

Influences de la précarité sur le diabète de type I à l'adolescence

Alexis Mandelcwajg

▶ **To cite this version:**

Alexis Mandelcwajg. Influences de la précarité sur le diabète de type I à l'adolescence. Médecine humaine et pathologie. 2018. dumas-01845988

HAL Id: dumas-01845988

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01845988

Submitted on 20 Jul 2018

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

MEMOIRE POUR L'OBTENTION DU DIPLÔME INTER-UNIVERSITAIRE DE MEDECINE ET SANTE DE L'ADOLESCENT

INFLUENCES DE LA PRECARITE SUR LE DIABETE DE TYPE 1 A L'ADOLESCENCE

Dr Alexis MANDELCWAJG, pédiatre, praticien hospitalier Hôpital Delafontaine, Saint Denis (93200)

DIRECTEUR DE MEMOIRE : Dr Jean-Pierre BENOIT, pédopsychiatre, Hôpital Delafontaine, Saint Denis (93200)

Directeur d'Enseignement : Pr Priscille GERARDIN

Responsable pédagogique des mémoires : Pr Bernard BOUDAILLIEZ

Coordonnateurs d'Enseignement : Pr Philippe DUVERGER et Pr Daniel MARCELLI

Année 2017-2018

CURRICULUM VITÆ

1. TITRES UNIVERSITAIRES et TITRES HOSPITALIERS

2001-2003 **Assistant - Chef de Clinique** Hôpital d'Enfants Brabois (Nancy)
2002-2004 **DIU de pneumologie Pédiatrique** (2004)
Octobre 2001 **Thèse de Doctorat en Médecine**
Admis au concours de Praticien Hospitalier (Publication JO : 23 fév. 2004)
Avril 2006 **Diplôme de Réanimation Avancée Néonatale et Pédiatrique** (RANP-EPLS)
Décembre 2013 **Diplôme instructeur GIC/RANP** (Generic Instructor Course)

1.1 FONCTION HOSPITALO-UNIVERSITAIRE POST INTERNAT

Du 1er novembre 2003 au 31 octobre 2014 : **Praticien Hospitalier Contractuel puis Praticien Hospitalier** aux Urgences Pédiatriques et Pédiatrie Générale, à l'hôpital d'enfants Armand Trousseau (Paris 12ème), à l'hôpital d'enfants Saint Vincent de Paul puis à l'hôpital Universitaire Necker Enfants-Malades (Paris 15ème)

FONCTION ACTUELLE

Depuis le 1er novembre 2014 : **Praticien Hospitalier** dans le service de Pédiatrie Général, au centre Hospitalier Delafontaine à Saint Denis (93205)

2. ORIENTATION

Soins

- Prise en charge des enfants hospitalisés dans le service de Pédiatrie Général à l'hôpital Delafontaine
- Seniorisation de l'accueil et de la prise en charge des patients des Urgences pédiatriques
- Consultation

Organisation

- Réorganisation du service de pédiatrie et des Urgences du Centre Hospitalier de Saint Denis (ZHTCD, cahier de protocoles, cours ….)
- Responsable de l'enseignement des urgences et de la pédiatrie générale aux internes et externes du service

2.01 Orientations médicales

- Prise en charge des enfants hospitalisés dans le service de Pédiatrie Général à l'hôpital Delafontaine (adolescent, asthme, maladie chronique (diabète, drépanocytose), infectiologie).
- Formateur de Réanimation Avancée Néonatale et Pédiatrique (RANP- EPLS)

2.02 Participation au service de garde

Depuis le 1er nov 2014, 3 gardes mensuelles de senior aux Urgences Pédiatriques de l'hôpital Delafontaine et astreintes de WE

2.1 ACTIVITE D'ENSEIGNEMENT

Nov 2014 : Enseignements théoriques et pratiques du second cycle et premier cycle.
Enseignement des urgences, de la pédiatrie générale et de la réanimation avancée Néonatale et Pédiatrique dans le service aux externes, internes et infirmières et formation pratique aux premiers gestes de réanimation (ventilation et massage cardiaque).
Formation des infirmières et aides-soignantes du service et formation à l'école d'infirmières et à l'école de puéricultrices à reconnaitre l'enfant gravement malade et formation pratique aux premiers gestes de réanimation (ventilation et massage cardiaque).
Depuis mars 2012 : Enseignement du RANP

2.2 ARTICLES ORIGINAUX DANS DES REVUES AVEC COMITE DE LECTURE

- Fièvre méditerranéenne chez un enfant de 3ans. **A MANDELCWAJG**, C MENAGER, G CHERON *Arch pediatr* **2014**; 21 : 396-98
- Underestimation of influenza viral infection in asthma exacerbations :**A MANDELCWAJG**, F MOULIN, C MENAGER, F. ROZENBERG, JF BRASMES, C VALLET, P. LEBON, D. GENDREL *J Pediatr* **2010** Sept ;157(3) :505-06

2.3 ACTIVITE DE SANTE PUBLIQUE

- Investigateur pour le protocole Schizotest
- Investigateur pour le protocole nephrovir 3

3. MEMBRES DE SOCIETES SAVANTES

2010 : Membre du Groupe European Society for Paediatric Infectious Diseases (ESPID)
2005 : Membre du Groupe Francophone du GFRUP

Je remercie le Dr Jean-Pierre BENOIT pour son aide précieuse et bienveillante dans l'écriture ce mémoire.

Je remercie les Pr Priscille GERARDIN et Bernard BOUDAILLIEZ pour l'organisation du DIU mais plus encore pour l'enseignement et la bonne humeur qu'ils ont apportés chaque mois.

Enfin, je remercie tous les enseignants qui m'ont nourri, tant sur le plan intellectuel que sur le plan humain.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION 5

II. MATERIELS ET METHODES 6

II.1. PRESENTATION DU DEPARTEMENT DE SEINE SAINT DENIS 6

II.2. PRESENTATION DE L'HÔPITAL 11

II.3. PRESENTATION DU SERVICE DE PEDIATRIE 12

II.4. PRESENTATION DU SERVICE SOCIAL 15

II.5. CAS CLINIQUES 16

III. DISCUSSION 21

IV. CONCLUSION 33

V. BIBLIOGRAPHIE 34

RESUME 37

I. INTRODUCTION

Le diabète de type 1 est une affection de longue durée, le plus souvent découvert dans l'enfance ou l'adolescence, qui va impacter tous les domaines de la vie, la famille, les relations avec les pairs, la scolarité et les loisirs, perturbant l'organisation établie et entrainant des remaniements psychiques souvent complexes.

L'objectif de ce travail est de s'intéresser aux effets de la précarité sur l'équilibre du diabète de type 1 chez les adolescents que nous recevons à l'hôpital.

Il s'agit d'observer le rôle que peuvent avoir les difficultés sociales et psychiques sur l'équilibre du diabète des adolescents et de s'interroger sur l'impact de cette précarité sur l'évolution de la maladie. Il est souvent établi que l'adolescence en elle-même, par les perturbations psychiques et hormonales auxquelles elle est associée, est une période à risque de déséquilibre de diabète. Nous étudierons de quelle manière la précarité peut-elle fragiliser davantage ces adolescents.

L'objectif secondaire est de montrer comment l'hôpital fait face à la précarité de ces adolescents malades.

Pour cela, nous avons pris l'exemple de 4 cas d'adolescents diabétiques de type 1 suivi à l'hôpital Delafontaine en Seine Saint Denis, et exposés à une précarité sociale, psychique, économique et familiale plus ou moins importante.

Tout d'abord, nous allons définir le terme de « **précarité** ».

La précarité est dans nos exemples est tout d'abord, une **précarité d'ordre sociale**. C'est-à-dire qu'elle se définit par l'absence de sécurité permettant aux individus et aux familles

d'assumer leurs responsabilités élémentaires. Ces individus et ces familles sont dans une situation à risque d'être engagé dans un processus de désinsertion. La précarité se mesure à l'aide d'un score de **précarité individuelle**, d'un score de **précarité de ménage** puis d'un cumul des deux. Lorsqu'elle tend à se prolonger dans le temps, elle conduit le plus souvent à la **pauvreté** [1]. La précarité sociale est étroitement liée à la **vulnérabilité médicale** (22,1% des personnes précaires, sont aussi médicalement vulnérables soit trois fois plus que les personnes non socialement précaires). A noter que les français sont nettement moins vulnérables que les étrangers [1].

