



LES ENJEUX PSYCHIQUES DU DIABÈTE INSULINO- DÉPENDANT À L'ADOLESCENCE

*THE PSYCHOLOGICAL ASPECTS OF INSULIN-DEPENDENT
DIABETES IN ADOLESCENCE*

par **Nathalie LAVENNE***

RÉSUMÉ

La présence d'un diabète insulino-dépendant chez un adolescent pose la question de ce que représente cette maladie pour le sujet lui-même mais également pour les praticiens qu'il est amené à rencontrer du fait de sa pathologie ou indépendamment d'elle. Pédiatre et pédopsychiatre se trouvent ici convoqués au pied du lit d'un même patient que nous découvrons pourvoyeur d'une clinique de l'inattendu dont le pédopsychiatre qui intervient en service de pédiatrie nous semble devoir être le garant.

Au delà d'une hypothétique personnalité diabétique et de l'hétérogénéité observée dans les registres de fonctionnement psychique, nous envisagerons dans quelle mesure la maladie diabétique n'est pas sans incidence sur le développement de la personnalité en cette période d'adolescence riche de tous les possibles, mais aussi de tous les dangers.

Partant du postulat que l'entrée dans l'adolescence ne pourra faire l'économie d'un remaniement conflictuel des rapports du sujet à la maladie diabétique et à son traitement, nous passerons en revue quelques modes d'expression psychopathologique que l'approche psychodynamique des enjeux de l'articulation adolescence/diabète permet d'éclairer d'un jour nouveau. Cela nous permettra de mettre en évidence dans quelle mesure, même si les troubles psychiatriques ne sont pas plus fréquents que dans la population générale, le fonctionnement psychique des adolescents atteints d'un diabète insulino-dépendant se caractérise

par quelques spécificités qu'il faut prendre en compte dans leur traitement et leur suivi.

Nous conclurons sur l'intérêt d'une prise en charge de ces sujets au sein de dispositifs de liaison, qui, au delà de ce qui relève de considérations étiologiques ou consolatrices, articulent véritablement pédiatrie et pédopsychiatrie.

MOTS-CLÉS

Diabète insulino-dépendant, Adolescence, Maladie chronique, Observance, Pédopsychiatrie de liaison.

SUMMARY

Diabetes Mellitus type 1 during Adolescence questions the representations of such disease for the subject himself as well as for the practitioners involved in the treatment of this pathology or other medical conditions. In the follow up of such patients, both pediatricians and child psychiatrists are frequently jointly committed in a way we consider paradigmatic of the liaison child psychiatric work in a pediatric unit.

Beyond a hypothetical diabetic personality proposed by some authors, beyond the heterogeneity observed in the psychic functioning of such patients, this article considers to what extent diabetes mellitus type 1 influences the construction of the personality during adolescence, a developmental moment particularly rich in opportunities, but also in odds and dangers.

Starting from the postulate that changing from childhood to adulthood, through the adolescence process, cannot be without consequences on the subject's relation to his disease and, therefore, on his compliance

* Praticien hospitalier,
Service universitaire de psychiatrie infanto-juvénile, hôpital de Bohars,
CHU de Brest, 29820 Brest, France
nathalie.lavenne-collot@chu-brest.fr



to its treatment, this paper will review patterns of psychopathological functioning and expressions adopting a psychodynamic approach to describe comprehensively the articulation between adolescence and diabetes mellitus type 1.

This approach will allow us to discuss how specific is the fine grained psychological functioning of diabetic adolescents even if the literature does not find higher prevalence of psychopathological disorders in this population. As a consequence of such specificities, we will advocate the need of pediatric/child-psychiatric combined approach of such adolescents in well adapted liaison programs.

KEYWORDS

Adolescence, Diabetes mellitus type 1, Chronic disease, Compliance, Child psychiatric liaison in pediatric units.

L'incidence du diabète de type 1 de l'enfant augmente depuis la seconde guerre mondiale en Europe et dans les pays occidentalisés. La France n'est pas épargnée : les registres mesurant l'incidence du diabète de type 1 mettent en évidence l'augmentation de celle-ci au cours de la fin du vingtième siècle. Actuellement, le taux annuel est d'environ 15/100 000 en France avant l'âge de 15 ans et il a doublé au cours des trente dernières années (Lévy-Marchal, 2010).

En plus d'une augmentation franche de la maladie, l'apparition du diabète de type 1 semble se décaler vers un âge de plus en plus précoce, surtout chez les très jeunes enfants (âgés de moins de 5 ans au moment du diagnostic), chez lesquels la survenue de la maladie peut être sévère et/ou associée à un risque de complications élevé. Des prévisions récentes attendent une augmentation de 170 % des cas d'ici 2020 dans cette tranche d'âge (Patterson et coll., 2009).

MALADIE CHRONIQUE ET ADOLESCENCE

Chez l'enfant, il semblerait que la maladie chronique respecte et même amplifie les besoins psychologiques participant au développement affectif. En effet, elle vient renforcer le lien de dépendance et de soin qui caractérisent normalement les relations parents/enfants. Il n'est pas question d'annihiler la souffrance et les contraintes occasionnées par la maladie à cet

âge mais simplement de reconnaître que, concernant le développement psycho-affectif, elle ne vient pas à l'encontre des exigences développementales (Marcelli, 1983). La situation est toute autre à l'adolescence où la maladie chronique va venir prendre le contre-pied des exigences développementales.

« Le diabète est une contre indication formelle à l'adolescence », cette phrase émane du Docteur Courtecuisse, un des pionniers de la médecine de l'adolescent en France, elle illustre selon nous parfaitement une problématique majeure, celle d'une antinomie franche entre diabète et adolescence. Aussi, le jeune diabétique va t'il se trouver « tiraillé », au moment de l'adolescence entre deux types d'exigences qui vont s'affronter parfois violemment en ce qu'elles apparaissent contradictoires : d'un côté les exigences des tâches d'adolescence, de l'autre, les exigences en lien avec la maladie, si bien que l'entrée dans l'adolescence ne pourra faire l'économie d'un rapport remanié et conflictualisé à la maladie diabétique.

I. LES ÉCUEILS DU PROCESSUS DE SÉPARATION / INDIVIDUATION

L'adolescence constitue la dernière phase d'un processus qui a commencé depuis la naissance et qui conduit à se séparer, se différencier et s'individualiser. Cela ne sera pas sans susciter chez l'adolescent de nombreuses angoisses, craintes et doutes quant à sa capacité, pour la première fois, à se retrouver seul. Il faut en effet bien entendre que le lien est serré pour l'adolescent entre une tentative d'éloignement et une dépendance affective et régressive à ses parents, car ce mouvement de séparation et d'autonomisation est autant désiré que craint. C'est le paradoxe inhérent à une telle séparation qu'il nous faudra mettre en lumière à travers les éléments essentiels à la compréhension des dangers encourus par l'adolescent diabétique.

L'adolescence d'un enfant en sucre

L'observation des enfants diabétiques montre combien, avec l'irruption de la maladie, parents et enfant vont souvent être amenés à régresser à un stade antérieur, retournant à une relation de soin corporel, de dépendance qui était celle du nourrisson. En effet, une fois le diagnostic de diabète porté, l'enfant redevient entièrement dépendant de ses parents, alors même qu'il commençait à s'autonomiser et à s'individualiser. Il régresse à cet état de dépendance absolue des premiers moments de sa vie, si bien décrit par Donald



Winnicott (Winnicott, 1988). Dans les rencontres avec ces parents, ceux-ci expriment souvent vivre au rythme de la maladie, avoir une horloge qui sonne à l'heure des analyses, des repas, de la piqûre. A l'évidence, Le caractère imprévisible de la maladie diabétique place les parents dans une situation d'insécurité majeure. Les bénéfices secondaires de cette régression de la relation parent/enfant sont importants et pourront foncièrement entraver le développement de l'enfant vers l'autonomisation. Par ailleurs, chez l'adolescent malade, surtout s'il est malade depuis l'enfance, les séparations sont la plupart du temps évitées. Le lien de proximité intense et exclusif établi avec un parent, généralement la mère, peut rendre difficile pour l'adolescent le travail de renoncement et de séparation inhérent au processus d'adolescence.

Le maintien de la surprotection parentale constitue l'écueil majeur risquant de faire obstacle à la progression de l'adolescent diabétique dans le sens de l'autonomie. Les réactions de désinvestissement ou de rejet, heureusement plus rares, ne sauraient en aucun cas faciliter le travail de séparation. La vigilance excessive et prolongée des parents, la sous-estimation des capacités du grand enfant ou de l'adolescent à s'autonomiser vis à vis du diabète, la dramatisation des écarts d'observation ainsi que des « incidents de parcours » sont souvent sous-tendus par une angoisse ou une culpabilité difficile à vaincre. Cependant les besoins de réassurance et de réparation ne sont pas toujours seuls en cause; une agressivité latente peut parfois s'exprimer à travers l'appropriation des soins et la dévalorisation systématique de l'adolescent. La démonstration de la supériorité du savoir de l'adulte, de la pertinence de ses observations et de ses conseils pourrait convaincre l'adolescent de l'inutilité de ses efforts, et le dissuader de remettre en cause la distribution des rôles établie pendant l'enfance autour de la gestion du diabète. Ainsi, toute tentative de contestations de la part de l'adolescent, laquelle qui se manifestera volontiers par des négligences ou des écarts de régime, aura naturellement pour conséquence de prouver le bien-fondé de l'emprise qu'estime devoir exercer le parent. (Mille, 1990, 2004).

Absence totale de séparation, liens symbiotiques marqués par l'exclusivité et leur aspect souvent teinté d'anxiété; autant d'éléments qui vont contribuer à fragiliser des assises narcissiques déjà entachées par la maladie et rendre l'investissement d'autres objets trop menaçant au moment de l'adolescence.

