.J, (1990), Nouveau Larousse médical, Paris, Larousse, 1142p.

Revue

1. BAILLY.R, (2001), «Le jeu dans l'œuvre de D.W.Winnicott», Enfance et psychologie, Paris, n°15, pp.41-45.
2. CARIGNAN.P, (1994), «Petit à petit», Publication des services de garde à l'enfance, Québec, volume 13, pp.4-18.
3. FERRARI.P, EPELBUM.C, (1993), «Réactions psychologiques à la maladie chez l'enfant», Psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Paris, n° 53, pp.443-45.
4. HOUDAN.J, (2006), «Le père des enfants diabétiques est t-il en sucre ?», Le journal du psychologue, Paris, n°234, pp.66-69.

Thèses

1. BOUKEROU.A, (2010), Emergence du fonctionnement de résilience chez l'enfant abandonné, Thèse de l'université de Constantine, sous la direction de Sellahi.F.Z, 223p.
2. VACHON.J.Y, (1984), Le concept de soi des l'enfant diabétiques, Thèse de l'université de Québec, 106p.

Sites Web

1. BRINK.J, (2011), Le diabète de l'enfant et de l'adolescent, consulter le site : www.changindiabètesaccess.com.
2. DURON.F et coll, (2006), Endocrinologie, consulter le site : www.chups.jussieu.fr/polys/endocrino/poly/endocrino.pdf
3. FRIEDMAN.S, (1999), Diabète insulino-dépendant, stress et troubles psychiatriques, consulter le site : psychodoc-fr.broca.inserm.fr.
4. GOUSSARD.J.P, (2000), La méthode clinique, consulter le site : www.qpratoool.com/staps.performance/methodeclinique.pdf.
5. GRIMALDI.A, (2000), Diabétologie, consulter le site : www.chups.jussieu.fr/polys/endocrino/poly/endocrino.pdf.
6. NICOLE.S, (2008), Diabète sucré 1 et 2 de l'enfant et de l'adolescent, consulter le site : www.medicine.ups-tlse.fr.

7. ROGER.E, JOEL.Z, Etude sur la socialisation des enfants handicapés intégrés à l'école primaire, consulter le site : www.ladocumentationfrancaise.fr.

8. VEQUAD.A, (2007), La place de l'éducateur dans la relation parent enfant, consulter le site : www.memoireonline.com.

Annexes

Annexe 1

Annexe 2