II. MATERIELS ET METHODES

II.1. PRESENTATION DU DEPARTEMENT DE SEINE SAINT DENIS

La Seine Saint Denis compte 1 571 028 habitants (Insee 2014). C'est le département métropolitain le plus pauvre. La pauvreté, la délinquance et le chômage battent des records nationaux. Le taux de chômage est de 18% pour les 15-24 ans contre 12 % en moyenne en Ile-de-France et en France. Ce taux atteint 40 % à Stains, 38 % à Aubervilliers, La Courneuve, Saint-Denis ou Villetaneuse [2].

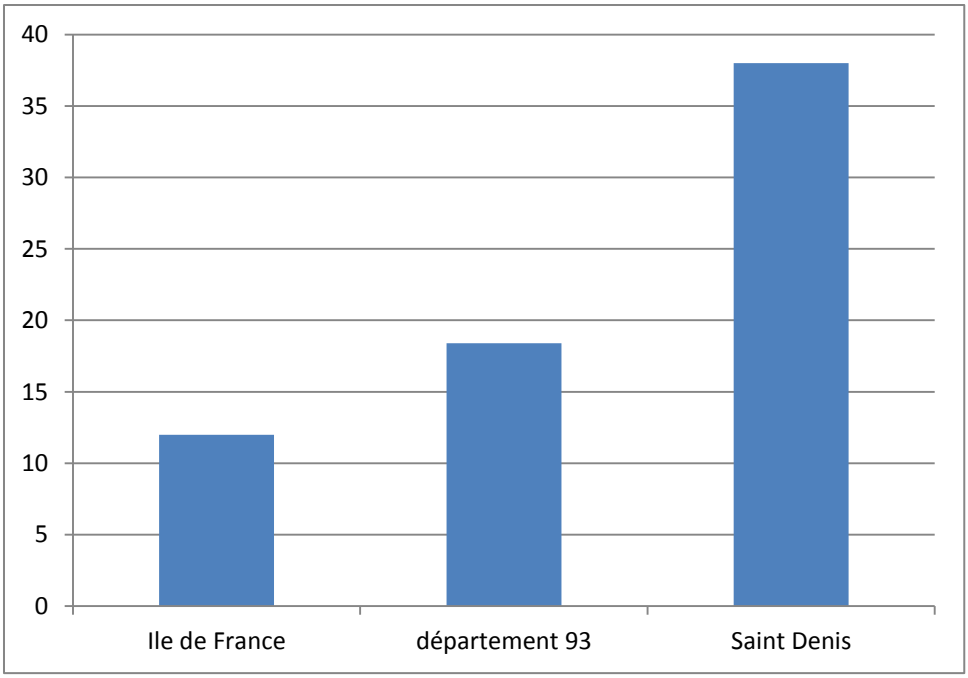


Figure 1: Taux de chômage des 15-24 ans

Avec 1270 euros par mois, en moyenne, les ménages de Seine-Saint-Denis sont les plus modestes d'Ile-de-France ; plus 30 % des ménages vivent sous le seuil de pauvreté [1].

Le revenu annuel moyen des ménages s'élève (selon l'Insee en 2004) à 15 175 euros. Ainsi, l'arrondissement de Saint Denis est le plus défavorisé. La quasi-totalité des villes s'y trouvant cumulent des problèmes (chômage, pauvreté, faible revenus des ménages,...).

L'hôpital Delafontaine est situé dans le département de Seine saint Denis, au centre de la ville de Saint Denis entre les villes de la Courneuve, Stains, Epinay sur Seine, Aubervilliers et Pierrefitte.

Pour mesurer les disparités sociales entre les différents pays du monde puis entre les régions et départements a été créé en 1990, **l'Indice de Développement Humain (IDH).** Cet indice est mesuré à partir de 3 critères :

- Le PIB par habitant

- L’espérance de vie à la naissance
- Le niveau d’éducation.

Il est compris entre 0 (exécrable) et 1 (excellent).

En 2011, le mode de calcul a été modifié puis a été adapté pour l’île de France **(IDH2).** Les résultats de l’IDH2 en 2013 sont très variables avec un écart de l’ordre de 40% entre le niveau le plus élevé et le plus bas. Les valeurs les plus élevées sont observées à Paris et dans les Hauts de Seine (0,64). La valeur la plus basse est en Seine Saint Denis (0,39). A l’intérieur du département de Seine Saint Denis, il existe des disparités avec un IDH2 inférieur à 0,27 pour les communes entourant l’hôpital Delafontaine (Stains, Aubervilliers, Saint Denis, La Courneuve) [3,4].

Depuis 2013, les immigrés sont au nombre de 449 557 habitants et représentent 28,96 % de la population de la Seine Saint Denis, proportion la plus élevée de tous les départements de France métropolitaine (5]. Selon une estimation de la Préfecture, outre 450 000 étrangers en situation régulière, on trouve 150 000 clandestins [5].

C'est au nord-ouest de la Seine Saint Denis que les plus grandes concentrations d’immigrés sont observées. Les communes, (selon les chiffres du recensement de 2013), où le pourcentage des immigrés dans la population est le plus élevé sont La Courneuve (43,36 %), Aubervilliers (42,79 %), Saint-Denis (37,77 %), Pierrefitte-sur-Seine (36,89 %), Villetaneuse (36,41 %), Stains (31,32 %), Épinay-sur-Seine (31,07 %) [5].

Si on compare à la France métropolitaine, on voit que le nombre moyen des immigrés est de 8,98 % alors qu’il est de 18,45% dans la région Île-de-France en 2013 [5].