L'identification aux pairs

Parmi cette recherche d'investissement d'autres objets,

l'adolescent va chercher auprès des pairs, surtout ceux de son sexe, les étagages nécessaires marqués par la barrière des générations. Cette ouverture est d'une importance primordiale puisque c'est par elle, entre autres, que l'adolescent trouve de nouveaux supports d'identification lui permettant de désinvestir les figures parentales de son enfance.

Or, l'adolescent malade chronique risque de ne pas trouver l'étayage indispensable sur les relations aux pairs pour entamer le mouvement de distanciation parents-adolescents. On observe en effet que lorsque le handicap est minime ou que la maladie ne présente pas de signe manifeste, comme dans le cas du diabète, l'adolescent refuse tout contact avec des pairs porteurs de la maladie mais, en même temps, dans ses relations avec des pairs non malades, il éprouve le sentiment d'être « différent des autres ». Cela convoque le problème d'une forme « d'extraterritorialité » de l'adolescent diabétique, qui n'est ni tout à fait « comme les autres », ni « différent » au point de rechercher le rapprochement avec d'autres adolescents porteurs de la même maladie, tel que cela peut être observé dans d'autres pathologies chroniques. Il faut par ailleurs noter que, très souvent, l'adolescent malade privilégie la relation avec un ou deux amis plutôt que la relation avec le groupe (Marcelli, 2004). Dans le cadre du diabète, on retrouve fréquemment un « bon ami » du même sexe, qui est aussi celui qui se voit confier le rôle de garant de la santé de l'adolescent. Cet ami connaît souvent les particularités de la maladie et sait comment intervenir dans des circonstances aiguës (ressucrage, injection de glucagon).

Pour certains adolescents, seul le milieu médical ou la rencontre avec d'autres adolescents porteurs de pathologies identiques ou similaires pourront procurer l'ouverture relationnelle nécessaire. Cet argument plaide en faveur de l'existence de dispositifs d'hospitalisation dédiés spécifiquement à la médecine de l'adolescent, tels qu'il en existe dans certains centres hospitaliers. D'autres médiations des systèmes d'identification existent par ailleurs, notamment sous la forme d'initiatives associatives, en particulier L'association d'Aide aux jeunes diabétiques (AJD) qui propose aux enfants et adolescents malades de nombreux séjours et camps de vacances permettant une dédramatisation du diabète.

Entraves au mode de vie adolescent

Si l'adolescent porteur d'un diabète se trouve isolé de ses pairs, c'est aussi parce que le diabète constitue une entrave majeure à ce que l'on pourrait appeler « le mode de vie adolescent ».



Il suffit de penser aux multiples fantaisies des adolescents pour comprendre les limitations et contraintes que la maladie impose à l'adolescent diabétique : partir en camping l'été entre amis représente un véritable défi car l'insuline doit être conservée à l'abri de la chaleur, la pratique de certaines activités physiques peut être compromise par la survenue d'hypoglycémies, les injections d'insuline nécessitent une certaine asepsie à laquelle l'adolescent répond en se piquant à travers ses vêtements, etc. Les exemples ne manquent pas ! Le diabète nécessite une hygiène de vie rigoureuse : d'un jour à l'autre, l'horaire des injections doit être relativement stable, et il n'est pas question de « sauter un repas » si l'injection d'insuline a été faite car cela conduirait à une hypoglycémie. L'un des problèmes les plus fréquemment relatés par les adolescents diabétiques est l'injection du matin pendant les week-ends et les vacances. Retarder cette injection peut avoir pour effet de provoquer une hyperglycémie car l'insuline de la veille n'est plus disponible. Tout cela entrave donc grandement toute velléité de « grasses matinées » pourtant chères aux adolescents, en ce qu'elles leur permettent une certaine « fuite dans le sommeil », une forme de mise à distance des parents, mais aussi des conflits qui les traversent à l'état vigile.

On le conçoit aisément, les contraintes inhérentes au diabète laissent bien peu de place à l'imprévu, au contingent, qui constituent l'essence même de l'adolescence, période « de tous les possibles » par excellence.

Les conduites d'essai dont est coutumier l'adolescent et qui lui sont nécessaires pour effectuer son « travail d'adolescent », vont par ailleurs souvent être redoutées et proscribes par les parents car elles vont, chez le diabétique, revêtir une dangerosité toute particulière, c'est le cas notamment des conduites d'alcoolisation.

« Big brother » ou la surveillance médiée par l'écran

Le besoin d'intime, les secrets, tiennent une place primordiale dans la construction de l'individualité ; le secret est un garant de l'espace intime et signifie que l'adolescent a un espace psychique différencié de celui de son entourage. Cette quête d'intime sera d'autant plus importante que l'adolescent diabétique est souvent confronté, on l'a vu, à des parents dont l'attachement ambivalent et anxieux les amène, depuis l'enfance, à faire ressentir à leur enfant une insécurité quand la distance entre eux et lui s'accroît.

Beaucoup d'adolescents diabétiques décrivent le caractère intrusif du suivi médical. Les jeunes craignent

ainsi par pudeur et par souci de préserver leur intimité (peut-être aussi leur sexualité naissante), qu'on ne leur pose des questions gênantes, et surtout que leurs parents assistent à leurs rendez-vous. Cette intrusion dans l'espace intime atteint son apogée dans le cadre de l'autosurveillance que l'adolescent diabétique se doit d'exercer quotidiennement, et qui fait l'objet d'une supervision attentive. Le jeune diabétique doit rendre compte de ce qu'il mange, recueillir et analyser sang et urines pour doser en conséquence l'insuline à injecter. Ces informations doivent être consignées par écrit dans des carnets de glycémies, plus ou moins bien « tenus ». Il existe actuellement des carnets électroniques sur certains lecteurs glycémiques, mais également sur des tablettes numériques (Ipod, Iphone, etc.) dont sont friands les adolescents. Les données issues de l'auto-surveillance peuvent être partagées avec le médecin référent par télétransmission, ce qui permet des ajustements thérapeutiques plus fréquents et pourrait favoriser l'auto-surveillance chez certains jeunes.

Si le carnet de glycémies n'est pas rempli, le droit de regard exercé par l'autorité médicale dispose encore d'autres outils pour s'exercer ! Il s'appuie alors sur les données fournies par le lecteur de glycémie qui a la capacité de mémoriser l'antériorité des chiffres d'auto-surveillance glycémiques, mais aussi sur le dosage réputé infaillible de l'hémoglobine glyquée (qui reflète à lui seul l'équilibre du diabète au cours des trois mois précédents le dosage). Mémoire du glucomètre et chiffre de l'hémoglobine glyquée, voilà autant de « mouchards » qui vont venir attester aux yeux de tous, médecins et parents, des comportements de l'adolescent vis à vis de son diabète, de ses écarts de régime comme de ses prises d'insuline. Quelle brèche dans l'intimité de l'adolescent que ce maintien d'une forme de tutelle !

Notons à ce titre que l'évolution de la science en ce qu'elle permet actuellement de contrôler et d'objectiver les « erreurs » involontaires ou délibérées des adolescents n'a sûrement pas été sans incidence sur l'évolution de la relation médecin/adolescent.

Dans ce domaine il y a peu d'espace possible pour la créativité propre même si on a vu apparaître dans les consultations d'adolescents diabétiques de nouvelles mises en scène plus modernes du carnet de glycémie « délaissé » ; notamment d'ingénieuses manipulations de lecteurs de glycémie officieux et officiels, dans un jeu éternel de chat et de souris dont la clinique des adolescents est heureusement si riche.

Mentionnons enfin l'influence du diabète sur certaines questions importantes de l'adolescence : Tout d'abord la question de la sexualité et de la



fécondité. La mise en route d'une grossesse chez une femme diabétique exige une planification soignée et un diabète équilibré pour éviter les complications tant pour la mère que pour l'enfant (macrosomie, troubles métaboliques néonataux, etc.). Les garçons qui ont diabète depuis longtemps pourraient présenter une impuissance sexuelle en raison d'une neuropathie autonome. Les jeunes peuvent redouter cette complication et nécessiter les conseils d'un spécialiste. Néanmoins, l'impuissance d'origine organique chez l'adolescent diabétique reste rare et pourrait être majoritairement liée à des déterminants psychologiques plutôt qu'aux complications évolutives de la maladie. Certains adolescents évoquent parfois la crainte de la survenue d'hypoglycémies au cours des relations sexuelles.

Concernant l'orientation scolaire et professionnelle, certaines carrières qui peuvent ne pas être accessibles aux personnes porteuses d'un diabète, comme la police, les pompiers, l'armée et certains services publics, conducteur de transport en commun ou pilote d'avion. La réglementation varie selon les pays.

La pratique de certains sports à risque est également contre-indiquée, notamment du fait du risque d'hypoglycémies qui pourraient, dans certaines situations, être fatales (plongée, saut en parachute etc.). Les sports de contact sont également prohibés, du fait du risque de lésions rétinienennes traumatiques.

Enfin, l'obtention du permis de conduire suit une réglementation européenne selon laquelle il ne peut être délivré que pour une durée maximale de cinq ans. Son renouvellement est soumis à l'avis d'une commission médicale, notamment du fait du risque d'accidents de la voie publique dans des contextes d'hypoglycémies au volant. Certains médecins, notamment endocrinologues d'adultes « usent » d'ailleurs de ces enjeux comme d'un levier pour tenter d'obtenir une bonne compliance chez certains adolescents : « Si tu veux ton permis moto, il va falloir obtenir de meilleurs résultats glycémiques », avec toutes les réserves que cela peut susciter.

La maladie diabétique réalise ainsi une véritable emprise tant du corps que de la psyché, qui rend difficile à plus d'un titre le travail de désengagement du lien à l'objet oedipien et donc le processus de séparation-individuation de l'adolescent. Si, pour reprendre l'expression de Philippe Jeammet, l'adolescence peut être considérée comme un « révélateur spécifique » de la problématique de la dépendance, gageons, en suivant D. Marcelli, que l'insulino-dépendance sera pour l'adolescent diabétique « le catalyseur de cette problématique ». (Jeammet, 1990, 1994, Marcelli, 1990).

