

La souffrance psychologique des parents d'un enfant diabétique : quel profil anxio-dépressif ?

Mohamed Habib Aoun(1), Rayhane Boukhchina(1), Mouna Abbes(2), Latifa Ghanmi(2)

(1)Service de psychiatrie, Hôpital Tahar Sfar, Mahdia, Tunisie

(2)Service de psychiatrie, Hôpital Régional de Gabès, Tunisie

INTRODUCTION

La survenue du diabète chez un enfant ne peut être vécue comme une situation banale. L'impact sur la vie familiale, sociale et psychique implique nécessairement des adaptations de la part de l'enfant et de ses parents[1].

OBJECTIF

Nos objectifs étaient d'explorer la souffrance psychologique des parents des enfants atteints de diabète, de dresser leur profil anxio-dépressif.

METHODES

❖ Nous avons mené une étude transversale et descriptive auprès de 40 parents, accompagnant leurs enfants atteints de diabète, à leurs rendez-vous à la consultation de pédiatrie et au service pédiatrie de Gabès, Tunisie.

❖ Nous avons utilisé une fiche préétablie contenant les données sociodémographiques des enfants et des parents, les données concernant la maladie et l'échelle de dépression et d'anxiété (échelle HAD).

RESULTATS

❖ Les parents étaient généralement des adultes jeunes (38 ans en moyenne), mariés (100%) et 37,5% avaient un niveau d'étude universitaire.

❖ Parmi les parents enquêtés, 85 % étaient pratiquants, 10% avaient un abus d'alcool et 30% étaient tabagiques.

❖ Dans 55% des cas, le diabète a été découvert chez l'enfant avant l'âge de 5 ans.

❖ Selon les parents, 70% des enfants souffraient de difficultés psychologiques, 30% avaient des difficultés scolaires et 20% avaient des difficultés relationnelles.

❖ L'analyse des scores de l'échelle HAD a montré que 52% des parents avaient une symptomatologie anxieuse certaine et 37,5% avaient une dépression.

❖ Parmi les parents, 80% ont déclaré qu'ils n'avaient pas des connaissances suffisantes sur le diabète.

Tab1. Caractéristiques socio-démographiques des parents

Paramètre	Pourcentage/moyenne
Âge moyen des parents	38 ans
Statut social : mariés	100%
Niveau d'étude	
Primaire	25%
Secondaire	22,5%
universitaire	37,5%
Habitudes de vie :	
Pratiquants	85%
Tabagiques	30%
Alcooliques	10%

Prévalence de la dépression

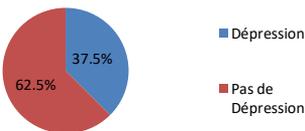


Fig1. Répartition des parents selon la prévalence de la dépression

Prévalence de l'anxiété

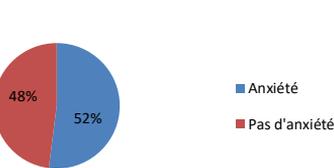


Fig2. Répartition des parents selon la prévalence de l'anxiété

DISCUSSION

❖ Un enfant atteint de DT1 doit suivre un plan de traitement structuré à vie. Le traitement et le matériel de suivi, associés aux besoins quotidiens, peuvent être très lourds à supporter sur le plan financier et émotionnel, que ce soit pour l'individu ou pour l'ensemble de la famille selon la Fédération Internationale du Diabète [2]. La maladie apparaissant au cours de l'enfance, les parents sont les plus grands acteurs et détiennent la plus grande part de responsabilité dans la prise en charge du DT1 durant cette période[3]. La maladie de l'enfant ainsi que sa prise en soin auront un impact direct sur la qualité de vie des parents[4]. La mise en lien des six études démontre que l'impact de la maladie touche la qualité de vie de tous les parents d'enfant vivant avec un diabète de type 1. Cet impact est néanmoins différent d'un individu à l'autre [4].