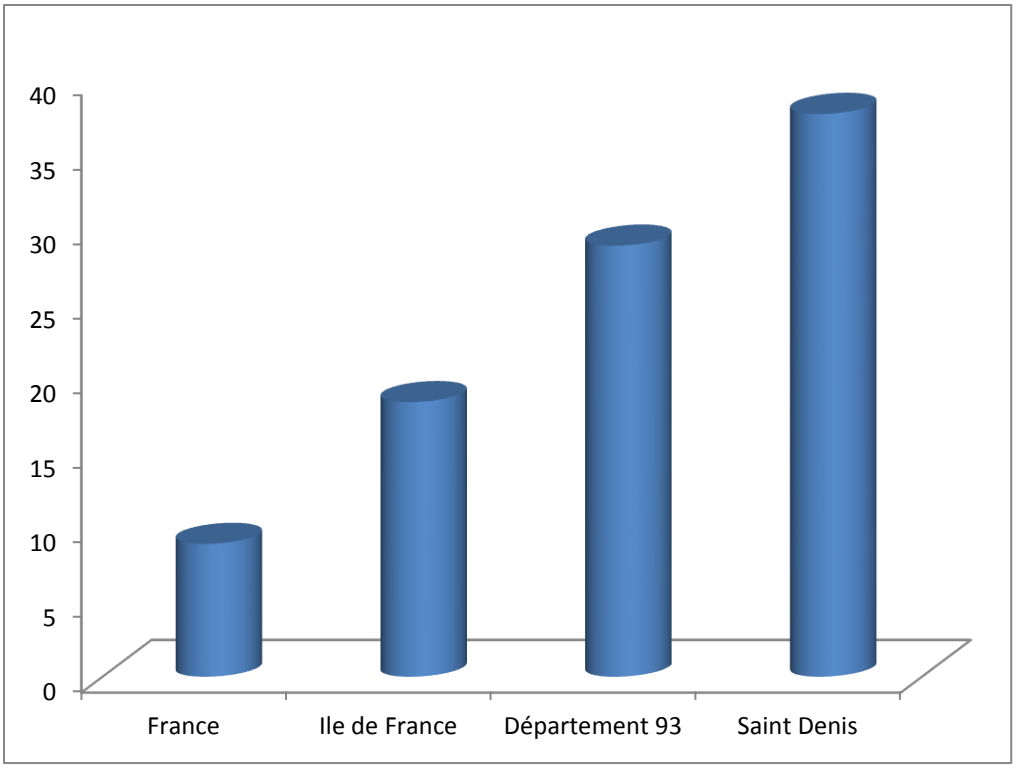


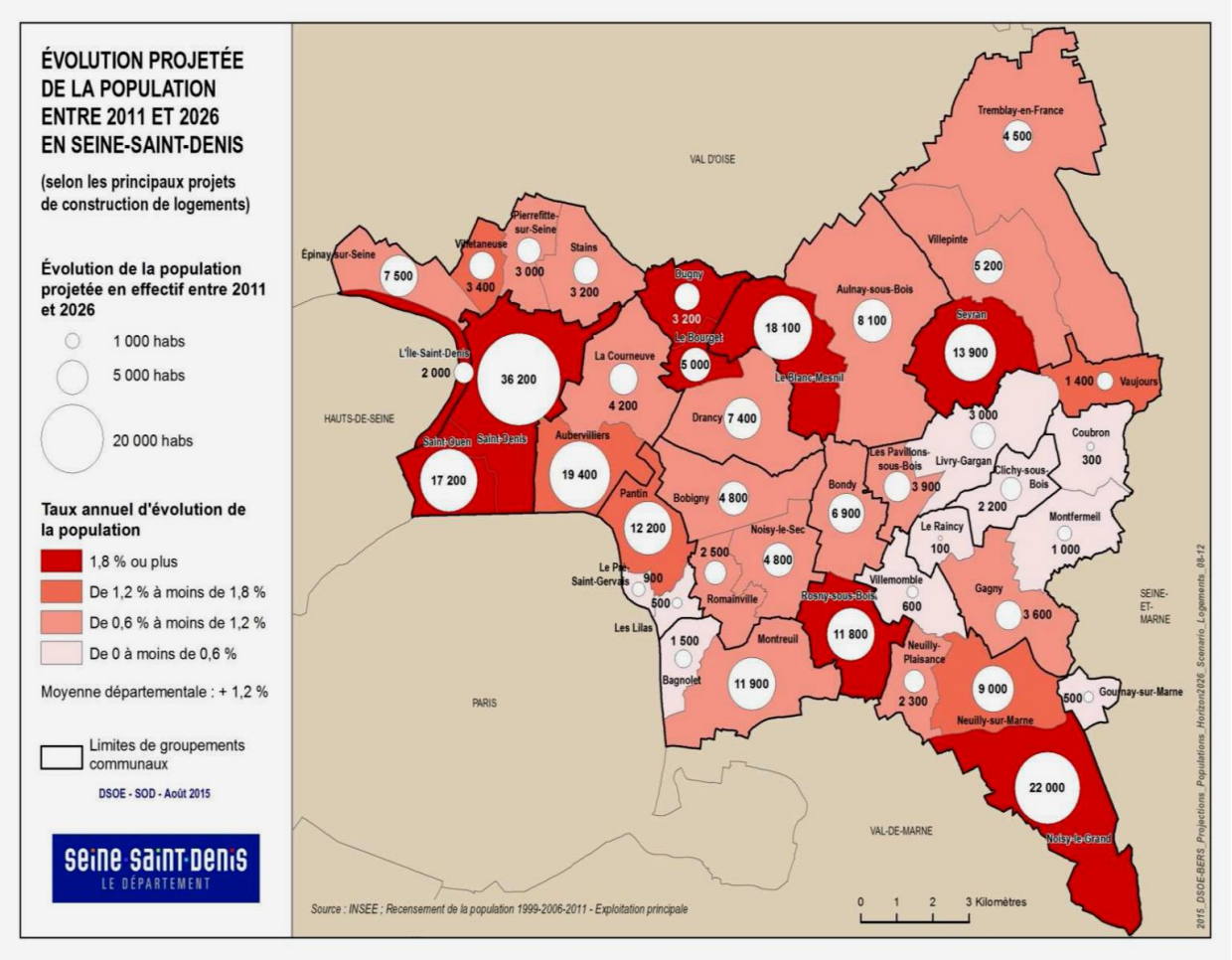
Figure 2 : taux d'immigré (en %)

Il faut prendre en compte un autre facteur : la Seine Saint Denis possède le **taux de fécondité** le plus élevé de France métropolitaine avec 3,50 enfants par femme (contre 2,3 en moyenne en France) [6]. Ceci est notamment dû à la forte proportion d'immigrés (28,9% en 2013), notamment en provenance de pays en développement où la fécondité est relativement plus élevée [7] et les mères sont plus jeunes.

Deux éléments vont découler du taux élevé de fécondité et augmenter la précarité du département.

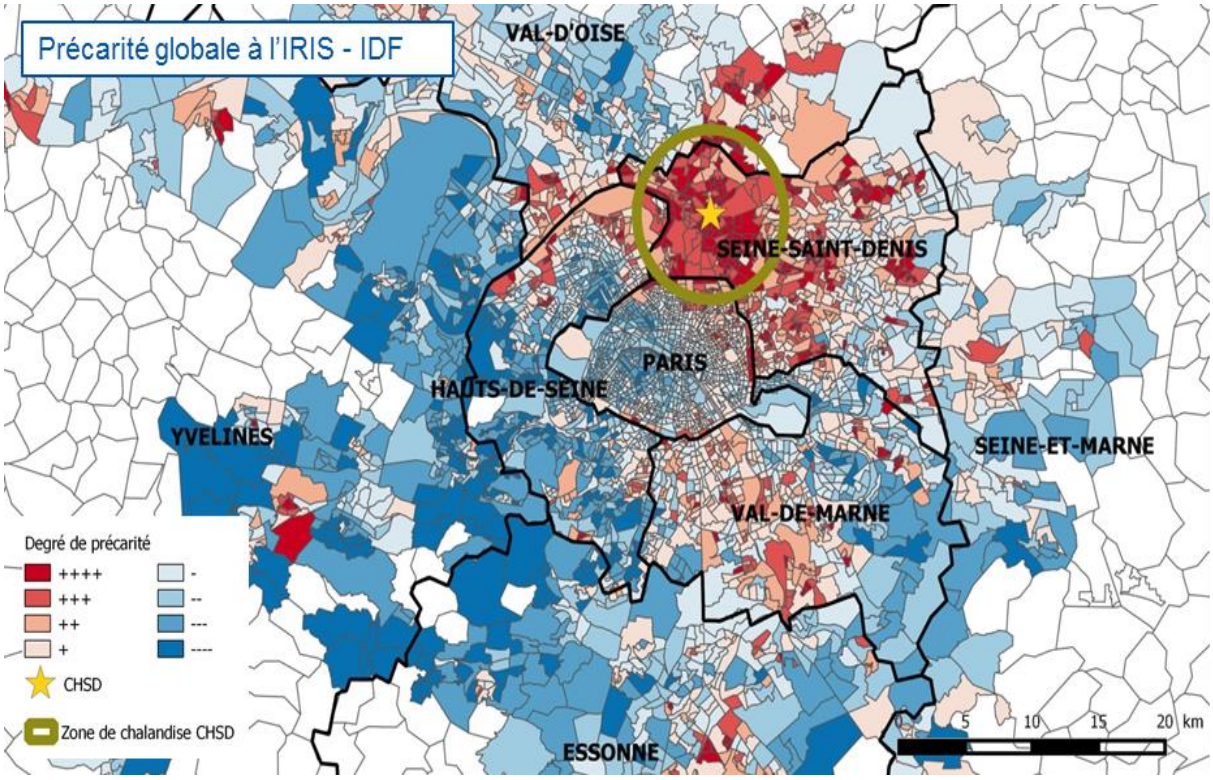
Le premier est que 30% de la population a moins de 25 ans ce qui accroit la précarité. Les jeunes étant généralement plus précaires avec des formations courtes et un taux de chômage plus important [1].

Le deuxième est l'inflation démographique importante qui sature les services publics et sociaux, les services sanitaires, les services scolaires et empêche que l'offre de soins et l'aide pour lutter contre la précarité soient à la hauteur des besoins. L'hôpital Delafontaine est situé sur ces territoires à forte croissance démographiques. Le personnel hospitalier ne peut répondre aux nombreuses demandes de soins et d'assistantes sociales en raison d'un budget sous doté.



II .2. PRESENTATION DE L'HÔPITAL :

L'hôpital Delafontaine est situé au cœur du département qui représente la plus grande précarité d'île de France.



