



جامعة بجاية
Tasdawit n Bgayet
Université de Béjaïa

Université Abderrahmane Mira de Bejaïa

Faculté des Sciences Humaines et Sociales

Département de Psychologie et d'Orthophonie

Mémoire de fin de cycle

En vue de l'obtention du diplôme de master en psychologie

Option : Psychologie Clinique

Thème

Le vécu psychologique des personnes atteintes de diabète type 1.

Étude clinique réalisée sur six cas au sein de la maison des diabétiques de Sidi Aich, Béjaïa

Réalisé par :

BOUAKAZ Fahima

BOUDJOU Líticia

Encadré par :

Dr. CHELGHOUM Anissa

Année universitaire 2023/2024



Le grand merci s'adresse au Bon Dieu le tout-puissant, de nous avoir donné la santé, la force, le courage, la volonté et la patience pour accomplir et mener ce travail à terme.

*Nous tenons, tout particulièrement à exprimer toute notre gratitude à notre promotrice Dr **CHELGHOU** Anissa, pour sa confiance, sa bienveillance, sa patience, sa disponibilité, sa guidance, son aide, son soutien remarquable et son orientation, dont elle a fait preuve à notre égard, et qui a ainsi contribué à l'achèvement de ce travail.*

Nos remerciements, s'adressent également aux membres du jury pour avoir accepté d'évaluer ce travail, et pour avoir accepté de participer au jury de cette soutenance.

Nous souhaitons, également remercier vivement l'ensemble du personnel de la maison des diabétiques de sidi-Aich, qui nous a ouvert la porte pour effectuer ce travail.

Un grand merci, également à tous les sujets de notre groupe de recherche, qui nous ont accordé leur consentement pour la réalisation de ce travail car sans eux notre travail n'aurait pas été effectué.

Enfin, nous tenons à remercier chaleureusement et respectivement tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de ce modeste travail de fin d'études.

« Grand merci à tous »

Dédicaces

Avec un énorme plaisir, un cœur ouvert et une immense joie et une pensée pleine de reconnaissance inspirée de générosité et de gentillesse que je dédie ce modeste travail en particulier :

*À mes chers parents « **Mohammed et Karima** », il n'y a pas assez de mots sur terre pour exprimer tout l'amour et la gratitude que je ressens pour vous. Vos soutiens sans filtre, vos soins, vos sacrifices. Tout ça ma forgée et fait de moi ce que je suis aujourd'hui. Votre amour a toujours été là, il m'aide à surmonter les hauts et les bas de la vie, en vos présences je trouve le réconfort et la compréhension. Aujourd'hui j'aimerais juste prendre un moment pour vous dire merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Merci pour votre amour et inébranlable, votre altruisme et tous les sacrifices, toutes les valeurs que vous avez me transmises, je vous aime plus que je saurais le dire, que dieu vous préserve et vous procure santé et longue vie.*

*À la mémoire de mon cher grand père « **Abdelhamid** », qui a toujours été une source d'inspiration et de soutien dans ma vie. Ton amour, ta bienveillance continueront à guider mes pas, même en cette étape importante de ma vie. Tu resteras à jamais gravé dans mon cœur et dans mes pensées. Merci pour tout ce que tu as fait pour moi. Il a tellement voulu être présent aujourd'hui là et me voir réussir, que ce diplôme soit un hommage à ton héritage et à ton amour éternel.*

*Ainsi, à mes grands-parents « **Akfi, Wraïda et Baya** ». L'épaule solide, symboles de sagesse, et d'amour inconditionnel. Votre soutien indéfectible, vos précieux conseils et votre présence réconfortante ont été des sources d'inspirations tout long de mon parcours. Chaque succès que j'ai obtenu est le reflet de votre amour sans limite ont été les fondations sur lesquelles j'ai bâti mon avenir. Merci pour tout ce que vous avez fait pour moi. Je vous aime infiniment, que dieu vous protège.*

*À mon frère **Ali** et ma sœur **Imane**, qui ont été mes complices, mes confidents et mes meilleurs supporters. Votre présence a été un réconfort constant, je vous aime trop.*

À ma famille élargie, à mes tantes, oncles, cousins et cousines, dont le soutien et les encouragements ont été source de force et de courage.

*À notre promotrice, Dr **CHELGHOUM Anissa**, qui a été un soutien de valeur. Merci pour tout ce que vous avez fait pour nous.*

*À mon âme-sœur **Emilia**, qui a été toujours là, pour me soutenir, m'aider et m'écouter. Je suis reconnaissante d'avoir une amie comme toi à mes côtés, ta force, ton humour ont illuminé mes journées. Merci d'avoir été un pilier dans les moments difficiles, je suis impatiente de voir où la vie nous mènera, mais je sais que notre amitié résiste à tous les défis. Merci d'être toi, une amie exceptionnelle, que dieu ta protège et ta procure joie et bonheur. Ainsi que tout ta famille. Je vous aime énormément.*

*Sans oublier ma chère amie **Ryma**, qui a été ma source de motivation, ton soutien, ta joie de vivre et ta capacité à me remonter le moral ont illuminé mon parcours. Merci d'avoir été là pour moi, merci pour tout ce que tu es. Je t'aime.*

*À mes amies, **Lydia, Cecilia, Nabila, Farah, Lina, Yasmine, Sara, Asma, Tarek, Ramzi**, qui ont partagé mes joies, mes peines et mes succès. Votre amitié est un trésor que je chérirai toujours.*

*À ma binôme **Leticia**, avec qui j'ai partagé ce voyage académique. Merci pour notre collaboration fructueuse et notre soutien mutuel.*

*Aux sujets de recherche, car sans eux notre travail n'aurait pas vu le jour.
Et enfin, pour ceux qui nous aident de près ou de loin dans notre travail.*

Fahima.

Dédicaces

*Premièrement je remercie le Dieu
puissant qui ne cesse de me protéger.*

*Je remercie mon père **Boudjou Mourad**
mon héros pour toujours.*

*Ainsi ma reine Ma mère **M'sili Farida**
ma fée ma tante **M'sili Sofia**.*

*Je tiens à remercier mon ami **Kaci** pour
tous ces conseils ses encouragements son
soutien son aide.*

*Ainsi mes sœurs **Boudjou Julia,**
Boudjou Yasmine, Boudjou Mélissa*

*Sans oublier mon frère **Boudjou Bilal***

*Et le meilleur pour la fin je remercie la plus
belle rencontre de tout mon cursus ma binôme*

BOUAKAZ Fahima.

Liticia.

Sommaire

Introduction	01
--------------------	----

Partie Théorique

Chapitre I : Aspect médical et psychologique du diabète

Préambule	06
I. Aspects médicaux du diabète	06
1. Historique du diabète	06
2. Définition du diabète	07
3. Critère diagnostiques du diabète	08
4. Symptômes du diabète	09
5. Epidémiologie du diabète	12
6. Types du diabète	14
7. Complications du diabète.....	17
8. Traitement du diabète	22
II. Aspects psychologiques lié au diabète.....	23
1. L'annonce du diagnostic.....	24
2. L'état psychologique du diabétique.....	24
3. Les phases d'acceptation du diabète.....	24
4. Les troubles psychologiques liés au diabète.....	26
5. La vie sexuelle d'un diabétique	27
6. L'éducation thérapeutique des patients diabétiques	27
7. La prise en charge psychologique du diabète	29
Synthèse.....	30

Chapitre II : Vécu psychologique, Qualité de vie et soutien social

Préambule	33
I. Le vécu psychologique	33
1. La notion de vécu psychologique	33

2. Le vécu psychologique du diabète.....	34
3. L'impact psychologique du diabète sur la personne atteinte.....	35
II. Qualité de vie.....	36
1. Historique de la qualité de vie	36
2. Définition de qualité de vie.....	37
3. La qualité de vie liée à la santé	38
4. Les domaines de la qualité de vie	39
5. Mesure de la qualité de vie	42
6. Qualité de vie et diabète.....	44
III. Soutien social.....	45
1. Historique du soutien social.....	45
2. Définition de soutien social	46
3. Les deux grandes catégories du soutien social	46
4. Les dimensions du soutien social.....	47
5. Mesure du soutien social.....	49
6. Le soutien social et le diabète	50
Synthèse.....	51
Problématique et hypothèses	53

Partie pratique

Chapitre III : Méthodologie de la recherche

Préambule	64
1. Les objectifs de la recherche.....	64
2. Intérêt du choix du thème	64
3. Limites de la recherche	65
4. La méthode de recherche utilisée.....	65
5. Présentation du lieu de la recherche	68
6. Critères et présentation du groupe de recherche.....	69
7. Les stratégies de collecte des données	71
8. Le déroulement de la pratique	78
9. Attitude du chercheur.....	82

10. Difficultés rencontrées	82
Synthèse	83

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

Préambule	85
1. Prestation et analyse des résultats.....	85
2. Synthèse des résultats et discussions des hypothèses	152
Synthèse du chapitre.....	161
Conclusion.....	163
Liste bibliographique.....	166
Annexes	

Liste des abréviations

ADDQoL :	Audit Diabetes Dependante Quality Of Life
AIMS :	Arthritis Impact Measurement Scales
DG :	Diabète Gestationnel
DID :	Diabète Insulinodépendant
DNID :	Diabète Non Insulinodépendant
DS :	Diabète Sucré
DT1 :	Diabète de Type 1
DT2 :	Diabète e Type 2
EPSP :	Etablissement Publique de Santé de Proximité
FID :	Fédération Internationale du Diabète
HbA :	Hémoglobine glyquée
IMC :	Indice de Masse Corporelle
ISSB :	Inventory of Socially Supportive Behaviors
Mg/dl :	Milligrammes par décilitre
MIDD :	Diabète Mitochondrial
Mmol/mol :	Millimoles par mole
MODY :	Maturity Onset Diabetes of the Young
MVP :	Maladie Vasculaire Périphérique
NHP :	The Nottingham Health Profile
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
PGA :	Produits de Glycation Avancée
Qdv :	Qualité De Vie
QIC	Qatar Insurance Company
QLQ-C30 :	Qualité Of Life Questionnaire For Cancer Patient
SAS :	Social Ajustement Scal
SF-36 :	The Short Forme-36
SFS :	Social Functioning Schedule
SII :	Syndrome de l'intestin irritable
SNS :	Social Network Scale
SSQ :	Social Support Questionnaire
TCA :	Trouble de Conduite Alimentaire
TCC :	Thérapie Cognitive-Compartmental
WHOQOL :	Who Quality Of Life Assessment

Liste des tableaux

Tableau 1 : Comparaison entre diabète type I et de type II (Young, 2011, pp.242-308)...	11
Tableau 2 : Les 10 premier pays comportant le plus d'adultes atteints de diabète en 2017 (Atlas mondial de diabète, 2017).....	13
Tableau 3 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de groupe de recherche	70
Tableau 4 : Résultat du questionnaire ADDQoL de Mr Omar	90
Tableau 5 : Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 01 : Mr Omar	92
Tableau 6 : Résultat du questionnaire ADDQoL de Mme Samia	100
Tableau 7 : Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 02 : Mme Samia.....	101
Tableau 8 : Résultat du questionnaire ADDQoL de Mme Farida.....	111
Tableau 9 : Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 03 : Mme Farida	112
Tableau 10 : Résultat du questionnaire ADDQoL de Mr Tarek	122
Tableau 11 : Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 04 : Mr Tarek.....	123
Tableau 12 : Résultat du questionnaire ADDQoL de Mr Salah.....	134
Tableau 13 : Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 05 : Mr Salah	135
Tableau 14 : Résultat du questionnaire ADDQoL de Mme Souad	150
Tableau 15 : Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 06 : Mme Souad.....	151

Liste des figures

Figure 1 : Schéma de mécanisme d'un diabète de type 1. 15

Figure 2 : Schéma du mécanisme d'un diabète de type 2..... 16

Figure 3 : Les complications du diabète..... 18

Figure 4 : Schéma d'une rétinopathie diabétique.....20

Figure 5 : Schéma d'une néphropathie diabétique..21

Figure 6 : **a** : Mal perforant plantaire sur un pied neuropathique. **b** : Plaie du medio-pied sur un pied de Charcot à la phase chronique..22

Introduction

La santé est une entité très complexe et dont le champ ne cesse de s'élargir, elle reste une question primordiale dans la vie de l'être humain, car c'est un bien qui a autant d'importance pour lui, mais en même temps il est considéré comme le processus le plus mal gardé lorsqu'il est affecté par une maladie chronique comme le diabète, qui ne touche pas seulement le corps mais a également un impact profond sur le vécu psychologique des personnes qui en sont atteintes. La gestion quotidienne de la glycémie, la nécessité des injections régulières d'insuline et la surveillance constante des apports alimentaires peuvent engendrer une charge émotionnelle considérable.

Dans cette perspective, la qualité de vie des personnes diabétiques de type 1 peut être affectée à différents niveaux, comme la peur des hypoglycémies, l'anxiété liée au maintien d'une glycémie équilibrée, la peur des complications à long terme et les contraintes du traitement peuvent entraîner du stress et de la fatigue psychologique. Ces aspects psychologiques peuvent avoir un impact négatif sur la qualité de vie des patients, affectant leur humeur, leurs relations interpersonnelles, leur estime de soi et leur motivation à gérer efficacement leur maladie.

En outre, le soutien social joue un rôle crucial dans la gestion du diabète de type 1. Le soutien des proches, des amis, des professionnels de santé et des groupes de soutien peut aider les personnes atteintes de diabète à faire face aux défis psychologiques et émotionnels associés à la maladie. Un réseau de soutien solide peut fournir un espace sûr pour exprimer ses émotions et ses préoccupations, partager des expériences avec d'autres personnes dans la même situation, trouver du réconfort dans les moments difficiles et recevoir des conseils pratiques pour gérer le diabète au quotidien.

Dès lors, ce présent travail a eu pour objectif de déterminer et de décrire la nature et la qualité du vécu psychologique du diabète chez les personnes diabétiques de type 1, tout en se focalisant sur la qualité de vie et le soutien social, parce qu'elles sont considérées dans cette recherche comme des indicateurs quant à leur vécu psychologique.

Afin d'atteindre notre objectif, nous avons réalisé notre stage pratique au niveau de la maison des diabétiques de Sidi-Aich, Bejaia. Ainsi, notre travail a eu lieu auprès d'un groupe de recherche constitué de six cas, qui ont été soigneusement sélectionnés, selon des critères bien définis, pour le bon déroulement de la recherche, et dans le but de tester la fiabilité de nos hypothèses.

Pour réaliser notre recherche, c'est l'approche cognitivo-comportementale qui nous avons adopté comme cadre de référence, vu que c'est une approche focalisée sur les cognitions, les émotions et les comportements et qui consiste à comprendre les problèmes actuels et leurs origines, ce qui nous a aidé à comprendre, à mesurer et à décrire le vécu psychologique de nos sujets de recherche.

Dans le but de mener à bien notre recherche, nous avons opté pour la méthode clinique par étude de cas et pour la récolte des données, nous avons employé l'entretien clinique semi-directif, et deux échelles révisées, qui sont l'échelle de l'audit diabetes dependante quality of life (ADDQoL) pour la qualité de vie, et l'échelle de social support questionnaire (SSQ) pour le soutien social.

A cet effet, nous avons organisé notre recherche en deux grandes parties fondamentales. En commençant tout d'abord par une introduction de notre recherche. Une première partie qui consiste en partie théorique qui se compose de deux chapitres :

-Le premier chapitre est reparti en deux parties, dont la première est consacrée à l'aspect médical du diabète, dans laquelle nous allons présentant l'historique du diabète, sa définition, ses critères diagnostique, ses symptômes, épidémiologie de diabète, les types, les complications, et le traitement, dans la deuxième partie, nous allons se concentrer en particulier sur l'aspect psychologique, où nous aborderons l'annonce du diabète, l'état psychologique du diabétique et les phases d'acceptation, les troubles psychologique liés au diabète, et la vie sexuelle d'un diabétique, ainsi que l'éducation thérapeutique et la pris en charge psychologique, pour ensuite conclure le chapitre par une synthèse.

-Le deuxième chapitre est reparti à son tour en trois parties, la première abordera la notion du vécu psychologique, la deuxième sera consacrée à la qualité de vie, dans laquelle nous verrons son historique, sa définition, la qualité de vie liée à la santé, les domaines, la mesure de la qualité de vie, ainsi que la qualité de vie et le diabète, ensuite la troisième partie abordera la notion de soutien social qui est consacré à évoquer son historique, sa définition, les deux grandes catégories de soutien social, ses dimensions et sa mesure, ainsi que le soutien social et le diabète, pour enfin conclure avec une synthèse du chapitre.

Nous concluons, cette première partie en formulant la problématique de notre recherche et nous déboucherons sur l'énoncé de la question générale ainsi que les

hypothèses, ainsi qu'à l'opérationnalisation des concepts. Ensuite vient une deuxième partie, qui se compose de la partie pratique et qui est constituée de deux chapitres.

-Le premier chapitre sera consacré à la méthodologie de la recherche, dans lequel nous présenterons la méthode, les outils de recherche adoptés ainsi que leurs analyses, le lieu de recherche, le groupe de recherche, le déroulement de la pratique, l'attitude du chercheur ainsi que les difficultés rencontrées.

-Le deuxième chapitre sera consacré à la présentation et à l'analyse des résultats obtenus ainsi que sur la discussion des hypothèses dans le but de confirmer ou d'infirmier nos hypothèses.

Enfin, nous conclurons notre recherche par une conclusion, une liste bibliographique et une liste des annexes.

Partie Théorique

Chapitre I

Aspect médical et psychologique du diabète

Préambule

Parmi les situations qui rendent la vie d'une personne difficile, c'est l'atteinte par une maladie chronique telle que le diabète, qui est de plus en plus répandue et qualifiée de maladie ou d'épidémie du siècle. Cette maladie est accompagnée de complications dont nombreuses peuvent être sévères ; ces complications aggravent le diabète et diminuent l'espérance de vie des personnes atteintes de cette maladie.

Dans ce chapitre, nous aborderons, en premier lieu, l'aspect médical du diabète, où nous mettrons le point sur son histoire, sa définition, son épidémiologie, les types, ses symptômes, sa complication, son traitement. En deuxième lieu, nous intéresserons ou l'aspect psychologique du diabète. Ou nous va mettre l'accent sur quelques points, on commence par l'annonce du diabète, ainsi que l'état psychologique du diabétique et ses phases d'acceptation, juste après nous allons passer aux troubles psychologiques liés au diabète et la vie sexuelle d'un diabétique, ainsi que l'éducation thérapeutique des diabétiques, et nous allons terminer avec la pris en charge psychologique du diabète.

I. Aspects médicaux du diabète

1. Historique du diabète

Le diabète est une vieille maladie. Il était connu des Egyptiens y a plus de 3000 ans avant Jésus-Christ. Au XI siècle avant l'ère chrétienne, les chinois savants déjà la distinguer grâce à la saveur sucrés des urines. Un siècle plus tard, Sechrona, médecin Indo, décrit affection associant saveur sucrée des urines, soif, polyphagie, mauvaise haleine t asthénie. Ce n'est que deux siècles plus tard que le mot diabète « *du grec dia-baino, je passe à travers* » semble apparaitre pour la première fois en Grèce (Khiati, 2014, p.20).

Le terme diabète était destiné à caractériser des personnes ayant une maladie dramatique qui entraînait une mort chez des sujets jeunes, ainsi était décrit 100 ans avant J-C une maladie qui est connue aujourd'hui comme étant le diabète de type I (Colette & Monnier, 2014, p.33).

Ce n'est que 1500 ans après J-C qu'un médecin européen (Paracelus) met en évidence dans les urines des diabétiques une substance qui se présentait comme une poudre blanche. À cette époque, cette substance qui a était du glucose fut confondue avec le sel. Cent ans plus tard (1600 après J-C), nous découvrirons que les urines des diabétiques avaient

un gout sucré. Le terme du diabète sucré (diabète mellitus) fut utilisé pour la première fois. Il fallut une centaine d'années supplémentaires pour que Thomas cawley découvre que la substance présente en abondance dans l'urine des diabétiques était sucrée. En 1800 après (J-C) Langerhans, découvre en Allemagne les îlots pancréatiques qui porteront ultérieurement son nom (Colette & Monnier, 2014, p.33).

En Europe, c'est au XVI siècle que le médecin personnel du roi Charles II d'Angleterre, Thomas wiliss fait à son tour état du gout sucré de l'urine des diabétiques : plus tard au début du XIX siècle l'écossais John rollo signale l'hyperglycémie par l'adjectif latin mellite « *sucré* », permettant alors de distinguer le diabète des autres maladies également caractérisées d'abondante émission d'urine (Buyschaert, 2006, p.10).

En 1975 sont mise en évidence les relations entre le diabète type I et gènes du système d'histocompatibilité majeur (système HLA). Le diabète de type I apparait comme maladie déclenchée par des facteurs d'environnement survenant chez sujets génétiquement prédisposés. En 1979, les premières insulines produites par génie génétique sont développées, en quelques années ces insulines vont remplacer les insulines d'origine animale (de bœuf ou de porc) qui étaient utilisées jusqu'alors (Monnier & Colette, 2014, pp.33-34).

Dans les années 1990, commence la production d'analogues de l'insuline à vie courte d'abord, puis à action prolongée. Au cours des dernières années des nouveaux médicaments voient le jour après une longue période de stagnation, comme les glitazones et les analogues (Monnier & Colette, 2014, p.34).

Nous terminons par l'histoire du diabète, maintenant, nous allons passer à la définition de cette maladie chronique.

2. Définition du diabète

Le diabète est une affection métabolique caractérisée par la présence d'une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline et/ou d'anomalies de l'action de l'insuline sur les tissus cibles du fait d'une résistance à l'insuline (Simon, 2016, p.2).

Selon le dictionnaire médical le diabète est : « *Un terme désignant plusieurs maladies distinctes qui ont on commun un trouble métabolique d'origine génétique ou*

hormonale, d'ont la nature est défini par l'épithète qui suit le mot diabète. Employé tout court, il désigne le diabète sucré » (Delamare et al., 2009, p.243).

Le diabète peut être défini comme « *Un état de carence relative ou absolue de la sécrétion insulinique endogène (production par les îlots de Langerhans pancréatiques) couplé ou non à un état d'insulino résistance (diminution de la sensibilité des tissus et organes périphériques à l'insuline) » (Monnier & Schlienger, 2018, p.12).*

D'une manière plus simple, le diabète sucré est une maladie métabolique chronique provoquée par un trouble du métabolisme des glucides et caractérisée par un taux anormalement élevé du sucre dans le sang qui nous appelons communément l'hyperglycémie et aussi dans les urines. Il apparaît quand le pancréas ne sécrète pas assez d'insuline ou l'organisme utilise mal cette dernière qui est une hormone qui régule la concentration du sucre dans le sang.

3. Critère diagnostiques du diabète

Les critères actuels de diagnostic biologique sont indiqués comme suite :

Il y a le diabète sucré lorsqu'une glycémie plasmatique à jeun est égale ou supérieure à 126mg/dl ou lorsqu'en présence de symptômes cliniques prélevée à un moment quelconque de la journée, elle dépasse 200 mg/dl. Le diagnostic peut également être posé sur la base d'une valeur égale ou au-delà de 200 mg/dl à la 120e minute d'une épreuve d'hyperglycémie provoquée par voie orale. Plus récemment une valeur d'hémoglobine glycatée HbA_{1c}, égale ou supérieure à 6.5 % (48 mmol/mol) a également été validée comme critère de diagnostic en l'absence d'interférence de dosage (Buysschaert, 2011, p.19).

3.1. Diagnostic clinique

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

- C'est « *le coup de tonnerre dans le ciel serein* ». Le patient se plaint de symptômes aigus d'installation brutale, habituellement une polyurie, une polydipsie, une polyphagie et un amaigrissement. S'y ajoutent éventuellement des signes digestifs lors qu'il y a une cétose ou acidocétose, le diagnostic sans équivoque est confirmé par la biologie. Il s'agira pratiquement toujours d'un diabète de type I.

- L'ensemble de ces symptômes, ou certains d'entre eux sont présents sur un mode plus mineur, et éventuellement plus chronique, il n'y a pas de signes de cétose, le diagnostic de diabète est conforté par la biologie. Cette présentation clinique peut être celle d'un diabète de type I, type II ou d'un diabète spécifique.
- Le sujet est asymptomatique, il consulte à l'occasion d'un bilan de santé systématique ou d'une hyperglycémie (ou d'une glycosurie) parfois, c'est une complication infectieuse qui est le point d'appel : lésion mycotique ou bactérienne génitale (balanite, prurit vulvaire) et/ou cutanée le diagnostic sera le plus souvent celui d'un diabète de type II.
- C'est une complication chronique rétinienne, neurologique ou macro-vasculaire qui amène à découvrir un diabète antérieurement méconnu que la biologie qu'il s'agira pratiquement toujours d'un diabète de type II.
- Le sujet est non symptomatique, la glycémie à jeun est anormale (> 100 mg/dl), mais inférieure à 126 mg/dl l'HbA est mesurée entre $5,7$ et $6,4$ % le diagnostic sera a priori celui d'un pré diabète (Buysschaert, 2011, pp.3-4).

4. Symptômes du diabète

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

4.1. Dans le diabète type I

Les modes de début de DID sont variables, mais ils restent dominés par les signes classiques :

- La polyurie : elle est parfois décelée grâce à l'apparition d'une énurésie secondaire
- La polydipsie : qui reprend à la soif intense.
- L'amaigrissement modéré au début, il peut s'accélérer brutalement et provoquer une perte de poids de plusieurs kilogrammes en quelques jours.
- La polyphagie : un certain degré d'anorexie qui est noté.

4.2. Dans le diabète type II

- Terrain : obésité ou surpoids.
- Complications révélatrices : troubles visuels, douleur de neuropathie des membres inférieurs, pathologies cardiaques ou vasculaires, coma hyperosmolaire.
- Infection à répétition : cystites, mycoses, furonculoses.
- Symptômes d'hyperglycémie : polyurie, polydipsie.
- Symptômes d'insulinopénie : rarement amaigrissement, cétonurie.
- Symptômes spécifiques : asthénie (Stuart et al., 2011, pp. 227-241).

4.3. Différence entre diabète de type I et de type II

Plusieurs caractéristiques nous permettent de distinguer le diabète de type I de celui de type II, telle que la fréquence, l'âge, les causes, les signes révélateurs et autres qui sont regroupées dans le tableau ci-dessous :

Tableau 1 : Comparaison entre diabète type I et de type II (Young, 2011, pp.242-308).