II. SPÉCIFICITÉS DE LA MALADIE DIABÉTIQUE

Il nous faut par ailleurs évoquer les spécificités du diabète et de son traitement afin de mieux en appréhender les enjeux psychiques propres, comparativement à ceux qui pourraient être suscités par d'autres maladies chroniques de l'adolescent.

Une maladie invisible et indolore

Freud en 1926, lorsqu'il aborde dans *Inhibition, symptôme, angoisse la situation de souffrance, désigne la douleur comme propice à l'activité de représentation, voire comme présidant à l'organisation des représentations de la maladie.* (Freud, 1926).

Or le diabète est une maladie n'entraînant aucune lésion visible et aucune douleur palpable. La douleur, lorsqu'elle existe, provient du traitement par injections, ou de certains symptômes liés aux déséquilibres glycémiques (céphalées par exemple). Ces caractéristiques peuvent de ce fait entraver sa transformation en vécu psychique et nous semblent rendre sa mise en représentation plus délicate que dans d'autres maladies. Bertrand Cramer évoque cette difficulté non seulement par rapport à la localisation de la maladie et à l'absence relative de douleur, mais aussi par rapport à la complexité de son étiologie et de sa régulation (Cramer, 1979). Le pancréas, organe défaillant dans le diabète, n'est pas pour le sujet un organe imaginairement pourvu de significations (contrairement aux poumons ou au cœur par exemple), il est par ailleurs invisible et indolore, ce qui rend sa mise en représentation délicate.

C'est sans doute une des raisons pour lesquelles, dans leurs dessins, les enfants et adolescents répondent la plupart du temps à la consigne « diabète » par la représentation graphique du matériel du traitement, et non par des corps malades et abimés.

Le chiffre normal ou anormal devient le représentant majeur de l'état de leur maladie. L'adolescent diabétique est amené à se « piquer » non pas à cause d'un ressenti corporel, mais du fait d'un chiffre, c'est-à-dire d'une valeur somme toute neutre pour lui. L'analyse de la glycémie est centrale et quotidienne, mais elle ne renvoie pas l'adolescent à son corps (Bertagne, 1990). Les accidents métaboliques provoqués de certains sujets pourront ainsi dans certains cas avoir comme fonction de les amener à éprouver leur maladie et les limites de leur corps. En pratique clinique, on remarque en effet que les jeunes diabétiques qui ont été diagnostiqués sans avoir été suffisamment « mal » présentent plus de difficultés à intégrer leur maladie et recourent davantage au sensifitif (recherche d'hypo ou



hyperglycémies) pour expérimenter la maladie dans leur corps. Cette interprétation des malaises provoqués par les diabétiques eux mêmes met l'accent sur la tentative de figuration d'un organe mystérieux.

Maladie invisible, en effet, puisque pendant de très nombreuses années aucune complication n'est apparente. Aussi, difficile de croire qu'un jour « on pourrait aller moins bien ». La maîtrise de l'équilibre métabolique et la prévention des complications reposent ainsi sur la notion de projection dans le temps ; une notion particulièrement délicate pour un enfant ou un adolescent. ». L'enfant n'y pense pas, il est « insouciant », quant à l'adolescent « il est immortel » ! Ce que l'on attend de l'adolescent diabétique c'est de bien se traiter « aujourd'hui » pour éviter les potentielles complications de « demain ». Cela repose donc sur une notion de prévention. Or on sait, notamment en matière de santé publique, que les adolescents sont peu sensibles voire réfractaires aux messages de prévention, on pourrait même parler d'une réelle antinomie entre adolescence et prévention, et ce pour plusieurs raisons :

- En premier lieu nous pourrions invoquer une certaine indisponibilité psychique de l'adolescent absorbé par la gestion et l'élaboration des transformations pubertaires et la nécessité d'intégrer et assumer son identité sexuelle. Il faut prendre la mesure de la tâche, ou plutôt des tâches à accomplir par l'adolescent, et qui s'imposent avec une urgence inouïe, pour comprendre que l'actualité incontournable et inédite de cette réalité nouvelle relativise de fait toute préoccupation moins immédiate ;
- Un second écueil spécifique auquel se heurtent les mesures préventives pourrait tenir au fait que “la révolution pubertaire ne peut survenir et se développer que sous le couvert, la protection d'une croyance en l'immortalité” (Gutton, 1993). C'est en refoulant l'idée que la mort soit “l'issue programmée du calendrier des renoncements » (*ibid*), que l'adolescent parvient à renoncer à l'infantile et à s'engager dans la temporalité. Pour Ph. Gutton, c'est le travail d'adolescence qui mène au désinvestissement de ce fantasme d'immortalité, et le travail de subjectivation qui exige le renoncement à cet “avantage”. Mais dans cet entre-deux, si la conviction que la représentation de la mort ne saurait surgir n'est pas tout à fait sans risques, elle apparaît néanmoins nécessaire.
- Par ailleurs, Philippe Jeammet a montré combien le rapport au temps et son invocation (notamment par les adultes) renvoient l'adolescent à la passivité et à la dépendance, au regard de la

problématique du déséquilibre narcissico-objectal. Les « tu comprendras plus tard », « il faut penser à ton avenir » renvoient le jeune à la violence de ses attentes et à la passivité que celles-ci génèrent. La temporalité est pour l'adolescent non figurable, à l'image de son monde interne. C'est pourquoi elle le ramène cruellement à la difficulté qu'il éprouve à saisir sa propre image. Aussi, l'adolescent répond souvent à cette question du temps, sur lequel il n'a aucune emprise, par une tentative de maîtrise de l'espace que représente le passage à l'acte, dans une opposition dialectique entre temps et espace (Jeammet, 2001).

- Enfin, dans une conception plus neuroscientifique, certains auteurs ont évoqué un substrat neurophysiologique de « l'impatience à l'adolescence », c'est à dire de la propension à privilégier une récompense immédiate sur une autre estimée à plus long terme. Nous nous référerons ici à certains travaux menés dans le champ des addictions, car c'est bien le propre du sujet porteur d'une addiction que de privilégier le plaisir immédiat sur les conséquences futures de ses comportements. Ces travaux postulent l'existence d'une physiologie et même d'une génétique de l'impatience (Reach, 2009). Plus précisément, des études menées en IRM fonctionnelle objectivent le couple impatience-patience comme une compétition entre un système impulsif primitif, mettant en jeu le fonctionnement de l'amygdale, du noyau accumbens, du noyau pallidum ventral, et un système exécutif incluant le cortex préfrontal. Or, ce dernier système se développerait après l'âge de 20 ans, ce qui pourrait, selon les auteurs, expliquer que les adolescents privilégient les récompenses à court terme sur les décisions à plus long terme. Ces résultats pourraient permettre d'éclairer la vulnérabilité particulière des adolescents à certaines consommations de toxiques, mais aussi à la non observance thérapeutique en ce qui concerne les adolescents malades chroniques.

Une maladie « paradoxale »

Maladie invisible et indolore, mais aussi maladie paradoxale. En effet, un paradoxe taraude immanquablement l'adolescent diabétique : pour ne pas être tourmenté par son diabète, ne pas toujours en parler, qu'il ne soit pas toujours « au devant de la scène », il « suffirait » d'appliquer au mieux le traitement prescrit ainsi que les consignes diététiques délivrées. Autrement dit, pour se « libérer » du diabète, il faut « s'aliéner » dans un respect scrupuleux d'un traitement rigoureux.



D'ailleurs c'est un argument qu'on ne cesse de renvoyer à l'adolescent pour l'inciter à se prendre en main « Si ton diabète étais bien équilibré, on n'en parlerait pas autant ! ». Il s'agit bien là d'un paradoxe, entre liberté et contraintes et un des points fondamentaux de la prise en charge psychologique des adolescents diabétiques réside dans ce constat (Duverger, 2011). A y regarder de plus près, s'il s'agit d'un paradoxe, en aucun cas il n'y a là de contradiction. On pourrait dire que ce paradoxe dans le diabète n'est pas sans rappeler le paradoxe inhérent à la problématique adolescente puisque la liberté de l'adolescent s'acquiert dans la contrainte. C'est en effet en s'opposant aux objets de la réalité externe et en intérieurisant les contraintes que la réalité impose, que l'adolescent acquiert plus de liberté dans ses choix. C'est dans cette mesure qu'il peut se libérer de sa dépendance aux objets. Finalement, chez l'adolescent diabétique, comme chez l'adolescent « sain », la liberté naît de l'intériorisation de la contrainte, de la limite, encore faut-il que cette limite existe et qu'elle tienne devant les transactions de l'adolescent.

Une corporalisation du psychisme

Selon Bertrand Cramer, le diabète se prête de manière prégnante à des confusions potentiellement délétères entre corps et psychisme. En effet, les stress émotionnels peuvent être impliqués dans les déséquilibres acido-cétosiques, par le biais d'une hyperactivité du système nerveux sympathique associée à une inhibition de l'insulino-sécrétion (Cramer, 1995). Mais aussi et surtout, les malaises hypoglycémiques donnent souvent lieu à des modifications du comportement allant de l'agressivité à la désinhibition dans certains cas. Il est alors tentant, tant pour les familles d'enfants diabétiques que pour les patients eux mêmes, de faire de l'équilibre métabolique le facteur explicatif de la vie psychique du sujet. Cramer évoque un ce titre une « corporalisation du psychisme » ; le diabète devient dans ces cas selon l'auteur « une rationalisation qui expliquerait tout mouvement psychique allant jusqu'à occulter la vie psychique des parents et des enfants » (Cramer, 1979). Nous pensons ici concrètement à des parents pouvant dire de leur enfant qu'il est en colère parce qu'il est en hypoglycémie, mettant ainsi un voile sur les aspects psychiques conflictuels de la relation parents/enfant. Bertrand Cramer nous donne d'ailleurs l'exemple d'une mère qui lui expliquait que son enfant avait des « colères à quatre croix » (la croix étant l'unité permettant d'exprimer les résultats sur une bandelette urinaire), et qui les traitait ainsi à l'aide de l'insuline. Ces théories parentales semblent alors prendre une place de choix dans l'herméneutique de la « crise » : les dimensions multiples de la vie psychique

ne sont pas interrogées et seules les erreurs de traitement sont envisagées quand « ça va mal » entre l'adolescent et ses parents. Les émotions paraissent alors presque « chiffrables » et dénuées de tout sens relationnel.