Etude des indices de précarité cumulés en IDF, réalisée par le Centre Hospitalier de Saint-Denis, 2017. L'étoile jaune étant le Centre Hospitalier Saint Denis.

L'hôpital est composé de 2 bâtiments avec 12 services d'adultes, une unité de consultations pluridisciplinaires, un service social, un pôle mères-enfants qui comporte une maternité, un service de pédiatrie général et un service de néonatalogie.

Pour faire face à la précarité et à l'augmentation de la population jeune, l'hôpital cherche à s'adapter avec un pôle mère-enfant développé mais encore sous-doté, qui comporte une maternité de niveau 3 avec 4700 naissances par an, une Maison des femmes, et un service de pédiatrie. On y trouve aussi une Maison du bébé, qui appartient au pôle Pédopsychiatrie-addictologie.

II.3. PRESENTATION DU SERVICE DE PEDIATRIE

1- Description du service :

Le service de Pédiatrie de l'hôpital Delafontaine est composé d'un service d'accueil des urgences avec une zone d'hospitalisation de courte durée de 7 lits, d'un hôpital de jour de 4 lits et de deux unités d'hospitalisation médico-chirurgicales ainsi qu'un service de consultations.

Le service des urgences a accueilli environ 36 000 enfants de juin 2016 à juin 2017.

En hospitalisation, l'unité « nourrissons » accueille des enfants jusqu'à l'âge de trois ans et l'unité « grands enfants » accueille des enfants de trois ans à quinze ans et trois mois, toutes pathologies confondues.

Chaque unité comporte 20 lits. 1,5 médecin est en charge de l'unité nourrissons et 2 médecins à temps pleins travaillent dans l'unité grands enfants et adolescents. Un pédiatre temps plein est posté en hôpital de jour. 3 chirurgiens infantiles complètent l'équipe.

Les pédiatres travaillent en collaboration avec une pédopsychiatre de liaison qui est à mi-temps dans le service et 2 psychologues. Les échanges à propos des patients se font lors d'une réunion psychosociale hebdomadaire et d'échanges informels lors des visites. L'équipe de psychologues rencontre systématiquement tous les enfants hospitalisés pour une maladie chronique ainsi que les parents lors de l'annonce diagnostique. Puis, ces derniers sont dirigés vers l'assistante sociale en charge de la pédiatrie.

2- Description de la population pédiatrique hospitalisée dans le service au cours d'une année :

Du 1er juin 2016 au 31 mai 2017, 1513 enfants de 3 ans à 15 ans et 3 mois ont été hospitalisés pour un nombre de séjours hospitaliers de 1682. 169 patients ont eu plusieurs séjours.

Pendant cette période, 160 enfants de plus de 12 ans ont été hospitalisés (soit 10,5 %) pour un total de séjours hospitaliers de 194 soit 11,5% des séjours hospitaliers.

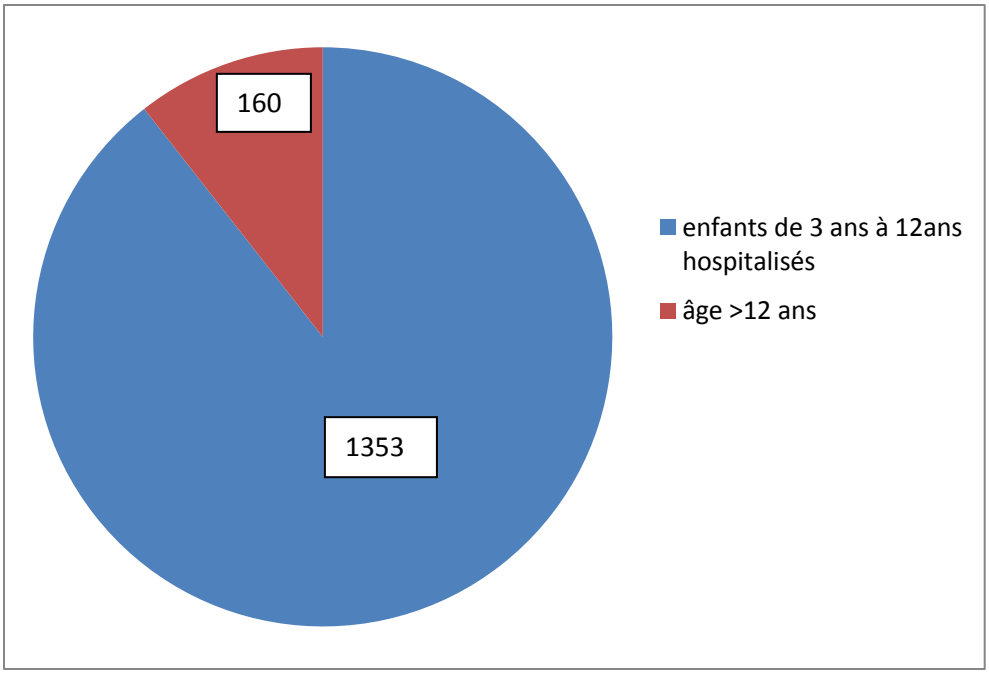


Figure 3: nombre d'enfants de 3 à 15ans et 3 mois hospitalisés de juin 2016 à mai 2017 dans le service de pédiatrie.

Parmi les enfants hospitalisés, le service de pédiatrie prend en charge des patients avec des pathologies chroniques telles que le diabète et la drépanocytose.

Environ 160 enfants diabétiques sont suivis dans le service de pédiatrie et environ 120 enfants drépanocytaires sont suivis.

Durant la période étudiée, 69 hospitalisations d'enfants diabétiques ont eu lieu toutes causes confondues (découverte de diabète acidocétose, vomissements, mise sous pompe…), pour un total de 64 enfants.

Parmi ces 64 enfants, 35 ont plus de 12 ans.

En ce qui concerne les enfants drépanocytaires, 217 ont été hospitalisés (certains plusieurs fois) et 20 ont plus de 12 ans. La majorité a été prise en charge pour une crise vaso-occlusive.

Parmi les enfants de plus de 12 ans hospitalisés dans le service du 1er juin 2016 au 31 mai 2017, 52 ont été amenés à avoir au moins un entretien avec le pédopsychiatre ou le psychologue pendant leur séjour (code Z004 du PMSI) soit 30% des plus de 12 ans. Ils représentent environ une moyenne de 1 nouveau patient par semaine.

Les patients suivis et traités, sont issues de la population locale et donc de nombreux patients sont non francophones et sont aidés par un interprète. Il faut donc tenir compte de la langue d'origine lors de la prise en charge.

II.4. PRESENTATION DU SERVICE SOCIAL

Le service social du Centre Hospitalier est composé de 20 assistantes sociales.

2 d'entre elles sont dédiées au service de pédiatrie, l'une à temps plein et l'autre à mi-temps pour la pédiatrie et à mi-temps pour la néonatalogie.

Le service social est situé géographiquement à l'entrée de l'hôpital pour être visible et facilement accessible par les patients.

II.5. CAS CLINIQUES

Nous avons étudié le cas de 4 adolescents diabétiques de type 1 suivi à l'hôpital Delafontaine en Seine Saint Denis.

Cas clinique n°1

Sheyma, est hospitalisée régulièrement dans notre service pour des ruptures de traitement.

Le diagnostic de diabète a été porté en mai 2016, à l'âge de 14,5 ans.

Ses deux parents sont d'origine marocaine, sans notion de consanguinité. Ils ont divorcé à sa naissance. Elle vit avec sa mère dans un HLM de 2 pièces. Sa mère dort dans le salon et Sheyma dans l'unique chambre de l'appartement.

Actuellement elle est en classe de troisième et est en échec scolaire avec un absentéisme important et plusieurs exclusions cette année.

Sa mère est auxiliaire de bloc opératoire. Sheyma a très peu de contact avec son père. Sheyma raconte lors des entretiens que sa mère n'a pas d'amis, qu'elle reste à la maison quand elle sort du travail ; Elle-même sort peu, n'a pas d'activité extrascolaire à part descendre en bas de l'immeuble « pour trainer ». Elle dit cacher à ses quelques amies sa maladie.