	Diabète type 1	Diabète type 2
Autres appellations	Diabète insulino-dépendant (DID). Diabète juvénile Diabète maigre.	Diabète non Insulino-dépendant (DNID). Diabète de la maturité.
Fréquence	Moins de 10% des cas.	Plus de 90% des cas.
Age de survenue	Avant 35 ans.	Après 40 ans.
Poids	Normal ou maigre	Obésité ou surcharge adipeuse abdominale.
Hyperglycémie au Diagnostic	Majeure > 3 g/l.	Souvent < 2 g/l.
Cétose	Souvent ++ à ++++.	Le plus souvent 0.
Complication Dégénérative	Absente.	Présente dans 50 % des cas au moment du diagnostic.
Cause principale de Mortalité	Insuffisance rénale.	Maladie cardiovasculaire.
Injection d'insuline	Obligatoire.	Nécessaire qu'après échec des mesures hygiéno - diététiques et des antidiabétiques oraux.
Développement	Rapide et symptomatique.	Progressif et asymptomatique.
Mécanismes.	Destruction de la cellule bêta du pancréas entraînant. L'arrêt de la production d'insuline.	Diminution de la production d'insuline et moindre efficacité (insulino - résistance).
Complication aiguë	Acidocétose diabétique.	État hyperosmolaire : cétose, rarement avec infection ou de stress.
Causes	Maladie auto - immune dirigée contre les cellules du pancréas.	Maladie sous l'influence du mode de vie (alimentation, sédentarité,) et de facteurs génétiques.
Symptômes	Besoin fréquent d'uriner, une soif accrue, une faim extrême, perte de poids inexpliquée, fatigue extrême, troubles de la vision, de l'irritabilité, des nausées et des vomissements.	Tous les symptômes du type 1, plus : le gain de poids inexpliquée, des douleurs, des crampes, des fourmillements ou des engourdissements dans les pieds, somnolence inhabituelle, de fréquentes infections vaginales ou de la peau, peau sèche, démangeaisons et des plaies guérison lente.

5. Epidémiologie du diabète

Selon la fédération internationale du diabète, La prévalence estimée du diabète (type I et type II combinés, diagnostiqué et non diagnostiqué) chez les personnes d'âge 20 à 79 ans est passée de 151 millions (4,6 % de la population mondiale à l'époque) à 463 millions (9,3 %) aujourd'hui. En l'absence de mesures suffisantes pour faire face à la pandémie, nous prévoyons que 643 millions de personnes (11,3 % de la population) vivront avec le diabète d'ici à 2030. Nous atteindrons 783 millions (12,2 %) d'ici à 2045 (Atlas mondial de diabète, 2021).

Nous estimons également que plus de quatre millions de personnes âgées de 20 à 79 ans mourront de causes liées au diabète en 2019. Le nombre d'enfants et d'adolescents (jusqu'à 19 ans) vivant avec le diabète augmente chaque année. En 2019, les chiffres indiquent que plus d'un million d'enfants et d'adolescents vivent avec le diabète de type I. Nous estimons que 136 millions de personnes de plus de 65 ans vivent avec le diabète et la prévalence de cette pathologie dans ce groupe d'âge varie considérablement en fonction des régions. La FID montre également que l'hyperglycémie pendant la grossesse affecte environ une grossesse sur six. Autre cause d'inquiétude, le pourcentage de personnes vivant avec le diabète non diagnostiqué (en très grande majorité de diabète de type II) reste très élevé, actuellement supérieur à 50 %. Ce chiffre met en lumière le besoin urgent de diagnostiquer les personnes vivant avec le diabète (sans le savoir) et de fournir des soins appropriés à toutes les personnes vivant avec le diabète le plus tôt possible (Atlas mondial de diabète, 2019, p.3).

5.1. La prévalence du diabète dans le monde

Le diabète de type I ne concerne généralement qu'une minorité de la totalité de la population atteinte du diabète, soit 10 à 15% des diabétiques. Cela dit, son incidence ne cesse d'augmenter, aussi bien dans les pays pauvres que les pays riches. Ce type de diabète apparaît le plus souvent chez le sujet jeune, alors que le diabète de type II constitue 85 à 95 % de l'ensemble des diabétiques dans le monde et affecte particulièrement la population adulte, mais peut survenir à n'importe quel âge. Le diabète de type II est répandu et se présente aujourd'hui comme un sérieux problème de santé publique (OMS, 2016). Selon FID, le nombre des diabétiques dans le monde en 2014 est estimé 422 millions de personnes.

De plus, cette même organisation estime qu'en 2030, 552 millions de personnes à travers le monde pourraient être diabétiques.

La prévalence du diabète a connu une augmentation considérable, voire exponentielle à travers tous les pays du monde. Le Tableau ci-dessous donnera les dix premiers pays qui comptent le plus grand nombre d'adulte atteints de diabète en 2017 :

Tableau 2 : Les 10 premier pays comportant le plus d'adultes atteints de diabète en 2017 (Atlas mondial de diabète, 2017, p.46).

Les pays	Le nombre de diabétiques (en millions)
Chine	144.4
Inde	72.9
Etat unis d'Amérique	30.2
Brésil	12.5
Mexique	12.0
Indonésie	10.3
Russie	8.5
Egypte	8.2
Allemagne	7.5
Pakistan	7.5

Nous remarquons à partir de cette classification que la répartition des diabétiques est très inégale dans le monde. En effet, deux tiers d'entre-deux vivent dans les pays en voie de développement, dont la Chine et l'Inde qui sont les plus touché ; ils comptent à eux seuls, plus de 210 millions de diabétiques, ce qui peut s'expliquer par leur démographie importante. En plus de ces pays, plusieurs autres sont menacés par cette épidémie de diabète en enregistrant des taux de prévalence très élevés.

5.2. En Algérie

Le diabète pose un problème majeur de santé publique, vu son augmentation dans le monde et notamment dans les pays en voie de développement comme l'Algérie, dans lequel cette maladie est considérée parmi les pathologies les plus lourdes et fréquentes, où le nombre des diabétiques ne cesse de s'accroître au fil de ces dernières années.

Selon le ministère de la Santé, environ 4 millions de personnes étaient atteintes de diabète en Algérie en 2022, y compris des enfants et des personnes âgées. Des chiffres plus récents indiquent que le nombre de diabétiques représente environ 15% de la population âgée de 18 ans et plus, soit près de 2,8 millions de patients ([Https://elwatan-dz.com](https://elwatan-dz.com)).

La prévalence du diabète de type II a été rapportée à 10,5% en 2007 –2009 à Oran et à 15,3% en milieu urbain et 12,9% en milieu rural en 2007 à Tlemcen (Keddad,2017).

En revanche, les statistiques spécifiques sur la prévalence du diabète de type I en Algérie ne sont pas clairement mentionnées dans les sources consultées.

En somme, toutes ces prévalences résument et indiquent que le diabète, une maladie non transmissible qui a son poids au sein de la population algérienne, du fait qu'il pose un sérieux problème de santé publique, en affectant les différentes catégories d'âge, allant de l'enfance à un âge plus avancé de la vie.

Après avoir vous exposé l'historique et les définitions du diabète, ses critères diagnostiques, son épidémiologie, nous allons voir maintenant ses types, ses symptômes, ainsi que ses complications et son traitement.

6. Types du diabète

Il existe plusieurs types de diabète, cependant, nous avons choisis de décrire succinctement dans ce qui suit les trois types les plus connus : à savoir le diabète type 1, le diabète type 2 et le diabète gestationnel et nous allons faire l'accès brièvement sur les autres types :

6.1. Le diabète insulino-dépendant (DID), ou diabète type 1

Autrement appelé diabète insulino-dépendant ou diabète Juvénile qui apparaît le plus souvent avant l'âge de 15 ans.

Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune qui détruit les cellules. Insulinosécrétrices et dont l'hyperglycémie est la conséquence (Boitard, 2020, p.45).

Le DT2 résulte dans la majorité des cas d'une destruction des cellules bêta des îlots de Langerhans par un processus auto-immun se développant sur un terrain génétique de

prédisposition, éventuellement à la faveur de facteurs déclenchant. Les symptômes les plus connus chez les diabétiques de type 1 sont les suivants : excrétion excessive d'urine (polyurie), sensation de soif (polydipsie), faim constante, perte de poids, altération de la vision et fatigue. Ces symptômes peuvent apparaître brutalement (Blickle, 2018, p.18).

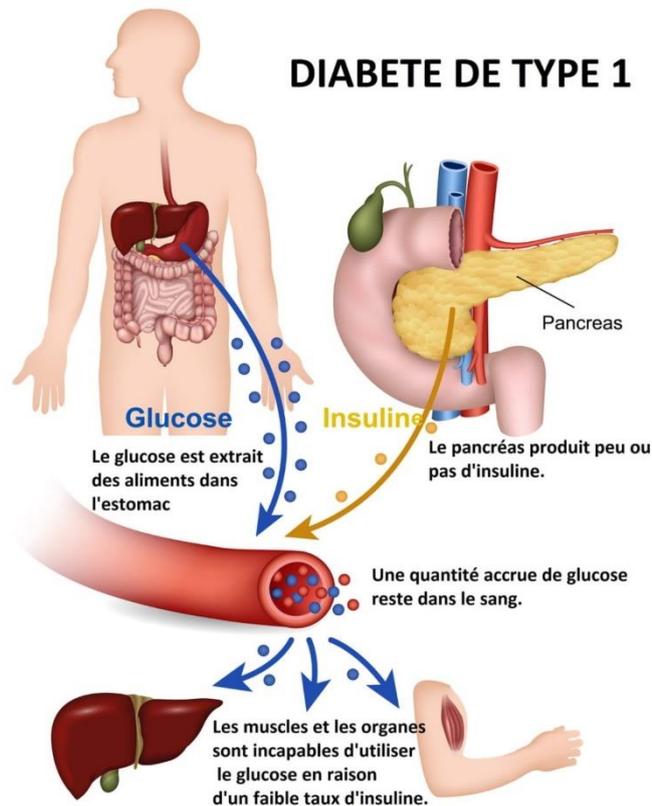


Figure 1 : Schéma de mécanisme d'un diabète de type 1.
(<https://sante.journaldesfemmes.fr>).

6.2. Le diabète non insulino-dépendant (DNID), ou type 2

Le diabète de type 2 ou non insulino-dépendant, ce type de diabète ne fait pas appel à l'insuline. Il représente la forme la plus fréquente, il concerne surtout les individus âgés de plus de 40 ans et chez les obèses, il survient lorsque l'organisme développe une résistance à l'insuline au niveau des tissus périphériques associé à un déficit relatif de la sécrétion d'insuline et perd sa capacité à absorber et à métaboliser le glucose (Guillausseau et al., 2003).

De nombreuses personnes atteintes de diabète de type 2 en sont longtemps inconscientes car plusieurs années peuvent s'écouler avant que les symptômes n'apparaissent ou soient reconnus : Une envie fréquente d'uriner, surtout la nuit, une

augmentation de la faim et de la soif, avec une sensation de bouche sèche, une somnolence excessive qui se remarque surtout après les repas, une vision trouble, des infections bactériennes ou à champignon plus fréquentes (infections urinaires, vaginites, etc.) (Florence, 2016, p.208).

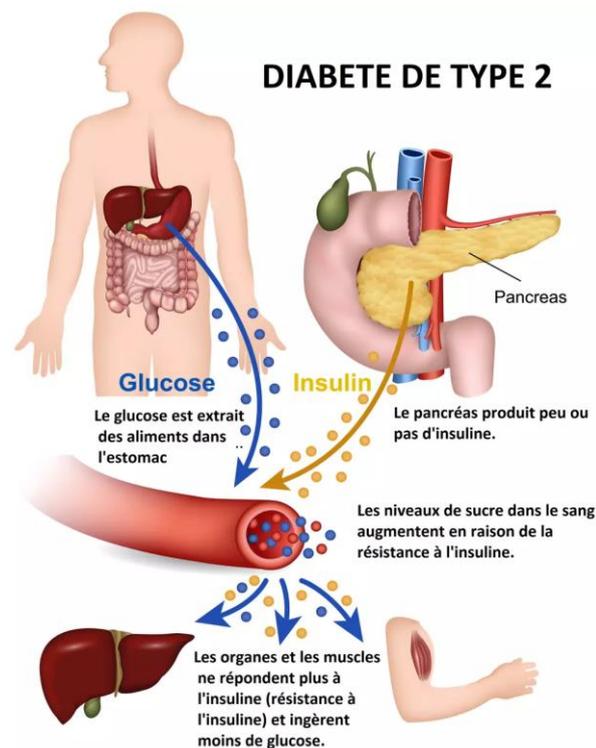


Figure 2 : Schéma du mécanisme d'un diabète de type 2. (<https://sante.journaldesfemmes.fr>).

6.3. Diabète gestationnel (DG)

Le diabète gestationnel est une entité qui est définie par la présence d'un trouble quelconque de la glycorégulation pendant la grossesse. Cette définition est indépendante du devenir des anomalies de la glycorégulation après la grossesse. Certains de ces états peuvent disparaître, d'autres peuvent persister, voire même s'aggraver (Monnier, 2010, p.37).

Les femmes ayant présenté un diabète gestationnel ont un risque élevé de développeras la suite un DT2 (Klein, 2009, p.88).

Nous trouvons également des formes rares de diabètes liés à une pathologie du système immunitaire, Par exemple la production d'anticorps dirigés contre les récepteurs

insuliniques peut conduire à des états diabétiques. Toutefois dans certains cas, ces anticorps peuvent conduire non pas à un diabète mais à des hypoglycémies (Monnier, 2010, p.45).

6.4. Les autres types de diabètes

❖ Le diabète MODY

Est un diabète dus à des anomalies génétiques qui altèrent la sécrétion de l'insuline. Il se définit par la découverte d'un diabète non insulino-dépendant avant l'âge de 25 ans, survenant dans un contexte familial compatible avec une hérédité autosomale dominante sur au moins trois générations (Brink et al., 2011, p.24).

❖ Diabètes secondaires

Peu fréquents, comprennent : les affections génétiques, les infections, les affections du pancréas exocrine, endocrinopathies, causes médicamenteuses.

Ce type de diabète peut être à l'origine d'une destruction des îlots pancréatiques et donc d'une insulino-pénie, d'une insulino-résistance ou d'une association des deux (Klein, 2009, p.17).

7. Complications du diabète

Les maladies non transmissibles, qui sont considérées comme des pathologies chroniques à long durée (ALD), sont responsables de 63% des décès dans le monde, dont 5% sont dus au diabète sucré. Cependant, selon les estimations de l'OMS et FID, le diabète serait à l'origine de 4,8 millions de décès dans le monde, en tenant compte des liens de causalité du diabète avec les autres maladies chroniques (OMS, 2016).

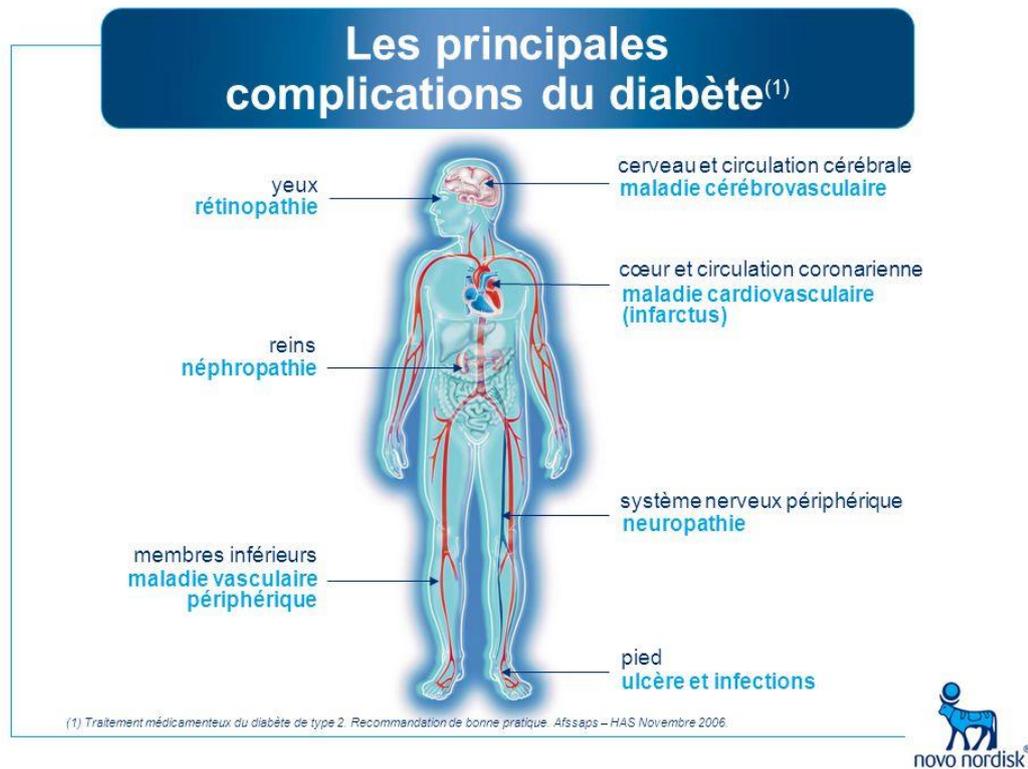


Figure 3 : Les complications du diabète. (Doulache & Boudjaoui, 2020, p.23).

En effet, le diabète n'est pas considéré comme principale cause de mortalité du fait de son caractère asymptomatique et le décès est attribué aux autres maladies qui sont plutôt des complications du diabète, telles que :

7.1. Les complications aiguës

Complications métaboliques du diabète se regroupent dans :

a. Les hyperglycémies

Ce sont en primauté la conséquence la plus visée du diabète, elle est caractérisée inévitablement par l'insulinothérapie. Très redoutable, elles provoquent des perturbations neurovégétatives, attentionnelles même il s'agit parfois d'un coma, ces alertes surgissent lorsque le taux de glycémie atteint un seuil important (Grimaldi, 2009, p.11), « *Il est difficile de déterminer à partir de quelle valeur ou à partir de quelle durée les glycémies élevées peuvent avoir des conséquences* », mais à long terme, elle développe des complications et des risques (Geoffroy & Gonthier, 2003, pp.179-180).

b. L'hypoglycémie

Appréhendée comme un état de tremblements, tachycardie, anxiété, sueurs, faim, paresthésies, représente aussi l'une des caractéristiques la plus fondamentale du diabète, par diminution de la glycémie plasmatique et de la quantité du glucose dans le sang, essentielle à réaliser un équilibre (Geoffroy & Gonthier, 2003, p.165).

c. Le coma hypoglycémique

Légère ou même elle pourrait en arriver jusqu'à un coma profond, par impact de l'hypoglycémie, il est provoqué par une neuroglucopénie, perturbant ainsi la conscience et tout qui va avec (Gerard, 2006, p.91).

En cas d'hypoglycémie, une carence en glucose s'installe rapidement au niveau du cerveau et précisément les cellules (Buyschaert, 2011, p.111).

d. Le coma hyperosmolaire

Il complique électivement le diabète non insulino-dépendant des personnes âgées, il survient à l'occasion par des caractéristiques cliniques de déshydratation importante et une carence d'acidose (Buyschaert, 2011, p.120).

e. L'acidocétose diabétique

Caractérisée par une déshydratation et une hyperventilation majeure suivie d'une polyurie osmotique, polydipsie, une asthénie, des pertes de poids, des vomissements et une haleine acétonémique, des douleurs abdominales et des troubles de la conscience et des pertes insensibles (Lacroix et al., 2007, p.763), observée surtout chez les diabétiques insulino-dépendant, à l'occasion d'une régression, des acides gras et autres, se transforment en corps cétoniques, survenu lors d'une carence transitoire en insuline.

Le corps ne peut pas d'utiliser le glucose contenu dans le sang pour en produire les sources nécessaires d'énergie (ATP) pour le bon fonctionnement, alors la seule solution serait d'en puiser dans la masse grasseuse l'énergie adéquate (Grimaldi, 2009, p.11).

f. L'acidose lactique

S'apparait et se développe dès que l'observance de certains médicaments, « *les biguanides* », est accomplie en part avec leurs contre-indications, en particulier l'insuffisance rénale, les tares viscérales et l'alcoolisme (Grimaldi, 2009, p.11).

Ou encore, elle est due « *à une augmentation des taux plasmatiques de lactate produite par la glycolyse anaérobie* » (Buyschaert, 2011, p.121).

7.2. Les complications chroniques

La prévention de ses complications néfastes, dégénératives et intensives pour la vie du diabétique, commence dès leurs apparitions avec un traitement vif et une éducation thérapeutique soit nécessaire (Aspar, 2004, p.102).

a. Rétinopathie diabétique (complications oculaires)

C'est la complication oculaire la plus grave du diabète .la rétinopathie diabétique est une microangiopathie avec atteinte privilégiée des vaisseaux capillaires rétiniens. L'une des premières causes de cécité dans les pays industrialisés (Buyschaert, 2011, p.119).

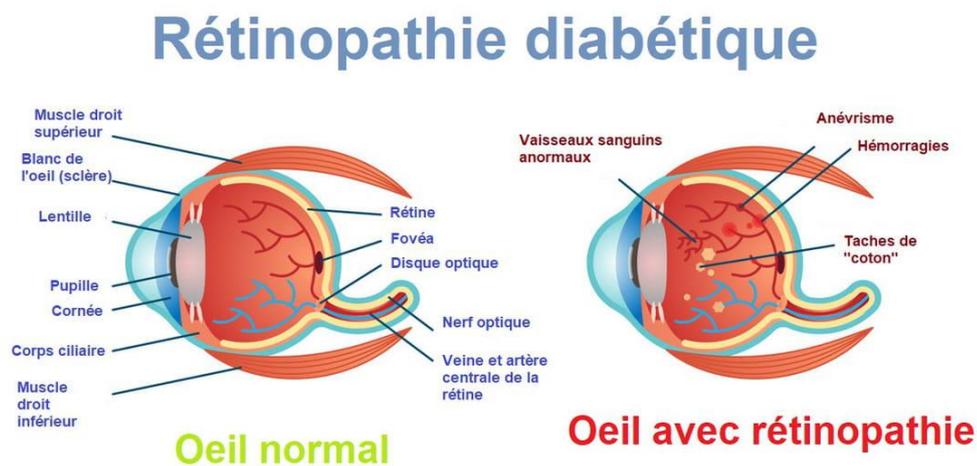


Figure 4 : Schéma d'une rétinopathie diabétique. (<https://sante.journaldesfemmes.fr>).

b. Néphropathie diabétique (complications rénales)

Est une complication grave du diabète sucré, c'est une atteinte rénale. Annoncée par une élévation de la micro albuminurie, elle conduit à une détérioration progressive des

fonctions rénales, l'insuffisance rénale est le terme ultime de la destruction des glomérules rénaux par le diabète (Quevauvilliers et al., 2009, p.309).

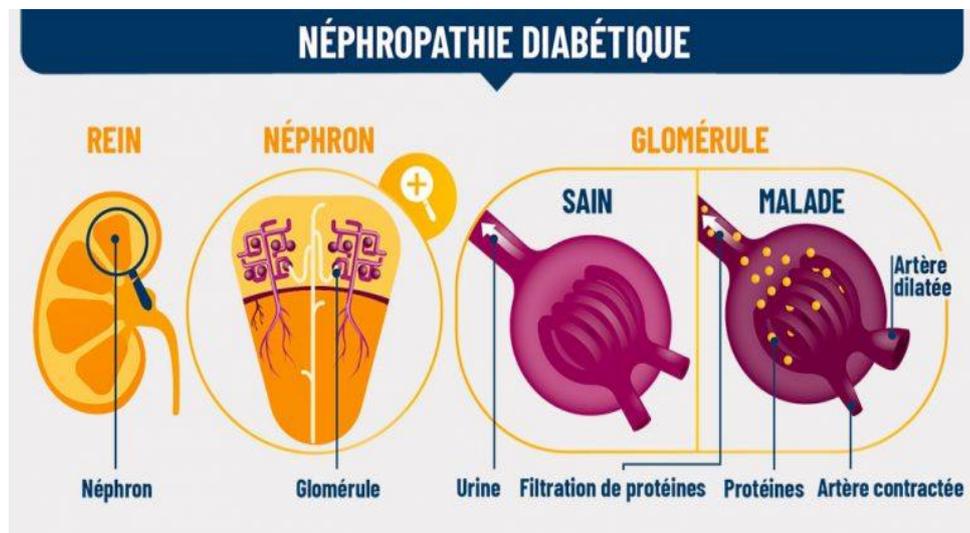


Figure 5 : Schéma d'une néphropathie diabétique. ([Https://maux-croises.fr](https://maux-croises.fr)).

c. Neuropathie diabétique

La « *neuropathie diabétique* », associée à plusieurs tableaux cliniques et de symptômes variés, elle se distingue des neuropathies périphériques, autonome, et des atteintes mono et multi névritiques (Buyschaert, 2011, p.135).

La neuropathie diabétique est due au fait que les vaisseaux sanguins apportant l'oxygène aux nerfs se rigidifient. Les nerfs sont donc de moins en moins oxygénés, ce qui provoque des lésions. (Manna & Sachiko, 2013, p.27).

d. Le pied diabétique

Les complications du pied diabétique sont graves et chroniques. Elles comprennent des lésions des tissus profonds associées à des troubles neurologiques et la maladie vasculaire périphérique (MVP) des membres inférieurs. La prévalence rapportée de la neuropathie périphérique diabétique va de 16 % à près de 87 %, avec une neuropathie diabétique douloureuse signalée chez environ 26 % des adultes vivant avec le diabète.

L'amputation des membres inférieurs chez les personnes vivant avec le diabète est 10 à 20 fois plus courante que chez les personnes ne vivant pas avec le diabète. Nous allons estimer que dans le monde, un membre inférieur est amputé (même partiellement) toutes les

30 secondes pour cause de diabète. Les ulcères du pied et les amputations sont plus courants dans les pays à faible revenu et à revenu intermédiaire que dans les pays à revenu élevé. L'incidence annuelle des ulcères du pied chez les personnes vivant avec le diabète est d'environ 2 %. Environ 1 % des personnes vivant avec le diabète subissent une amputation au niveau des membres inférieurs à un moment ou à un autre (Atlas du Diabète de la FID, 2019, pp.88-89).



Figure 6 : a : Mal perforant plantaire sur un pied neuropathique. **b :** Plaie du medio-pied sur un pied de Charcot à la phase chronique. (MALGRANGE.D, 2008).

8. Traitement du diabète

Les traitements du diabète ont pour objectif de contrôler l'hyperglycémie chronique et de maintenir la glycémie à des valeurs normales.

Dans le traitement du diabète, il y a les traitements médicamenteux et les traitements non médicamenteux (Duron & Coll, 2006, p.254).

8.1. Les traitements médicamenteux

Les traitements médicaux comprennent :

- a. L'insuline :** avec ces trois composantes, à savoir ; Les insulines lentes qui ont une action permettant de couvrir les besoins journaliers d'en insuline, les insulines rapides qui permettent de réduire la glycémie rapidement, généralement utile après les repas, ainsi que les insulines mixtes qui sont un mélange d'insuline lente et rapide.

- b. Les antidiabétiques oraux :** ce sont des médicaments hypoglycémiques, c'est-à-dire qu'ils ont pour objectif de faire baisser la quantité de sucre dans le sang.

8.2. Les traitements non médicamenteux

Comprennent trois approches permettant de contrôler la glycémie :

- a. L'éducation thérapeutique :** le diabète étant une maladie complexe sur le plan physiologique, nécessite une compréhension de l'organisme par le patient, qui lui permettra de modifier ses habitudes alimentaires et d'estimer la quantité de sucre ingérée et la quantité d'insuline à s'injecter. L'enseignement thérapeutique permet aussi de bien connaître les symptômes d'une hyperglycémie et de réagir à temps.
- b. La modification du régime alimentaire :** chez le diabétique, la régulation de la glycémie ne se fait plus de manière automatique par l'organisme. Un des leviers sur lesquels une action est possible pour réguler la glycémie est l'alimentation, par la limitation d'entrée de sucre dans l'organisme.
- c. La modification de l'activité physique :** la pratique régulière d'une activité physique diminue la quantité de sucre dans le sang en le faisant entrer dans les cellules musculaires, cela permet également l'augmentation de la sensibilité des cellules cibles à l'insuline.