Les conflits psychiques essentiels au travail de l'adolescence ne peuvent qu'être abrasés par un déplacement systématique des émotions sur la maladie, c'est-à-dire par l'établissement d'une équation envahissante entre les affects du sujet et les aléas du diabète. Une telle subversion du vécu psychique risque alors de faire du suivi du traitement et de sa réappropriation toute-puissante un terrain d'expression de prédilection.

En pratique clinique, on entend régulièrement les parents ou les adolescents diabétiques s'interroger sur les déterminants d'un chiffre de glycémie qui diffère de ce qui est attendu compte tenu de la quantité et de la nature des aliments ingérés et de la dose d'insuline administrée. Dans ces situations, tout se passe comme si toute subjectivité se trouvait annihilée derrière ce que nous aurions volontiers envie d'appeler un trivial bilan entrée/sortie.

Les particularités du diabète et de son traitement renvoient ainsi l'adolescent à une problématique particulièrement archaïque d'un corps « mis en équation » en termes d'entrée/sorties, de plus/moins, de déchets émis par le corps et de calcul de dépense énergétique par l'activité motrice.

Cette logique comptable n'est d'ailleurs pas sans évoquer la problématique anorexique. Comme le ferait l'anorexique, le diabétique doit compter, toujours compter, et trouver l'équilibre parfait entre ce qui « rentre » et ce qui « sort ».

III. PARTICULARITÉS DU TRAITEMENT DU DIABÈTE : LEURS ÉCHOS À L'ADOLESCENCE

Un traitement qui rend malade

Le diabète, maladie invisible et indolore est une affection qui ne se révèle à celui qui en est porteur que par les contraintes du traitement. Aussi, pouvons nous entendre certains adolescents s'insurger : « je ne suis pas malade, c'est le traitement qui me rend malade », force est d'admettre qu'ils n'ont pas tout à fait tort.

Si la maladie diabétique constitue en elle-même une agression d'un point de vue étiopathogénique, en tant qu'il s'agit d'une maladie auto-immune, sa thérapeutique composée de piqûres quotidiennes, que ce soit à l'occasion d'injections d'insuline ou de la réalisation des contrôles glycémiques, va venir raviver chez le sujet le même sentiment d'effraction, dans un va et



vient incessant entre ce que l'on prélève et ce que l'on injecte dans le corps, à travers la peau.

Or la peau revêt une fonction importante dans la formation de l'image du corps, elle semble par ailleurs jouer un rôle essentiel dans l'apparition du sentiment d'unité de l'enfant et dans la constitution de son Moi. La peau est en effet tout à la fois « sac » qui retient, surface qui marque la limite et barrière, lieu et moyen d'échange ; autant de fonctions qui définissent ce que D. Anzieu appelle le « Moi-peau » (Anzieu, 1993). La peau fait identité et, de tous temps, elle a servi aux hommes pour dire leur appartenance et leurs croyances (Le Breton D., 2006). A l'adolescence, période où l'identité est en question, la peau occupe une place de choix.

Chez les adolescents diabétiques, les piqûres ravivent souvent des angoisses d'intrusion et de persécution et font parfois l'objet de défenses phobiques. L'angoisse devant le traitement s'appuie souvent sur des représentations d'agression corporelle. Nous avons pu constater que beaucoup d'adolescents refusent de s'injecter l'insuline au niveau du ventre, or ils doivent normalement faire varier les sites d'injection pour éviter la constitution des lipodystrophies. On note une importance symbolique du lieu d'injection (dans le « mou », dans le « dur », plus ou moins proche d'un organe vital) : un adolescent expliquera ainsi son refus de « se piquer » au niveau du ventre par la crainte de perforer un organe abdominal.

La thérapeutique par insuline vient en effet scander la journée du malade en incluant la rythmicité des piqûres. C'est autour d'elle que la majorité des fantasmes du sujet vont se fixer. L'insuline va souvent faire l'objet d'un surinvestissement particulièrement marqué à l'adolescence.

Le diabétique est littéralement dépendant à cette substance considérée comme miraculeuse lors de sa découverte dans les années 1920 : L'insuline sauve le sujet du coma acidocétosique et de ses conséquences mortelles, mais elle l'expose au risque du coma hypoglycémique. Ce remède miracle que les malades s'injectent quotidiennement avec une seringue ou un « stylo » ne peut donc manquer de revêtir au niveau fantomatique les aspects d'une drogue dont le surdosage serait également fatal. Substance de vie et de mort, les manipulations parfois occultes de l'insuline viendront ainsi remplir des fonctions diverses.

Les adolescents diabétiques reprennent souvent les images honteuses et dégradantes du toxicomane qui se cache des autres pour se piquer, parfois dans les toilettes, ou au contraire le fait au grand jour : fascinante provocation ! La maladie prend ici un caractère honteux qui vient rencontrer la fragilité narcissique induite par son apparition (bien des adolescents racontent

cacher le plus possible leur maladie aux autres). L'insuline peut ici s'apparenter à une substance dont on ne peut se passer ; une drogue, source d'énergie ou, au contraire, moyen de destruction. Cette identification au toxicomane n'est généralement pas bien tolérée. Par ailleurs, la peau garde la marque des piqûres et certains stigmates peuvent là encore renvoyer à la toxicomanie, ce qui est difficilement supportable pour l'adolescent.

Insuline et illusion de toute puissance

L'adolescent diabétique dispose par ailleurs d'un moyen immédiat de contrôler sa vie à travers son traitement par insuline et d'influer sur son entourage (familial et/ou médical) : il lui suffit de ne pas se traiter pour mettre sa vie en danger. Il dispose ainsi d'un moyen redoutable pour « faire agir » les autres alors que lui-même peut feindre l'indifférence ou même l'être réellement. Selon qu'il se traite plus ou moins bien, il force les parents ou soignants à agir (resucrage etc.) ou à réagir (conflit ou sollicitation au traitement). Cette redoutable passivité n'est pas sans alimenter un fantasme de toute puissance.

Parmi les circonstances qui favorisent l'émergence d'un état limite, Kernberg souligne l'existence d'une maladie chronique nécessitant une surveillance et des soins réguliers (Kernberg, 1979) : dans ce cas le patient dispose objectivement du contrôle de sa vie, ce dont l'individu sain ne dispose pas. Rappelons qu'agir un suicide n'a pas le même sens qu'oublier son traitement.

On retrouve parfois chez certains jeunes une utilisation pervertie de l'insuline manipulée par des adolescents à la recherche de sensations provoquées. Parallèlement, l'insuline possède des effets psychotropes indéniables et l'adolescent, en quête de sensations, joue parfois de ses injections, notamment en quête de manifestations d'hypo ou d'hyperglycémie : sensations cotonneuses de flottement, d'entre-deux. Certains sujets décrivent des épisodes de pseudo ivresse, recherchant ce vécu, voire, à l'extrême, certains adolescents ne se sentent bien que lorsqu'ils présentent des sensations de dysglycémie.

Cette recherche de sensations peut également se manifester par des consommations d'insuline en excès pour « se défoncer ». L'insuline a une action puissante et rapide et certaines manipulations de cette substance peuvent s'apparenter aux sensations recherchées dans des conduites d'alcoolisations massives rapides, comme par exemple dans la pratique du binge drinking (ou « biture express »). Les sensations permettent alors à l'adolescent de se sentir exister, et elles viennent remplacer toute émotion, tout affect, en saturant son psychisme. D'authentiques troubles addictifs peuvent ainsi apparaître chez de jeunes diabétiques.



Le recours à un traitement par pompe à insuline allège considérablement l'autosurveillance du traitement, et facilite l'équilibre glycémique (sachant que ces pompes sont normalement réservées à des diabètes déjà relativement équilibrés), mais ceci au prix d'une certaine visibilité extérieure.

Selon Guy Hamzalag, « la « pompe » est aussi une « machine » qui supplée aux fonctions vitales et qui agit de l'extérieur. Comme les autres « machines » extérieures au corps des sujets, elle peut susciter des craintes, des scénarios imaginaires, des représentations dont il convient de parler avec le malade » (Hamzalag, 1990). Cette visibilité semble constituer chez certains un point d'appui à une nouvelle figuration, peut-être moins angoissante, de leur maladie invisible. Ce petit boîtier, un « portable » atteste clairement de leur être-malade en le concrétisant, et l'allège également en rompant la rythmicité éprouvante des trois à cinq piqûres quotidiennes.

Et pourtant, porter cette pompe en permanence sur soi oblige l'adolescent à ne plus pouvoir « taire » sa maladie, ne serait-ce que ponctuellement, comme il pourrait le faire entre deux injections. Au moment du passage à un traitement par pompe certains disent ainsi : « avant j'étais diabétique quatre fois par jour, maintenant je suis diabétique tout le temps ! ». La maladie devient ainsi en permanence « visible » pour soi comme pour autrui. Aussi, on constate en pratique clinique que bien souvent le passage à un traitement par pompe va contraindre l'adolescent à revisiter son rapport à la maladie, et à lui-même. la question se pose réellement de savoir si l'adolescence est une période opportune pour mettre en place un traitement par pompe. En tout état de cause, on pourrait envisager qu'une évaluation psychologique soit souhaitable pour étayer ou réfuter cette indication.