Depuis l'annonce du diagnostic, Sheyma adhère peu au traitement prescrit. Elle juge le régime alimentaire et l'insulinothérapie trop contraignants.

Une mise sous pompe à insuline, a rapidement été proposée pour faciliter la prise en charge sans succès.

Sheyma est hospitalisée régulièrement et rencontre à chaque hospitalisation les psychologues et la pédopsychiatre du service. Elle dit « j'en ai marre », « ça ne sert à rien de me traiter ».

Lors de la dernière hospitalisation en mai 2017, à, l'âge de 15,5 ans, et après 1 an de prise en charge, Sheyma a de nouveau rencontré l'équipe de psychologues. Elle a pu regagner son domicile avec un traitement par injections d'insuline et surtout une demande pour une hospitalisation en internat thérapeutique « pour l'aider à s'en sortir ».

Malheureusement, elle a été « perdue de vue » et a été hospitalisée en urgences en février 2018 avec un taux d'hémoglobine glyquée à 18,8%.

Cas clinique n°2

Melany, 16,5 ans, a été hospitalisée dans notre service en mars 2017 pour la prise en charge d'une acidocétose après arrêt volontaire de l'insulinothérapie par la pompe.

Elle est diabétique de type 1, depuis l'âge de 14 ans. Elle est actuellement en classe de seconde et est bonne élève.

Les deux parents sont d'origine Cap-Verdienne. Le père est en situation régulière sur le territoire français et est manutentionnaire. La mère est en situation irrégulière et est sans profession.

Melany est arrivée en France à l'âge de 11 ans en 2012 et a vécu un an avec son père et ses sœurs avant l'arrivée de sa mère en 2013. Elle est de nationalité Cap-Verdienne. Elle est en situation régulière et est rattachée à la sécurité sociale et à la mutuelle de son père.

Pendant 18 mois, Melany a suivi son traitement par injections d'insuline avec un équilibre glycémique correct. En juillet 2016, Melany, âgée de 15,5 ans est hospitalisée pour rupture de traitement. Aucune explication n'est alors donnée.

Une mise sous pompe est instaurée pour faciliter la prise en charge et retrouver une adhésion au traitement.

En dépit du changement de prise en charge, le traitement est très peu suivi malgré des consultations régulières.

En février 2017, lors d'une consultation, elle fait part de difficultés familiales, surtout avec son père. En mars, Melany se présente en larmes à la consultation. Elle révèle qu'elle a porté plainte contre son père pour attouchements sexuels depuis 2012. Celui-ci est incarcéré.

Depuis mars 2017, Melany a été hospitalisée à plusieurs reprises dans le service de pédiatrie. Lors différentes hospitalisations, elle a pu rencontrer le pédopsychiatre de liaison et les psychologues ainsi que les assistantes sociales. Melany dit s'être coupée de ses amies ; « elle s'en fout de sa maladie ».

L'incarcération du père de Melany a deux conséquences sociales notables.

Tout d'abord une absence de ressources financières pour l'ensemble de la famille entrainant l'arrêt du paiement des loyers et des autres dépenses de la vie courante. La famille a été expulsée et est maintenant en hôtel social, déplacée régulièrement.

Mais aussi, une perte de ses droits sociaux. De ce fait, Melany n'a plus de Sécurité Sociale et en l'absence de ressources financières ne peut plus acheter son traitement.

Le service social de l'hôpital a fait une demande d'Aide Médicale d'Etat qui est encore actuellement en cours. Melany bénéficie d'une aide gratuite de l'hôpital.

La famille vit donc depuis l'incarcération du père dans la précarité. De plus, il est reproché à Melany cette précarité de vie puisque c'est elle qui en est à l'origine par son dépôt de plainte.

Cette précarisation associée au sentiment de culpabilité et une crainte qu'elle a exprimée à plusieurs reprises lors des hospitalisations : voir son père rentrer au domicile rend Melany très vulnérable sur le plan psychique et moral avec une perte de l'estime de soi, une incapacité de se projeter dans l'avenir et une envie de mourir. « Si j'arrête le traitement, je vais mourir ».

Cas clinique n°3

Andrei, 12 ans, a été hospitalisé en octobre 2016. Le diagnostic de diabète de type 1 a été porté lors d'un épisode inaugural d'acidocétose avec œdème cérébral et passage en réanimation ayant nécessité une intubation trachéale pendant 48h.

Andrei est né prématuré à 6 mois de grossesse.

Il est arrivé en France en août 2016 et est d'origine Roumaine. A son arrivée en France, il a vécu avec ses parents et ses 2 frères dans une caravane en un camp de migrants non loin de sa grand-mère paternelle qui est en situation régulière et vit dans un HLM.

Les parents ne parlent pas français et n'ont aucune ressource matérielle. Andrei n'était pas scolarisé.

La prise en charge en réanimation s'est compliquée d'une thrombose veineuse fémorale et iliaque superficielle après la mise en place d'un cathéter.

Lors de la sortie d'hospitalisation du service de pédiatrie, la mise en place du traitement par insuline par voie sous cutanée et le traitement par héparine de bas poids moléculaire ont été extrêmement compliqués en ambulatoire malgré la présence d'une interprète.

Il n'a pas été possible de mettre en place une Hospitalisation à Domicile (HAD) car Andrei n'a pas d'adresse permanente ni de prise en charge sociale.

Andrei et ses parents sont venus toutes les 48h en hôpital de jour récupérer le traitement donné par l'hôpital et bénéficier de conseils de prise en charge.

Dans le même temps, une demande au SAMU Social du 93 a été faite pour un logement en hôtel social à côté de l'hôpital, ce qui a été accordé.

Andrei est vu régulièrement en consultation du fait de la précarité importante. L'équilibre glycémique est correct.

Cas clinique n°4

Kimberley, 14 ans est suivie par le diabétologue depuis l'âge de 7 ans. Elle est d'origine Congolaise.

Ses parents vivent ensemble. Son père est ouvrier et sa mère est femme au foyer. Elle est l'ainée d'une fratrie de 3 enfants. Sa fratrie est bien portante. La famille vit dans un appartement de 3 pièces en HLM.

Elle est en classe de troisième et travaille correctement. Elle bénéficie d'une pompe à insuline depuis 18 mois pour équilibrer son diabète. Depuis la mise sous pompe, le diabète est correctement équilibré. Kimberley est soutenue par ses parents qui l'accompagnent à chaque consultation

Kimberley n'a pas été hospitalisée depuis l'instauration du traitement et est suivie uniquement en consultation.

III. DISCUSSION

Au cours des 30 dernières années, les maladies chroniques telles que, par exemple, le diabète ont pris de plus en plus d'importance dans la médecine de l'adolescent.

L'adolescence est une période de passage entre l'enfance et l'âge adulte. L'enfant se transforme au niveau physique (puberté, croissance, pulsion), psychique (nouvelles

capacités intellectuelles, nouvelles émotions, nouveaux désirs) et social (préparation à la vie d'adulte) avec une autonomisation plus ou moins importante et une émancipation par rapport aux liens infantiles. Ceci est le « schéma classique ».

Or, si la maladie vient perturber cette période de l'adolescence, elle peut induire des retards de développements pubertaires entrainer une dépendance vis-à-vis des parents, du médecin, du pharmacien et être à contre-courant des aspirations d'autonomie des adolescents. Elle va également entrainer une différenciation vis à vis des pairs. L'adolescent aura un sentiment de privation de liberté avec une limitation des processus de découverte et d'expérimentation. Son corps devient un frein.

Les 4 patients diabétiques étudiés sont suivis et traités dans le service. Ils présentent des difficultés sociales (précarité importante), psychologique et l'un des patients a des difficultés de compréhension de la langue française.

La littérature rapporte que l'adolescent diabétique a un déséquilibre glycémique aggravé par la sécrétion accrue de GH et de la diminution de la sensibilité à l'insuline [8] avec des besoins en insuline augmentés. Différentes études rapportent [9-10] que les moyennes d'hémoglobine glyquées (HbA1C) sont en général 1 point plus élevé que dans les autres tranches d'âge. Dans notre étude, Sheyma et Melany (cas n°1 et cas n°2) ont un équilibre glycémique mauvais avec une moyenne d'HbA1C, 2 à 3 points minimum au-dessus de ce qui est attendu. On peut donc émettre l'hypothèse que ce n'est pas seulement la « période adolescence » qui est la cause du déséquilibre mais qu'il faut chercher d'autres causes.