II. Aspects psychologiques lié au diabète

La santé n'est pas seulement physique. Pourtant, pendant longtemps le modèle biomédical expliquait à lui seul la santé en considérant que toute maladie ou dysfonctionnement physiologique pouvait être ramené à des perturbations dans les processus physiologiques dues à des blessures, des déséquilibres hormonaux ou biochimiques, ou à des infections bactériennes ou virales, pourtant nous avons tous eus des expériences avec des maladie que ça soit d'ordre chronique ou passagère et généralement il s'agit de côté psychologique que nous souffre le plus.

Plusieurs auteurs se sont penchés sur les aspects psychologiques reliés à l'annonce d'une maladie chronique (Esterle, 2010, pp.7-8).

Nous allons dans les prochaines lignes aborder l'annonce du diagnostic. Initialement, nous allons présenter l'état psychologique du diabétique et les phases d'acceptation du diabète, puis nous allons s'attarder sur les troubles psychologiques liés au diabète et la vie

sexuelle d'un diabétique, et enfin nous allons aborder l'éducation thérapeutique et la prise en charge psychologique du diabète.

1. L'annonce du diagnostic

L'annonce d'une maladie incurable et chronique est un moment extrêmement fort, vécu par le patient sur le plan émotionnel.

Une annonce de diagnostic mal gérée ou carrément oblitère par le soignant peut donc être légitimement considérée comme une défaillance sur le plan professionnel. Cette défaillance thérapeutique peut :

- Entraîner une aggravation de l'anxiété voire de la détresse psychologique du patient liée au choc provoqué par l'annonce.
- Favoriser dès le départ chez le patient une représentation négative de la maladie, source de difficultés ultérieures voire de refus à se prendre en charge.
- Favoriser une représentation négative des soignants (Simon et al., 2009, p.22).

2. L'état psychologique du diabétique

Le diabète a son influence également sur le plan psychologique, sous le coup de choc provoqué par le diagnostic, le diabétique n'admet pas sa maladie dans le premier temps, la considère comme une agression insupportable perpétrée contre son corps puis il ne peut que se rendre à l'évidence des résultats de ses bilans médicaux, une multitude de questions assaille son esprit et une profonde angoisse, l'étreint quand il entrevoit la possible remise en cause de l'ensemble de ses projets d'avenir (Chabane, 2006, p.5).

Le malade est envahi de tout son être par la peur panique d'être handicapé, de ne vivre normalement, de ne pouvoir se marier et assurer sa dépendance, de ne plus pouvoir continuer ses études ou exercer sa profession, voire de mourir c'est de sorte que le diabète finit, par s'identifier désespérément au fruit qui ne va pas mûrir dès lors qu'il germe sur une branche brisée (Chabane, 2006, p.5).

3. Les phases d'acceptation du diabète

Accepter, d'ailleurs un incident et une répercussion négative du quotidien, qui nous arrivent et nous procurant de l'anxiété et du stress, c'est déjà une tâche à en faire part

sérieusement et une conscience en plein gré de la personne, chose plus éminente si nous renvoyons à une maladie chronique quelconque que telle que le diabète.

Les phases de l'acceptation du diabète sont difficilement et durement approuvées ; comparable au cycle du deuil de FREUD, elles s'orientent vers quelques capacités de la personne malade, des attitudes qui ne sont pas données à tout le monde. Pour franchir vraiment ces étapes, fallait-il qu'elle la personne diabétique possède une certaine estime et une confiance en soi et aux soignants et une certaine croyance dans les relations sociales à être un soutien et un aide (Popelier, 2006, p.77)

Le cycle d'acceptation se résume sous huit points et attitudes du malade :

-La phase du choc : c'est la première étape, elle résulte par l'annonce de la maladie, et dans laquelle le patient est surpris et angoissé, le fait de savoir qu'il est atteint, il serait inadmissible.

-La phase de dénégation : le patient ici se détache de sa maladie en se convaincant qu'il y a des maladies plus graves et plus capricieuses et plus fastidieuses que celle qu'il a ; il la banalise en niant tout simplement son degré de gravité et des complications qu'elle génère.

-La phase de révolte : généralement, le patient dans cette phase, se met dans un état d'irritabilité sévère et de colère, soit un état agressif, et le plus souvent, un état d'alerte : Il se sent attaquer et menacer ; il revendique la cause de l'atteinte et c'était à qui la faute, surtout, il cherche la cause et l'objet inconscient de sa révolte.

-La phase de marchandage : A ce moment, il est plutôt collaborant et attentif aux instructions mais avec une certaine anticipation et manipulation dirigée au préalable vers ses intérêts et ses intentions : souvent il négocie des points secondaires, ce qu'il rend parfois irritable et il est généralement fini par remettre en question toutes ces instructions ordonnées.

-La phase de dépression : cette étape est primordiale, car elle précède, celle qui suit, ce qui est l'acceptation, le patient est triste et méditatif. A cet instant, il manifeste deux attitudes, l'une d'elles est une dépression réactionnelle due à la perte de la sainteté de son

corps, et de la perception de soi. La deuxième, comme nous l'avons mentionné, est une succession dépressive et de chagrin, qui sera préparatoire à la phase d'acceptation.

-La phase d'acceptation : sur le plan d'un état privé de sentiment, le malade est tranquille et très collaborant, encore très persuasif à vivre le plus normalement en la présence du diabète.

-La phase de résignation : sous une aptitude de régner et d'espoir, le patient est passif et docile, il obéit aux instructions et dévoue aux médecins.

-La phase pseudo-acceptation : souvent la personne atteinte, soit du diabète ou d'autre maladie, le vit comme une menace ou un danger excessif sur la vie, et plus précisément, sur son intégrité sociale et professionnelle même ; un refus consciemment de se sentir malade et d'en soumettre aux instructions. C'est d'ailleurs 25% des diabétiques manifestent ce trouble quasiment psychologique, de refuser d'être diabétique (Grimaldi, 2005, p.129).

4. Les troubles psychologiques liés au diabète

Le diagnostic du diabète peut provoquer chez les personnes atteintes, des troubles psychologiques. L'annonce de la maladie peut aussi exacerber ceux qui existeraient déjà. Il est important de déceler ces troubles afin qu'ils n'engendrent pas une mauvaise adaptation au traitement. Nous pouvons retrouver : des troubles psychologiques anxieux généralisés et des troubles dépressifs. Ces troubles peuvent engendrer une moins bonne régulation de la glycémie et ainsi mener à des complications médicales. Lorsque ces troubles psychologiques sont observés par l'entourage proche ou par le médecin qui suit le patient, il leur est conseillé de diriger la personne vers un psychologue ou un psychiatre afin d'y remédier au mieux. Les différentes interventions qui existent sont :

- Une psychothérapie de soutien et de gestion du stress.
- Une thérapie selon une approche cognitivo-comportementale.
- Une thérapie familiale si des proches sont touchés par la maladie ou s'ils vivent avec une personne souffrant du diabète.

D'autres outils tels que les groupes d'entraide ou des revues parlant du diabète peuvent également aider le patient à faire un cheminement personnel sur la maladie (Jean-Pierre Olié, 2012, p.342).

5. La vie sexuelle d'un diabétique

Le diabète est une maladie qui a des conséquences sur la santé dans beaucoup de domaines, comme la sexualité qui touche autant d'hommes et de femmes.

5.1. Le diabète au masculin

Quand les patients, apprenant qu'ils sont atteints de diabète de type 2 ils deviennent impuissants. Souvent, convaincu que leur érection ne sera pas satisfaisante à cause de leur maladie, le patient aura des difficultés à maintenir une érection normale, la logique de l'échec peut vite s'installer et causer ce problème d'érection, Pourtant un diabète bien équilibré ne compromet pas une sexualité active. Beaucoup d'eau, une bonne hygiène de vie, pas de tabac et l'hémoglobine glyquée contrôlée sont autant d'atouts pour une vie sexuelle épanouie.

5.2. Le diabète au féminin

Certaines femmes atteintes de diabète peuvent ressentir un moins grand désir sexuel, ainsi que divers troubles de la sensibilité génitale, mycoses, infections urinaires, absence de lubrification vaginale, autant de désagréments qui concourent à une baisse de l'envie. Souvent, ces ennuis sont avant tout des signes de complications micro ou macro vasculaires (Catherine, 2011, p.55).

6. L'éducation thérapeutique des patients diabétiques

L'éducation thérapeutique est une approche humaniste centrée sur le patient, ses besoins et ses ressources. Elle est proposée non seulement pour aider le patient à comprendre sa maladie et son traitement mais aussi pour l'aider à devenir autonome. La mise en pratique à long terme va dépendre de sa motivation à se traiter ; L'éducation thérapeutique propose des moyens psychopédagogiques propres à motiver le patient pour que celui-ci se prenne en charge et modifie ses comportements sur le long terme (Jérôme et al., 2010, p.55).

Les quatre dimensions cognitive, affective, méta- cognitive et infra cognitive permettent d'améliorer les processus d'apprentissage et la motivation du patient. Tout d'abord, pour apprendre, le patient va s'appuyer sur une dimension cognitive : il va faire des liens, entre ses connaissances, confronter son vécu, ses symptômes et va chercher des moyens pour comprendre, assimiler. Toutefois, le patient va changer de comportement s'il est touché sur le plan affectif. En d'autres termes, s'il se sent concerné, s'il y trouve du plaisir, un sens et s'il a confiance en ses soignants (Jérôme et al., 2010, p.55).

Toutefois, le changement n'est possible que lorsque le patient s'interroge sur ses raisonnements intimes et ses habitudes de pensées (dimension infra cognitive) et s'il prend du recul sur son savoir, s'il réfléchit sur ses croyances, ses certitudes, s'il questionne ses conceptions (dimension métacognitive). Finalement, les facteurs internes, fondamentaux, mais aussi les facteurs externes qui motivent les patients à changer de comportement. L'éducation thérapeutique permet ainsi des perspectives pour améliorer la motivation des patients et leur observance thérapeutique (Jérôme et al., 2010, p.55).

Au cours de ces vingt dernières années, l'éducation des patients s'est implantée et a rencontré de nombreux succès avérés. Elle propose un grand nombre de formations dans plusieurs maladies chroniques comme le diabète, et diffuse des informations sur les comportements de santé liés à une maladie et à ses traitements (Jérôme et al., 2010, p.56).

Le malade chronique reçoit une information quasi complète sur sa pathologie et ses complications, les symptômes principaux à repérer, la pertinence d'un traitement et les mécanismes d'action des médicaments, etc. Les soignants renforcent ou ajustent les messages éducatifs et évaluent son implication personnelle dans la gestion de la maladie (Jérôme et al., 2010, p.56).

Cette éducation s'intéresse également à l'impact de la maladie sur la qualité de vie et sur l'entourage. Les rencontres avec les soignants, d'autres patients, voire des groupes d'entraide, apprennent au patient et à sa famille l'origine de sa maladie, son évolution potentielle. Ils peuvent adapter un comportement de vie plus finement ou encore circonscrire la tolérance aux médicaments afin d'être rassurés sur leur absence de nocivité. A partir de l'expérience des professionnels du diabète, des centres, d'éducation thérapeutique se mettent progressivement en place dans de nombreux pays. L'éducation thérapeutique suscite un

intérêt de plus en plus grand auprès des soignants, tant dans les hôpitaux qu'en médecine de ville (Jérôme et al., 2010, p.56).

Nous pouvons déduire à travers ce paragraphe que l'éducation thérapeutique sert à modifier les comportements et les croyances et aider le patient et sa famille à mieux connaître la maladie et son évolution, la motivation du patient est une condition préalable pour faciliter la prise en charge psychologique.

7. Prise en charge psychologique du diabète

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

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

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

Peyrot et Rubin (2007), ont proposé un modèle offrant aux praticiens une trame générale d'interventions parmi les plus citées dans la littérature. Nous nous inspirons pour présenter une prise en charge intégrative ciblant, d'une part des aspects comportementaux et, d'autre part des aspects émotionnels liés à l'adaptation au diabète (Mikolajczak, 2013, p.139).

7.1. Les interventions visant le changement du comportement

L'adoption de styles de vie de comportements adaptés au traitement du diabète repose sur la motivation du patient et son engagement personnel.

Les difficultés des patients à se plier aux contraintes du diabète ont été largement documentées.

L'approche adoptée est par conséquent centrée sur la perspective du patient et son expérience de la maladie. L'accompagnement psychologique des patients dans le processus

complexe du changement de comportement nécessite une collaboration guidée par le patient: son problème, ses intentions, ses objectifs et ses stratégies d'ajustement à la maladie. Le rôle du thérapeute est de s'adapter aux étapes du changement que traverse le patient. Il doit pour cela faire preuve d'empathie en respectant le point de vue du sujet et composer avec les résistances du patient en ayant pour objectifs de travailler sur son ambivalence et de renforcer son sentiment d'efficacité personnelle pour finalement encourager son autonomie (Mikolajczak, 2013, p.139).

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

7.2. Les interventions visant le bien être émotionnel

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

Synthèse

Dans tout ce que nous avons pu lire et exposé sur le diabète, nous pouvons conclure que le diabète s'agit d'une maladie qui se soigne mais qui ne se guérit pas, qui a des répercussions à la fois sur la santé physique et mental des personnes atteintes. Elle se caractérise par une hyperglycémie (un excès de glucose dans le sang). Cette maladie, qui affecte des millions de personnes dans le monde, engendre des complications graves et

nécessite une prise en charge globale combinant traitement médical, thérapie psychologique et soutien social permet de mieux gérer le diabète et de préserver la qualité de vie.

Chapitre II

**Vécu psychologique,
Qualité de vie et soutien
social**

Préambule

Le vécu psychologique est un aspect crucial de la santé mentale, qui constitue d'un ensemble des expériences, émotions et pensées vécues subjectivement par un individu, certaines personnes éprouvent un stress intense, d'autres arrivent à faire face et s'adaptent facilement, il est influencé par des facteurs tels que le soutien social et la qualité de vie. Cette dernière est une notion complexe, multidimensionnelle, intègre la santé physique, psychologique et sociale, tandis que le soutien social, qu'il soit perçu ou reçu, joue un rôle crucial dans le bien-être émotionnel et la stabilité psychologique des individus.

Dans ce présent chapitre, nous allons mettre la lumière sur la notion de vécu psychologique, le vécu psychologique du diabétique et l'impact psychologique du diabète sur la personne atteinte, puis aborder l'historique de qualité de vie, sa définition et aussi la qualité de vie liée à la santé, ses domaines, ainsi que les composantes, ses mesures, qualité de vie et le diabète, pour ensuite arriver au soutien social, où nous présenterons les points suivants : historique du soutien social, sa définition puis ses deux grandes catégories, ses dimensions, et enfin le soutien social et diabète, et nous allons terminer ce chapitre avec une synthèse.

I. Le vécu psychologique

1. La notion de vécu psychologique

Pour aborder la notion de vécu psychologique, nous allons d'abord commencer par un ensemble de définition du vécu, ensuite nous allons passer à la définition de vécu psychologique.

Selon le dictionnaire de la philosophie le vécu est : « *qui a fait objet d'une expérience individuelle concrète, effective, qui doit être considéré du point de vue du sujet engagé dans le monde* » (Baraquin et al., 2011, p.522).

Le vécu renvoie selon le dictionnaire de la psychologie à : « *l'ensemble des événements inscrits dans le flux de l'existence, en tant que qu'ils soient immédiatement saisis et intégrés par la conscience subjective* » (Doran & Parot, 2013, p.746).

Quant au psychologique : « *désigne tous les faits existant a un instant donné et déterminant la conduite d'une personne ou d'un groupe à ce moment précis* » (Sillamy, 2003, p.962).

Dans ce fait nous avons déduit qu'un vécu désigne tout ce qui a été effectivement dans la vie d'une personne dans son mode propre.

Cependant le terme psychologique est aussi définie comme appartenant à la psychologie qui est : « *la science des faits psychiques* » (Sillamy, 2003, p.212).

Pour C. Rogers (1951) le vécu psychologique désigne : « *« expérience » c'est-à-dire tout ce que l'individu ressent ou pense face à un évènement et il s'agit de ce qui se passe à l'intérieur de l'organisme et cela peut devenir conscient* » (Wade & Tavris, 2000, p.244).

Dans ce cadre, le terme expérience possède plusieurs acceptions, il est le plus souvent utilisé pour désigner l'aspect subjectif d'un événement. En effet ce qui importe aux humanistes ce n'est pas ce que fait l'individu (réalité objectif, vue de l'extérieur) mais c'est ce que l'individu pense ou ressent au moment d'agir ou après (réalité subjectif, vue de l'intérieur) (Wade & Tavris, 2000, p.244).

En conséquence, nous pouvons dire d'après l'ensemble de ces définitions que le vécu psychologique renvoie à la manière dont l'individu perçoit les événements qui le touchent, autrement dit c'est l'ensemble des sentiments, des émotions, des pensées que l'individu ressent face à un tel événement et cette expérience n'est pas accessible qu'à la personne concernée car elle seule a un accès privilégié au contenu de sa conscience.

Nous distinguons dans la notion du vécu psychologique deux sous-notions qui sont le bon vécu et le mauvais vécu. Par rapport à notre thème qui porte sur les personnes atteintes de diabète, le sens du vécu psychologique se réfère à l'expérience subjective et émotionnelle des patients en relation avec leur maladie. Cette expérience inclut les sentiments, les peurs, les frustrations, les stéréotypes et les adaptations nécessaires pour gérer une condition chronique telles que le diabète.

2. Le vécu psychologique du diabète

Avant d'aborder ce point, nous soulignons que lorsqu'une maladie touche une personne, cela ravive chez elle les sentiments d'insécurité ou d'échec qui ont jalonné sa vie. Le diagnostic du diabète peut ainsi constituer un choc et un stress pouvant affecter la vie de

l'individu touché. Psychologiquement. Il n'est pas évident de vivre avec une maladie chronique comme le diabète tous les jours. En ce sens, elle prend des proportions alarmantes en suscitant de l'inquiétude chez les malades depuis l'annonce du diagnostic jusqu'à l'apparition des troubles psychologiques.

Le vécu psychologique du diabète de type 1 est complexe et peut varier en fonction de chaque individu. Il est généralement caractérisé par une combinaison de stress, d'anxiété, de dépression et d'épuisement liés à la gestion quotidienne de la maladie chronique. Les personnes atteintes de diabète de type 1 peuvent ressentir une perte de contrôle sur leur corps et leur vie en raison de la nécessité de suivre un traitement rigoureux, ce qui peut entraîner une dépression et une anxiété. Le diagnostic peut également être perçu comme une fatalité, ce qui peut entraîner une réaction de choc et une phase de révolte avant que les patients ne puissent accepter leur condition (Helen, 2016).

Les patients diabétiques peuvent ressentir un désordre émotionnel important, associé à un vécu négatif de la maladie, mais aussi des expériences positives. Un stress élevé, un faible contrôle perçu de la maladie et un soutien social insatisfaisant sont des facteurs de vulnérabilité psychologique chez les patients diabétiques (Mikolajczak, 2013, p.127).

En période de confinement, comme celui dû à la Covid-19, les émotions négatives liées au diabète peuvent être exacerbées, augmentant le risque d'impact émotionnel sur les patients chroniques.

Il est essentiel de comprendre ces perceptions et émotions pour adapter au mieux le soutien psychologique et social aux patients diabétiques, notamment en situation exceptionnelle comme une pandémie (Saudo et al., 2021).

3. L'impact psychologique du diabète sur la personne atteinte

Un sentiment assez important et fréquemment observé chez les diabétiques s'impose. La détresse émotionnelle provoque chez la personne diabétique une certaine attitude dépressive (Popelier, 2006, p.79).

Le diabète, notamment l'insulinodépendant, est un facteur induisant aux troubles de l'humeur, généralement, suivi d'épisode de dépression majeur, et perturbe le cours de la vie et le quotidien du patient (Friedman, 1999, p.1).

En dehors des événements stressants qu'en vit le patient à la limite du diabète, les symptômes de ce dernier se modifient de même aux apports du stress ; de sorte qu'il participe au développement de l'hyperglycémie par la mise en fonction du système sympathique – sous l'activation de certaines hormones sécrétées-inhibant ainsi la sécrétion de l'insuline (Friedman, 1999, p.2).

Concrètement, l'apport d'une maladie chronique sur l'organisation de la personnalité est lourdement inévitable, un défi à se soumettre et à surmonter pour la construction de l'identité ainsi pour la solidité de l'estime de soi (Geoffroy & Gonthier, 2003, p.212).

Au même temps, la maladie chronique, contribue dans l'élaboration d'une image du corps par essence défavorable et dévalorisé, dès lors, souvent de nature conflictuelle; en premier apport de l'image du corps avant n'importe qu'elle atteinte, elle était fondamentalement idéalisée, et peu après l'avènement de la maladie, elle est négative et anéantie (Bontemps et al., 2005, p.33).

En faisant abstraction du genre de la maladie, certaines personnes atteintes décrivent un sentiment de perte de sécurité. Essentiellement identifié sous des sentiments, parfois même, des situations dites de perte de contrôle et du pouvoir de certaines principales variables, qui les motivent (leurs corps, leurs quotidien et leurs vies, leurs relations avec autrui et avec eux-mêmes, leurs activités, rôles et leurs projets), peut en agir d'un changement et d'une modification du sentiment de sécurité (Bontemps et al., 2005, p.33).

La réduction de ces variables et performances créent chez les patients un état de conscience de leurs limites que leurs impose la maladie. Des contraintes les conduisant « à vivre différemment de ce qu'ils étaient ou de ce qu'ils souhaiteraient être », les conduisant aussi vers un changement des rôles sociaux, ainsi que des répercussions sur le plan des relations avec autrui et avec elle même (Bontemps et al., 2005, p.33).

II. Qualité de vie

1. Historique de la qualité de vie

Le terme de la qualité de vie a été initialement introduit aux Etats-Unis, dans les années 1950, comme slogan politique, puis étendu à l'univers social et individuel dans les années 1970. En France, dans le secteur de la santé, la notion de la qualité de vie apparaît pour la première fois dans les annales de médecine interne en 1966. En effet, la qualité de

vie a pris une importance croissante dans l'évaluation des soins de santé. Elle correspond à l'intérêt porté par les patients, les pouvoirs publics et la société à l'impact global des soins dispensés. Mais, elle recouvre aussi l'étude du bien-être des patients, au-delà de la simple amélioration des signes cliniques et biomédicaux de la maladie. Elle prend en compte les états physiques et la situation sociale et psychologique, à partir du point de vue subjectif du patient (Montreuil et al., 2009, p.133).

Ce sont initialement les chercheurs en santé publique, les médecins puis les psychologues qui ont conduit au développement de la notion de qualité de vie, notion qui intègre de manière complexe des concepts comme le bien-être, la santé, la satisfaction. Les progrès de la médecine, vis-à-vis du traitement des maladies infectieuses notamment, se sont traduits par un allongement de la vie des populations et par l'accroissement du taux de certaines maladies chroniques, aux conséquences nouvelles et multiples (physiques, mentales, sociales), avec le risque d'affecter le bien-être des patients plutôt que leur survie. Il devenait alors fondamental de restaurer ou de préserver la qualité de vie de ces personnes et de construire des outils permettant d'évaluer l'impact physique, mental et social des pathologies chroniques.

Mais, il était aussi important d'évaluer l'impact des soins et des traitements qui leurs sont associés (Leplège, 1999). Enfin, les professionnels s'interrogeaient sur les effets des divers types de traitement des maladies chroniques en termes qualitatifs (bien-être des patients) plus qu'en termes quantitatifs (nombre d'années de vie gagnées sur la mort et le handicap) (Montreuil et al., 2009, p.134).

La qualité de vie est un concept à la mode depuis les années 1980-1990 qui a réussi à supplanter, tout en les intégrant, des notions voisines (bonheur, satisfaction de la vie, bien-être, santé). Elle concerne de nombreuses disciplines (médecine, épidémiologie, santé publique, sociologie, économie, psychologie de la santé, etc.) et fait l'objet de très nombreuses études (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.6).

2. Définition de qualité de vie

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) 1993 : « *La qualité de vie est comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept intégrant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses*

croyances personnelles, ses relations sociales, ainsi que sa relation aux éléments essentiels de son environnement » (Michel & Stéphane, 2003, p.3).

Selon Nordenfelt (1994) : la notion de qualité de vie est le plus souvent confondue avec celles de qualité de vie associée à la santé, d'état de santé et de bien-être subjectif. En réalité, c'est la qualité de vie qui est le concept le plus large de tous et plus intégratif. (Bruchon-Schweitzer, 2002, p.48).

Pour Launois (1996), la qualité de vie est un concept tellement « englobant » que tout y trouve sa place : facteurs environnementaux, niveaux de revenus, habitudes, styles de vie...qui plus est, dans leurs interactions réciproques, tous ces facteurs ont une incidence sur le cours de l'existence et le développement des individus ou des sociétés. Ici encore, l'unanimité se fait, mais cette fois sur le caractère multidimensionnel du concept de qualité de vie (Sultan & Varescon, 2012, p.21).

De façon simple, la qualité de vie définit l'état général d'un individu à un moment donné. Certaines conceptions se centrent sur l'état objectif (conditions de vie, santé physique, etc.), d'autres sur l'état subjectif (ressenti de bien-être par exemple), tandis que certaines composantes (émotionnelle, fonctionnelle, spirituelle, économique, etc.) sont parfois mises en avant, ou au contraire délaissées (Sophie, 2009, p.25).

A travers ces définitions, nous pouvons indiquer que la qualité de vie concerne l'interaction des facteurs psychologiques, économiques et environnementaux et la manière avec laquelle chaque personne pense sa place.

3. La qualité de vie liée à la santé

Le terme de la qualité liée à la santé fut alors inventé pour justifier l'utilisation des mesures disponibles en changeant leur nom (la qualité de vie liée à la santé).

Il implique que nous puissions analyser la qualité de vie dans ses composantes liées ou non à la santé.

Lorsque l'OMS va décréter que la santé n'est pas uniquement l'absence de maladie, les chercheurs dans le champ de la médecine vont explorer d'autres composantes que la symptomatologie, la morbidité ou la mortalité ou d'infirmité mais un état complété en 1986 par les éléments suivants : « *La santé est une ressource de la vie quotidienne et non un but de la vie, elle est ce que permet à une groupe ou un individu d'une part de réaliser ses*

ambitions et satisfaire ses besoin, et d'autres part d'évaluer avec milieu ou s'adapter à celui-ci ».

Pour Patrick et Erikson (1993) : la qualité de vie « *est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, de niveau fonctionnel, des perception, et des opportunités sociale modifiée par la maladie, les blessures, les traitement, ou la politique de la santé* » (Léplège & Coste, 2002, p.20).