❖ La maladie chronique qu'est le diabète de type 1 implique que l'aide des parents sera prolongée, ce qui peut conduire à un large éventail de risques pour leur santé y compris des risques psychologiques, physiques et sociaux. Concernant les risques psychologiques, ils impliquent des émotions dont la chronicité pourrait se révéler dangereuse. On y retrouve le stress, la culpabilité, la peur de perdre le contrôle, l'impuissance, le manque de confiance en soi, la frustration, le renoncement à la vie personnelle, l'anxiété, la peur et la dépression [5]. Dans notre étude, on a estimé que 52% des parents avaient une symptomatologie anxieuse certaine et que 37,5% avaient une dépression.

❖ Boogerd & al. (2015) et Wennick & al. (2009) confirment que les besoins en enseignement sont présents tout au long de la prise en charge de l'enfant atteint de DT1. Ces besoins changent d'un individu à l'autre et d'un moment à l'autre. Dans notre étude, 80% des parents ont déclaré qu'ils n'avaient pas des connaissances suffisantes sur le diabète[4,6,7].

❖ L'éducation thérapeutique fait partie intégrante du traitement du DT1, puisqu'elle permet de développer chez les parents et l'enfant des compétences de soins, une promotion de l'adaptation, ainsi que d'élargir le contrôle sur la maladie et de favoriser la qualité de vie [4]. Dans notre étude, 80% des parents ont déclaré qu'ils n'avaient pas des connaissances suffisantes sur le diabète. Il est important, pour être en mesure de prendre soin de l'enfant, que les parents prennent soin d'eux mêmes. Le bien-être de leur enfant dépend directement du leur. Ainsi, il faut s'assurer que les besoins des parents sont satisfaits et qu'ils obtiennent le soutien nécessaire pour maintenir un sentiment de bien-être dans tous les aspects de leur vie [3,5].

❖ Selon Moreira & al., quand la famille et les professionnels sont plus soutenant, l'impact de la maladie sur la famille est moins négatif et leur procure ainsi une meilleure qualité de vie. En adoptant la vision de Roy, le soutien peut être placé dans le mode de l'interdépendance. Cependant les autres modes peuvent aussi être considérés. En partageant leurs émotions, leur expérience et en prenant part aux décisions, les besoins présents dans les modes de la fonction de rôle et de l'estime de soi pourraient être satisfaits. Les besoins du mode physiologique concernant la prise en soin de la maladie de l'enfant ou le maintien de l'énergie des parents pourrait également être améliorés par une prise en charge adaptée et individualisée[8].

CONCLUSION

Cette étude révèle des taux élevés d'anxiété et de dépression chez les parents des enfants diabétiques et un manque des connaissances concernant la maladie. D'où l'intérêt de l'éducation thérapeutique. !

REFERENCES

1. Fédération Internationale du Diabète. (2015). Atlas du DIABETE de la F.I.D. Brussels : International Diabetes Federation. Accès <https://www.idf.org/composition/attachements/attachements/11014-01/8&ai=indo-wkload>
2. Georroy, L. & Gonther, M. (2012). Le diabète chez l'enfant et l'adolescent. Montréal : Éditions du CHU Sainte-Justine
3. <http://dx.doi.org/10.3937/Rev-Ter-Saude-Du-Sud-Francois...2017.pdf>
4. Giraudet, J.-S. & Carrière-Kullien, I. (2016). Comment aider ses proches sans y laisser sa peau : 8,3 millions d'aidants et moi, et moi, et moi. Paris : Robert Laffont.
5. Bongers, E. A., Maas-van Schaick, N. M., Noordam, C., Marks, H. J. G., & Verhaak, C. M. (2015). Parents' experiences, needs, and preferences in pediatric diabetes care: Suggestions for improvement of care and the possible role of the Internet. A qualitative study. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 20(3), 218-229. Accès <https://doi.org/10.1111/jspn.12110>
6. Wennick, A., Lundqvist, A., & Hallström, I. (2009). Every Day: Experience of Families Three Years after Diagnosis of Type 1 Diabetes in Children: A research paper. *Journal of Pediatric Nursing*, 24(3), 222-230. Accès <https://doi.org/10.1016/j.pedn.2008.02.008>
7. Moreira, H., Freitas, B., Bulinger, M., & Carneiro, M. C. (2013). Caring for a child with Type 1 diabetes: Links between family cohesion, perceived impact, and parental adjustment. *Journal of Family Psychology*, 27(5), 731-742. Accès <https://doi.org/10.1037/a0034198>
- 8.