Sheyma et Melany ont un défaut d'observance du traitement. Le défaut d'observance n'est pas propre aux adolescents. Le médecin considère l'adolescent comme encore dépendant de l'équipe soignante et de ses parents, même s'il est l'interlocuteur principal. En effet, Kyngas [11] montre que l'âge n'a plus d'influence quand on compare l'adhésion des adolescents et des adultes à un traitement. Il montre que c'est la compréhension de la maladie et de ses conséquences qui influent sur l'observance du traitement ; comprendre le but du traitement permet de prendre conscience de la nécessité de l'appliquer.

Ces manques d'observances peuvent être bruyants et graves à courtes échéances (acidocétose) ou invisible et tout aussi grave à long terme (rétinopathie diabétique, amputation….).

La complexité du traitement des maladies chroniques est un facteur d'influence fréquemment cité dans la littérature. La fréquence, le nombre et le type de prises médicamenteuses influent sur l'adhésion du sujet. Celle-ci diminue si le traitement nécessite plus de 2 prises par jour [12]. De plus, dans le cas des maladies invisibles [13] la prise du traitement est moins régulière car le patient ne voit pas directement l'intérêt ni les bénéfices (contrairement aux patients asthmatiques où la prise du traitement entraine un bénéfice immédiat).

Pour le diabète, sa seule existence est dans les injections d'insuline, dans la surveillance glycémique et dans les bilans. Ce qui fait la pénibilité et l'importance de la maladie, c'est la contrainte qui va peser sur toute la vie de l'enfant et de l'adolescent. Le diabète est sans cesse mesuré et quantifié. « Combien as-tu de glycémie » remplace le : « Comment vas-tu ? » [14]. Les contraintes sont nombreuses sur le rythme de vie et l'alimentation, la surveillance glycémique, le traitement, la gestion du matériel et la surveillance médicale.

D'où l'intérêt évident au recours à l'**éducation thérapeutique du patient (ETP)** qui pourrait constituer une approche appropriée à la problématique de la mauvaise observance du traitement ou à l'échec thérapeutique. Le but des soignants est d'accompagner l'adolescent vers sa propre autonomie. L'adolescent devient un partenaire incontournable dans la prise en charge de sa maladie au quotidien. Il est alors considéré comme un adulte et la relation entre le soignant et le patient devient une relation d'adulte à adulte. Les sessions d'ETP vont permette aux participants de mieux appréhender, de mieux comprendre la nécessité de se traiter et de pouvoir anticiper les complications de la maladie. Comprendre le but du traitement et avoir confiance dans le bénéfice de celui-ci permettent de prendre conscience de la nécessité de l'appliquer [15,16].

Plusieurs auteurs de sociologie ont montré que le suivi d'un traitement chronique dépend aussi du niveau social [17-20]. Les traitements sont d'autant mieux suivis que le niveau social est élevé [21]. Les auteurs insistent sur le fait que le niveau socio-économique est important mais également l'environnement dans lequel vivent les patients. L'adolescent malade se prendra d'autant mieux en charge s'il a un modèle positif avec des expériences familiales ou de voisinages réussies [22]. Gandhi dans un article paru en 1996, a étudié aux USA la population immigrante jeune latino et asiatique avec un diabète de type 1. Il conclut que 50% des patients diabétiques sont relativement bien équilibrés, mais d'autant plus que la prise en charge sociale (intégration, maitrise de la langue du pays d'accueil, accès à des centres de santé, réseau d'amis ou famille) et l'état psychique et nutritionnel sont de bonne qualité [23]. Anderson dans son étude sur 19 adolescents diabétiques de type 1 en Jamaïque

montre que ceux qui vivent avec le diabète et s'en accommodent sont bien mieux équilibrés que ceux qui rejettent la maladie. La phrase choc est « Tu ne peux pas guérir de ton diabète, alors, domine le ». Il montre aussi dans son étude que les patients les moins bien équilibrés sont les adolescents les plus pauvres vivant en, milieu rural avec peu d'éducation et un entourage familial peu attentif [24].

Toutefois, pour Reijneveld le niveau social n'est pas un critère majeur de bonne prise en charge d'une maladie chronique. L'auteur insiste sur la santé mentale du patient comme critère principal de bonne prise en charge [25].

La fréquence des troubles psychiatriques est plus importante chez un sujet avec une maladie chronique que dans la population générale. Les troubles augmentent quand la maladie s'aggrave. Les adolescents malades présentent deux à trois fois plus de de symptômes dépressifs que ceux en bonne santé [26]. En effet la maladie chronique impose des contraintes en opposition avec les désirs, les taches développementales de l'adolescent (autonomisation) et ternit l'image de soi.

Dans le service nous constatons régulièrement que les troubles psychiatriques (mal être, dépression, anxiété) et les difficultés socio familiales (notamment la forte précarité matérielle) impactent l'équilibre glycémique du diabète. La préoccupation première de Melany, avant de se traiter, est de savoir comment elle et sa famille vont pouvoir vivre au quotidien. La corrélation inverse semble moins vérifiée, l'équilibre glycémique ne semble pas modifier l'humeur des patients en accord avec les données de la littérature [26].

Bien que la maladie diabétique ne soit pas visible immédiatement, celle-ci est très mal acceptée par certains adolescents. En effet, ceux-ci se perçoivent très différents de leurs pairs. Or à cet âge, le regard des autres est primordial. L'adolescent se demande s'il est

« normal », s'il est « comme les autres ? ». Yang, montre que si le groupe de pairs est bienveillant et encourageant, la maladie sera mieux vécue et donc la prise en charge sera plus facile et meilleure [27]. Dans le cas de Sheyma qui cache sa maladie à son entourage, probablement par incapacité à assumer sa maladie, par déni et par mauvaise estime de soi, elle ne peut obtenir le soutien de ses camarades. Le regard des pairs est très important pour elle. Elle dissimule sa maladie pour ne pas être stigmatisée et par voie de fait ne recevra aucun soutien du groupe. La théorie de Yang est dans ce cas vérifiée.

En ce qui concerne Melany qui a subi des attouchements de la part de son père, l'Observatoire National de la Protection de l'Enfance (ONPE) dans son rapport de 2016 nous indique plusieurs résultats.

Premièrement, les résultats sont ceux repris d'une étude réalisée entre 2005 et 2006 par l'Institut National d'Etude Démographique (INED) sur un échantillon de 12364 personnes âgés de 18 à 69 ans qui comporte un item sur les agressions sexuelles. 11% des femmes de moins de 40 ans déclarent avoir subi une agression avant 18 ans (7% du père ou du beau-père et 13% d'un membre de la famille)

Deuxièmement, les résultats suivants nous informent sur le nombre de déclarations d'agressions sexuelles et physiques en 2015 auprès des forces de police et de gendarmerie. 102 500 jeunes victimes ont entre zéro et vingt-cinq ans. Le taux d'agressions est de 17,6% pour les mineurs de zéro à neuf ans et de 40,7% pour les mineurs de dix à dix-sept ans. Plus précisément, 3,3‰ des filles mineures de 10 ans et plus sont victimes de violences sexuelles (0,5‰ dans le cadre familial). Cette Enquête est réalisée auprès de la Base des Crimes et Délits enregistrés par la police et la gendarmerie sur l'ensemble de la France.

En outre, des violences sexuelles et psychologiques sur un adolescent peuvent avoir des conséquences graves telles que des troubles du comportement alimentaire, mais aussi des dépressions, tentatives de suicide et suicides [28-29]. Ce qui est le cas de Melany, qui porte une culpabilité évidente dans la perte de revenu familial d'une part, mais probablement également dans le fait d'avoir dénoncé son père. Cette culpabilité est à l'origine d'un syndrome dépressif profond.