Pour la plupart des auteurs, la qualité de vie liée à la santé présente un caractère multidimensionnel, quatre dimensions explorant :

- L'état physique du sujet (autonomie, capacité physique).
- Ses sensations somatiques (symptôme, conséquence des traumatismes ou des procédures Thérapeutiques, douleurs).
- Son état psychologique (émotivité, anxiété, dépression).
- Ses relations sociales et son rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel.

Pour Berguer (1989) : les principaux domaines de la qualité de vie sont : les symptômes, le statut fonction, les activités au rôle social, le fonctionnement social, la cognition; le sommeil et le repos, l'énergie et la vitalité, l'état ou le statut émotionnel ; la perception de la santé ; et enfin la satisfaction générale ou l'égard de la vie.

Pour Hodge (1990) : les instruments actuels peuvent apparaître comme un prenant pas suffisamment en compte, la complexité de l'expérience humaine, qui reste pourtant le centre d'intérêt principal des médecins et des patients, a ce type de démarche doit être opposée une autre approche, plus soucieuse de l'expérience des sujets, qui nous aide à comprendre comment une réalité apparemment insupportable peut parfois être une source positive de bien-être et de qualité de vie (Léplège & Coste, 2002, pp.20-21).

4. Les domaines de la qualité de vie

La qualité de vie est un ensemble complexe intégrant plusieurs domaines difficilement évalués selon plusieurs points de vue est critères, comme domaines nous retrouvons :

4.1. Le domaine psychologique

Ce domaine se subdivise en aspects plus spécifiques. L'échelle WHOQOL-100, par exemple contient six domaines, dont la santé psychologique, qui se subdivise à son tour en cinq composantes : affects positifs ; affects négatifs ; estime de soi ; capacités cognitives (pensée, mémoire, concentration, capacités d'apprentissage) ; image du corps et apparence perçue. La spiritualité, les croyances personnelles et la religion, parfois incluses dans la dimension psychologique de la qualité de vie, constituent ici un domaine à part. Le domaine psychologique comprend la présence d'émotions et affects positifs, mais aussi l'absence, la rareté ou la faible intensité des affects négatifs (anxiété, dépression). On reconnaît ici la conception bidimensionnelle de la santé ; ce qui a été dit plus haut à propos de la santé émotionnelle s'applique ici au sous-domaine psychologique de la qualité de vie (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.50).

Le domaine psychologique de la qualité de vie inclut aussi des processus évaluatifs comme l'estime de soi (confiance en soi, satisfaction vis-à-vis de soi, de ses capacités...) et la satisfaction vis-à-vis de son apparence et de son corps (image du corps). Si nous souhaitons explorer ces dimensions plus en détail, il existe divers questionnaires d'estime de soi, ou d'image du corps, comme, par exemple, le QIC, validé sur des échantillons français (Koleck, Bruchon-Schweitzer, Cousson-Gélie et Quintard, 2002). Les relations entre image du corps et estime de soi sont étroites (Bruchon-Schweitzer, 2002, pp.173-289).

Des perturbations de l'estime de soi et de l'image du corps sont en cause, par exemple dans les TCA (troubles des conduites alimentaires) (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2002, p.51).

4.2. Le domaine physique

Le domaine physique de la qualité de vie comprend deux aspects de la santé dont les principaux : la santé physique (état de santé) et les capacités fonctionnelles (autonomie) impliquant des difficultés motrices. La santé physique comprend-elle : l'énergie, la vitalité, la fatigue, le sommeil, le repos, les douleurs, les symptômes, et divers indicateurs biomédicaux, les maladies cardiovasculaires, le cancer, le diabète, le sida, etc. (Marois, 2006). Les capacités fonctionnelles incluent : le statut fonctionnel, la mobilité et la dépendance des patients à cause de leurs états de santé (Boudouda, 2013, p.59).

Dans une étude longitudinale au près des personnes dans des établissements de soins de longue durée, les auteurs ont montré l'importance de la relation entre l'évolution de l'état de santé (handicap physique-dépression) et le niveau de la qualité de vie, ils sembleraient que pour les personnes âgées, l'évolution vers un moins bon état de santé aurait un impact sur leur qualité de vie (Zimerman & Moreau-Gruet, 2012, p.25).

Les deux aspects de la santé physique et la capacité fonctionnelle peuvent être évalués de façon « *externe* » (résultats d'analyses et examens ; diagnostic médical) ou « *interne* » (santé et capacité fonctionnelles subjectives ; auto-évaluation). Après avoir longtemps utilisé des données externes pour évaluer qualité de vie liée à la santé, nous prenons de plus en plus en compte l'auto-évaluation sur une échelle de LIKERT ou par une tâche plus complexe (comme 90 symptômes dans la SCL-90 de DEROGATIS, 1994) où il doit évaluer la fréquence ou l'intensité de certains symptômes.) Parfois, la même grille est remplie par les médecins et par les personnes malades par exemple d'évaluer les capacités fonctionnelles et l'autonomie (ou d'autres aspects de la qualité de vie liée à la santé des patients), comme l'échelle de performance KARNOFSKY(1949) (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, pp.46-49).

4.3. Le domaine social

Ce domaine majeur de la qualité de vie encercle les relations et les activités sociales des individus. Un fonctionnement social et optimal suppose un réseau de relation suffisant en quantité (intégration social) et en qualité (intimité, réciprocité etc..), ainsi de nombreuses échelles de la qualité de vie évaluent une sorte de « *santé sociale* » définit comme la participation à des activités sociales (famille, amis, loisirs, vie professionnelle, vie amoureuse, vie civique) c'est le cas d'échelles larges comme nottingham health profile (NHP) ou le world Health organization quality of life (WHOQOL-26 ou 100) (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.52).

Pour certains auteurs GRIFFIN (1988) « *Il faut prendre en compte la qualité plus que la quantité des relations sociales des individus* », comme par exemple l'authenticité de ces relations : alors que pour J.C. FLANAGANT (1982) la façon dont les individus évaluent ces activités sociales (estime de soi « *social* », sentiment de réalisation de soi, échecs et réussites) et aussi l'indicateur d'un bon fonctionnement. La qualité de vie estimée en général par des outils très large (générique), mais il existe des échelles spécifique explorant le fonctionnement sociales des individus, celui-ci pouvant être évalué par le patient lui-même

grâce à la Social Adjustment Scale (SAS), de M.WEISSMAN et BOTHWELL (1976). Il peut également être évalué par un tiers par exemple un thérapeute comme dans le Social Functioning Schedule(SFS) de REMINGTON et TYRER (1979) (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.52).

4.4. D'autres domaines de la qualité de vie

À ces divers domaines de la qualité de vie, nous avons parfois ajouté l'environnement. Dans l'échelle WHOQOL-100, l'environnement est une dimension comprenant des aspects plus spécifiques, les uns concernent le bien-être matériel des individus (revenu ; qualité du logement, etc.), d'autres dépendent du pays, de la ville ou du quartier (liberté et sécurité ; accès facile à des soins et qualité des soins ; climat, bruit et pollution ; transports). Quant aux dimensions du bien être proposées par la psychologie positive (épanouissement et réalisation de soi ; sens donné à la vie, engagement...), elles sont compatibles avec les contenus (positifs) des dimensions physique, psychologique et sociale de la qualité de vie (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.53).

5. Mesure de la qualité de vie

Les mesures de la qualité de vie sont de plus en plus utilisées dans le monde de la recherche pour la santé, elles ont pour intérêt de quantifier l'impact des maladies ou de différentes interventions de la santé sur la vie quotidienne des patients (Leplege & debout, 2007, p.18).

La plupart des auteurs s'accordent sur le fait que la qualité de vie ne doit être rapportée que par le patient concerné vue qu'elle est intrinsèque.

Des échelles de qualité de vie spécifiques ont été construites pour décrire de façon fine et sensible des populations cliniques particulières (patient douloureux, cancéreux, cardiaques, insomniaques, etc.). Elles sont utilisées le plus souvent pour évaluer de façon précise l'impact d'une pathologie sur divers domaines de la vie. Parmi ces échelles on trouve:

- L'AIMS (Arthritis Impact Measurement Scales).
- Le QLQ-C30 (qualité of life questionnaire for cancer patient) (Bruchon-Schweitzer, 2002, pp.71-75).

5.1. Les différents outils pour mesurer la qualité de vie

D'après Mercier et Scharaub (2005) nous distinguons deux méthodes d'appréciation de la qualité de vie : entretien psychologique (évaluation qualitative) et les outils psychométrique (évaluation quantitative).

A. L'entretien psychologique : a sans doute l'avantage de permettre une évaluation plus globale de la qualité de vie, mais il a aussi plusieurs inconvénients : la reproductibilité n'est pas évidente ; la standardisation est difficile (ce qui ne permet pas d'étude comparative) l'application a grande échelle est impossible ; le cout est élevé.

B. Les outils psychométriques : (échelles, questionnaires) permettent une mesure standardisée, mais ont l'inconvénient de réaliser évaluation plus restrictive de la qualité de vie pour la majorité, ces outils s'adressent à l'ensemble d'une population donnée. Ils fournissent des informations qui sont valables en moyennes, pour l'ensemble du groupe d'individus. Ils sont généralement utilisés pour aider à prendre des décisions au niveau collectif (Mercier & Shraub, 2005, p.419).

5.2. Les questionnaires génériques

Ces questionnaires peuvent être utilisés dans différentes populations (sujets malades ou non malades) et permettent, en particulier, de comparer la qualité de vie de sujets présentant des pathologies différentes. Mais ils manquent de sensibilité lorsque nous souhaitons évaluer l'évolution de la qualité de vie sur une période donnée (étude longitudinales). Les questionnaires génériques les plus utilisés sont les suivants :

- SF-36 (MOS 36short Form), avec 36 items regroupés en 8 échelles: activité physique (10), limitation /état physique (4), douleur physique (2), santé perçue (5), vitalité (4), vie/relations (2), santé psychologique (5), limitation /état Psychologique (4).
- NHP (Nottingham Health Profile) (7), avec 45 items regroupés en 6 echelles.
- WHOQOL (WHO QUALITY OF LIFE ASSESSMENT), avec 100 items.
- WHOQOL BREF (8), avec 26 items regroupés en 4 échelles.

5.3. Les questionnaires spécifiques

Ces questionnaires sont adaptés à une pathologie donnée (cardiologie, dermatologie, rhumatologie, neurologie, cancérologie) ou à un symptôme particulier (fatigue, douleur, sommeil ...). Ils sont plus sensibles au changement que les questionnaires génériques, mais la comparaison des résultats entre populations différentes est plus difficile.

Généralement, des échelles particulières sont associées au questionnaire spécifiques à une pathologie (appelé “questionnaire spécifique” ou “core questionnaire”). Les échelles particulières ne peuvent pas être utilisées séparément du questionnaire spécifique. Parmi ces échelles, nous trouvons :

- A. Les échelles d’auto-évaluation :** remplies par le sujet lui-même, sous la forme d’un questionnaire, dans ces conditions standardisées, après leur avoir donné de rigoureuses explications. Ses avantages sont de n’avoir pas besoin d’un évaluateur qualifié.
- B. Les échelles d’hétéro-évaluation :** remplies par un évaluateur externe ; il doit donc être entraîné, sa formation est primordiale et c’est là que réside la faiblesse de ces échelles.

L’évaluateur doit veiller à ne pas donner la réponse au patient et doit tout noter de façon systématique (Mercier & Schraub, 2005, p. 421).

6. Qualité de vie et le diabète

La qualité de vie des personnes atteintes de diabète est altérée par cette maladie chronique. Plusieurs études ont permis d’évaluer son impact sur différentes dimensions de la vie quotidienne :

- Les personnes diabétiques de type 2 estiment globalement moins bien vivre leur maladie que celles de type 1.
- Le diabète a un plus fort retentissement sur la vie professionnelle, avec ¼ des patients qui déclarent avoir renoncé à un nouveau poste ou à des responsabilités à cause de leur diabète.
- La qualité de vie est moins bonne en présence de complications micro-vasculaires, d’évènements de santé comme une hospitalisation, et en cas de mauvaise observance du traitement.

Malgré ces difficultés, les personnes diabétiques ont une appréciation assez positive de leur rôle dans la prise en charge de leur maladie. Des instruments de mesure validés de la qualité de vie devraient être plus largement utilisés par les professionnels de santé pour mieux prendre en compte cet aspect (Fédération des diabétiques).

Les outils d’évaluation tels que l’Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQOL), permettent de mesurer l’impact du diabète sur la qualité de vie des patients.

Ces évaluations sont essentielles pour comprendre les besoins et attentes des personnes diabétiques, ainsi que pour identifier les facteurs associés à une détérioration de leur qualité de vie. Il est crucial d'intégrer l'évaluation de la qualité de vie dans la prise en charge des patients diabétiques afin d'identifier précocement les problèmes liés à cette maladie chronique et d'améliorer leur bien-être global.

III. Soutien social

1. Historique du soutien social

Depuis les années 1970, une grande partie de la littérature scientifique démontre l'intérêt croissant porté à la relation entre santé physique, psychologique et l'environnement social, plus spécifiquement le soutien social.

Le soutien social a évolué pendant les 30 dernières années, mais le terme populaire soutien social est tout phénomène par lequel les relations sociales agissent sur la santé et le bien-être.

Selon Pearson (1986) des relations sociales qui soutiennent la personne, les réseaux sociaux efficaces offrent une valeur thérapeutique pour la santé physique et mentale tout en facilitant l'adaptation, en effet parmi les douze déterminants de la santé, le soutien social détient une place importante, Cohen en 1988 souligne l'apport du soutien social à une meilleure santé par le biais de mécanismes tels la suppression de la tristesse, le meilleur fonctionnement du système immunitaire ou la promotion des bonnes habitudes.

Le soutien social existe de tout temps entre les humains ne serait-ce que sous formes de parentalité ou d'amitié, il est sous-entendu et plus ou moins consciemment, l'humanité s'y appuyée depuis toujours, quant au concept du soutien social qui préoccupe les auteurs depuis plusieurs décennies, House (1981) remarque « *le soutien social est du vieux vin dans une nouvelle bouteille* ». Il a connu par son véritable essor théorique et conceptuel y compris au plan des interventions, dans la deuxième partie du 20^{ème} siècle, d'une part au niveau individuel par la théorie de l'attachement (Bowlby, 1969) qui reconnaît l'importance de l'autre pour son développement, d'autre part au niveau public par l'émergence des programmes de soutien instrumental (exemple : l'assistance sociale) et émotionnel (exemple: groupe de soutien).

Ce développement théorique et pratique découle de l'importance du soutien social et sa relation avec la santé des individus. Cependant, ce lien n'est pas toujours facile à démontrer empiriquement et la prochaine section considère les études qui se penchent sur le lien entre le soutien social et la santé physique et mentale (Caron & Guay, 2005, pp.15-16).

2. Définition du soutien social

Le soutien social est « *résultat de l'intégration de l'individu dans différents réseaux qui lui fournissent un appui (Cognitif, normatif, affectif et matériel), c'est une variété des ressources utilisables pour faire face aux difficultés de la vie. Soutien social tel que perçu par la personne* » (François, 2010, p.7).

Le soutien social peut se définir par : « *le répertoire de liens que l'individu entretient avec des personnes significatives de son entourage social et démontre par le fait même l'importance des interactions dans les contacts interpersonnels pour une meilleure santé mentale et physique* » (Chantel, 1998, p.1).

Vallerand (2006) définit le soutien social comme : « *étant des échanges interpersonnels de ressources où une personne aide une autre afin de lui permettre de satisfaire ses besoins ou d'atteindre des buts importants* » (Martin, 2015).

Il existerait plusieurs formes de soutien social, soit un soutien social de forme instrumentale, qui inclut l'aide physique et matérielle. À cette première forme s'ajoute une deuxième, le soutien social de forme informative. Cette forme de soutien social se manifeste par le partage de conseils ou de rétroaction. Finalement, le soutien social peut aussi se manifester sous la forme émotionnelle. Cette troisième forme de soutien social peut se manifester par de l'empathie ou de l'affection (Martin, 2015).

3. Les deux grandes catégories du soutien social

3.1. Le soutien social structurel

Représente la quantité de personnes ressources et la fréquence des interactions avec ces dernières. Le niveau d'intégration sociale est aussi une mesure du soutien structurel souvent utilisée qui inclut habituellement l'état matrimonial, l'appartenance à une organisation ou à un regroupement ainsi que la fréquence des contacts sociaux (St-jean-Trudel, 2009, p.6).

3.2. Le soutien social fonctionnel

Le soutien social fonctionnel quant à lui, réfère à la qualité des ressources disponibles et à la perception de J'individu concernant l'accomplissement de certaines fonctions par ses proches. Plusieurs auteurs se sont penchés sur les éléments qui composent le soutien social fonctionnel et ceux qui semblent faire consensus sont :

- a. **Le soutien émotionnel** : qui fait référence aux échanges à propos des émotions vécues par la personne, à la compréhension empathique et aux encouragements (St –jean-Trudel, 2009, p.6).
- b. **Le soutien d'estime** : aussi appelé le soutien de valorisation personnel, qui permet à l'individu de se sentir validé dans sa valeur, ses croyances, ses habilités, ses sentiments et ses pensées (St –jean-Trudel, 2009, p.6).
- c. **Le soutien informationnel** : qui se présente habituellement sous forme de conseils ou de feedback à propos d'une situation stressante ou difficile (St –jean-Trudel, 2009, p.7).
- d. **Le soutien concret** : aussi appelé instrumental ou tangible, qui représente l'aide matérielle ou financier et de rendre des services tangibles (St –jean-Trudel, 2009, p.7).
- e. **Le soutien de camaraderie** : Appelé aussi interactions social positives, qui représente le temps passé avec la personne de Ses préoccupations et à lui procurer un sentiment d'intégration (St –jean-Trudel, 2009, p.7).
- f. **Le soutien social affectif** : il se traduit par L'expression d'amour et d'affection. (St –jean-Trudel, 2009, p.7).

4. Les dimensions du soutien social

Plusieurs auteures ont donné de nombreuses dimensions du soutien social qui signifie parfois la même chose. Pierce et Sarason (1996) ont suggère trois dimensions du soutien social qui s'apparentent à la proposition de vaux et de ses collaborateurs, il s'agit de :

4.1. Le réseau de soutien

Vaux (1992) définit le réseau de soutien de la façon suivante : « *Le réseau de soutien est un sous-ensemble du réseau social, vers qui la personne se tourne (ou pourrait se tourner) pour obtenir de l'aide...* » (Vaux, 1992, p.28).

Lorsque nous parlons des ressources du réseau de soutien, nous faisons référence à la grandeur du réseau de soutien, à sa structure ou encore à ses caractéristiques relationnelles (Vaux et al., 1992).

Barrera (1986) ainsi que Streeter et Franklin (1992) recourent à l'expression « *intégration sociale* » (social embeddedness) pour signifier les liens ou contacts d'un individu avec les autres personnes significatives de son environnement. L'intégration sociale serait associée au sentiment d'appartenance à la communauté (Streeter & Franklin, 1992).

Les instruments qui mesurent les ressources du réseau identifient les rapports qui relient la personne à sa famille, à ses amis, à ses pairs. Ces rapports sont vus comme un indicateur des ressources sociales qui, lors d'une crise, sont susceptibles d'offrir du soutien (Streeter & Franklin, 1992).

Selon Bruchon-Schweitzer et Boujut (2015) en s'appuyant sur les travaux de (Cohen et Wills, 1985), « *c'est une relation intime, permettant de se confier à un autre significatif (partenaire, parent, ami...) qui est la forme de soutien la plus fonctionnelle, celle qui protège l'individu contre les effets de l'adversité* » (Schweitzer & Boujut, 2014, pp.458-459).

4.2. Les comportements de soutien (le soutien social reçu)

Il s'agit de « *l'aide effective apportée à un individu par son entourage* » (Hofboll & Stokes, 1988, p.511).

C'est l'aspect fonctionnel du soutien en ce sens qu'il reflète un type de transaction adopté pour aider autrui. Le soutien reçu fait référence à l'utilisation actuelle des ressources du soutien social (Tardy, 1985, p.187).

Il s'agit d'un soutien actif qui peut se manifester par l'écoute, l'expression des inquiétudes, le prêt d'argent, l'aide pour réaliser une tâche, l'opinion des autres, une démonstration d'affection.

Barrera (1981), définit les comportements de soutien (ou soutien reçu) comme : « *l'ensemble des actions ou des comportements qui fournissent effectivement de l'aide à la personne* » (Barrera, 1981, p.69).

4.3. Le soutien social perçu (l'appréciation subjective du soutien)

Il s'agit de « *l'impact subjectif de l'aide apportée par l'entourage d'un individu et la mesure dans laquelle celui-ci estime que ses besoins et ses attentes sont satisfaits* » (Franklin & Streeter, 1992, p.81).

L'appréciation subjective du soutien ou soutien perçu est associée à « *l'évaluation cognitive d'une personne à propos du soutien qu'elle estime recevoir d'autrui* » (Franklin & Streeter, 1992, p.81).

La disponibilité concerne le fait de percevoir certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin.

La satisfaction est considérée comme l'aspect qualitatif du soutien social. Gentry et Kobasa (1984), définissent la satisfaction vis-à-vis du soutien comme « *une ressource psychologique, qui correspond à la perception qu'un individu a de la qualité de ses relations interpersonnelles* » (Gentry & Kobasa, 1984, p.87).

Ce n'est pas le nombre de connexions sociales qui seraient protecteur, mais le fait que parmi ces relations, certaines soient suffisamment intimes pour permettre la compréhension, l'empathie et le fait de pouvoir se confier dans les moments les plus difficiles.

5. Mesure du soutien social

Il existe beaucoup d'outils visant à évaluer le soutien social et parmi eux certains explorent le réseau social, les sources ainsi que les types de soutien, en fin le soutien social perçu, nous trouvons aussi des échelles évaluant la santé sociale des individus qui est considéré comme un critère, la santé sociale est comme la santé psychologique et la santé physique, un aspect de la qualité de vie.

5.1. L'échelle de réseau social (la SNS su stokes)

Il existe divers indicateurs relatifs au réseau social et à l'intégration social des individus (taille, dispersion géographique, densité, composition, homogénéité, fréquence des contacts, forces des liens, participation à des activités collectives, ancrage dans la communauté...etc.). Pour ce genre de mesures, il est souhaitable d'utiliser des mesures

objectives, mais n'est pas toujours facile parce que nous sommes toujours obligé de retourner à l'auto-évaluation.

La SNS (Social Network Scale) : elle permet d'évaluer quatre aspects du réseau social (la taille, le nombre de relations, la densité, et les relations privilégiées), les scores que nous pouvons calculer à partir des items de la SNS se sont avérés faiblement associés à certaines issues de santé, satisfaction de la vie, morbidité, l'avantage de cette mesure est d'être rapide et nous pouvons facilement la compléter.

5.2. L'échelle du soutien social reçu (L'ISSB de Barrera)

Barrera et Ainlay (1983) ont défini le soutien reçu comme l'ensemble des aides spontanées que les individus reçoivent de la part de leurs entourages, c'est une conception fonctionnelle du soutien, L'ISSB (Inventory of Socially Supportive Behaviors) de Barrera qui évalue quatre types de soutien ; émotionnel, instrumentale, informatif et intégratif.

5.3. L'échelle du soutien social Perçu (Le SSQ de Sarason)

Le plus utilisé des échelles mesurent le soutien social perçu est le SSQ (Social Support Questionnaire) de Sarason et Al 1983, dans la version longue à vingt-sept items ou sa version courte à six items, elles permettent de savoir de quelle personne un individu attend-il pour recevoir de l'aide dans six situations différentes, et quelle est le degré de satisfaction associée à ce soutien (de 1 très insatisfait à 6 très satisfait), ces échelles permettent donc d'obtenir un score pour la disponibilité et un autre pour la satisfaction (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2014, p.461).

6. Le soutien social et le diabète

Le soutien social joue un rôle crucial dans la gestion du diabète. Les personnes atteintes de diabète, qu'il s'agisse de diabète de type 1 ou de type 2, doivent faire face à des défis complexes liés à la maladie, tels que la surveillance de la glycémie, la prise de médicaments, l'adoption d'une alimentation saine et la gestion des complications. Le soutien familial est particulièrement important, car les membres de la famille peuvent accompagner les patients aux rendez-vous médicaux, les aider dans leur autogestion quotidienne, et les soutenir émotionnellement (Diabète voice).

La Fédération Française des Diabétiques propose des services de soutien pour les personnes atteintes de diabète et leurs proches, soulignant l'importance d'un accompagnement en dehors des consultations médicales pour répondre aux besoins essentiels liés à la maladie (Fédération des diabétiques).

De plus, le soutien par les pairs est également bénéfique, offrant un soutien émotif, social et pratique qui favorise une meilleure santé et aide à abaisser la glycémie chez les personnes diabétiques (<https://www.mcmastervieillissementoptimal.org>) .

Donc le soutien social, qu'il provienne de la famille, des pairs ou d'organisations spécialisées, est un pilier essentiel pour aider les personnes atteintes de diabète à gérer leur maladie au quotidien et à maintenir une bonne qualité de vie.

Synthèse

Le diabète impacte profondément la vie des patients, tant sur le plan physique que psychologique. Un suivi psychologique est crucial pour les aider à accepter leur condition, à mieux gérer leur maladie au quotidien et à améliorer leur qualité de vie. La notion de qualité de vie est complexe et multidimensionnelle, mais elle est essentielle pour évaluer l'impact du diabète sur le bien-être global des patients. Le soutien social joue également un rôle important, en offrant aux patients la force et l'aide dont ils ont besoin pour faire face à la maladie. Le soutien de la famille, des amis et de l'équipe médicale est essentiel pour leur permettre de vivre avec le diabète de manière plus sereine.

En résumé, le suivi psychologique et le soutien social sont des éléments clés pour améliorer la qualité de vie des patients diabétiques. Ils permettent aux patients de mieux gérer leur maladie, d'accepter leur condition et de vivre avec le diabète de manière plus positive.

Problématique et hypotheses

La santé a toujours été le souci majeur de l'homme depuis son existence, et pour remédier à ce souci, il a toujours cherché un remède pour préserver son bien être en puisant dans son environnement floral et spirituel. Et malgré les progrès qu'a fait la médecine jusqu'à nos jours, certains obstacles demeurent dévastateurs non seulement pour l'organisme mais aussi pour le psychisme de la personne.

Cependant, ces obstacles peuvent parfois évoluer pendant des années d'une manière lente et discrète pour provoquer ce que nous appelons « *une maladie chronique* ». La maladie chronique est : « *une maladie de longue durée, caractérisée par des modes évolutifs différents et des exigences thérapeutiques plus au moins contraignantes* » (Briançon et al., 2010, p.11).

Dans la terminologie neurologique, Berube (1991), définit la maladie chronique comme : « *une maladie de longue durée, caractérisée par des symptômes légers et évoluant parfois, par la récupération ou par le décès, par cachexie ou par une complication d'une maladie grave* » (Berube, 1991, p.130).

Parmi les maladies chroniques, nous trouvons le diabète qui est très répandu mondialement du fait de son ampleur qui devient de plus en plus préoccupant, il pourrait devenir la septième principale cause de décès dans le monde d'ici 2030 (Nordisk, 2021).