Rapport à l'alimentation et frustration orale

Très tôt, le sujet diabétique fait l'expérience de la frustration orale et de la privation, notamment vis à vis des aliments souvent les plus attractifs : les mets sucrés. Il n'est par ailleurs pas anodin que, dans la maladie diabétique, ce soit le sucre et non tout autre aliment qui fasse l'objet d'un contrôle rigoureux. Il suffit de penser à la polysémie du mot, pour s'en convaincre: le sucre comporte donc en lui cette double composante à la fois régressive, enfantine, mais aussi cette valeur de transgression, et la culpabilité qui est inhérente à sa consommation.

Chez le diabétique, toute prise de poids, même minime, peut faire l'objet d'un questionnement et d'une « reprise en main » nécessaire médicalement parlant,

mais vécue comme particulièrement sévère et culpabilisatrice. Elle vient par là même renforcer des préoccupations corporelles déjà si sensibles à l'adolescence et concourt parfois à l'établissement de troubles du comportement alimentaires (TCA). Plusieurs publications traitant de l'association diabète/TCA ont par ailleurs mis en évidence chez les adolescents diabétiques de sexe féminin un risque conséquent de présenter un TCA non spécifié (selon la classification DSM-IV), en particulier de type boulimie hyperphagique (Jones et coll., 2000, Alice Hsu et coll., 2009, Vila, 1993, 1994). Les frustrations répétées que connaît tout diabétique pourraient en outre être responsables d'une perte du contrôle oral dont le rôle dans l'apparition d'un TCA apparaît probable.

Certaines représentations sur l'alimentation et sur l'insuline délivrées par les patients sont parfois surprenantes, comme cette adolescente qui pense que c'est l'insuline qui lui « a donné envie de manger », l'insuline venant selon ses représentations « détruire les aliments ». Dans ces situations, la représentation fantasmatique prime sur la réalité qui est que l'insuline permet au contraire d'assimiler le sucre contenu dans les aliments. Insistons ici sur l'importance de connaître les représentations des adolescents car il n'est pas rare que s'y fasse jour une opposition entre ce que le sujet ingère, et qui apparaît comme dangereux, et ce que restaure l'insuline. Beaucoup de jeunes filles évoquent une ambivalence par rapport à un traitement qui les conduirait à grossir alors que leur diabète, encore non diagnostiqué, leur permettait de manger ce qu'elle voulaient tout en maigrissant. On entrevoit ici aisément l'issue d'une telle situation, à l'image du déni de l'anorexique/boulimique.

Ces représentations s'originent souvent dans le moment de la découverte du diabète. Rappelons en effet que le diagnostic est classiquement porté à la suite d'une symptomatologie polyuro-polydipsique accompagnée d'un amaigrissement parfois important. Or l'instauration du traitement par insuline va entraîner rapidement une reprise pondérale. D'une part, cette expérience de fluctuation pondérale est souvent mal vécue, notamment par les adolescentes. D'autre part, l'insuline va être considérée comme l'agent causal de cette reprise pondérale. On voit ici apparaître les germes d'un rapport particulier au traitement. En effet, chez un certain nombre d'adolescentes, l'insuline va être utilisée comme moyen de contrôle pondéral, notamment au travers du recours à la méthode d'omission ou de restriction en insuline. Ce comportement, qualifié par certains de « diabulimia », serait retrouvé, selon les études, chez 10 à 30% des adolescentes diabétiques (Baginsky et coll., 2009, Ruth-Sadh et coll., 2009).



Au delà du mythe d'une hypothétique personnalité diabétique (Dunn, 1981) et de l'hétérogénéité des registres de fonctionnement psychique observée, la maladie diabétique induit un certain rapport au corps et n'est pas sans incidence sur le développement de la personnalité en cette période riche de tous les possibles, mais aussi de tous les dangers, que représente l'adolescence. Les divers aspects de la maladie et de son traitement pourraient ainsi venir influer sur certains secteurs fragiles de la personnalité, catalysant ou accentuant des troubles préexistants (Moran, 1987). Ainsi, l'adolescence des enfants diabétiques, comme la survenue d'un diabète à l'adolescence pourrait bien révéler des failles profondes dans l'organisation de la personnalité qui compromettraient tout autant le travail d'intégration de la maladie que le travail d'adolescence.

IV. L'OBSERVANCE THÉRAPEUTIQUE CHEZ L'ADOLESCENT DIABÉTIQUE

Le problème de la non observance au traitement à l'adolescence est repris dans la quasi totalité des articles traitant des jeunes sujets diabétiques ; il constitue la raison pour laquelle le psychologue ou psychiatre va être sollicité par le pédiatre avec, en toile de fond, cette question récurrente: comment parvenir à ce que les adolescents malades suivent correctement leur traitement ?

Les adolescents sont réputés familiers des conduites irréfléchies, déraisonnables, « crise d'adolescence oblige », on leur attribue allègrement des comportements irresponsables, manipulations, tricheries. Indéniablement, l'observance médicamenteuse se détériore au moment de l'adolescence comparativement à l'enfance, période où elle reflète surtout l'assiduité parentale tandis que, chez l'adolescent, elle procède de ses propres habitudes et comportements.

On ne retrouve dans la littérature que peu d'études au long cours sur cette question de l'observance à l'adolescence. Néanmoins, si une proportion non négligeable d'adolescents n'est pas fidèle aux prescriptions, il semble important de prendre en compte que cette proportion ne diffère guère de celle enregistrée chez les adultes. (Le Bot, 1999). Ces constats invitent à se garder de généralisations abusives concernant la mauvaise observance des adolescents, généralisations parfois secondaires à une « mauvaise » expérience avec un jeune. Il semblerait que l'on fasse bien moins de cas de la mauvaise observance d'un adulte, « tant pis pour lui » s'il ne prend pas son traitement... La mauvaise observance

d'un sujet jeune est toujours beaucoup moins bien tolérée par les soignants.

« Eloge de la non observance ordinaire »

Les réticences initiales d'un adolescent à une bonne observance sont normales; elles s'inscrivent dans une dimension interactive et intra-psychique. « Un adolescent n'aime pas se soumettre... A tout prendre, il préfère se démettre... » (Marcelli, 1997). Nous pensons en effet que la non-observance à l'adolescence est un comportement « normal », sous réserve que l'essentiel des soins soit préservé. Par la non observance, l'adolescent peut garder une maîtrise des effets de la maladie sur son propre corps, sa pensée, sur son entourage médical et familial. Par ces effets, le jeune se découvre certes malade mais « garde la main » sur sa vie. N'est-ce d'ailleurs pas là le sens de ce que parents, médecins et même la société toute entière ne cessent de le l'exhorter à faire, à savoir « se prendre en main » ?

Le diabète peut par ailleurs constituer, à travers les conduites de non observance, un moyen d'agresser les parents, d'augurer maladroitement un mouvement de séparation aussi bien désiré que redouté, et donc de tester également leur intérêt à un âge où le sujet prend maintenant son traitement en charge. La réponse de l'entourage est alors très importante, et le caractère temporaire de ces comportements signe une attitude participant paradoxalement de la santé psychique de l'adulte en devenir. Il pourra d'ailleurs incomber au pédiopsychiatre de les faire admettre comme tels aux somaticiens parfois déconcertés.

Très souvent, l'adolescent connaît son diabète, il en est généralement informé, souvent de façon très pédagogique et didactique dès le début de la maladie. Il serait donc erroné d'assimiler la non observance des adolescents à un simple défaut de savoir. Certains travaux mettent même en évidence que la moins bonne connaissance de la maladie est associée à une meilleure gestion de celle ci. (Hamburg et coll., 1982). Tout se passe donc comme si la connaissance de la maladie pouvait être « trop lourde » pour certains adolescents qui se leurrent sur la reconnaissance de leur diabète. C'est un mécanisme de clivage qui permet de résoudre le conflit interne entre une image de soi idéalisée saine et une image de soi dévalorisée, dépendante afin de pouvoir mettre la maladie entre parenthèses, se dégager de son emprise et de sauvegarder une partie de leur narcissisme.

Aussi, les attitudes qualifiées de « déraisonnables » des adolescents devant l'insupportable réalité de la maladie diabétique sont à comprendre comme un



compromis salvateur entre leur corps et leur équilibre psychique afin de ne pas entraver le nécessaire recours au travail de l'imaginaire et à la constitution de ses objets internes fantasmatisques, en particulier les objets idéaux qui constituent une des tâches majeures de l'adolescence.

Les acquisitions en matière d'information sur le diabète sont fragiles chez les adolescents. Elles peuvent sans cesse être minées, distordues, gommées par l'angoisse et les mécanismes de défense mobilisés. Face à ses lacunes et ces distorsions, les pédiatres ont tendance à redoubler de conseils et d'informations pédagogiques, notamment au travers de l'éducation thérapeutique. Nous voyons ici que cette perspective est vouée à l'échec si l'on méconnait les réels déterminants qui conduisent l'adolescent à infléchir un schéma parfaitement appris et compris.

Il serait d'ailleurs intéressant d'explorer dans quelle mesure la connaissance de la maladie pourrait être en lien avec des affects dépressifs, anxieux, voire suicidaires. Cela permettrait peut être de mieux cerner par quels mécanismes psychopathologiques l'adolescent « qui sait » pourrait présenter plus de difficultés à se soigner, et du même coup, d'éclairer d'une nouvelle perspective le principe de l'éducation thérapeutique.

Par ailleurs, nous pouvons nous demander si ce refus de savoir ne pourrait pas rendre compte des difficultés scolaires qu'il n'est pas rare de rencontrer chez ces adolescents diabétiques. Ces difficultés ne s'expliquent en effet ni par des répercussions cognitives de la maladie (les diabétiques ont des capacités intellectuelles équivalentes aux non diabétiques), ni par les contraintes médicales (car l'absentéisme scolaire du fait des soins ou des impératifs du traitement n'est en général pas majeur). Ne pourrait-on pas alors envisager que ces difficultés scolaires soient en partie liées à cet investissement ambigu de la connaissance et du savoir que nous venons d'évoquer ?