Pour Sheyma et Melany, nous avons mis en place des consultations très régulières avec l'équipe pédiatrique et surtout avec la pédopsychiatre de liaison et l'équipe de psychologues. La précarité a un retentissement familial non négligeable sur ces 2 familles monoparentales avec l'association d'une dépression parentale et une dépression des adolescentes malades. L'entourage, la famille n'étant plus capable de jouer son rôle de soutien et de cocon. C'est-à-dire d'aider, de soutenir, de conseiller ces adolescentes qui ont une baisse de l'estime de soi, un trouble narcissique et qui ne veulent plus ou ne peuvent plus se traiter. La famille n'est plus un repère affectif, moral et sécurisant pour ces adolescentes.

Pour Andrei et sa famille, qui sont non francophones, nous avons pu avoir une équipe de traductrices très présentes. L'échange a alors pu être possible.

Elles ont permis d'instaurer une relation de confiance entre le diabétologue, l'équipe paramédicale, les parents et l'adolescent. Elles ont permis une meilleure compréhension de

la maladie par les parents et l'adolescent et donc d'un véritable investissement de la part du père et de la mère très présents.

L'équipe des assistantes sociales a aussi été d'une aide précieuse et efficace. Elles sont les interlocutrices principales des parents et d'Andrei.

Les assistantes sociales apportent écoute et conseils. Elles fournissent des renseignements sur les différentes ressources que proposent l'hôpital et le département.

L'évaluation des ressources est la pierre angulaire de leurs interventions. Elle permet de déterminer les besoins et la nature du soutien requis pour la prise en charge de la maladie.

Elles participent à l'équilibre familial qui est préservé avec une amélioration de la qualité de vie grâce aux aides financières et à l'aide au logement. Le fait d'avoir un logement et des aides permet à cette famille de ne plus vivre au jour le jour mais de pouvoir se projeter dans l'avenir en commençant par inscrire Andrei à l'école. De plus, avoir un logement salubre permet à Andrei et à sa famille de vivre dans un certain « confort » et de respecter les règles hygiéno-diététiques nécessaires lors de la prise en charge du diabète.

L'analyse des caractéristiques de cette famille et de son environnement reflète la compréhension de la situation familiale et a permis d'émettre des hypothèses cliniques pour élaborer un plan d'intervention. (Logement, aides sociales, inscription d'Andrei à l'école).

Les assistantes sociales ont apporté un accompagnement de la famille dans les différentes phases de la maladie ainsi qu'un espace de verbalisation des émotions, en s'assurant qu'on réponde bien aux besoins de chacun et en dirigeant la famille vers les personnes-ressources ou les services appropriés.

Nos assistantes sociales ont permis à cette famille d'avoir un traducteur le temps d'apprendre des rudiments de français et d'acquérir rapidement les aides sociales voulues ; elles ont favorisé la communication entre l'équipe médicale et la famille.

De plus elles ont dû prendre en compte l'environnement sociétal de cette famille en considérant les valeurs, les normes et les cultures différentes.

En effet, nous nous sommes rendu compte qu'au début de la prise en charge, lorsque nous avons remis la première ordonnance à la famille, les médicaments (seringues, insuline...) ont été vendu en Roumanie, comme complément de revenus. En fait les parents n'avaient pas compris l'intérêt vital du traitement et la nécessité de l'administrer de façon régulière et à vie.

En un mot, les assistantes sociales ont été un « facilitateur » entre la famille, l'équipe médicale, les services sociaux de l'état et la pharmacie hospitalière pour le traitement du diabète.

Andrei est un jeune adolescent avec un équilibre glycémique correct. Nous ne pouvons présager de la suite mais malgré une précarité importante, Andrei vit dans une famille soudée, à l'écoute, qui le soutient et qui est proche de lui.

Il en est de même pour Kimberley. Ces parents sont présents, la soutiennent et l'encouragent en lui laissant prendre une certaine autonomie tout en étant présents, à sa disposition pour l'écouter, l'aider dans sa vie quotidienne mais aussi dans la prise en charge de son diabète.

Ces 2 exemples mettent en évidence que pour avoir une bonne estime de soi et donc pour s'assumer en tant qu'adolescent autonome, le soutien familial, l'entourage, la bienveillance,

en un mot le holding familial, pèsent plus que la précarité matérielle sur l'équilibre du diabète.

Ils nous montrent l'importance des fonctions parentales dans la maturation de l'adolescent atteint de maladie chronique.

Les parents ont un rôle de soutien et un rôle éducatif qu'ils doivent tenir vis-à-vis de leur enfant-adolescent.

Ces deux rôles s'incarnent dans la nécessité pour les parents de maintenir le dialogue, c'est-à-dire la communication et des interactions avec l'adolescent.

En effet, le sentiment d'intégration à la famille est nécessaire et les parents sont toujours des personnes vers lesquelles l'adolescent se tourne pour résoudre certains types de problèmes (notamment d'ordre moraux ou matériels)

Il ne faut donc pas assimiler « autonomie » et « détachement » : des liens d'attachement avec la famille et les parents peuvent se maintenir alors que l'adolescent gagne en autonomie.

Par ailleurs, il semble normal que cette recherche d'autonomie se fasse au travers de conflits entre l'adolescent et ses parents.

Ces conflits sont rarement violents, et ils apparaissent au début de l'adolescence : ces interactions conflictuelles avec les parents sont pour l'adolescent un moyen de provoquer une modification des habitudes familiales et attitudes parentales. Il s'agit pour l'adolescent de faire prendre conscience à l'entourage proche que l'enfant qu'il était a grandi, et qu'il faut en tenir compte au sein du fonctionnement familial (règles, horaires, etc…) : c'est l'ensemble du système familial qui doit se transformer, sans que les parents abandonnent pour autant leur rôle de soutien et de référence normative.

Comment s'articulent les styles éducatifs parentaux et les comportements adolescents ?

Le style éducatif dit « démocratique », adopté par certains parents, est intéressant car il génèrerait moins de difficultés comportementales chez l'adolescent que d'autres types d'éducation : en effet, ce style éducatif recherche un équilibre entre l'existence de règles d'une part, et une décentration parentale au point de vue de l'enfant d'autres part. On retrouve ici les deux rôles qu'exercent dans l'idéal les parents vis-à-vis de l'adolescent : d'une part le soutien, l'écoute, l'accompagnement à l'autonomie, et d'autre part le maintien d'une norme, d'une loi à ne pas transgresser.

Par exemple, concernant la prévention des conduites à risque chez les jeunes, bien des familles et des parents exerceraient leur rôle de soutien à l'égard de leurs adolescents : ils manifesteraient une volonté de cohésion affective, d'adaptabilité aux changements, de communication.

En effet, l'éducateur dans le parent doit comprendre qu'une des dimensions qui caractérise l'adolescent, c'est le fait de rechercher un sens à son existence, d'essayer de construire les contours de son identité nouvelle en se confrontant aux lois, aux limites instaurées par la communauté des adultes. L'adolescent éprouve ses propres limites et celles de la société, au risque d'un sentiment provisoire de toute-puissance.

C'est la raison pour laquelle les parents doivent également tenir leur « rôle de référence normative » pour poser une limite face à l'impulsivité et au sentiment de toute-puissance de l'adolescent, afin d'empêcher lors d'un passage à l'acte des comportements destructeurs tournés vers lui-même ou vers autrui.

Cependant, il est essentiel de comprendre qu'en dernière instance le rôle éducatif des parents n'est pas uniquement synonyme d'empêchement et de contrainte : le sens profond

de l'éducation est l'accompagnement de l'adolescent vers l'autonomisation qui caractérise l'âge adulte.

Ce terme d'autonomisation recouvre deux dimensions :

- tout d'abord, au-delà de la logique infantile de la punition et de la récompense imposée dans le temps de l'enfance, l'adolescent devient adulte et autonome en étant progressivement capable de faire ses propres choix de vie, de s'imposer à lui-même ses propres normes de comportements : grandir, c'est être en capacité d'élaborer par soi-même un jugement moral sans avoir besoin d'une autorité extérieure qui nous dicterait ce qui est bien ou mal. L'enjeu profond de l'éducation est de réussir à faire prendre conscience à l'individu de l'existence de valeurs collectives, et par conséquent de le faire accéder à la possibilité d'évaluer librement ses propres comportements et ceux d'autrui. Entre autres, le rôle éducatif des parents doit rendre l'adolescent progressivement capable d'évaluer les conséquences bénéfiques ou nuisibles de ses actions, sur lui-même et sur les autres
- ainsi, la finalité de la norme éducative imposée par les parents à l'adolescent n'est pas répressive ; au contraire, le but de l'autorité parentale est paradoxalement d'accompagner le jeune vers sa liberté individuelle et l'élaboration de son identité singulière.