Le diabète est une maladie caractérisée par un problème de métabolisme du glucose et se traduisant par des taux très élevés de sucre dans le sang (hyperglycémie). Il est du soit à un arrêt de la production de l'insuline par le pancréas « diabète de type 1 », soit à une diminution de la capacité du pancréas à produire de l'insuline associée à une résistance de l'organisme à l'action de cette hormone « diabète de type 2 » (Marilou & Bruno, 2001, p.95).

Une autre hormone, appelée « le glucagon », permet également de libérer le glucose stocké dans le foie, en dehors des repas, lors d'une baisse énergétique ou d'une baisse de glycémie, c'est l'équilibre de ces hormones qui permet de maintenir la glycémie stable dans le corps. En cas de diabète, ce système de régulation ne fonctionne pas (Fédération française des diabétiques).

Quand nous mangeons, le taux de sucre dans le sang augmente, les glucides sont alors transformés essentiellement en glucose. Le pancréas détecte l'augmentation de la glycémie. Les cellules bêta du pancréas, regroupées en amas appelés « îlots de Langerhans », sécrètent de l'insuline. L'insuline fonctionne comme une clé, elle permet au glucose de

pénétrer dans les cellules de l'organisme : dans les muscles, dans les tissus adipeux et dans le foie où il va pouvoir être transformé et stocké, le glucose diminue alors dans le sang (Fédération française des diabétiques).

Nous pouvons donc dire que le diabète est une maladie qui se caractérise par un taux élevé de sucre dans le sang. Cela peut être dû à une production insuffisante d'insuline par le pancréas ou à une résistance à l'insuline dans le corps.

A cet effet, nous pouvons distinguer principalement deux types de diabète : le diabète de type 1 qui touche environ 6% des diabétiques et le diabète de type 2 qui en touche 92 %. Les autres types de diabète concernent les 2 % restants.

Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune dans laquelle le pancréas ne produit plus d'insuline. Il se déclenche le plus souvent pendant l'enfance ou au début de l'âge adulte. L'organisme ne reconnaît plus les cellules bêta et les détruit (les cellules bêta sont détruites par des anticorps et des cellules de l'immunité, les lymphocytes, fabriquées par l'organisme) : nous disons que le diabète de type 1 est une maladie auto-immune. Le glucose ne pouvant entrer dans les cellules retourne dans le sang, le taux de glucose dans le sang s'élève alors (Fédération française des diabétiques).

Les symptômes du diabète de type 1 sont généralement une soif intense, des urines abondantes, et un amaigrissement rapide. Ce type de diabète résulte de la disparition des cellules bêta du pancréas entraînant une carence totale en insuline. Les causes exactes de l'apparition du diabète de type 1 sont encore inconnues, mais nous pensons qu'une prédisposition génétique et certains facteurs environnementaux jouent un rôle (<https://www.diabete.qc.ca>).

Selon les estimations de la Fédération internationale du diabète, en 2021, le nombre de personnes atteintes de cette maladie dans le monde est de 537 millions, dont environ la moitié ignore leur maladie, étant une maladie « silencieuse » (Fédération française des diabétique).

En 2021, il est estimé que 25 millions d'Africaines vivent avec un diabète, ce qui représente 7,1 % de la population globale africaine. Ce chiffre est cependant à relativiser car beaucoup d'entre elles sont en « prédiabète » ou ne sont pas diagnostiquées (Kidiss, 2021).

En 2023, les prévisions annoncent une hausse de 140% sur les trente prochaines années atteignant 34,2 millions d'adultes touchés par le diabète en 2040.

Environ 4 millions de personnes sont atteintes de diabète en Algérie. Selon le Dr Djamila Nadir, sous-directrice de la prévention au ministère de la Santé : « Le nombre de diabétiques en Algérie a atteint environ 4 millions, y compris les enfants et les personnes âgées ».

Le ministre de la Santé algérien a estimé le nombre de diabétiques à environ 15% de la population âgée de 18 ans et plus, soit près de 2,8 millions de patients. Il s'agit là des données officielles collectées et recoupées par les services du ministère de la Santé, qui n'incluent pas les prédiabétiques présentant de sérieux risques et les cas non diagnostiqués. Si des mesures préventives ne sont pas prises, ce nombre pourrait atteindre 5 millions de diabétiques d'ici 2030, a déclaré le ministère de la Santé (<https://elwatan-dz.com>).

En se conformant à l'établissement public de santé de proximité de Sidi-Aich, dans la wilaya de Bejaïa, Algérie, le nombre des consultants de la maison des diabétiques en 2023 était de 5844. Ce chiffre a augmenté de 614 cas en 2024 pour avoir cette année 6456 patients.

Le vécu psychologique des personnes atteintes de diabète est un sujet important. Il est essentiel de souligner que chaque personne est unique et que le vécu psychologique peut varier considérablement d'une personne à l'autre. Les patients doivent être encouragés à parler de leurs sentiments et de leurs préoccupations avec leur équipe de soins de santé pour obtenir le soutien dont ils ont besoin (<https://www.ameli.fr>).

Cette maladie peut avoir un impact significatif sur leur santé mentale et leur qualité de vie. Les personnes touchées par le diabète peuvent éprouver des sentiments de stress, d'anxiété, de dépression et de frustration en raison de la nécessité de gérer leur maladie au quotidien (Fédération française des diabétiques).

Le concept de la qualité de vie est vaste et peut être défini de nombreuses façons. Il peut comprendre aussi bien les niveaux de revenus, que les habitudes de vie, les styles de vie, et les index de santé. Il est le produit de l'interaction de nombreux facteurs psychologique, liés à la santé, environnementaux, économiques, politiques, etc. Il ressort que le concept de la qualité de vie paraît simple, parce que son emploi est banalisé (Fischer, 2002, p.283).

Selon Patrick et Erickson : « *la qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé* » (Pouchot, 2003, p.17).

Pour la plupart des auteurs, la qualité de vie liée à la santé présente un caractère multidimensionnel, quatre dimensions principales explorant :

- L'état physique du sujet (autonomie, capacité physique).
- Ses sensations somatiques (symptôme, conséquences des traumatismes ou des procédures thérapeutiques, douleurs).
- Son état psychologique (émotivité, anxiété, dépression).
- Ses relations sociales et son rapport à l'environnement familial, amical ou professionnel.

La qualité de vie est définie par l'organisation mondiale de la santé (OMS) comme : « *la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquelles il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes, s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificité de son environnement* » (Fischer, 2002, p.288).

Le diabète de type 1 peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie d'une personne, et ses interactions sociales. Selon une étude menée en France, la qualité de vie des personnes diabétiques de type 1 est moins bonne dans les dimensions : « des obstacles aux activités » et « la souffrance psychologique », dont le stress lié à la gestion de la maladie peut engendrer de l'anxiété, de la dépression et une altération de l'image de soi. La peur des hypoglycémies et la nécessité de surveiller la glycémie peuvent limiter la participation à certaines activités sociales et professionnelles (<https://www.santepubliquefrance.fr>).

Une autre étude quantitative menée en France, a examiné les problématiques rencontrées par les jeunes adultes âgés de 18 à 40 ans vivant avec un diabète de type 1. Cette étude, réalisée par la Fédération Française des Diabétiques, visait à identifier les défis quotidiens tels que la santé mentale et les aspects juridiques. Les résultats soulignent

l'importance de l'information lors de la prise en charge pour améliorer la qualité de vie des patients.

L'étude menée par échantillon national témoin représentatif des personnes diabétique 2007-2010 a approfondi la qualité de vie des personnes atteintes de diabète de type 1 en France. Les résultats ont montré que les personnes diabétiques de type 1 avaient un niveau de qualité de vie plus bas dans les dimensions des obstacles aux activités et de la souffrance psychologique. De plus, une HbA1c supérieure à 8 % était associée à un score mental bas, tandis que des facteurs comme le sexe féminin, l'obésité et des hospitalisations antérieures étaient liés à un score physique bas (<https://www.santepubliquefrance.fr/>).

Donc le diabète de type 1 peut avoir un impact significatif sur la qualité de vie des personnes qui en souffrent. Cependant, une prise en charge adéquate, un soutien psychologique et des technologies innovantes peuvent contribuer à améliorer leur qualité de vie et leur permettre de vivre pleinement (Saudo et al., 2021).

De plus, en travaillant, par exemple avec l'équipe de soin de santé, en adoptant un mode de vie sain et en obtenant du soutien, les personnes atteintes de diabète de type 1 peuvent vivre une vie longue et pleine d'accomplissements.

Il est également à souligner que la connexion entre la qualité de vie des personnes diabétiques et le soutien social peut être comprise grâce aux études qui montrent que le soutien social joue un rôle significatif dans la perception de la qualité de vie. Une bonne perception du soutien social est positivement associée à la qualité de vie des personnes diabétiques (Fédération française des diabétiques).

Le soutien social est la provision d'aide de différente nature qu'une personne peut fournir à une autre. En tant que tel, le terme soutien social n'apparaît pas dans les dictionnaires étant donné qu'il se compose de deux éléments, l'élément social qui représente les rapports de la personne avec son environnement social, et l'élément soutien qui reflète les activités instrumentales et expressives essentielles. Les définitions du soutien social sont nombreuses et variées, il est reconnu généralement comme étant un processus d'interactions sociales qui augmente les stratégies d'adaptations, l'estime de soi, les sentiments d'appartenance et la compétence et cela par des échanges réels ou prévisibles de ressources pratiques ou psychosociales (Chouinard, 2012).

Le soutien social inclut des relations sociales stables et des interactions positives avec les autres, qui peuvent fournir des ressources émotionnelles, informatives et matérielles (Ramoussin, 2020).

Le soutien émotionnel est particulièrement important car il améliore la qualité de vie physique et mentale des patients.

Le soutien social peut servir de facteur protecteur contre la dégradation de la qualité de vie.

Ainsi, pour promouvoir la qualité de vie des personnes diabétiques, il est recommandable de travailler sur l'amélioration du soutien social, y compris l'augmentation de la connectivité sociale et la mise en place de réseaux de soutien spécialisés pour les personnes touchées par cette maladie.

Le soutien social perçu est une variable qui a été très étudiée chez les patients atteints de diabète et son rôle protecteur vis-à-vis de la détresse émotionnelle et de la qualité de vie est bien établi. La plupart des études qui ont étudié l'impact du soutien social sur l'ajustement émotionnel concluent que le soutien social émotionnel provenant de la famille et des amis est associé à un bon ajustement à la maladie (Ramoussin, 2020, p.13).

Une étude canadienne menée en 2013 sur le soutien social et la gestion de diabète chez les adolescentes et les jeunes adultes a suivi 100 adolescents et jeunes adultes atteints de diabète de type 1 pendant deux ans. Les participants ont été interrogés sur leur niveau de soutien social et leur capacité à gérer leur diabète.

Cette étude a révélé que le soutien social était associé à une meilleure gestion du diabète. Les participants qui bénéficiaient d'un niveau élevé de soutien social étaient plus susceptibles d'avoir une glycémie contrôlée et de suivre les recommandations de traitement (Punthakee et al., 2018).

Ainsi, cette étude montre que le soutien social peut aider les adolescents et les jeunes adultes à mieux gérer leur diabète.

Notre recherche, porte sur le vécu psychologique des personnes atteintes de diabète de type 1 en retenant deux indicateurs clinique : la qualité de vie et le soutien social, nous avons choisi comme terrain d'étude la maison des diabétiques de l'établissement public de santé de proximité de Sidi-Aich, wilaya de Bejaia.

Notre étude s'appuiera sur une théorie contemporaine du 21^{ème} siècle, à savoir la théorie cognitive comportementale (TCC). Nous avons opté pour une méthode clinique par étude de cas.

Pour réaliser cette étude, nous avons utilisé l'entretien de recherche semi-directif et le questionnaire Audit of Diabète-Dependent Quality of life (ADDQOL) pour mesurer la qualité de vie, ainsi que l'échelle de soutien social (SSQ6) pour évaluer le soutien social de ces personnes. Pour cerner notre recherche, nous poserons les questions suivantes :

Question générale :

Quelle est la nature du vécu psychologique des personnes atteintes de diabète type 1 ?

Questions partielles :

1. Quelle est la nature de la qualité de vie des personnes atteintes de diabète de type 1 ?
2. Quel est le niveau de soutien social perçu par les personnes atteintes de diabète de type 1 ?

Afin de répondre aux questions de notre problématique, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

Hypothèse générale :

Le vécu psychologique des personnes atteintes de diabète de type 1 est négatif.

Hypothèses partielles :

1. Les personnes atteintes de diabète de type 1 ont une mauvaise qualité de vie.
2. Les personnes atteintes de diabète de type 1 perçoivent un niveau bas de soutien social.

I. Définition et opérationnalisation des concepts clés de la recherche

1. Définition du vécu

Selon le dictionnaire de psychologie (2013), le vécu désigne : « *l'ensemble des événements inscrits dans le flux de l'existence, en tant qu'ils soient immédiatement saisis et intégrés par la conscience subjective* » (Doran & Parot, 2013, p.746).

Opérationnalisation du concept du vécu

- Expérience réellement vécue.
- Les faits, les événements de la vie réelle.
- Mener son existence, sa vie d'une certaine manière, et certaine condition.

2. Définition du de vécu psychologique

Pour C. Rogers (1951), le vécu psychologique désigne « *expérience* » c'est-à-dire tout ce que l'individu ressent ou pense face à un événement et il s'agit de ce qui se passe à l'intérieur de l'organisme et cela peut devenir conscient (Wade & Tavris, 2000, p.244).

Opérationnalisation du concept du vécu psychologique

C'est ce que l'on a connu, ressenti, perçu, lors d'une expérience réelle. Les éprouvés qui découlent de cet événement où il englobe les pensées, les émotions et le sentiment de soi. Le vécu psychologique n'est pas le même évidemment pour tous.

3. Définition de la qualité de vie

Selon Campbell et al. (1989), la qualité de vie est : « *une mesure composite du bien-être physique, mental et social qui est perçu par chaque individu ou par chaque groupe d'individus, et du degré de satisfaction et de gratification dans des domaines tels que la santé, le ménage, la famille, le travail, l'éducation, l'estime de soi et les relations avec les autres* » (Beaussart & Genton, 2005, p.42).

Opérationnalisation du concept du qualité de vie

La qualité de vie à deux pôles, l'une est positive (+) qui signifie une bonne qualité de vie est l'autre négative (-) qui signifie une mauvaise qualité de vie. Mais il reste à signaler que dans la réalité nous ne les trouvons jamais dans l'absolu mais les caractéristiques de l'une qui domine l'autre.

Bonne qualité de vie

- Bien-être physique et psychologique.
- Bonnes relations familiales, sociales et amicales.
- Joie et ardeur.
- Sensation du bonheur.

- Vitalité.
- Performance au travail.
- L'autonomie.

Mauvaise qualité de vie

- Souffrance physique et psychologique.
- Sensation de malaise.
- Fatigue et stress.
- Prouver de relation sociale.
- Perte de goût à la vie.
- Détresse psychologique.
- L'isolement.
- Conflits avec les autres.

4. Définition du soutien social

Pilisuk et Parks (1983), définissent le soutien social comme : « *un ensemble d'échanges qui procurent à l'individu une assistance matérielle et physique, un contact social et une relation affective, de même que l'impression qu'il est un objet d'intérêt continu pour les autres* » (Tessier, 1993, p.28).

Opérationnalisation du concept du soutien social

- Aide concrète.
- Écoute attentive.
- Conseils.
- Encouragement.
- Affection.
- Ressources financières.
- Solidarité.

Partie pratique

Chapitre III
Méthodologie de la
recherche

Préambule

Après la présentation des deux chapitres précédents qui ont constitué le côté théorique de notre recherche, nous allons maintenant présenter le côté pratique qui consiste premièrement en la méthodologie de recherche mise en œuvre pour mener notre recherche. Afin de répondre aux hypothèses de notre problématique, nous avons sélectionné un certain nombre d'outils méthodologiques dont il convient de les présenter.

Dans ce présent chapitre, nous commençons par exposer les limites de notre recherche, et les raisons du choix du thème. Ensuite, nous nous attarderons sur la méthode que nous avons adoptée, et nous présenterons également le lieu où nous avons mené notre recherche ainsi que notre groupe d'étude. Par la suite, nous mettrons en avant les différents outils que nous avons utilisés. Nous évoquerons ensuite pour collecter les données nécessaires à notre étude, le déroulement de la pré-enquête et de l'enquête. Enfin, nous conclurons ce chapitre en discutant les attitudes du chercheur, et les difficultés rencontrées au cours de la recherche, puis en proposant une synthèse des principaux éléments abordés.

1. Les objectifs de la recherche

Les objectifs de notre recherche sont les suivants :

- Décrire la nature et la qualité du vécu psychologique du diabète de type 1 chez les personnes atteintes.
- Evaluer la qualité de vie des personnes atteintes de diabète de type 1.
- Examiner le rôle du soutien social dans la gestion du diabète de type 1.
- Décrire le ressenti de ces personnes face à leur diabète.

2. Intérêt du choix du thème

Nous avons choisi de mener notre recherche sur le vécu psychologique des personnes atteintes de diabète pour les raisons suivantes :

- Le diabète est une maladie chronique qui touche une fraction importante de la population algérienne et représente un défi majeur pour le système de santé publique.
- Les aspects psychologiques, qui sont souvent sous-estimés, peuvent influencer significativement la gestion de la maladie et la qualité de vie des personnes touchées.

- En Algérie, il existe un manque relatif de données sur les dimensions psychologiques liées au diabète, ce qui souligne la nécessité d'effectuer des recherches approfondies dans ce champ.

3. Limites de la recherche

Cette phase consiste à situer, la recherche dans un cadre spatio-temporel, tout en précisant le nombre de cas prévus pour effectuer notre étude, les outils adéquates et l'approche méthodologique retenue. Nous présentons ces éléments comme suit :

- **Limite spatiale :** la recherche s'est déroulée au niveau de la maison des diabétiques de l'établissement public de santé de proximité de Sidi-Aich à Bejaïa.
- **Limite temporelle :** du 07 février 2024 au 22 mars 2024.
- **Limite du groupe :** l'étude s'est portée sur six personnes diabétiques de type 1, dont trois femmes et trois hommes.
- **Outils de recherche :** nous avons utilisé un entretien de recherche semi directif accompagné d'un guide d'entretien, ainsi que deux échelles : le questionnaire ADDQoL pour mesurer la qualité de vie, et le questionnaire SSQ pour évaluer le soutien social.
- **Approche :** nous avons adopté une approche cognitive et comportementale.

4. La méthode de recherche utilisée

La recherche en psychologie, implique la mise en œuvre d'une méthode, qui est un processus dynamique, une démarche rationnelle, organisée permettant d'examiner les phénomènes, les problèmes à résoudre, et obtenir des réponses précises.

La méthode est définie comme : « *L'ensemble des opérations intellectuelles permettant d'analyser, de comprendre et d'expliquer la réalité étudiée* » (Loubet, 2000, p.120).

Grawitz (2001), définit une méthode comme : « *l'ensemble des opérations intellectuelles par lesquelles une discipline cherche à atteindre les vérités qu'elle poursuit, les démontrer, les vérifier. La méthode est constituée d'étapes et de procédures permettant d'appréhender la réalité ou du moins une partie de la réalité* » (Grawitz, 2001, p.358).

Pour la réalisation de notre recherche, nous avons opté pour la méthode clinique par étude de cas. Cette méthode a été choisie car elle nous permet d'observer, de comprendre et de décrire le vécu psychologique des personnes touchées par le diabète dans leur singularité et leur totalité. La méthode clinique offre la possibilité d'être en contact direct avec les personnes, ce qui facilite une compréhension approfondie de leur vécu du diabète et de leurs besoins.

La méthode clinique est : « *Une méthode particulière de compréhension des conduites humaines qui vise à déterminer, à la fois, ce qu'il y a de typique et ce qu'il y a d'individuel chez un sujet, considéré comme un être aux prises avec une situation déterminée* » (Sillamy, 2003, p.57).

Lagache (1949) affirme que la méthode clinique envisage : « *la conduite dans sa perspective propre, relever aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui la motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits* » (Bénony & Chahraoui, 2003, p.11).

Elle repose sur le fait d'essayer d'obtenir des données qui concernent des événements passés ou bien des données qui concernent un problème actuel à la lueur de ses antécédents historiques ou passés (Pédinielli, 2006, p.43).

Le même auteur poursuit en indiquant que : « *la méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires ; le premier correspond au recours à des techniques (test, entretiens) de recueil in vivo des informations (en les isolants le moins possible de la situation «naturelle» dans laquelle elles sont recueillies, et en respectant le contexte du problème), et le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas, la différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches, mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations, le second vise à comprendre le sujet dans sa totalité* » (Pédinielli, 2006, p.9).

Dans cette optique, la méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu et l'observation pour développer l'étude de cas unique. Cette étude de cas est la méthode la plus utilisée en pratique clinique et vise non seulement à donner une description d'une personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement, l'anamnèse ayant pour objet de repérer les

causes et la genèse de ces problèmes. Il s'agit pour le psychologue, de comprendre une personne dans sa propre langue, dans son propre univers et en référence à son histoire indépendamment des aspects de diagnostic. Ce qui favorise le contact affectif, l'expression émotionnelle, la clarification de la demande et du problème, l'émergence des relations entre les faits, les événements passés et présents (Bénony & Chahraoui, 2003, pp.11-12).

Dans le cadre de notre recherche, nous avons choisi d'utiliser l'étude de cas, qui fait partie de la méthode descriptive, qui implique une observation approfondie d'un sujet ou d'un groupe de sujets.

Selon Lagache, l'étude de cas est comme une observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme et orientée vers la totalité des réactions d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation. Il ajoute que l'étude de cas permet d'établir un diagnostic et un pronostic et fournit une base rationnelle pour conseiller, traiter et éduquer le sujet (Pedinelle & Fernandez, 2005, pp.59-61).

Elle va nous aider à comprendre en profondeur, et à faire une analyse fine, détaillée, des données descriptives, des participants afin de décrire la nature du vécu de ces personnes, et plus particulièrement la qualité de vie et le soutien social. L'étude de cas nous permettra également de saisir la réalité du vécu des diabétiques rencontrés, en examinant leur émotion, leur cognition et leur comportements adoptés vis-à-vis de leur situation actuelle, à savoir, le diabète.

L'étude de cas consiste à apporter un phénomène à son contexte et à l'analyser pour voir comment il s'y manifeste et se développe (Guillaume, 2009, p.06).

Elle s'intéresse aux différents niveaux d'observation et de compréhension comme l'organisation de la personnalité, la relation avec l'environnement et avec l'entourage (Bénony & Chahraoui, 2003, p.115).

Selon Revault, « *l'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adoptés. De ce fait elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale toute en restant clinique et psychologique* » (Fernandez & Pedinelli, 2015, p.58).

Elle a pour objectif d'aider et de comprendre le sujet, ainsi qu'elle permet de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de trouble et en prenant en compte différentes dimensions (historique, affective, relationnelle, cognitives...etc.). Elle permet aussi d'élaborer des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux (Bénony & Chahraoui, 2003, pp.125-127).

Par ailleurs, selon Ionescu (2012) contrairement à la recherche armée par des batteries de tests statistiques, l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment en mots plutôt qu'en chiffres, transmettent l'empathie et la compréhension subjective plutôt qu'une analyse froide et détachée, situe les données dans un contexte individualisé plutôt que dans la sphère des valeurs absolues, cherche à bâtir de bons exemples plutôt que des échantillons représentatifs et parfois visent à responsabiliser le patient plutôt que de simplement l'observer (Ionescu & Schauder, 2012, p.62).

Ainsi, nous avons retenu la méthode clinique par étude de cas comme méthode de recherche. Nous avons fait ce choix car nous considérons qu'il s'agit de la meilleure approche pour atteindre notre objectif principal de recherche, qui est d'explorer de manière approfondie la qualité du vécu psychologique des personnes diabétiques, en mettant particulièrement l'accent sur la qualité de vie et le soutien social. Nous prévoyons de vérifier nos hypothèses à partir des données obtenues de l'entretien de recherche et des résultats obtenus des échelles de la qualité de vie et de soutien social pour chaque cas étudié.

5. Présentation du lieu de la recherche

Nous avons effectué notre travail de recherche au sein de la maison diabétique liée à l'établissement public de santé de proximité (EPSP), de Sidi Aich, Wilaya de Bejaia.

EPSP est un établissement public de santé depuis 1986, couvrant trois daïeras : sidi-Aich, Chemini, Timezrit, ainsi que neuf communes, avec une population totale estimée à 106850 habitants, assurant ainsi une meilleure couverture sanitaire dans la région.

La maison diabétique quant à elle est un centre qui a été créé le 12 février 2002 par l'EPSP de sidi-Aich. Ce centre constitue une unité de prise en charge des personnes atteintes de tous types de diabète.

Elle se compose d'une salle d'accueil, de deux bureaux, un pour le médecin et l'autre pour la psychologue, une salle de soin, et de deux salles d'attente, une salle de bain.

Concernant la période de notre stage afin de réaliser cette étude, elle s'est déroulée d'une durée d'un 45 jours (du 07 février jusqu'au 22 mars 2024, l'équivalent 13 séances, deux séances, pour chaque semaine).

Le service de la maison diabétique de sidi-Aich se composé :

- Médecins : généraliste, diabétologue (qui travaille une fois par semaine).
- Psychologue.
- Deux infirmiers.
- Deux assistantes : sociale et médicale.

6. Critères et présentation du groupe de recherche

Notre population d'étude est composée de six patients diabétiques, qui résident à la maison des diabétiques de Sidi-Aich, Wilaya de Bejaia.

Le choix de notre population d'étude a été déterminé selon certains critères qui nous allons citer ci-dessous.

6.1. Les critères d'inclusion

Les critères d'inclusion sur lesquels nous nous sommes basées pour la sélection des cas de notre groupe de recherche sont les suivants :

- Les sujets atteints de diabète, dont l'âge varie entre 21 et 46 ans. Nous avons choisi cette tranche d'âge car notre étude se concentre sur les adultes atteints de diabète.
- Les sujets atteints de diabète de type 1. Nous avons limité notre recherche aux personnes atteintes de diabète de type 1 afin de mieux cibler notre étude sur cette population spécifique.
- Les sujets atteints de diabète depuis plus de 4 ans. Nous avons inclus cette condition pour nous assurer que les participants ont une certaine expérience avec la maladie, ce qui pourrait influencer leur qualité de vie et leur perception du soutien social.

- Les personnes qui ne sont pas atteintes d'autres maladie. Nous avons exclu cette condition pour focaliser uniquement sur l'impact de diabète sur la qualité de vie de ses sujets.

6.2. Les critères d'exclusion

Quant aux critères d'exclusion, nous avons exclu de notre recherche :

- Le sexe des sujets. Nous avons choisi de ne pas restreindre notre recherche en fonction du sexe des participants afin d'inclure une diversité de perspectives et d'expériences.
- Le niveau d'instruction et la situation matrimoniale des sujets. Ces facteurs ont été exclus de notre recherche car notre objectif était de comprendre les expériences liées au diabète indépendamment de ces variables sociodémographiques.
- Les sujets atteints de diabète de type 2. Nous avons limité notre étude aux personnes atteintes de diabète de type 1 afin de répondre aux objectifs de notre étude qui ciblait cette population particulière.