Comment va se manifester concrètement ce nécessaire compromis entre savoir et ignorance chez l'adolescent diabétique ? Il nous semble que c'est dans les manœuvres souvent qualifiées de façon péjorative de « tricheries » ou encore de « falsifications » que ce compromis va pouvoir se matérialiser. Ceux qui travaillent auprès d'adolescents diabétiques savent combien ces derniers peuvent faire preuve d'une ingéniosité redoutable pour dissimuler leurs « mauvais résultats ». Les pédiatres connaissent très largement leurs nombreuses ruses, notamment les carnets de glycémie falsifiés, remplis dans la salle d'attente juste avant la consultation médicale, et contenant des résultats inventés ou erronés. Parfois, les adolescents prennent la peine de

maquiller leur forfait en changeant de stylo, pour tenter de ne pas éveiller les soupçons de pédiatres pourtant aguerris à ces pratiques.

Certains se présentent en consultation en ayant « oublié » leur carnet de glycémie, ou bien leur lecteur (qui garde en mémoire les résultats des glycémies), parfois les deux. D'autres possèdent plusieurs lecteurs : un lecteur « officiel » qui contient des résultats satisfaisants, ce lecteur est celui qui sera présenté au médecin, et un second lecteur « officieux » que l'adolescent utilise pour effectuer ses auto-surveillances à chaque fois qu'il pense que le résultat ne sera pas satisfaisant, notamment après s'être permis un écart alimentaire. « Curieusement » ce dernier lecteur fera souvent l'objet d'un « oubli » lorsque l'adolescent se présentera en consultation médicale.

Certains adolescents excellent dans l'art de la tricherie et échafaudent des plans on ne peut plus inventifs, comme cet adolescent qui avait remarqué qu'en modifiant les réglages de l'horloge de sa pompe, il pouvait faire disparaître les résultats qu'il voulait dissimuler au médecin comme à ses parents. Ainsi, il antédatait d'une année le réglage de l'horloge de la machine juste avant d'évaluer les glycémies qu'il voulait passer sous silence, puis remettait l'appareil à la date effective. De ce fait, par un jeu d'illusionniste utilisant l'apport comme les failles de la technologie moderne, les mauvais chiffres de glycémie n'apparaissaient pas dans l'historique de la mémoire du glucomètre (qui ne prend en compte que les analyses des dernières semaines ou mois).

L'objectif n'est pas tant de faire l'apologie des conduites de mauvaise observance que de souligner que tricher avec ses résultats, falsifier son carnet, pourrait être la meilleure « issue » possible pour un adolescent diabétique, du moins d'un point de vue psychique. Car tricher c'est en quelque sorte tenter de trouver un compromis, se dégager de l'emprise et des contraintes, et préserver une partie de son narcissisme. N'est ce pas alors la condition nécessaire pour que le travail d'adolescence se mette en place ?

A travers ces tâtonnements, ces essais et erreurs ou ces apparentes dénégations pourrait se dessiner un espace de jeu, se dégager une voie d'élaboration de l'antinomie diabète/adolescence. S'il ne peut pas tricher, feindre l'ignorance, à quoi l'adolescent diabétique risque t'il d'être réduit ? Il nous semble qu'il y a deux écueils possibles: d'un coté le déni et la mise en acte, avec toutes les conséquences somatiques que cela implique, et de l'autre la soumission et l'emprise de la vie fantasmatische, avec toutes les conséquences psychiques qui en résultent.

En effet, si les conduites de non observance « ordinaire » que nous avons évoquées témoignent d'une



bonne santé psychique, celles qui se font exclusives et massives, nous renvoient par contre bien plus aux menaces profondes, sur fond de remaniement de l'organisation narcissique du sujet, que fait peser cette maladie sur l'adolescent.

Les conduites de non observance ordinaires comportent généralement une dimension d'adresse à l'autre : que ce soit dans des conduites d'échec ou d'opposition l'autre est pris en compte; c'est le cas de l'adolescent diabétique qui va faire ses injections correctement mais négliger les auto-surveillances recommandées par son médecin et ses parents, c'est une façon de se distinguer tout en s'appuyant sur l'autre.

La seconde forme de non observance, bien plus inquiétante, consiste à exercer la violence pour affirmer sa capacité à être au dessus de tout conflit de dépendance. Dans ces situations il n'y a pas de place pour l'autre, pas d'adresse, mais « une position d'omnipotence dans le négatif » (Jeammet, 2000) : « Le comportement devient de plus en plus délibidinalisé, purement mécanique, tandis que disparaît toute activité fantasmatique qui lui soit liée et que l'auto-érotisme perd toute dimension érotique et de plaisir au profit de besoins de sensations violentes pour se sentir exister et non plus pour éprouver du plaisir » (Jeammet, 1990). Les manipulations occultes de leur insuline par certains jeunes ne ressortent-elles pas de ce mécanisme pétrifié ? Le risque majeur est alors que s'institue à l'égard de ces comportements la relation de dépendance que l'adolescent fuyait avec ses parents. La non-adhésion durable au traitement pourrait symboliser cette toute-puissance en négatif.

Aux antipodes de ces conduites de non observance au traitement, mentionnons certaines significations de comportements de sur-observance qui apparaissent parfois bien plus préoccupants que ceux de non observance. Soumission trop grande, quête incessante d'ascétisme, parfois, c'est une hyper intellectualisation avec aspect de trop sérieux qui vient signer des modalités de défense contre l'angoisse. Tandis que les manifestations de non-observance sont redoutées par le pédiatre, l'adolescent « sur-observant » peut, tel le bon élève, se trouver félicité et encouragé par son entourage familial et médical. Pourtant, si les dangers de la non-observance sont faciles à prévoir d'un point de vue somatique, ceux de la sur-observance sont tout aussi problématiques, mais ils le sont d'un point de vue psychique, avec parfois des adolescences qui ne se font pas.

Néanmoins différencier la non observance « ordinaire » de la non observance dans sa dimension

pathologique est particulièrement difficile. En effet, l'adolescent présente ceci de particulier que ses manifestations bruyantes et dérangeantes revêtent toujours une double face : l'une qui concerne la dimension développementale et le travail psychique que tout adolescent doit effectuer pour sortir de l'enfance ; l'autre qui témoigne d'une impossibilité ou d'un refus à s'engager dans ce travail et d'une menace d'enkyttement.

La première est tournée du côté de la santé, la seconde du côté de la pathologie. Discriminer l'une de l'autre représente l'essence même du travail du pédopsychiatre mais hélas, les critères de différenciation sont loin d'être simples ! D'autant qu'une conduite telle qu'une mauvaise observance qui serait initialement inscrite dans une dimension développementale de protestation peut évoluer et se figer en symptôme au potentiel psychopathologique incontestable.

Souvent, c'est le degré de déséquilibre du diabète et donc le caractère dangereusement élevé du chiffre de l'hémoglobine glyquée qui va mobiliser le pédiatre et le conduire à solliciter le pédopsychiatre de liaison. Mais peut-on seulement déduire de la sévérité d'un symptôme, et qui plus est lorsqu'il se réfère à des données métaboliques (taux de sucre dans le sang), des caractéristiques psychodynamiques (même si les attentes du milieu médical sont grandes en la matière) ? A l'évidence, et à la lumière de ce que nous venons de dire, cela paraît autant improbable que réducteur, et de toutes façons hautement périlleux.

Équilibre psychique et équilibre métabolique ne vont ainsi pas nécessairement de pair, et parfois peuvent, dans des cas extrêmes, venir s'opposer. Nous voyons là s'amorcer un point de divergence possible entre le pédiatre et le pédopsychiatre en ce qu'ils peuvent ne pas partager les mêmes objectifs pour un même adolescent, même s'ils se rassemblent sur la volonté commune du bien être de ce dernier, c'est ce que nous allons évoquer au sujet de la prise en charge des adolescents diabétiques.

V. LA PRISE EN CHARGE DES ADOLESCENTS DIABÉTIQUES

Les aménagements du cadre de soin

L'entrée du jeune diabétique dans l'adolescence va être marquée par une attaque du cadre de soi, obligeant les soignants à une remise en question. La relation avec



l'adolescent malade impose en effet une médecine différente de celle de l'enfant.

Dans le fonctionnement pédiatrique, l'enfant soigné est d'abord l'enfant de ses parents. Le plus souvent, l'institution s'adresse à une unité indifférenciée parents/enfants. A un certain moment, il deviendra légitime, voire nécessaire que le(s) parent(s) n'assiste(nt) plus à la consultation du pédiatre et que ce dernier puisse se dégager d'une position d'autorité parentale annexe qui fera souvent l'objet d'attaques au moment de l'adolescence.

Se posera aussi la question du moment du passage de relai vers les services adultes. Lorsque l'adolescent est suffisamment mature et autonome, ce passage, pourvu qu'il soit bien préparé et anticipé, pourra être le signe d'une évolution constructive vers le monde des adultes et vers l'avenir. Pour certains, ce passage pourra même figurer le second temps du développement sexuel, la pédiatrie étant assimilée à l'enfance, et les soins adultes à l'adolescence. Ainsi, ces jeunes ne rentreront dans l'adolescence qu'au moment de l'arrêt des soins en pédiatrie, ce qui aura pour conséquence non négligeable de confronter les endocrinologues en charge d'adultes à des problématiques adolescentes dont ils sont probablement moins coutumiers que les pédiatres.