Il s'agit ici pour les parents d'aider l'adolescent à devenir un sujet, à déployer sa personnalité propre et ses potentialités face à un monde déjà ancien pour eux: il s'agit en définitive pour les parents d'encourager chez l'adolescent à la fois sa créativité et son autonomie.

IV. CONCLUSION

Les difficultés sociales, économiques psychiques et familiales accentuent un équilibre déjà précaire chez les adolescents diabétiques. Pour les accompagner du mieux possible, une prise en charge multidisciplinaire et un travail en réseau permettent d'améliorer l'évolution de la maladie. Au sein de ce réseau, collaborent ensemble, les médecins hospitaliers, les équipes paramédicales participant à l'éducation thérapeutique, l'équipe des diététiciennes, le service d'hospitalisation à domicile, les pharmaciens, les psychologues et pédopsychiatres du service, la Maisons des Adolescents en ambulatoire, le service social.

Dans cette prise en charge, les parents occupent une place fondamentale qui mérite d'être soutenue par les professionnels.

V. BIBLIOGRAPHIE

[1] Lecomte T, Mizrahi A, Mizrahi A. Précarité sociale : cumul des risques sociaux et médicaux. Enquête sur la santé et les soins médicaux. CREDES n°446 Paris 1996

[2] Eschapasse B : Seine Saint Denis, portrait d'un département sensible

[3] https://fr.wikipedia.org/wiki/Indice de développement humain

[4] https://www.iau-idf.fr/NewEtudes/Etude_1078.pdf

[5] Insee : Population par âge et situation quant à l'immigration en Ile de France, recensement 2013

[6] Insee : Mortalité et espérance de vie. Comparaisons départementales.

[7] Dumont GF, Yiliminuer T. Recomposition très diversifiée des territoires. Les «quinze» France. *Pop et Av.* 2015 ; 724 : 4-7

[8] Jamiel SA, Sherwin RS, Somonson DC et al. Impaired insulin action in puberty. A contributing factor to poor glycemic control in adolescents with diabetes. *N Eng J Med.* 1986; 315:215-9

[9] Diabetes control and complications trial research group. Effect on intensive diabetes treatment of the development and progression of long term complications in adolescents with insulin dependent diabetes mellitus: diabetes control and complications trial. *J Pediatr.* 1994; 125:177-88

[10] Motensen HB, Hougaard P For the Hvidore study Group on Childhood diabetes. Comparison of metabolic control in a cross sectional study of2873 children and adolescent with IDDM from 18 countries. *Diabetes Care* 1997; 26:714-20

[11] Kyngas H, Kroll T, Duffy M. Compliance in adolescents with chronic disease: causative factors and practical approach. *Pediatr Respir Rev.* 2001; 2: 260-7

[12] Price J, Kemp J. The problem of treating adolescent asthma: What are the alternatives to inhales therapy? *Respir Med* 1999; 93: 677-84

[13] Alvin P. Maladie et handicap à l'adolescence, le visible et le non visible. *Enf Psy.* 2006 ; 32: 27-36

[14] Jacquin P. Comment prendre en charge un adolescent malade chronique ? L'exemple du diabète de type 1. *Mt pédiatrie*. 2005; 8;57-62

[15] Scheen AJ, Bourguignon JP, Guillaume M et membres du programme EDUDORA. L'éducation thérapeutique: une solution pour vaincre l'inertie Clinique et le défaut d'observance. *Rev Med Liège.* 2010; 65:250-5

[16] Le Tallec C. Stratégies éducatives en diabétologie pédiatrique. *Arch Ped* 2013; 20:136-43

[17] Adler NE, Boyce T, Chesney MA, et al. Socioeconomic status and health: the challenge of the gradient*. Am Psychol.* 1994; 49:15–24

[18] Jones K, Duncan C. Individuals and their ecologies: analyzing the geography of chronic illness within a multilevel modelling framework. *Heath and Place.* 1995; 1:27–40

[19] Humphreys K, Carr-Hill R. Area variations in health outcomes: artefact or ecology. *Int J Epidemiol.* 1991; *20*:*251–8*

[20] Robert S. Community-level socioeconomic status effects on adult health. *J Health Soc Behav. 1998;* 39*:*18–37

[21] Macintyre S. Understanding the social patterning of health: the role of the social sciences. *J Public Health Med* 1994; 16:53–9

[22] Macintyre S, Maciver S, Sooman A. Area, class and health: Should we be focusing on places or people? *J Social Policy.* 1993; 22:213–33

[23] Gandhi KK, Baranowski T, Anderson BJ. Psychosocial aspects of type 1 diabetes in Latino and Asain American youth. *Pediatr Res*. 2016;80:347-55

[24] Anderson M, Tulloch-Reid MK. "You cannot Cure it, Just control it ": Jamaican Adolescents Living With Diabetes. *Compr Child Adolescent Nurs. 2017*; 21:1-15

[25] Reijneveld *S.* The impact of individual and area characteristics on urban socioeconomic differences in health and smoking. *Int J Epidemiol. 1998;* 27*:*33–40

[26] Buchberger B, Huppertz H, Krabbe L et al. Symptoms of depression and anxiety in youth with type 1 diabetes: A systematic review and meta-analysis. *Psychoneurendoc.* 2016; 70:70-84

[27] Yang PY, Lou MF, Lien AS. Adolescent Perceptions of peer responses to diabetes self-management: A quality study *J Nurs Res*. 2017; 10: 234

[28] Kairis SW, Johnson CF, and the committee on Child Abuse and Neglect. The Psychological Maltreatment of Children –*Technical Report Pediatr*. 2002; 109:1-3

[29] De la Vega A, Osa N, Ezpeleta et al. Differential effects of psychological maltreatment on children of mothers exposed to intimate partner violence. *Child abuse & Neglect*. 2011; 35:524-31

RESUME

Le département de Seine-Saint-Denis est le plus pauvre d'Ile de France. C'est aussi un département avec une population très jeune et une très forte natalité. L'hôpital Delafontaine est situé dans la ville de Saint-Denis, au cœur du département, le service de pédiatrie reçoit majoritairement des enfants et adolescents résidants dans la ville et les communes limitrophes.

Environ 11% des patients hospitalisés dans le service de pédiatrie sont des adolescents de plus de 12 ans. Le diabète de type 1 est une pathologie fréquemment rencontrée, quelques adolescents atteints par cette maladie sont régulièrement hospitalisés pour rééquilibrer leur diabète et adapter leur traitement.

L'objectif de ce travail est de s'intéresser à l'impact des facteurs sociaux, économiques ou psychiques sur l'équilibre du diabète chez ces adolescents, traversés à la fois par une fragilité socio-économique liée au département dans lequel ils évoluent, et par des remaniements psychiques propres à cette période la vie. Nous avons pris l'exemple de 4 adolescents porteurs d'un diabète de type 1, exposés à une précarité sociale, économique, psychique et familiale plus ou moins importante.

Nous avons pu constater que 2 de ces 4 adolescents dont l'étayage social et familial fait défaut ont un mauvais équilibre de leur diabète. En revanche, pour les 2 autres adolescents dont l'équilibre familial semble préservé, les difficultés de compréhension de la langue française chez les parents n'entravent pas le maintien de l'équilibre du diabète.

Nous avons conclu que les difficultés sociales et économiques accentuent un équilibre déjà précaire chez les adolescents diabétiques et que pour les accompagner du mieux possible, une prise en charge multidisciplinaire et un travail en réseau permettent d'améliorer l'évolution de la maladie. Au sein de ce réseau, collaborent ensemble les médecins hospitaliers, les équipes paramédicales participant à l'éducation thérapeutique, l'équipe des diététiciennes, le service d'hospitalisation à domicile, les pharmaciens, les psychologues et pédopsychiatres du service, la Maisons des Adolescents en ambulatoire, le service social et celui d'interprétariat. Dans cette prise en charge, les parents occupent une place fondamentale qui mérite d'être soutenue par les professionnels.