6.3. Les caractéristiques du groupe de recherche

Dans ce qui suit, nous allons illustrer dans un tableau les caractéristiques de notre groupe de recherche. Ce tableau contient les prénoms des participants que nous avons évidemment changés pour préserver leur anonymat et leur confidentialité, conformément aux règles d'éthique et de déontologie de la recherche en psychologie clinique. Les informations présentées incluent l'âge, le sexe, l'âge d'apparition de la maladie, et la situation matrimoniale.

Tableau 3 : Tableau récapitulatif des caractéristiques de groupe de recherche

Information Cas	Age	Sexe	Apparition de la maladie
Mr Omar	26 ans	Masculin	A l'âge de 16 ans
Mr Salah	34 ans	Masculin	A l'âge de 28 ans
Mme Souad	32 ans	Féminin	A l'âge de 17 ans
Mme Samia	38 ans	Féminin	A l'âge de 21 ans
Mr Tarek	39 ans	Masculin	A l'âge de 6 ans
Mme Farida	45 ans	Féminin	A l'âge de 30 ans

Remarque : Les prénoms des personnes présentées ci-dessus ne sont pas leurs vrais prénoms.

A partir de ce tableau, nous constatons, que notre groupe de recherche est constitué de six cas, dont trois de sexe masculin et trois de sexe féminin. La tranche d'âge est entre 26 et 45 ans. Ils sont tous atteints de diabète type I sur une période qui a dépassé 5 ans. Ce tableau résume les données générales inhérentes à ce groupe.

7. Les stratégies de collecte des données

Tout recherche scientifique nécessite l'utilisation d'outils d'investigation validés pour atteindre ses objectifs. Pour effectuer notre étude qui porte sur le vécu psychologique des personnes atteintes du diabète de type 1, nous avons choisi trois outils d'investigation : l'entretien de recherche semi directifs, le questionnaire Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQoL) et l'échelle de soutien social perçu

7.1. L'entretien de recherche

L'entretien de recherche est fréquemment employé comme méthode de production de données dans la recherche en psychologie clinique et aussi dans un grand nombre de disciplines dans le champ des sciences humaines et sociales, il représente un outil indispensable pour accéder aux informations subjectives des individus, événement, vécus, représentations, croyances, émotions, histoire personnelle, souvenir, rêves... etc.

Ce qui fonde la spécialité de l'entretien clinique de recherches c'est le terme « clinique » qui renvoie à :

- Un champ de pratique et l'intervention du psychologue clinicien qui intéressent généralement le domaine des pions.
- Une attitude clinique (centration sur le sujet, compréhension empathique, neutralité bienveillant, respect) qui correspond à la fois à une démarche méthodologique visant une connaissance approfondie de l'individu et une attitude éthique dans l'abord d'un sujet en souffrance psychologique (Bénony & Chahraoui, 2003, p, 141).

Selon le petit robert, l'entretien peut être défini dans un premier temps comme : « *l'action d'échange des paroles avec une ou plusieurs personnes. C'est le synonyme de conversation, discutait ou dialogue* » (Bénony & Chahraoui, 1999, p.11).

L'entretien peut être défini en psychologie, comme l'entretien par lequel le psychologue comprend la vie psychique et favorise l'évolution psychique d'un sujet le plus

souvent en difficulté psychologique, dans le cadre d'une relation d'aide psychologique. Au sein de cette relation, le psychologue est centré sur la dynamique de la vie psychique du sujet qu'il cherche à saisir à travers des objectives ainsi qu'en utilisant sa propre subjectivité comme instrument de compréhension en s'appuyant sur les phénomènes de résonance, d'empathie et d'intuition. Il met aussi en œuvre des interventions techniques spécifiques pour comprendre et agir sur la vie psychique du sujet (Bouvet, 2015, pp.11-12).

L'entretien de recherche, n'a pas d'objectif thérapeutique ou diagnostique mais il vise l'accroissement des connaissances dans un domaine choisi par le chercheur. Il est produit à l'initiative du chercheur, contrairement à l'entretien thérapeutique où c'est le sujet qui est en situation de demande (Bénony & Chahraoui, 2003, p.142).

En psychologie clinique les buts d'entretien sont divers, reconstituer l'histoire du sujet (anamnèse), sonder sur connaissances (interrogation orale). Juger de ses aptitudes à un apprentissage (orientation) ou un emploi (sélection) ; contribuer au diagnostic, à l'indication et ou traitement pour des sujets souffrant de trouble psychique et ou relationnels, aider le sujet à affronter une difficulté ponctuelle dans l'existence ... etc (Roland et al., 2005, p.261).

L'entretien de recherche est alors l'instrument le plus employé d'une manière fréquente comme méthode qui sert à la récolte des données dans différentes disciplines autre que la psychologie clinique. Il représente un outil indispensable et essentiel afin d'avoir accès aux informations subjectives des sujets comme les événements vécus, les émotions, les croyances, histoires personnelles, de comprendre des phénomènes ainsi que d'apporter d'une manière structurée des données importantes et utiles dans le domaine étudié.

Nous distinguons habituellement trois types d'entretien : l'entretien directif, semi directif et non directif. Le choix du type d'entretien dépend de la situation à laquelle le chercheur est confronté avec le sujet (Bénony & Chahraoui, 2003, p.39).

Dans notre étude, nous avons choisi l'entretien de recherche semi-directif afin de permettre des échanges approfondis et riches avec les participants. Ce type d'entretien nous a donné la possibilité de poser des questions semi-directives bien précises sur chaque aspect de notre recherche tout en laissant la liberté aux participants de s'exprimer. Cette approche nous a permis d'obtenir des informations détaillées sur le vécu psychologique des personnes atteintes de diabète de type 1. De plus, l'entretien semi-directif a facilité le premier contact

avec nos participants et a contribué à établir une relation de confiance avec eux dès le début de l'étude.

L'entretien semi-directif

L'entretien semi-directif s'annonce comme médiateur qui s'illustre être un compromis entre l'entretien directif et le non directif (Castrede, 2003, p.93).

Il se définit comme : « *une technique directe d'investigation scientifiques utilisée auprès d'individu pris isolément, mais aussi, dans certains cas, auprès de groupes qui permet de les interroger d'une façon semi-directive et de faire un prélèvement qualitatif en vue de structurellement en profondeur les informations* » (Angers, 1997, p.144).

L'entretien semi-directif où le chercheur dispose d'un guide de questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance, ce guide constitue une trame à partir de laquelle le sujet déroule son récit (Bénony & Chahraoui, 1999, p.65).

Dans ce type d'entretien, le chercheur a en tête quelque question soigneusement préparées qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation, celles-ci ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonné mais exprimées à un moment opportun de l'entretien (Bioy et al., 2021, p.187).

Le guide d'entretien se compose de différents thématiques que le chercheur souhaite voir aborder lors de l'entretien avec une structuration en fonction des hypothèses du chercheur mais seulement celles qui permettront de répondre à la problématique initiale.

Il est toujours associé à l'entretien. Il s'agit d'un ensemble organisé de fonctions, d'opérateurs et d'indicateurs qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : généralement soigneusement préparées et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive. Le guide d'entretien comprend des axes thématiques à traiter, le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celle-ci ne sont pas posées de manière directive, il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien (Bénony & Chahraoui, 1999, pp.68-69).

Présentation du guide de l'entretien de recherche semi-directif

Nous avons élaboré un guide d'entretien, qui est réparti en cinq axes, qui contiennent chacun un ensemble de questions qui sont semi-directifs en majorités et quelques-unes directives qui visent à retracer l'ensemble des éléments qui répondent aux objectifs de notre recherche. (Voir Annexe I).

Maintenant, nous allons présenter le contenu de notre guide d'entretien qui consiste en : Premièrement, nous avons procédé au recueil de renseignements personnels dans le but d'avoir des renseignements généraux sur les sujets de recherche et de connaître la situation familiale et socio-économique de ces derniers.

Les axes sont présentés comme suit :

Axe 1 : Informations sur le diabète : le but de cet axe est de connaître le nom, le type, l'origine et le moment de la survenue de leur maladie, ainsi que tous les éléments qui nous permettront de comprendre le contexte de leur maladie, car c'est ce dernier qui peut éventuellement influencer leur vécu psychologique.

Axe 2 : Informations liées à la confrontation à la maladie : l'objectif de cet axe est de connaître la confrontation du sujet à la maladie, et éclairer les éventuelles entraves rencontrées.

Axe 3 : Qualité de vie : l'objectif de cet axe est de recueillir un ensemble d'informations et de données qui nous permettront d'apprécier la nature de la qualité de vie présente chez chaque sujet de recherche.

Axe 4 : Soutien social : l'objectif de cet axe est de collecter un maximum de données afin de comprendre l'impact de leur diabète sur leur contexte social, sur leurs interactions et de leurs échanges avec leurs entourages.

Axe 5 : Projection dans le futur : cet axe permet de déterminer s'ils se projettent ou non dans l'avenir, afin d'évaluer les conséquences potentielles du diabète sur leur perception de l'avenir.

Les réponses à ces diverses questions sont mises en scène en fonction de ce que le patient a vécu, ressenti, éprouvé et pensé concernant les sujets abordés. Ainsi, lors de son discours, il nous permet d'accéder à son système de pensées, de valeurs, de représentations et à son émotion, ainsi qu'à son attitude et son comportement.

7.1.1. Analyse de l'entretien clinique de recherche

Nous avons opté pour une analyse qualitative, une lecture clinique des données de l'entretien. C'est-à-dire que nous avons examiné et interprété les données de l'entretien en utilisant la théorie adaptée, qui est l'approche cognitivo-comportementale. Nous avons repris l'intitulé des axes, et inclus le discours et le récit du sujet, nous avons accompagné cela d'une lecture clinique avec une terminologie cognitivo-comportementale.

Donc, nous avons opté sur l'entretien de recherche, en particulier l'entretien de recherche semi-directif, accompagné d'un guide d'entretien. Ce type d'entretien nous permettra d'avoir un premier contact avec nos sujets de recherche et d'émettre une relation de confiance avec eux. Il permettra aussi aux groupes de recherche la libre expression de son ressenti sur les expériences de la vie, et les difficultés rencontrées qui sont en lien avec sa maladie.

7.2. Questionnaire Audit of diabetes Dependent Quality of Life « ADDQoL »

Le questionnaire Audit of diabetes Dependent Quality of Life « ADDQoL » a été conçu au Royaume-Uni par le Dr Clare Bradley en 1999 pour mesurer la perception qu'à l'individu de l'impact du diabète sur sa qualité de vie. Il s'agit d'un questionnaire spécifique, élaboré à partir du questionnaire générique SEIQoL (Schedule for the Evaluation of Individual Quality of Life). Il comportait d'abord 13 items, puis 18 après la révision de 2002, et en compte désormais 19 après une dernière révision qui a également simplifié l'instrument. Ce questionnaire peut être utilisé chez des patients diabétiques de type 1 et de type 2. Il permet au patient d'identifier et de sélectionner lui-même les aspects de sa vie qui lui semblent importants et pour lesquels il souhaite obtenir une amélioration. Il utilise ainsi son propre système de valeurs et ses priorités. nous demandons au patient d'imaginer à quel point sa qualité de vie serait différente dans un domaine donné s'il n'était pas diabétique. (Mohsen, 2016, p.27).

a. Présentation

Le questionnaire ADDQoL-19 comporte 21 items : un item généraliste puis 20 items spécifiques du diabète où nous demandons au patient d'évaluer « quelle serait sa qualité de vie s'il n'avait pas de diabète ». Les 2 premiers items permettent d'avoir un aperçu de la qualité de vie actuelle et sont plutôt des items de contrôle.

- Le premier d'une manière globale avec une cotation de -3 (extrêmement mauvaise) à +3 (excellente).
- Le deuxième d'une manière spécifique avec une cotation de -3 (ma qualité de vie serait nettement meilleure sans le diabète) à +1 (ma qualité de vie serait moins bonne sans le diabète).
- Les 19 items suivants explorent des domaines spécifiques : loisirs, activité professionnelle, déplacements, vacances, capacités physiques, vie de famille, relations avec les amis, relation de couple, vie sexuelle, apparence physique, confiance en soi, motivation, réaction d'autrui, sentiment sur l'avenir, situation financière, conditions de vie, la dépendance, la liberté de manger et la liberté de boire. Une dernière partie était laissée libre au patient pour tous commentaires. (Mohsen, 2016, p.32).

b. Consigne

Il est demandé au sujet ce qui suit : Ce questionnaire porte sur votre qualité de vie, c'est-à-dire à quel point vous avez l'impression que votre vie est agréable ou non. Veuillez mettre une croix « X » dans la case qui correspond le mieux à votre réponse pour chaque question. Nous souhaitons simplement connaître vos impressions sur votre vie en ce moment. (Mohsen, 2016, p.32).

c. Cotation

En premier item sur la qualité de vie en général était coté de -3 à +3, et un second item imaginant la qualité de vie sans diabète était coté de -3 (nettement meilleur) à +1 (moins bonne). Plus le score était faible, plus la qualité de vie était mauvaise. Après Pour chaque item, le patient indique s'il est concerné ou non et pour chaque domaine nous évaluions l'impact du diabète côté de -3 (le plus négatif) à +1 (positif : le fait d'être diabétique améliore cet aspect de la qualité de vie) puis l'importance qu'avait le patient pour celui-ci côté de 0 (pas important) à +3 (très important).

En multipliant ces 2 résultats, nous obtenions pour chaque item un score d'impact allant de -9 à + 3. Lorsque les items n'étaient pas applicables chez certains patients comme prévu par les auteurs du questionnaire, nous passions à l'item suivant. Pour chaque patient un score pondéré d'impact appelé AWI pour « Average Weighted Impact » était calculé en

divisant la somme des scores de chaque domaine applicable par le nombre de domaines applicables. Le résultat était compris entre -9 et +3.

Chaque réponse étant cotée suivant le score indiqué. Plus le score est négatif, plus la qualité de vie est altérée. Il en résulte un score global par patient additionnant l'ensemble des scores par item. (Mohsen, 2016, p.33).

Nous avons choisi d'utiliser le questionnaire Audit of Diabetes-Dependent Quality of Life (ADDQoL), car il s'agit d'un outil spécifiquement conçu pour évaluer la qualité de vie des personnes atteintes de diabète. Ce questionnaire est reconnu pour sa fiabilité et sa validité, et il permet de mesurer l'impact du diabète sur différents aspects de la vie quotidienne, tels que les activités sociales, professionnelles, familiales et personnelles. De plus l'ADDQoL permet d'obtenir des informations détaillées et précises sur la manière dont la maladie affecte la qualité de vie des patients.

7.3. L'échelle de soutien social perçu

a. Présentation

Il existe beaucoup d'outils visant à évaluer le soutien social, nous n'en citerons parmi les échelles mesurant le soutien social perçu, la plus utilisée est le SSQ « *social support questionnaire* » de Sarason et al ; (1983) dans sa version longue à vingt-sept items ou sa version courte à six items SSQ6 (Rasclé, Bruchon-Schweitzer, et sarason, 2005) la version française.

Elles permettent de savoir de quelles personnes un individu s'attend 'il à recevoir de l'aide dans six situations différentes (disponibilité) et quel est le degré de satisfaction associé à ce soutien (de 1, très insatisfait, à 6, très satisfait) ces échelles permettent donc d'obtenir un score pour la disponibilité et un pour la satisfaction.

b. Consigne

Il est demandé au sujet ce qui suit : Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien chaque question est en deux parties : dans le premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite.

Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple).
A chaque numéro doit correspondre une seule personne

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu. Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme « aucune personne » mais évoluez tout de même votre degré de satisfaction .ne citez pas plus de neuf personnes par question. Si vous plait « répondez de votre mieux à toutes les questions.

c. Cotation

Pour calculer le score de Disponibilité, il faut noter le nombre de personnes sur qui les sujets déclarent pouvoir compter (de 0 à 9) aux items 1, 2, 3, 4, 5 et 6, puis le score total de disponibilité, N (somme de ces nombres) qui varie (de 0 à 54). Un score élevé indique un réseau social perçu comme important.

Pour calculer le score de Satisfaction, il faut noter le degré de satisfaction exprimé par le sujet sur chaque item (de 1, très insatisfait à 6, très satisfait), puis calculer le score total de satisfaction, S (somme de ces scores) qui varie (de 6 à 36). Un score élevé indique un fort degré de satisfaction.

Nous avons également choisi l'échelle de soutien social perçu (SSQ) dans notre étude car elle est largement reconnue comme un outil fiable et valide pour mesurer le soutien social perçu. Elle est également utilisée dans de nombreuses études et recherches en sciences sociales, ce qui en fait un choix pertinent pour notre étude. De plus, cette échelle est composée de questions claires et directes qui permettent aux participants de répondre de manière concise et précise. Le SSQ permet d'obtenir des données précises sur le niveau de soutien social perçu par les participants, ce qui nous permettra d'analyser plus efficacement l'impact du soutien social sur différents aspects de leur vie.

7. Le déroulement de la pratique

La préenquête est une étape très importante dans la recherche. Elle consiste à essayer sur un échantillon réduit les instruments prévus pour effectuer l'enquête. Si nous avons des doutes sur telle ou telle variable, ou sur le rendement de telle technique, nous pouvons explorer de façon limitée le problème à étudier, avant même de préciser définitivement ses objectifs (Grawitz, 2001, p.550).

La pré-enquête constitue une procédure assez pertinente dans la recherche scientifique, puisqu'elle nous permet d'explorer notre terrain qui veut dire la population d'étude sur laquelle va porter notre recherche.

Pour garantir un bon déroulement de notre recherche, nous avons effectué une pré-enquête, une étape indispensable pour notre étude. Cette pré-enquête nous a permis d'apporter les corrections et les améliorations nécessaires à notre guide d'entretien, ainsi que de tester et de mieux maîtriser l'application de nos outils. Finalement, elle nous a aidés à élaborer nos hypothèses. Tout cela a été fait afin d'entamer notre enquête de recherche dans les meilleures conditions possibles.

8.1. La pré-enquête

Un problème est survenu lorsque nous avons commencé notre pré-enquête, presque tous les établissements hospitaliers de la wilaya de Bejaia ont refusé notre demande.

Finalement, l'EPSP de Sidi-Aich a accepté notre demande après une attente plus de 15 jours pour nous accorder un stage pratique d'une durée de seulement cinq semaines.

Notre pré-enquête a été effectuée après avoir obtenu l'accord de l'établissement. Nous nous sommes rendues à la maison diabétique de Sidi-Aich, wilaya de Bejaïa, où nous avons expliqué au psychologue notre objectif de recherche et la nature du diplôme préparé.

Dans un premier temps, nous avons obtenu des informations générales sur l'organisme d'accueil et ses activités, ainsi que les règlements en vigueur dans la maison, notamment, le port de la blouse, et nous avons confirmé la disponibilité de notre population d'étude, grâce à des entretiens que nous avons effectués avec le personnel de la maison des diabétiques.

Après nous avoir entretenu avec la psychologue, celle-ci nous a mis en contact auprès de deux patients diabétiques de sexe différents (femme et homme) avec qui nous avons pu continuer notre pré-enquête.

Nous nous sommes présentées tout d'abord en tant qu'étudiantes en psychologie clinique Master 2, puis nous leur avons expliqué la nature et l'objectif de notre recherche ainsi que son déroulement qui inclura la réalisation des entretiens et la passation des questionnaires de soutien social et la qualité de vie. Nous les avons rassurés pleinement sur le respect de l'anonymat et de la confidentialité et cela l'ont beaucoup apprécié.

Après avoir effectué notre pré-enquête, nous avons pu préciser nos questions de recherche et nos hypothèses, nous avons aussi constaté que nous devons reformuler quelques questions de notre guide d'entretien qui étaient mal comprises par les deux cas.

8.2. L'enquête

L'enquête est l'ensemble des opérations par lesquelles les hypothèses vont être soumises à l'épreuve des faits, et qui doit permettre de répondre à l'objectif qu'on s'est fixé (Blanchet & Gotman, 2015, p.35).

Elle consiste à poser des questions à un vaste échantillon de personnes à propos de leur comportement ou de leurs opinions en utilisant des questionnaires ou des interviews (Bénony & Chahraoui, 2003, pp.131-132).

Nous avons effectué notre enquête à la maison des diabétiques, s'est concrétisée à partir du 07 février jusqu'au 22 Mars, deux jours par semaines. Les trois premières séances ont été consacrées à la pré-enquête, qui nous a permis de récolter des données en ce qui concerne la qualité et la nature de leur vécu psychologique quant à leur diabète.

Les participants ont été coopératifs, et ont donné leur accord. Nous leur avons expliqué que tout ce qu'ils nous diront restera confidentiel et que c'est seulement dans le but de faire une recherche. Durant son déroulement, nous étions assises de face et nous avons pris note à ce que les sujets répondaient et nous avons ainsi laissé les sujets s'exprimaient librement sans les interrompre dans leurs discours. Nos interventions se réduisaient juste à quelques relances d'approbations voir « *ok* », « *et après* », « *d'accord* » et d'explication comme « *comment* » et « *pourquoi* ».

Avant de commencer les entretiens, nous avons donné la consigne suivante : « *Je vous remercie encore de bien vouloir m'accorder votre temps, je suis une étudiante en psychologie clinique. Je viens de vous interviewer dans le cadre d'un travail de recherche portant sur : le vécu psychologique (la qualité de vie et le soutien social) des personnes atteindre de diabète. Si vous voulez bien maintenant je vais commencer à vous poser des questions sur votre vécu psychologique* ».

En premier lieu, nous avons passé l'entretien à deux cas dans la salle de soin. Nous avons commencé avec Mr Omar, puis avec Mr Salah, qui maîtrisent très bien la langue

française ce qui a fait que nous n'avons pas eu recours à la traduction. L'entretien a duré 40 minutes avec Mr Omar et 25 minutes avec Mr Salah.

Pour les autres cas : Mme Souad, Mme Samia, Mr Tarek et Mme Farida, nous avons dû leur passer l'entretien, dans le bureau de la psychologue. La durée de ces entretiens a duré entre 40 minutes et une heure selon les cas en langue française.

En deuxième lieu, dans notre deuxième séance avec les différents cas, consiste à la passation des deux questionnaires l'ADDQoL et SSQ en même temps, dont les consignes étaient les suivantes :

La consigne de ADDQoL : *« Ce questionnaire porte sur votre qualité de vie, c'est-à-dire à quel point vous avez l'impression que votre vie est agréable ou non. Veuillez mettre une croix « X » dans la case qui correspond le mieux à votre réponse pour chaque question. Nous souhaitons simplement connaître vos impressions sur votre vie en ce moment ».*

La consigne de SSQ : *« Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien chaque question est en deux parties :*

Dans le premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne.

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu. Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme « aucune personne » mais évoluez tout de même votre degré de satisfaction .ne citez pas plus de neuf personnes par question. Si vous plaît « répondez de votre mieux à toutes les questions ».

La passation de l'entretien et les des deux questionnaires l'ADDQoL et le SSQ se sont déroulés en langue française pour tous les cas. Cependant, ils ont préféré répondre en kabyle pour mieux exprimer l'ensemble de leur émotion ainsi que leur ressentis.

A la fin, nous leurs avons témoigné toute notre reconnaissance pour avoir pris le temps de participer à cette enquête ainsi que pour les informations communiquées.

Puis, l'ensemble des données recueillies de ces deux outils sont analysées, interprétées et discutées par la suite.

8. Attitude du chercheur

La posture du chercheur est caractérisée principalement par la réflexivité sur sa propre attitude, sur celle de son ou ses interlocuteurs, sur la théorie, la prise en compte des effets suscités par les instruments utilisés sur les données recueillies et sur les personnes qui les produisent. Elle consiste aussi dans la prise en compte de la situation et de la signification des protocoles et des dispositifs de recherche dans la culture dans laquelle se situent les pratiques de recherche (Giarni, 2009, p.33).

Nous avons adopté l'attitude de neutralité bienveillante, nous n'avons pas cherché à influencer ou à suggérer des réponses pour nos sujets, mais nous avons essayé d'avoir un maximum d'informations en intervenant juste pour relancer avec des « *oui* », « *d'accord* », « *ok* » et « *pouvez-vous mieux nous expliquer* », car nous avons focalisé plus sur l'écoute attentive pour avoir toutes les réponses à nos questions, et nous avons respecté aussi les moments de silences.

Cette position dite « *clinique* » est généralement décrite par les caractéristiques suivantes : la concentration sur le sujet, la non-directivité, la neutralité bienveillante et l'empathie

9. Difficultés rencontrées

Au cours de notre recherche, nous avons rencontré quelques difficultés qui n'ont cependant pas entravé la réalisation de ce travail :

- ✓ Les refus d'accès au stage pratique dans certains établissements hospitaliers, pour diverses raisons telles que le blocage des stages au niveau de l'Hôpital KHALIL AMRANE de Bejaïa et la clinique beau séjour de Bejaïa.
- ✓ La durée limitée du stage, restreignant le temps disponible pour s'adapter.
- ✓ La nécessité d'éliminer certains sujets de recherche qui ne répondaient pas à nos critères de sélection.
- ✓ Le non-respect des rendez-vous par certains participants.

- ✓ Le refus de participation à notre enquête de la part de certains sujets atteints de diabète.

Synthèse

En guise de conclusion, il est important de souligner que la méthodologie constitue un élément indispensable dans un travail scientifique, car elle organise toutes les étapes de la recherche depuis les hypothèses jusqu'à leur vérification, et aussi elle nous permet de respecter l'ensemble des règles et de démarches, et ce à travers un cheminement intellectuel qui ordonne notre recherche, d'une façon de progresser vers le but que nous avons tracé.

Afin que notre recherche soit fiable, nous avons fait recours aux trois outils d'investigation que nous avons présenté auparavant à savoir : l'entretien de recherche semi-directif, l'ADDQoL et le SSQ, qui nous ont servi dans la récolte des données nécessaires, concernant la qualité de vie et le soutien social chez les personnes diabétiques de type 1 , et qui vont nous permettre également de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses formulées au début de notre recherche, tout en s'appuyant sur les résultats issus de cette démarche. Ces derniers éléments seront discutés, interprétés et analysés dans le chapitre suivant.

Chapitre IV

Présentation, analyse des résultats

Et discussion des hypothèses

Préambule

Dans cette partie de notre travail, nous allons faire la présentation et l'analyse de l'entretien et les deux échelles, celui de la qualité de vie, et de soutien social de notre groupe de recherche dans le but de confirmer ou d'infirmer les hypothèses émises au début du travail.

1. Prestation et analyse des résultats

1.1. Le cas 01 de Mr « Omar »

A. Présentation et analyse de l'entretien semi-directif

Omar est âgé de 26 ans et d'un niveau d'instruction terminal (BAC), travaille dans un laboratoire, Célibataire, issu d'une fratrie de 4 enfants. Omar est d'une situation socio-économique moyenne.

Au cours de l'entretien avec ce sujet, nous avons remarqué qu'il s'est bien impliqué, le contact a été marqué par un climat de confiance et surtout de collaboration, il était de bonne humeur et très souriant et surtout il éprouvait un besoin d'extérioriser ses émotions ainsi que la volonté et l'envie de répondre à toutes nos questions.