A l'adolescence, il est par ailleurs inévitable de tolérer une certaine inadéquation au traitement; tout d'abord parce qu'une trop grande exigence risque de briser la relation thérapeutique, ensuite parce que, on la vu, ce qui est positif pour l'équilibre du diabète ne l'est pas forcément pour l'équilibre psychique. Le pédiatre devra être attentif aux possibilités de chaque adolescent et ses exigences thérapeutiques devront ainsi être现实的, négociées, réajustées et graduées dans le temps. Il importe que le pédiatre choisisse un traitement médical adapté au mode de vie adolescent, souple, selon un choix éclairé de son patient. Certains évoquent le concept de « négociance », à la place du terme « ordonnance » pour mettre en exergue cette valeur de compromis, de contractualisation, que la prescription médicale devra revêtir pour ne pas entraver le processus de maturation de l'adolescent (Tubiana-Rufi, 1998, 2009).

Car, loin d'être neutre, le choix d'une prescription introduit toute une série d'éléments subjectifs dont le prescripteur se trouve être le vecteur. Ce qui importe, c'est ce que l'adolescent va projeter sur ce prescripteur, en fonction de sa problématique. En effet, la manière de rappeler les règles à suivre, de rejouster l'importance de chaque consigne ne saurait être neutre pour un adolescent enclin à attribuer au médecin une fonction dans son propre espace psychique élargi (Jeammet, 1980).

Par ailleurs, la question de l'observance ne doit pas être tabou mais abordée avec l'adolescent par le pédiatre en consultation, avec l'espoir de créer un véritable espace d'authenticité et de reciprocité dans la relation de soins, une écoute, un espace de choix, de droit à l'erreur. La façon dont le pédiatre s'adressera à l'adolescent pour évoquer cette question de l'observance est également importante: demander: « quelle injection est pour toi la plus difficile à réaliser ? », au lieu de « réalises tu bien toutes tes injections ? » ; voilà deux formulations qui ne trouveront pas le même écho chez l'adolescent.

Bien entendu, la non observance est aussi un phénomène partagé avec les parents dont les attentes ne sont pas des plus simples à gérer. Teintées d'angoisse, les demandes parentales sont souvent pressantes et dans certaines occasions vont jusqu'à étouffer leur adolescent et influencer le médecin.

Ce dernier devra prendre garde à cet écueil et tenter autant que possible de désamorcer les inquiétudes parentales quand elles sont excessives (Mignot, 2011).

Le dispositif de pédopsychiatrie de liaison

S'occuper d'un adolescent n'est pas simple en tant que cela implique de lui rendre tolérable ce dont il a besoin. Pour cela, il faut pouvoir manier la distance relationnelle : ni trop près, du côté de la menace intrusive, ni trop loin, du côté des vécus abandonniques. Le but est d'éviter l'installation de relations d'emprise réciproque. La multiplicité des liens, leurs différences représente une protection contre de tels affects. Ce jeu relationnel des interlocuteurs de l'adolescent et des lieux permet un maniement de l'espace qui rend plus tolérable les échanges.

Plus le sujet est vulnérable, plus il faudra lui aménager des espaces et des lieux de rencontre différenciés. Ceux qui sont les plus fragiles sont aussi ceux pour qui le recours à l'autre est le plus menaçant, ils se trouvent de fait dans une forme de radicalité entre deux positions sans alternatives possibles: d'un côté être omnipotent et au dessus de toute dépendance, de l'autre être entièrement soumis et donc humilié.

Dans ces situations, la relation duelle est souvent intolérable pour l'adolescent et le recours à des médiations (notamment groupes d'adolescents diabétiques, ateliers thérapeutiques) pourra présenter un bon outil dans l'arsenal thérapeutique (Botbol, 2003).

Tous les adolescents diabétiques ne relèvent pas d'une consultation psychologique ou pédopsychiatrique. Pour autant, il n'est pas déraisonnable de proposer, lors de la découverte du diabète ou au cours d'une hospitalisation ultérieure, une « simple » rencontre avec le psychologue ou le pédopsychiatre de



liaison. Ce qu'il convient surtout d'éviter, c'est que la consultation de pédopsychiatrie n'intervienne qu'au moment de l'émergence de difficultés majeures ou dans un contexte d'urgence (Duverger, 2011).

Nous en revenons ainsi à l'intérêt de proposer une rencontre, un premier lien en dehors de ces situations aigües, au cours des mois suivant la découverte de la maladie, afin de situer le psychiatre comme une offre, une possibilité, plutôt que comme une contrainte supplémentaire pour l'adolescent car alors aucun travail n'est possible.

Cet accueil bienveillant (plutôt qu'une consultation formelle) permet une prise de contact qui peut être n'aura jamais de suite. En revanche, si un jour une consultation s'avérait nécessaire, alors l'enfant connaît le pédopsychiatre ou psychologue et n'est pas adressé à un inconnu.

Plusieurs auteurs ont fait part de leur expérience dans l'exercice des consultations conjointes auprès d'enfants et d'adolescents diabétiques. Dans certains hôpitaux, ces consultations sont déjà en place (Tubiana-Rufi et Guitard-Munich, Paris ; Veroustraete et De Beaufort, Luxembourg).

Elles permettent d'emblée de signifier à l'enfant et à ses parents que la maladie touche au corps mais confine aussi à la psyché et, qu'à un moment donné, il sera possible de prendre le temps d'aborder des aspects plus psychologiques de la maladie dans un espace alors individualisé. On distingue eux types de consultation conjointe ; consultation séquentielle, dans laquelle les praticiens rencontrent le patient successivement ou consultation combinée, réunissant dans une même consultation plusieurs consultants dont un psychiatre, cette dernière apparaissant pour certains auteurs plus efficace sur les symptômes de l'enfant qu'un suivi « parallèle » en consultation pédopsychiatrique « prescrite » par le pédiatre (Birmes et coll., 2001). Pédiatre et pédopsychiatre gèrent ensemble la consultation et représentent physiquement les composantes psychosociales et physico-chimiques de la maladie, dans un lieu de médecine somatique, le bureau du pédiatre, puisque le langage adopté est celui du corps.

Il faudra aussi se méfier d'un risque non négligeable de confusion des rôles entre pédiatre et pédopsychiatre et s'attacher à ce que la place de chacun soit clairement définie.

A ce titre, une endocrino-pédiatre nous confiait récemment que certains de ses collègues, eux aussi pédiatres en charge d'adolescents diabétiques, mettaient un point d'honneur, lors de leurs consultations avec ces jeunes, à n'évoquer que leurs centres d'intérêts, leurs scolarités, leur vie relationnelle etc., en éludant totalement la question du diabète.

Il nous semble qu'il ne s'agit pas là du sens que doit prendre le concept de « médecine de l'adolescent ». Il s'agit plutôt de mettre en place une complémentarité autour de l'enfant et de sa famille, en préservant les identités de chacun. Le diabétologue se doit donc de continuer à être le garant du corps, et à assurer la surveillance de l'évolution du diabète, ce qui ne veut pas dire que ses consultations ne tourneront qu'autour des chiffres de glycémies, bien entendu.

Il faut avant tout éviter la confusion des rôles et l'écueil du pédiatre « psychiatrisant » ou bien du psychiatre « pédiatrisant ». Nous devons donc rester vigilants comme nous y invitait Sibertin-Blanc : « La liaison qui permet de former un nouvel ensemble porteur de qualités et de significations nouvelles, suppose des différences entre les parties à réunir et le maintien de leurs différences une fois réunies » (Sibertin-Blanc et coll., 2005).

Pour le pédiatre et le pédopsychiatre, il s'agira donc pour de se séparer, de se différencier et de s'individualiser tout en maintenant entre eux un lien. Cet enjeu, cela ne vous aura évidemment pas échappé, fait là encore grandement écho à la problématique adolescente.

CONCLUSION

L'existence d'un diabète à l'adolescence apparaît comme un catalyseur des problématiques inhérentes à cette période de la vie: les spécificités du diabète, son caractère exigeant, intrusif, et le rapprochement qu'il induit avec les parents pourraient en effet entraîner le travail d'individuation et de séparation de l'adolescent. L'exacerbation du lien de dépendance induit par la maladie pourrait contribuer à une opposition effrénée à l'emprise de l'autre, mais aussi, à l'extrême inverse, à une position de régression et de soumission passive, entravant tant le travail d'adolescence que le travail de la maladie. Cette problématique centrale de tout diabétique constitue l'axe majeur de leur clinique à l'adolescence, à une période qui révèle justement le poids d'une dépendance ressentie comme une menace pour l'autonomie et l'équilibre narcissique.

D'un point de vue thérapeutique, il s'agira de repenser le cadre de soin qui va être attaqué par l'adolescent, en se souvenant que tricher un peu avec son traitement n'est certes pas souhaitable d'un point de vue somatique, mais cela peut être salvateur d'un point de vue psychique. Il conviendra aussi de permettre un accompagnement psychologique des jeunes diabétiques qui le nécessitent au travers du dispositif de pédopsychiatrie de liaison. L'enjeu pour l'ensemble de l'équipe soignante est de faire en sorte que les adolescents diabétiques parviennent à faire



place psychiquement à la fois à la maladie et à leur corps pubère. Qu'ils s'acceptent insulino-dépendants pour ne pas risquer de se maintenir dans une position de dépendance infantile est bien le paradoxe qu'ils devront durablement affronter. Car à l'adolescence ce qui est paradoxal, que l'on soit diabétique ou non, c'est qu'on ne peut se séparer que lorsqu'on emporte un peu d'autre avec soi ; on ne peut être autonome que si on est un tout petit peu dépendant et, paradoxalement, si l'on refuse toute dépendance à l'autre, alors il n'y a plus d'autonomie.