Axe I : Informations sur le diabète

Au cours de l'entretien, notre sujet de recherche nous révèle qu'il est atteint du diabète de type I, à partir de l'âge de 14 ans. A ce moment-là, il nous a parlé de la manifestation des signes cliniques tel que la polydipsie, la polyurie. Il a dit que : « *Sessey aman hawla, ketchmegh hawla n tikal a toilette* ». (Je bois beaucoup d'eau, je rentre beaucoup au toilette), qui sont entraînés par la production insuffisante d'insuline.

Après, il nous rajoute que depuis son diagnostic initial, il est sous insuline pour gérer son diabète, il doit être injecter plusieurs fois par jour, ce qui nécessite de bien maîtriser la technique d'injection. Cela a demandé un certain ajustement au début, mais ce geste est devenu un geste routier.

Omar, ne suit pas un régime alimentaire mais il dit qu'il ne mange pas jusqu'il rassasié, il dit : « *usetey ara ad rwuy ad edmey kan une quantité juste Bach AD ksegh laz* », (je fais une quantité, juste j'enlève la fain). A ce moment-là, il nous a informé qu'il n'a pas

des complications liées au diabète, il nous ajoute qu'il n'a aucune difficulté concernant le diabète, il dit : « *Non jamais, je n'ai pas des difficultés* ». Mais il déclare, avec des grimaces de peur qu'il a une phobie. Il dit : « *Ma seule phobie c'est l'hémodialyse* ».

Le diabète est la principale cause de maladie rénale chronique et de nécessité de dialyse. La néphropathie diabétique, selon Edouard fougère : « *est une complication qui survient au niveau des reins qui touche jusqu'à 50 % des personnes vivant avec le diabète et c'est une conséquence de l'hyperglycémie qui entraîne une hyper filtration glomérulaire et une hypertrophie rénale causée par les dommages aux reins induit par l'hyperglycémie chronique peut progresser jusqu'à l'insuffisance rénale terminale nécessitant la dialyse* ». (Frank, 2023).

Omar a avoué que la période la plus difficile qu'il a vécu avec son diabète s'était les 20 jours passés à l'hôpital. Il dit que : « *cette période m'a fait comprendre que-ce-que le diabète, des médecins qui passent pour m'expliquer la maladie et d'autres qui ne font apprendre la technique d'injection, ça m'a vraiment stressé et m'a fait peur vu que j'étais petit et que je n'ai pas quelqu'un diabétique dans ma famille qui pourrait me donner des renseignements à propos de diabète, donc j'étais obligé de suivre les séances d'apprentissage de la technique d'injection d'insuline programmées pour les patients nouvellement diagnostiqués*».

Nous avons constaté donc, durant l'hospitalisation de notre sujet il avait peur et stressé, mais il a pu bénéficier durant cette période, donc il a appris la technique d'injection d'insuline. Ainsi les programmes d'éducation thérapeutique, proposés dans cet hôpital permettent à Omar de mieux comprendre sa maladie ses implications, les moyens de la gérer au quotidien. Cela inclut des informations sur l'alimentation, l'activité physique, la surveillance de la glycémie, et la gestion des situations d'urgence.

En résumé, nous avons constaté que l'hospitalisation peut provoquer de stress et de l'anxiété chez les patients diabétiques mais elle peut leur être une occasion précieuse d'améliorer leur prise en charge leur en enseignant la technique d'injection d'insuline, et en renforçant leur connaissance sur le diabète grâce à des programmes d'éducation thérapeutique adaptés.

Axe II : Informations lie à la confrontation à la maladie

Nous avons demandé à Omar de nous parler de sa première réaction lorsqu'il a appris qu'il était atteint par cette maladie, il répondait : « *Au début, je ne savais même pas c'est quoi le diabète* ». Il ajoute après un bon moment de silence « *Mais, après les séances de l'éducation thérapeutique programmés lors de l'hospitalisation, j'ai compris c'est quoi la maladie et avec le temps, j'ai constaté que je dois changer mes habitudes de vie et adopter des stratégies pour mieux gérer le diabète, comme une alimentation plus équilibrée, une activité physique régulière et un suivi médical plus fréquent* ».

Omar nous a affirmé qu'il ne souffre d'aucune maladie liée au diabète, il ne souffre pas des troubles psychologiques, il dit : « *je n'ai pas d'autres maladies à part le diabète* ». Ainsi, qu'il n'a pas des préoccupations par rapport à sa santé à part l'atteinte d'une insuffisance rénale, il dit : « *la seule chose qui m'inquiète le plus par rapport à ma santé c'est la dialyse après l'atteinte d'une insuffisance rénale* ».

Omar nous a dit : « *Le diabète m'a appris vers des bonnes choses par exemple je suis devenu plus proche de mes parents. Le diabète m'a aidé à avoir une bonne relation avec mes parents en favorisant mon autonomie et la communication. Mes parents m'ont appris avoir confiance en soi, accepter ma gestion de la maladie et éviter d'être trop intrusif. Cette confiance mutuelle me permet de développer mon identité et mon autonomie face à la maladie, renforçant ainsi mes liens familiaux malgré les défis du diabète* ».

Omar s'inquiète dans les premiers temps car c'était difficile de prendre la dose exacte, il dit mais maintenant ça devient normal et facile à appliquer.

Omar déclare que l'estime de soi c'était sa ressource psychologique ce qui a renforcé sa résilience, la résilience face aux défis du diabète, il ajoute : « *le soutien de la famille, des amis, joue un rôle crucial dans la gestion émotionnelle et pratique de la maladie* ». Ça lui a fait sentir qu'il est capable de faire face à sa maladie.

Axe III : Qualité de vie

Omar pense qu'il a une bonne qualité de vie, il dit : « *ma vie je la vois normale, alhamdulillah mlih akya* ». Il pense qu'elle est satisfaisante. Il déclare que le diabète n'a rien changé dans son mode de vie et ses activités quotidiennes n'avaient pas changé, car il ne considère pas le diabète comme une chose qui est arrivée récemment, mais qui est soulevé

avec lui depuis son enfance, il dit : « *le diabète nki itehsivegh ara d lahlak parce que kraghd zyes seg mi meziyagh* ».

Il dit que sa vie quotidienne est enrichie par des opportunités des moments, et des relations qui l'intéresse. Il rajoute que malgré les défis posés par la maladie mais il est resté toujours positif ». Omar nous affirme qu'il n'a pas des chocs traumatisants, et il se sent bien sur le plan émotionnel. De ce fait les émotions d'après Cottraux (2007) : « *sont caractérisées par des sensations physiques de plaisir ou de déplaisir correspondant à des modifications physiologiques en réponse à des stimuli environnementaux* » (Cottraux, 2007, p.5).

Omar déclare à propos de son sommeil, qu'il a une mauvaise qualité de sommeil à cause de son diabète et que son sommeil est léger et qu'il trouve des difficultés à s'endormir, il dit : « *oganagh ara facilement, khefif yidhes –iw* ». (Je ne dort pas facilement, j'ai un sommeil léger).

Selon une revue médicale Suisse, la plupart des études réalisées se sont intéressées à la relation causale entre troubles du sommeil et survenue d'une intolérance au glucose, d'une résistance à l'insuline et d'un diabète de type 2. Cependant, la littérature médicale est très limitée en ce qui concerne l'association entre les troubles du sommeil et le diabète de type 1.

Donc le diabète peut affecter la qualité du sommeil de différentes manières. Les perturbations du sommeil chez les diabétiques peuvent résulter de plusieurs facteurs, notamment : les variations du taux de glucose dans le sang peuvent entraîner des réveils fréquents, des envies d'uriner nocturnes et des difficultés à maintenir un sommeil continu.

Omar nous a parlé de ses relations sociales, ils les décrits comme étant positives. Il nous dit ait qu'il subissait s'encouragements et de soutien de la part de sa famille et de ses amis. Il rajoute que même lui est utile et serviable lorsque ces derniers ont besoin de lui. Il rajoute : « *je ne rate aucune chance de passer des bons moments avec ma famille et mes amis, ma maladie ne m'a jamais empêché de profiter de ces moments* ». A travers cette expression, nous savons déduire que Omar a de bonnes relations avec ses parents et ses amis. Omar vivait son quotidien le plus normal, il accomplit ses tâches sans avoir des difficultés.

Axe IV : Soutien social

En parlons de l'annonce de sa maladie à ses proches, il disait : « *À propos de ma famille c'est pas moi qui leurs dis, puisque j'étais petit, moi-même je ne sais pas c'est quoi le diabète, mais mes amis j'ai leurs dis quand j'ai compris ma maladie, j'ai leurs déclaré et même expliquée sans avoir honteux, mais au contraire pour que je me rassure dans le cas où il m'ai arrivé un hyperglycémie ou un hypoglycémie, ils seront au courant et il saurait que doit ils faire* ».

Nous avons parlé ensuite de la gestion de sa maladie et le rôle de sa famille dans cette gestion, il dit : « *thadarnyi mlih, thadaren bezzaf felli nki je n'aime pas aken* », (ils fassent très attention à moi et moi je n'aime pas quand ils exagèrent). Il rajoute : « *bezzaf, ils me traitent comme un enfant, mange ça ; ne mange pas ça ; fais ça ; ne fais pas ça, c'est trop gênant pour moi quand ils fassent ça* ».

Il avoue qu'ils le soutiennent émotionnellement et ils l'encouragent et l'aident à la prise de l'insuline. Il sourit et il ajoute : « *mais c'est gentil de leurs part. Et ajoutant à ma famille qui est un réseau de soutien pour moi, il y a mes amis qui sont aussi un réseau de soutien externes pour moi, et j'apprécie beaucoup* ». Nous avons constaté que le soutien de la famille et des amies a une grande importance chez notre sujet.

Omar nous a déclaré qu'il a remarqué des changements dans ses relations avec les autres depuis le diagnostic, et cite sa relation avec ses parents, en disait : « *je suis devenu très proche à mon père dnetta iyi3awnen mlih, mais ya3ni la famille ynou akkith onakragh ara* ». (Je suis devenu très proche à mon père, c'est lui qui m'a aidé le plus, mais sans nier que toute ma famille le fait). Nous avons déduit par cette expression que Omar est devenu très proche à son père, et que son père lui offre une grande aide ; nous avons constaté aussi que toute la famille de Omar lui soutien et nous avons pu observer à quel point ça lui fait plaisir car il décrit en souriant.

Il rajoute que en cas de problème le premier à qui il se retourne en priorité pour obtenir de soutien c'est son père ; et d'ailleurs c'est lui la personne qui l'aide à avancer sur son chemin depuis l'annonce de son diabète ; et grâce à lui et à sa famille ainsi ses amis, il se sent soutenu et compris dans ce qu'il traverse.

Axe V : Projection dans le futur

Nous avons constaté chez Omar une vision positive sur l'avenir, comme il le confirme dans cette expression : « mon avenir, je le vois positif ».

Omar disait avec une tristesse et une voix basse : « *ma seule crainte dans cette vie est d'atteindre une insuffisance rénale chronique, la dialyse c'est ma phobie* ». Sa peur à propos de ce qu'il a déclaré est observable dans son comportement.

En parlant avec Omar sur les projets à réaliser dans le futur il sourit et il nous dit : « *la maçonnerie, c'était et ça reste mon projet que je vais réaliser dans les prochains délais* ».

À base de cette expression nous avons constaté à quel point notre sujet était motivé pour réaliser son projet. Il rajoute « *et je ne vois pas que j'ai besoin des ressources ou des soutiens supplémentaires pour atteindre mes objectifs futurs malgré ma maladie* ». À travers cette expression nous déduisons qu'il est heureux et satisfait de ses capacités et qu'il n'a pas besoin d'aide supplémentaire ce que nous montre que sa maladie n'a pas un impact négatif sur cet aspect dans la vie de Omar.

Synthèse de l'entretien

Omar gère son diabète de type 1 depuis l'âge de 14 ans, avec une implication et une maîtrise de l'injection d'insuline. Il ne suit pas de régime strict mais adapte ses quantités alimentaires pour éviter la satiété complète. Malgré une hospitalisation stressante à son diagnostic, Omar a acquis des compétences cruciales grâce à l'éducation thérapeutique. Sa principale crainte est l'hémodialyse due à une insuffisance rénale. Le diabète a renforcé ses liens familiaux et son estime de soi, grâce au soutien émotionnel de sa famille et de ses amis, qui l'aident à maintenir une bonne qualité de vie. Malgré des troubles du sommeil légers, Omar considère sa vie satisfaisante et enrichie par des relations positives. Son père est un soutien essentiel, et il se projette avec optimisme dans l'avenir, notamment avec le projet de se lancer dans la maçonnerie, montrant ainsi que sa maladie n'entrave pas ses ambitions.

B. Les données du questionnaire ADDQoL

Tableau 4 : Résultat du questionnaire ADDQoL de Mr Omar

Sujet	Age	Score	QDV
Mr Omar	26	-0,05	Mauvaise

Mr Omar a répondu à 18 items sur 19 du questionnaire ADDQOL.

Pour l'item portant sur la qualité de vie d'une manière générale, Mr Omar a indiqué le niveau de sa qualité de vie parmi les sept propositions, il trouve que sa qualité de vie actuelle est « Bonne ».

Le score Average Weighted impact (AWI) de Mr Omar est (-0,05) évalué négatif ce qui signifie que sa qualité de vie est mauvaise.

Il trouve que sans diabète sa qualité de vie serait identique dans les domaines suivants : item 1 : « Loisir », item 3 : « Déplacement », item 4 : « Vacances », item 7 : « Vie sociale », item 8 : « Relation sentimentale », item 10 : « Apparence physique », l'item 12 : « Motivation », item 13 : « Réaction aux autres », item 16 : « Condition de vie », item 18 : « Liberté de manger », item 19 : « Liberté de boire ». Quant à ces réponses nous avons constaté que ces domaines ne sont pas touchés par son diabète.

Omar répond, que sans diabète sa qualité de vie serait nettement meilleure dans le domaine suivant : item 2 : « Vie professionnelle ». À partir de cette réponse nous avons déduit que sa maladie a influencé d'une manière négative cet aspect.

Le sujet a répondu que sans diabète sa qualité de vie serait moins bonne dans les domaines suivants : item 6 : « Vie familiale », item 11 : « Confiance en soi », item 14 : « Sentiment sur l'avenir », item 15 : « Situation financière ». A travers ces réponses, nous avons synthétisé que le diabète a un impact positif sur ces domaines cités.

Omar déclare que sans diabète son aptitude physique serait un peu plus à partir de sa réponse sur item 5 : « Aptitude physique ».

Le sujet répond que sans diabète l'item 17 : « Dépendance des autres » serait un peu moins grande. Omar a répondu par un « non » sur l'item 9 : « Vie sexuelle ».

Synthèse de l'échelle ADDQoL

Omar a répondu à 18 items du questionnaire ADDQOL et évalue sa qualité de vie générale comme "Bonne". Cependant, son score AWI de -0,05 indique une qualité de vie globalement mauvaise. Il considère que le diabète n'affecte pas ses loisirs, déplacements, vacances, vie sociale, relations sentimentales, apparence physique, motivation, réactions aux autres, conditions de vie, liberté de manger et de boire. Toutefois, il pense que sa vie

professionnelle serait nettement meilleure sans diabète. Paradoxalement, il estime que sa vie familiale, sa confiance en soi, ses perspectives d'avenir et sa situation financière sont améliorées par la gestion de sa maladie.

C. Analyse de l'échelle de soutien social perçu

Tableau 5 : Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 01 : Mr Omar

	01	02	03	04	05	06	Total	Total%
Disponibilité	4	2	2	3	4	4	19	35.18 %
Satisfaction	5	5	6	6	5	6	33	91.67 %

La lecture de résultats de l'échelle affirme un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin, avec un score de 19/54 (avec un pourcentage de 35.18%). Mais le résultat de la satisfaction vis-à-vis du soutien perçu indique un niveau très élevé de 33/36, avec un pourcentage de (91.67%).

Synthèse de l'échelle SSQ

Les résultats de l'échelle montrent que Omar perçoit une faible disponibilité des personnes de son entourage pour fournir une aide en cas de besoin. Cependant, il est très satisfait du soutien qu'il reçoit.

Synthèse du cas

Nous avons référé aux résultats de l'entretien semi-directif le questionnaire ADDQoL de la qualité de vie ainsi l'échelle de soutien social, que nous avons effectué avec le sujet, nous avons pu conclure que le sujet a une mauvaise qualité de vie, et un faible soutien social.

1.2. Le cas 02 de Mme « Samia »

A. Présentation et analyse de l'entretien semi-directif

Samia âgée de 38 ans, titulaire d'un master en langue et littérature arabe. Elle est le cadet d'une fratrie de 5 enfants. Elle est célibataire. Samia est d'une situation socio-économique moyenne.

Au cours de cet entretien, Samia s'est montrée stressée, triste, et anxieuse.

Axe I : Informations sur le diabète

Quand nous avons entretenu avec Samia, elle nous a informé qu'elle présente le type I de diabète. Elle s'est diagnostiqué en 2007. Sa maladie s'est manifesté par des urine fréquentes qui est un signe clinique nommé la polyurie, elle disait : « *tyiregh swaman ntassa hawla* ». (J'urine plusieurs fois), elle rajoute : « *hemlagh tizidanin* ». (J'aime trop les sucreries). L'envie de prendre des sucreries. Ainsi la polydipsie qui une consommation aiguë excessive d'eau elle dis : « *sessegh bzaf aman ohbsaghara akk tissit* ». (Je bois beaucoup d'eau je n'arrête pas de boire.) Ces signes cliniques s'entraîne par l'insuffisante production d'insuline.

Samia, nous informe que depuis son diagnostic initial, elle est sous insuline pour gérer son diabète, et l'injection de l'insuline dois être injecter plusieurs fois par jour, et la maîtrise de technique d'injection est obligatoire. Ce qu'il demande un certain ajustement au début, mais il devient un geste routinière.

Elle ajoute, que ce traitement lui dérange dans sa vis quotidienne, quant à son dire : « *l'insuline ayi tjinyi mlih, karhagh akk adyawadh lwaqth atkhedmagh, tsethigh zath mden même zath la famille ynou ya3ni* ». (L'injection de l'insuline me dérange trop, je déteste l'arrivée de moment de le prendre, j'ai toujours honteux, devant les gens et même ma famille).

Samia ne suit pas un régime alimentaire, particulier elle disait qu'elle ne rencontre pas de problème, et elle trouve que il est pas important, elle dis : « *régime khati, warnou os3ighara problème sans régime, donc machi important* ». (Pas de régime, et même j'ai pas de problème si je le suit pas, donc il est pas important).

Durant cet entretien, nous avons remarqué dans les réponses de Samia, qu'elle aime pas trop parler de sa maladie et elle essaie toujours d'ajouter l'expression suivante : « *normal otahssibagh arak lahlak* ». (Normal je le considère pas une maladie.)

Nous avons par la suite abordé, la question des complications liées au diabète qu'elle à négliger par une réponse rapide qui est la suivante : « *non, non j'ai pas* ».

En ce qui concerne l'hospitalisation, Samia nous a signalé qu'elle s'est hospitalisée pendant deux mois, elle disait : « *tfenyi deux mois g l'hôpital, urnu g remtan, udetmajinigh arak ad qlagh* ». (J'ai passé deux mois à l'hôpital, je n'imagine même pas retourner).

Elle nous a confié que cette période était très difficile pour elle, Samia nous a dit qu'elle n'arrête pas de pleurer, et elle n'a pas pu surmonter facilement, et elle se sous estime et qu'elle ressentait qu'elle n'est pas comme les autres, c'est ce qu'elle disait : « *settruyagh kan, uhabsagh ara imettawn, goumagh akk ad 3edigh ar wayn nayed, heqragh imaniw, tehussugh imaniw maci am wiyak* ». (Je pleure tout le temps, je n'arrête pas de pleurer, j'ai pas pu passé à autres choses, je me sous estime, je ressens que je ne suis pas comme les autres).

Selon les propos de Samia, personne de sa famille n'est diabétiques. Et ça, c'est comme une honte pour elle. « *Ugehlik hed akk uqabliw le diabète, ni baba ni yemma, même 3emumi d khwali khati* ». (Avant moi il n'y a pas des diabétiques dans ma famille, ni mes parents, ni mes cousins et oncles). Elle ajoute : « *Tsethigh akk, imgharen uhliken ara nki helkagh sokr* ». (J'ai honte, les vieilles sont pas atteints, et moi je suis diabétique). Nous avons constaté que personne de sa famille n'est atteintes de cette maladie, ce qui signifie l'absence de facteur de l'hérédité.

Axe II : Informations lie à la confrontation à la maladie

Une fois, le médecin a annoncé à Saïda qu'elle est atteinte de diabète, elle s'est bouleversée, et elle n'a pas accepté cette maladie, car elle a su à ce moment là, qu'elle aura recours aux injections d'insuline pour tout le reste de sa vie, puisque le diabète c'est une maladie chronique, ce qui signifie une vie différente à celle qu'elle avait avant. Cela renvoie au fait que Samia n'a pas accepté sa maladie, et a eu du mal à s'adapter à son état. Elle a dit : « *la première fois chokigh, ighatyi lhal, astinit dlghayboubouba direct, imi idsligh hyperglycémie 5 grammes, après chitoh chitoh, noumagh* ». (La première fois j'étais choquée, même ça m'a touché, c'était comme un coma, quand j'avais entendu une hyperglycémie 5 grammes, puis peu à peu, je me suis habituée).

Pour Fisher et Tarquino (2006), définissent l'adaptation comme un processus dynamique de changement lié aux capacités d'un individu de réagir à des agressions externes ou internes, des contraintes ou des conflits, en cherchant à réduire ou à éliminer leurs

conséquences défavorable par des ajustements divers lui permettant de survivre et créer un nouvel équilibre compatible avec sa survie (Sterna, 2011, p.47).

A part son diabète, elle nous a signalée qu'elle n'a jamais reconnue de maladies, durant son enfance, et même actuellement ne souffre pas d'autres maladies. Le diabète se vit au quotidien, et son impact est d'une immense ampleur.

L'intrusion de cette maladie dans la vie d'un malade, bouleverse son quotidien et implique des modifications de son rapport à son alimentation, à son corps, à sa vie familiale et à sa vie professionnelle, ainsi à son plaisir. Mais notre sujet déclare qu'elle vivait son quotidien le plus normal, et que sa maladie n'a aucun impact sur sa vie quotidienne, elle disait: « *awah t3ichagh normal, ur tehsibagh arak lahlak* ». (Je vivais normal, je le considère pas une maladie) . Nous avons déduit qu'elle refuse d'accepter sa maladie et elle est dans le déni. « *le déni c'est un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante* » (Berger, 2006, p.244).

Le déni ici porte sur le diabète, et est de l'ordre du « *je le vois normal, je le considère pas comme une maladie* ». Elle nous a dit qu'à ce moment-là elle s'inquiète que pour une seule chose qui est les complications chronique. Les complications chroniques du diabète sont des problèmes de santé qui se développent progressivement à long terme chez les personnes atteintes de diabète, en particulier lorsque la maladie n'est pas bien contrôlée. Ces complications peuvent affecter divers organes tels que le cœur et les artères, les yeux, les reins, les nerfs et les pieds. Les principales complications chroniques du diabète incluent la néphropathie diabétique, la rétinopathie diabétique, l'insuffisance rénale terminale et le pied diabétique. Ces complications peuvent être graves et nécessitent une surveillance médicale régulière pour les prévenir ou les traiter efficacement (les complications chronique du diabète/Lillydiabète).

Elle précise « la néthropathie diabetique » en disant : « *ugadegh ayiweth ar tgezal iw* ». (J'ai peur que le diabète touche mes reins), la néphropathie diabétique (complications rénale, est une complication grave du diabète sucré, c'est une attente rénale annoncée par une élévation de la micro albuminurie. Elle conduit a une deterioration progressive des fonctions rénales, l'insuffisant rénale et le terme ultime de la destruction des glomérules rénaux par le diabète) (Quevauvilliers et al., 2008, p.309) .

Le diabète de type 1 a un impacte significatif sur la vie des personnes atteintes, nécessitant des changements importants dans leurs mode de vie parmi les principaux impacts du diabète type 1, il ya l'impact psychologique avec un risque élevé de dépression et d'anxiété, mais notre sujet nous informe que le diabète n'a rien changer pour elle, elle dit: «*nki le diabète ouyivedel walou* ». (Pour moi le diabète n'a rien changé).

Nous avons par la suite, parlé de la prise de traitement, samia nous a dis : «*zath la famille ynu normal mais zath ivaraneyen non, et même les cousins qarniyid amk ites3it l courage tkathet tisynathin normal* ». (Devant ma famille normal mais devant les étranger non, et mes cousin se demendent comment j'ai le courage d'infecter), nous avons constaté que samia est courageuse, elle ne trouve pas des difficultés à liés à l'infection d'insuline mais, aussi elle n'aime pas manifeste sa maladie devant les étrange.

Samia à partager avec nous une situation ou elle a du faire face à des défis liés a sin diabète, elle décrit : «*yiweth n tikelt yilis g la fac, ysubiyid skar ur faqegh ara imi itdfkan kn meden aman winiyid ar les urgence apres imi idedkwlagh nighassen diabetique* ». (Une fois, j'étais à l'université, j'ai perdu conscience, à cause d'une hypoglycémie ils m'ont donné de l'eau, ensuite il m'ont directement évacué vers l'hôpital, j'étais dans le bloc des urgences, j'ai repris la conscience j'ai leur déclarer que je suis diabétique).

Elle ajoute : «*vdan qarenas mskint tehlak sokr, uyighatara lhal Imo ihlkagh , mi ighaty lhal imi isqaren aken meskint* ». (Ils commencent à dire, la pauvre, elle est diabétique, ce n'est pas ma situation qui m'a fait mal, mais c'est ce que les gens disent de moi qui me blesse). Ce qui montre que Samia, c'est une fille sensible à ce que les gens pensent d'elle et que cette situation lui a blessé. Samia rajoute : «*mais qarghas toujours lhamdoulah d rebi igzran leslah* ». (Je disais toujours que c'est à dieu de voir la bonne chose dans ça). Elle manifeste une émotion négative par rapport à cette situation ; mais elle compte beaucoup sur dieu.

Donc, elle utilise une stratégie religieuse pour faire face à ce genre de situation. Samia déclare qu'elle se sent capable de faire face à sa maladie.

Axe III : Qualité de vie

Samia pense que sa vie n'est pas satisfaisante mais aussi pas mauvaise. Nous avons abordé par la suite, le sujet des changements spécifiques dans son mode de vie lié au diabète elle dit : « *uribdel kra tina kan* ». (Rien n'est changé, c'est toujours la même).

Nous avons constaté, que Samia ne veut pas dire la vérité parce que les recherches démontrent que le diabète de type 1 peut entraîner des changements importants dans divers aspects de la vie d'une personne. Cependant, il est important de noter que chaque individu vit son expérience du diabète différemment.

Samia déclare que sa vie quotidienne est enrichie par des opportunités, des moments et des relations qui lui intéressent. Et malgré les défis de diabète tous les aspects de sa vie sont toujours positifs et enrichis. De plus, elle n'a pas eu des chocs traumatisants ni physiques ni psychiques dans sa vie.