BIBLIOGRAPHIE

- Alice Hsu Y., Chen B., Huang M. et coll. (2009), Disturbed eating behaviors in Taiwanese adolescents with type 1 diabetes mellitus: a comparative study. *Pediatr Diabetes*, 10, pp. 74-81.
- Alvin P., Marcelli. D, (2005), « Diabète insulinoprive », in Médecine de l'adolescent, Masson, Paris, pp. 239-244.
- Anzieu D. (1993), « La fonction contenante de la peau, du moi et de la pensée : conteneur, contenant, contenir », in Les contenants de pensée, sous la dir. d'Anzieu D., Dunod, Paris, pp. 15-39.
- Baginsky P. (2009), A battle to overcome "diabulimia". A patient's perspective. *Am Fam Physician*, 79, p. 263.
- Bertagne P., Quichaud J. (1990), « Le diabète insulino-dépendant, une maladie invisible et indolore », *Revue de médecine psychosomatique*, 24, pp. 9-14.
- Bertagne P., Pedinielli J.-L., Campoli C. (1990), Produit salvateur et/ou destructeur : la tentative de suicide par insuline chez le diabétique, *Psychologie médicale*, 22, 6, pp. 530-533.
- Birmes P., Sarramon C., Schmitt L. et coll. (2001), Quelles consultations pluridisciplinaires : séquentielles ou combinées ? *Annales Médico-psychologiques*, 159, pp. 241-247.
- Botbol, M., (2003), « Les médiations entre groupe et institution », *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 41, pp. 71-76.
- Cramer B. (1995), « Aspects psychiatriques du diabète juvénile », in *Traité de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent*, sous la dir. de Lebovici S., Diatkine R., Soulé M., PUF, Paris, pp. 1829-1838.
- Cramer B., Feihl F., Palacio-Espasa F. (1979), « Le diabète juvénile, maladie difficile à vivre et à penser », *Psychiatrie de l'enfant*, 1, pp. 5-67.
- Debray R. (1983), *L'équilibre psychosomatique. Organisation mentale des diabétiques*, Bordas, Paris.
- Dunn S., Turtle J., (1981), The myth of the diabetic personality, *Diabetes care*, 4, pp. 640-646.
- Duverger, P. ; Lemoine, A. (1997), « Le symptôme partagé : pédopsychiatrie de liaison », *Annales de psychiatrie*, 12, 2, pp. 107-111.
- Duverger, P. ; Malka, J. et coll. (2009), Le pédopsychiatre, un praticien de l'inattendu. *Neuropsychiatrie de l'Enfance et de l'Adolescence*, 57, pp. 505-509.
- Duverger P, Chocard A. S., Malka J. et coll. (2011), *Psychopathologie en service de pédiatrie*, Coll. les âges de la vie, Masson, Paris.
- Floquet B., Ziegler O., Kahn J.-P. (1988), « Abord psychologique des difficultés du traitement du diabète insulino-dépendant à l'adolescence », *Perspectives psychiatriques*, 27, 13, pp. 224-228.
- Freud S. (1926), *Inhibition, symptôme, angoisse*, PUF, Paris, 1995.
- Friedman S., Vila G., Mouren-Simeoni M. C. (1996), *Diabète insulino-dépendant et psychiatrie*, EMC Psychiatrie, 37-665-A-10.
- Golse B. (1990). « Dépendance et autonomie de l'enfant atteint de maladie chronique (par rapport aux symptômes, aux médicaments et aux soignants) », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, 38, n° 4-5, pp. 289-296.
- Gutton P. (1985), La maladie tâche aveugle. *Adolescence*, 3, pp. 177-224.
- Gutton, P. (1993), « Essai sur le fantasme d'immortalité à la puberté », *Cliniques méditerranéennes*, 39/40, pp. 141-154
- Guitard-Munich C. (2001), L'adolescent et le diabète : « le diabète me prend la tête », *Diabetes and Metabolism*, 27, pp. 31-34.
- Guitard-Munnich C. (2007), Difficultés psychologiques du traitement du diabète à l'adolescence. In: Simon D, Traynard PY, Bourdillon F, Grimaldi A, editors. *Education Thérapeutique. Prévention et maladies chroniques*, Masson, Paris, pp. 91-96.
- Hamzalag G. (1990), « Le diabétologue entre le diabète et le diabétique », *Revue de médecine psychosomatique*, 24, pp. 29-40.
- Jeammet P. (1980), « Réalité externe et réalité interne, Importance et spécificité de leur articulation à l'adolescence », *Revue française de psychanalyse*, 44, 3-4, pp. 481-522.
- Jeammet P. (1990), « Les destins de la dépendance à l'adolescence », *Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence*, vol. 38, n° 4-5, pp. 190-199.
- Jeammet P. (2000), « L'énigme du masochisme », in *L'énigme du masochisme*, PUF, Paris, pp. 31-67.
- Jeammet P, Corcos M. (2001), Évolution des problématiques à l'adolescence : l'émergence de la dépendance et ses aménagements. In: *Références en psychiatrie*, Doin, Paris.
- Jones J., Lawson M., Daneman D. et coll. (2000), Eating disorders in adolescent females with and without type 1 diabetes: cross sectional study. *BMJ* ;320, pp.1563-6.
- Kernberg O. (1979), *Les troubles limites de la personnalité*. Privat, Toulouse.
- Lévy-Marchal C., (2010). L'augmentation d'incidence du diabète de type 1 : la réalité du diabète de l'enfant, *Médecine des maladies métaboliques*, 4 (3), pp. 326-331.
- Le Breton D. (2006), *Signes d'identité. Tatouages, piercings et autres marques corporelles*. Ed. Métailié, Paris.



- Le Bot M. (1999), Dossier Observance, Rev Prat, 15, pp 1335-1348.
- Mairesse A.-M., Bougnères P.-F. (1990), Aspects psychologiques de la maladie, in Le diabète de l'enfant, sous la dir. de Bougnères P.-F., Jos J., Chaussain J.-L., Flammarion, Paris, pp. 127-136.
- Mairesse A.-M. (1986), « Le diabète de l'enfant. Approche psychologique », Médecine infantile, n° 5 : 507-512.
- Malka J., Togora A., Chocard A.S., et coll. (2007), Réflexion sur l'impact psychique de la maladie somatique chronique chez l'adolescent. Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 55, pp. 149-153.
- Marcelli D., Braconnier A. (1983), Adolescence et psychopathologie, Masson, Paris, 2004.
- Marcelli D. (1990), Quelle indépendance pour l'adolescent insulino-dépendant ? Neuropsychiatrie de l'Enfance, 38, pp. 217-22.
- Mignot C. (2011), Le travail avec les parents face au refus de soins à l'adolescence. Archives de Pédiatrie, 18, pp. 124-125.
- Mille C., Raffeneau F., Dewolf C. (2004), Travail de la maladie à l'adolescence. Ethique & Santé, 1, pp. 10-14.
- Mille C. (1990), « Fantômes dans la chambre d'un adolescent diabétique ou la dépendance comme destin ? », Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol. 38, n° 4-5, pp. 223-226.
- Moran George S. (1987), « De l'interaction entre troubles psychologiques et diabète infantile », La psychiatrie de l'enfant, 1, pp. 33-58.
- Neumark-Sztainer D., Story M., Resnick M., et coll. (1995), Body dissatisfaction and unhealthy weight-control practices among adolescents with and without chronic illness: a population-based study. Arch Pediatr Adolesc Med, 149, pp. 1330-5.
- Patterson C., Dahlquist G., Gyürüs et coll., (2009), Eurodiab Study Group. Incidence trends for childhood type 1 diabetes in Europe during 1989-2003 and predicted new cases 2005-20: a multicentre prospective registration study. Lancet, 373, pp. 2027-33.
- Pedinielli JL, Bertagne P, Montreuil M. (1996), L'enfant et la maladie somatique : le « travail de la maladie », Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, 44, pp. 22-31.
- Pedinielli J.-L. (1990 a), « Diabète insulino-dépendant, auto-agressions et compulsion mortifère », Revue de médecine psychosomatique, 24, pp. 15-28.
- Peveler R., Fairburn C., Boller I. et coll. (1992), Dunger D. Eating disorders in adolescents with IDDM. A controlled study. Diabetes Care ;15, pp. 1356-60
- Reach G. (2006), Clinique de l'observance. L'exemple des diabètes, John Libbey Eurotext, Paris.
- Reach G. (2009), Non-observance thérapeutique et addiction, deux manifestations de l'impatience, Psychotropes, Vol 15, 4, pp. 71-94.
- Ricard-Malivoir S. (2005), « Le contrôle glycémique, pour qui ? », Bulletin d'information de l'AJD (Aide aux Jeunes Diabétiques), T. 52, p.8.
- Ruth-Sahd L., Schneider M., Haagen B. (2009), Diabulimia: what it is and how to recognize it in critical care. Dimens Crit Care Nurs., 28, pp. 147- 53.
- Sibertin-Blanc D., Rothenburger S. (2005), La psychiatrie de liaison : une pratique de la transdisciplinarité, une éthique de la rencontre. Perspectives Psychiatriques, 44, pp. 96-101.
- Soulé M., Caille-Winter F. (1967), Les bases d'une coopération entre pédiatre et psychiatre dans l'action préventive en matière de santé mentale de l'enfant. Sauvegarde de l'Enfance, 17, pp. 400-405.
- Tubiana-Rufi N., Du Pasquier-Fediavesky L. (1998), « De la complexité du concept d'adhésion au traitement. A propos du diabète insulino-dépendant à l'adolescence », Annales Pédiatriques, 45, n° 5, pp. 321-329.
- Tubiana-Rufi N. (2009). Education thérapeutique des enfants et adolescents atteints de maladie chronique. Presse Med, 38, pp. 1805-1813.
- Vila G., Nollet-Cléménçon C., Vera L., Crosnier H., et coll. (1993), Étude des troubles des conduites alimentaires dans une population d'adolescentes souffrant de diabète insulino-dépendant. Revue Canadienne de Psychiatrie, 38, pp. 606-610.
- Vila G., Robert JJ., Mouren-Simeoni MC. (1994), Troubles des conduites alimentaires et diabète insulino-dépendant : une question d'actualité. Ann Méd Psychol, 152, pp. 577-588.
- Winnicott D. (1988), Le passage de la dépendance à l'indépendance dans le développement de l'individu, In Les processus de maturation chez l'enfant, Payot Paris. ■