Samia déclare qu'elle se sent bien sur le plan émotionnel et que sa maladie ne lui pose aucune difficulté sur cet aspect. Elle rajoute à propos de son sommeil, qu'elle s'endort facilement, et elle ne trouve pas de difficultés pour s'endormir en disant « *Ganegh facilement urnu tsikhegh* ». (Je dors facilement et Sommeil profond). Nous avons constaté que notre sujet a une bonne qualité de sommeil.

En parlant des relations sociales, elle disait : « *Awa bien, thibigh mden tehibinyi, hdregh akk del3ibad* ». (Tout va bien, j'aime les gens et ils m'aiment, je parle avec tout le monde). Nous avons synthétisé qu'elle a de bon réseau social, elle se communique et elle s'intègre dans son entourage, et ça améliore la qualité de vie. Elle ajoute « *win iyohwajn ayaf* ». (Celui qui a besoin de moi, je l'aide). Nous avons déduit qu'elle est serviable et utile lorsque d'autres ont besoin d'elle.

Axe IV : Soutien social

L'annonce d'un diabète est souvent un moment difficile à vivre, pour soi et pour les proches. Notre sujet nous a informé que lors de l'annonce de sa maladie à sa famille, elle dit : « *yemma ighatitt lhal tehzn, yernu tella enceinte, baba ihlak, Yvand oqalaq fwodmis* ». (Ma mère était triste, de plus elle était enceinte; mon père était malade, il s'est apparemment inquiet). Cependant nous avons déduit que les parents ressentent la tristesse, et de l'angoisse pour l'avenir de leurs enfants atteints de diabète.

Le rôle de la famille est essentiel dans la gestion du diabète. Notre sujet nous a déclaré que sa famille l'aide dans la surveillance de sa glycémie. Elle dit : « *T3awanenyi tqisegh sokr-iw* ». (Ils m'aident à surveiller ma glycémie). Elle ajoute : « *usetten ara tizidanin zathi* ». (Ils mangent pas des sucreries devant moi). De plus, dit : « *Ysetma tqalibnt adefahmnt le diabète, saqsaynt bach ay3awnant glahlakiw* ». (Mes sœurs cherchent et renseignent à propos de diabète à fin de le comprendre et m'aider).

Nous avons constaté que la famille peut aider à la gestion du diabète, en étant impliqué dans tous les aspects de la vie quotidienne liés à la maladie, en offrant un soutien émotionnel et éducatif, et en favorisant un environnement propice à un mode de vie sain pour la personne diabétique.

La famille doit être présente pour soutenir émotionnellement la personne diabétique, car le diabète peut être une source de stress, de frustration, et d'anxiété. Les proches doivent écouter, reconforter et encourager la personne à faire face à sa maladie.

Notre sujet a déclaré : « *nufa yiwen n 3emi mlih mlih, puis la famille akk ye3ni, cartier ynu akk t3awanenyi* ». (Nous avons trouvé à nos côtés un oncle beaucoup plus, mais aussi toute la famille, mes voisins aussi m'aident beaucoup). Nous avons déduis que, Samia est soutenue.

L'activité physique régulière est bénéfique pour la glycémie, la famille doit encourager et motivé la personne à bouger, en proposant des activités qu'elle aime, c'est ce que la sœur de samia faisait, elle dit : « *wletma t'encouragiyi ar les activité et l'exercice physique* ». (ma sœur m'en courage à l'activité physique).

En ce qui concerne la surveillance l'alimentation, la famille joue un rôle clé dans l'équilibre alimentaire de la personne diabétique elle doit l'aide a choisir, des aliments sains, notre sujet nous a dit : « *nkhedmed nek d yemma lwahi lmakla équilibrée* ». (moi et ma mère nous préparons ensemble des repas équilibré).

A propos de raison de soutien externe Samia a parler de son amie qui lui écoute, aide à se débarrasser de stress ont disant : « *s3igh tamdakliw, tethessisiyid, yarnu thtekssiya aqelaq, thethadariyi toujours thetvadad yidi* ». (J'ai une amie, m'écoute, elle me reconforte, m'enlève le stress, elle prend soins de moi, je la trouve a mes cotés). Elle rajoute : « *anchtha yes3a mlih l'importance ghor, loukan adechred alniw assntidefkegh* ». (Ça a une grande importance pour moi, si elle demande mes yeux je leur lui donnerai).

Nous avons constaté que le soutien d'une amie est précieux pour une personne diabétique. Samia déclare que sa maladie n'a lui rien changé à propos de ses relations et liens sociaux.

Donc, le diabète de type 1 peut avoir des répercussions sur les relations sociales, surtout chez les personnes de milieux défavorisés. Mais le soutien des proches et d'amis qui comprennent la maladie est essentiel pour bien vivre avec le diabète au quotidien. En cas de problème les personnes vers qui elle se retourne pour l'aider à avancer sur son chemin de vie depuis l'annonce de son diabète c'est son oncle et sa mère.

Axe V : Projection dans le futur

Nous avons constaté chez Samia une vision positive sur l'avenir, comme elle la confirme dans cette expression : « *l'avenir iw zaraghth bien* ». (Mon avenir je le vois positif).

Nous avons repéré, des dires de Samia que sa crainte concernant l'avenir, c'est d'avoir une complication : « *ogadhagh les complications aygzmen atariw* ». (J'ai peur des complications, et qu'il me coupe le pied).

Nous constatons qu'elle parle de la neuropathie diabétique, la neuropathie diabétique est une complication fréquente du diabète qui touche les nerfs périphériques, en particulier ceux des jambes et des pieds. La neuropathie qui touche les pieds, associée à une diminution du débit sanguin, augmente la probabilité d'apparition d'ulcères, d'infections et d'amputations. Près de 70% des amputations seraient réalisées chez des patients de plus de 65 ans. (Fédération Française des diabétiques).

Exercé le métier d'un enseignant et enseigner dans des établissements publics, c'est le projet futur de Samia. Elle affirme qu'elle n'a pas besoin de soutien supplémentaire pour atteindre cet objectif futur.

Synthèse de l'entretien

Samia, diagnostiquée avec le diabète de type 1, gère sa maladie avec des injections quotidiennes d'insuline, ce qui perturbe sa vie et lui cause de la honte. Elle minimise l'importance de sa maladie, montrant un déni. Malgré ses difficultés, elle affirme que sa vie quotidienne n'est pas affectée, bénéficie d'une bonne qualité de sommeil et maintient de bonnes relations sociales. Elle reçoit un soutien familial pour la gestion de sa glycémie et

une amie proche l'aide émotionnellement. La famille aide également à maintenir un mode de vie sain et à surveiller son alimentation. Samia aspire à devenir enseignante et reste positive quant à son futur.

B. Les données du questionnaire ADDQoL

Tableau 6 : Résultat du questionnaire ADDQoL de Mme Samia

Sujet	Age	Score	QDV
Mme Samia	38	-2,10	Mauvaise

Mme Samia nous a répondu à tous les items de questionnaire ADDQoL.

Pour l'item portant sur la qualité de vie d'une manière générale, Mme Samia a indiqué le niveau de sa qualité de vie parmi les sept propositions, elle trouve que sa qualité de vie actuelle est « ni bonne, ni mauvaise ».

Le score Average Weighted impact (AWI) de Mme Samia est (-2.10) estimé négatif ce qui signifie que sa qualité de vie est mauvaise.

Étant donné que sa qualité de vie serait nettement meilleure si elle n'avait pas été atteinte par le diabète selon les items suivants : item 5 : « Attitudes physique », item 10 : « Apparence physique », item 11 : « Confiance en soi », item 17 : « Dépendance aux autres », item 19 : « Liberté de boire ». Nous déduisons que cette maladie l'affecte dans le côté physique dont l'apparence physique et psychique dont la confiance en soi, ainsi elle ne peut pas boire ce qu'elle veut.

Cependant, sa qualité de vie serait bien meilleure dans l'item 2 : « vie professionnel », ce qui signifie que cet aspect est affecté par sa maladie. Et donc malheureusement elle l'empêche d'avoir une activité professionnelle. Par contre sa qualité de vie serait un peu meilleure dans l'item 3 : « Déplacement », c'est à dire le diabète influence sur ses déplacements d'une manière négatif.

Cependant, avec ou sans le diabète la vie de Mme Samia reste la même dans les items suivants : l'item 1 : « Loisirs », item 4 : « Vacances », item 7 : « Vie sociale », item 8 : « Relation sentimentale », item 9 : « Vie sexuelle », item 12 : « Motivation », item 13 : « Réaction des autres », item 14 : « Sentiment sur l'avenir », item 15 : « Situation financière », item 16 : « Conditions de vie », item 18 : « Liberté de manger ». Ces derniers n'ont aucune

conséquence sur sa qualité de vie ; mais nous avons remarqué que notre sujet n'est pas sincère dans sa réponse parce que ce n'est pas logique que la maladie ne touche pas à sa liberté de manger comme elle disait dans l'item 18.

Par contre, sa qualité de vie sans diabète serait moins bonne dans l'item 6 : « Vie familiale ». C'est à dire le diabète a un impact positif sur cet aspect dans la vie de notre sujet.

Synthèse de l'échelle ADDQoL

Mme Samia a répondu à tous les items du questionnaire ADDQoL concernant sa qualité de vie. Elle estime que sa qualité de vie actuelle est "ni bonne, ni mauvaise" avec un score Average Weighted Impact (AWI) de -2.10, indiquant une qualité de vie mauvaise. Le diabète affecte négativement sa confiance en soi, son apparence physique, sa dépendance aux autres et sa liberté de boire. Sa vie professionnelle et ses déplacements sont également impactés. En revanche, elle affirme que sa maladie n'affecte pas ses loisirs, vacances, vie sociale, relations sentimentales et sexuelles, motivation, réactions des autres, avenir, situation financière, conditions de vie et liberté de manger. Toutefois, ces réponses semblent manquer de sincérité, notamment en ce qui concerne la liberté de manger. Étonnamment, elle trouve que le diabète a un impact positif sur sa vie familiale.

C. Analyse de l'échelle de soutien social perçu

Tableau 7 : Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 02 : Mme Samia

	01	02	03	04	05	06	Total	Total%
Disponibilité	0	5	3	1	8	1	18	33.33 %
Satisfaction	6	6	6	6	6	6	36	100%

La lecture de résultats de l'échelle affirme un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin, avec un score de 18/54 (avec un pourcentage de 33.33%). Mais le résultat de la satisfaction vis-à-vis du soutien perçu indique un niveau très élevé de 36/36, avec un pourcentage de (100%).

Synthèse de l'échelle SSQ

Les résultats de l'échelle montrent que Mme Samia perçoit un faible niveau de disponibilité de certaines personnes de son entourage pour fournir de l'aide en cas de besoin. Cependant, elle est très satisfaite du soutien qu'elle perçoit.

Synthèse du cas

Nous avons référé aux résultats de l'entretien semi-directif et l'échelle de la qualité de vie ADDQoL et l'échelle de soutien social, qu'on a effectué avec le sujet, on peut conclure que Samia a une mauvaise qualité de vie et un faible niveau de soutien social.

1.3. Le cas 03 de Mme « Farida »

A. Présentation et analyse de l'entretien semi-directif

Farida est âgée de 45 ans, mariée, et mère de deux enfants, issu d'une fratrie de quatre frères, elle travaille secrétaire d'un écrivain public. Farida est d'une situation socio-économique moyenne.

Au cours de l'entretien avec ce sujet, nous avons bien observé ses comportements, nous avons remarqué qu'elle était au début stressé, elle s'est apparaît inquiet, mais après quelques minutes, elle s'est impliquée, elle essaye de manifester le besoin d'extérioriser ses émotions. Elle a répondu à nos questions au départ d'une manière stricte sans explication, mais dès qu'elle s'est impliquée elle a commencé à donner des réponses avec des phrases un peu longues

Axe I : Informations sur le diabète

Au début de l'entretien, Mme Farida nous a révélé qu'elle est atteinte du diabète de type 1, depuis 2008.

Elle nous parle de la manifestation des signes cliniques de diabète, citant en premier lieu la polydipsie qui est la soif accrue, en disant : « *tessegh aman trop, zmregh adeswagh abidon n 20L normal akya* ». (Je bois beaucoup d'eau, je peux boire jusqu'à 20 litres normal). En deuxième lieu la polyurie qui est les urines fréquentes. Ainsi la fatigue et le manque d'énergie qui sont entraînés par la production insuffisante d'insuline. Ces signes ont été apparu d'une manière spectaculaire (soudaine).

Après, elle nous rajoute que depuis son diagnostic initial, elle est sous insuline pour gérer son diabète, elle doit injectée plusieurs fois par jour. Elle nous a dit à propos de la technique d'injection, que les premiers temps elle ne maîtrise pas la technique, est ça c'était nécessaire, après plusieurs essais et après les explications des médecins qu'elle a pu réussir à s'injecter. En ce qui concerne le régime alimentaire Mme Farida dit : « *Régime tikwal* ». (Le régime des fois). C'est à dire qu'elle ne suit aucun régime alimentaire, malgré sa nécessité.

Mme Farida, nous a déclaré qu'elle a déjà suivi un régime alimentaire pendant deux ans, elle était sous un régime strict mais, il ne lui convient pas et gêne son quotidien, elle déclare que le régime est fait pour une personne qui ne fait pas des efforts physiques, contrairement à elle, elle s'est sentie mieux après sa décision d'abandonner son régime. Elle ajoute qu'elle souffre d'une autre maladie, c'est le cholestérol et elle essaye d'être prudente dans ce qu'elle mange.

Farida n'a pas de complication ou de maladies liées au diabète, mais le sujet de complication est toujours sa crainte, elle a peur d'avoir des complications chronique et qui va influencer sur ses enfants et leurs éducations, elle dit : « *ogadhagh ayagh kra amk adsmghoragh deryaw* ». (J'ai peur de ne pas pouvoir être présent pour orienter et éduquer mes enfants et surtout qu'ils sont petits).

En parlons des difficultés de diabète, il n'est pas suffisant de parler uniquement des difficultés physiques mais aussi de parler de côté mental de la presse atteintes, notre sujet nous a informé que l'aspect le plus affecté dans sa vie sont ses émotions disant que sa belle-famille n'arrête pas de lui critiquer « *toujours tpikinyid, hedernyid amaken machi am nuthni* ». (Ils me piquent tous le temps, ils jettent des commentaires comme si je ne suis pas comme eux).

Elle rajoute : « *la société kan id le problème* ». (Le problème c'est seulement la société). Elle pleure, et nous décrit une situation : « *une fois c'était le décès d'un membre de ma belle-famille, et c'était en Ramadan, j'étais obligé de manger pour injecter mon traitement, mais tellement j'ai eu honte j'étais obligé d'aller le faire aux toilettes, pour que personne ne me voit je mange et j'injecte* ». Donc nous remarquons que notre sujet est gêné par sa maladie et elle a un impact sur l'aspect sentimental.

Nous avons parlé de la vie quotidienne de Mme Farida, nous avons déduits qu'elle s'est touchée par sa maladie et elle a supprimé plusieurs comportements et plusieurs habitudes. Elle ne puisse pas faire le ménage comme avant, car elle doit éviter que ses pieds se mouillent pour longtemps ce qui l'empêche de laver les couvertures avec ses belles sœurs. Et depuis qu'elle a supprimé cette tâche, sa belle-famille la blesse à chaque fois, et lui dire : « *kemmi tes3idh sokr utezmirt ara heqqa atsirdhedh yidntegh* ». (Tu es diabétique, tu ne pourras pas laver les couvertures avec nous).

Elle dit que ces phrases lui blessent et elle ressent la honte. Elle rajoute, que ces comportements et ces gestes lui pousse à éviter de parler de sa maladie devant n'importe quelle personne, même devant ses enfants et sa famille, elle dit que lorsqu'un groupe de personnes parle de diabète, j'essaie toujours de fuir, par peur qu'ils me posent la même question à chaque fois, « *tu es diabétique nagh ?* ». (Tu es diabétique n'est-ce-pas ?). Parce que cette question me montre à quel point les gens se moquent de moi, et ils me posent cette question que pour se moquer de moi.

Nous avons constaté que le sentiment de honte que ce sujet ressent c'est à cause de l'avis des autres qui était toujours négatif, et il est important pour elle au point où elle ne parle jamais de sa maladie.

Elle rajoute : « *je vous jure que 16 ans de maladie je n'ai jamais injecté l'insuline devant ma famille et mes enfants ni même mon mari* ». Y compris qu'elle s'isole au maximum car elle n'aime pas quand quelqu'un lui rappelle de sa maladie.

Farida a avoué que la période la plus difficile qu'elle a vécu avec son diabète s'était les 5 jours passés à l'hôpital. Elle dit : « *tqalqagh mlih, ogadhagh, heznagh, doklnyi ihoulfan, hawla les idées idikechman gher oqarouiyiw* ». (J'étais stressée, j'avais peur, j'étais triste, j'étais perturbée plusieurs sentiments, plusieurs idées qui tourne dans ma tête).

Donc, l'hospitalisation a provoqué le sentiment de stress, de la peur, et de tristesse chez notre sujet. Elle nous a déclaré que dans sa famille, ils n'ont pas des personnes atteintes de diabète.

Axe II : Informations lie à la confrontation à la maladie

Apprendre qu'on est atteint d'une maladie chronique comme le diabète de type 1 peut être une expérience bouleversante. Le choc émotionnel peut être intense, surtout lorsqu'on reçoit la nouvelle de manière soudaine et inattendue.

Farida avait la nouvelle par un médecin qui lui avait posé le diagnostic après un taux de glycémie à 4 grammes, qui est un taux extrêmement élevé et indique un état d'hyperglycémie sévère, ce qui a déclenché une réaction affligeante de la part du médecin. Notre sujet dit : « *ya latif la réaction n tviv ni iyisfechln, goumagh direct adamnegh* ». (La réaction de médecin m'a affligée, je n'ai pas pu croire ce qu'il me dit). Elle rajoute : « *ussan ni akk imenza tgamigh adamng, tettrawegh kan, igouma akk atiqbel oqarouiyiw* ». (Les premiers temps, je n'ai pas pu croire, je pleure tout le temps, mon cerveau refuse cette idée).

En parlons des situations où Mme Farida avait dû faire face à sa maladie et les stratégies utiliser pour surmonter elle décrit une de ces situations, elle dit : « *Je suis un grand fan de course à pied, mais cela peut être un défi quand nous sommes diabétiques. Il faut faire très attention à surveiller sa glycémie avant, pendant et après l'exercice. Je me souviens d'une fois où je suis parti pour une longue course sans avoir vérifié ma glycémie. J'ai commencé à me sentir malade au bout de quelques kilomètres et j'ai dû m'arrêter pour tester ma glycémie. Elle était beaucoup trop basse et j'ai dû manger une collation sucrée pour éviter une hypoglycémie* ».

Elle rajoute à propos de la stratégie : « *Depuis cette expérience, je ne prends jamais le risque de faire de l'exercice sans avoir vérifié ma glycémie au préalable. J'emporte également toujours avec moi des collations sucrées et des boissons sucrées pour le cas où ma glycémie baisserait trop. Cela me permet de continuer à pratiquer mon sport favori tout en restant en sécurité* ».

Nous constatons que le diabète est une maladie qui exige une gestion quotidienne rigoureuse. Pour les adultes qui vivent avec cette maladie, les défis peuvent être nombreux et variés et même une activité qui fait plaisir peut mener à un danger pour le malade ce que nous avons vu avec notre sujet.

Mme Farida, nous a parlé de la ressource qu'elle trouvait plus utiles pour faire sa maladie, elle dit : « *dès l'annonce du diagnostic de diabète de type 1, mon monde s'est transformé en un tourbillon d'incertitudes et d'appréhensions* ». La peur de l'inconnu, la

complexité du traitement et l'impact sur mon avenir me submergeaient. Heureusement, mon père a été mon roc, un phare dans cette tempête émotionnelle. Dès le début, il a fait preuve d'une force et d'un calme admirables. Il a pris le temps de comprendre la maladie, de s'informer sur les traitements et les implications quotidiennes. Il est devenu mon guide, mon confident et mon allié dans cette nouvelle réalité.

Son soutien ne s'est pas limité aux aspects médicaux. Il a été présent pour mes angoisses, mes doutes et mes moments de découragement. Il m'a écouté sans juger, m'a encouragé à ne pas baisser les bras et m'a rappelé que je n'étais pas seul face à cette épreuve. Au fil du temps, j'ai appris à gérer mon diabète et à vivre avec cette maladie chronique. J'ai pu mener une vie bien remplie. Mais je n'aurais jamais pu y arriver sans le soutien indéfectible de mon père. Il a été mon mentor, mon inspiration et mon modèle. Il m'a montré qu'avec courage, persévérance et amour, il est possible de surmonter les obstacles les plus difficiles. Je lui suis infiniment reconnaissant pour tout ce qu'il a fait pour moi ».

Nous synthétisons que les pères peuvent jouer un rôle crucial dans la vie de leurs enfants atteints de diabète de type 1. Leur force, leur patience et leur amour inconditionnel sont des piliers essentiels qui permettent aux jeunes de grandir et de s'épanouir malgré la maladie.

Axe III : Qualité de vie

En parlons des changements dans le mode de vie lié au diabète et de son influence sur les activités quotidiennes, Mme Farida dit : *« la gestion de mon alimentation est devenue un élément central de mon quotidien. J'ai dû apprendre à compter les glucides, à choisir des aliments sains et équilibrés et à adapter mes portions en fonction de ma glycémie. Ce changement n'a pas été facile au début. J'ai dû renoncer à certains aliments que j'aimais et apprendre à cuisiner de nouvelles recettes. J'ai également dû faire face aux regards curieux et aux commentaires maladroits de certains amis ou membres de la famille qui ne comprenaient pas les contraintes liées à mon diabète. Mais avec le temps, j'ai trouvé un équilibre et une certaine liberté dans ma gestion alimentaire. J'ai découvert de nouveaux plaisirs gustatifs et j'ai appris à savourer chaque repas en pleine conscience. J'ai également développé une meilleure compréhension de mon corps et de ses besoins nutritionnels ».*

Elle dit que sa vie quotidienne est enrichie par des opportunités, des moments, et des relations qui lui intéressent. Parmi, la découverte de nouvelles recettes saines et délicieuses

pour varier son alimentation, elle dit : « *thibigh adsyigh Aka les recettes tijdidin is3an lfayda iwarnou bninith* ». (J'aime préparer des nouvelles recettes, qui sont saines et délicieuses). Ainsi l'accord des moments de détente et de plaisir malgré les défis, comme une sortie entre amies, elle dit : « *thibigh mlih asma adfghagh aka wahi temdoukaliw surtout yiweth yakan astinit kan dwetma nes3day des bon moments lwahi* ». (J'aime beaucoup accorder une sortie avec mes amies, surtout l'une de ses dernières je la considère comme ma sœur, nous passons des bons moments ensemble).

Perdre un parent, en particulier un père, peut-être une expérience extrêmement difficile et bouleversante. Cela peut être d'autant plus difficile pour les personnes atteintes de diabète, car le père était une principale source de soutien et d'encouragement dans la gestion de la maladie de Farida

Elle nous rapporte sur la perte de son père qui lui a été un traumatisme pour elle « *le diabète avait déjà bouleversé ma vie, mais la perte soudaine de mon père a été un coup dur que je n'aurais jamais imaginé. Il était mon pilier, mon confident, mon plus grand soutien dans la gestion de cette maladie parfois si difficile. Sa présence rassurante et ses encouragements constants me donnaient la force de persévérer et de garder une attitude positive* ».

Elle rajoute : « *dès son départ, j'ai senti un vide immense s'installer en moi. Mon diabète, qui semblait déjà insurmontable, est devenu une montagne infranchissable. Je me sentais perdue, seule et désemparée. La motivation qui m'animait autrefois s'était envolée, remplacée par une profonde tristesse et un sentiment d'impuissance. Mais au plus profond de moi, une petite flamme refusait de s'éteindre. Je savais que mon père n'aurait pas voulu me voir me laisser abattre. Il m'avait appris à être forte, à me battre pour ce qui était important pour moi. Alors, j'ai décidé de rassembler mes forces et de lui rendre hommage en reprenant le contrôle de ma vie et de mon diabète* ».

Nous avons déduit que Mme Farida avait un lien très fort avec son père, et sa perte était traumatisante et bouleversante, mais notre sujet a pu remplacer l'émotion de chagrin et tristesse par une force et une cognition positive pour s'adapter à la nouvelle situation après ce traumatisme et continuer sa vie.

Pour Piaget (1974), l'adaptation renvoie aux modifications des conduites qui visent à assurer l'équilibre entre un organisme et son milieu de vie. Plus précisément, il la définit

comme l'état d'équilibre maximum entre un organisme vivant et son milieu. L'adaptation est donc le résultat favorable de l'ensemble des conduites adoptées par l'individu en réponse à la demande de l'environnement (Strena, 2011, p.47).

Mme Farida déclare à propos de son sommeil, qu'elle a une mauvaise qualité de sommeil à cause de son diabète et que son sommeil est léger et qu'elle trouve des difficultés à s'endormir, elle dit : « *oganagh ara facilement, yu3er bach ad gnagh yernou khefif yidhes- iw* ». (Je ne dors pas facilement, c'est vraiment très difficile, de plus j'ai un sommeil très léger). Elle rajoute : « *لا يوجد نوم عميق في مرض السكري* ». (Il n'y a pas de sommeil profond avec le diabète). Nous avons constaté donc que notre sujet a une mauvaise qualité de sommeil.

Donc le diabète peut affecter la qualité du sommeil de différentes manières. Les perturbations du sommeil chez les diabétiques peuvent résulter de plusieurs facteurs, notamment : les variations de taux de glucose dans le sang peuvent entraîner des réveils fréquents, des envies d'uriner nocturnes et des difficultés à maintenir un sommeil continu.

Notre sujet nous a parlé de ses relations sociales, elle disait : « *jebdagh imaniw, smektayniwid slehlakiw* ». (Je m'isole, ils me rappellent de ma maladie). Nous avons déduit que Mme Farida utilise l'isolement comme un moyens de faire face à ce problème.

Selon les thérapies cognitives et comportementales (TCC), l'isolement est un mécanisme de défense qui consiste à couper les liens avec les autres pour se protéger. Donc l'isolement est une réaction apprise de façon inadaptée ou utilisée de façon exagérée face à certaines situations pour se protéger.

Pour les TCC considèrent l'isolement comme un mécanisme de défense inadapté qui peut être modifié par un travail sur les pensées et les comportements, en parallèle d'un diagnostic psychiatrique. L'objectif est d'apprendre de nouvelles façons de faire face aux situations difficiles (Henri, 2005, p.31).

Axe IV : Soutien social

L'annonce de diabète c'est une épreuve difficile. Il est important de prendre le temps de se sentir à l'aise avec la situation avant d'en parler à ses proches.

Notre sujet déclare que dans sa situation n'a pas eu l'occasion de choisir un moment calme pour informer sa famille et ses proches car ils étaient présents lors de diagnostic elle

dit : « *uyjanara asndekhtiragh taswihth l3ali, dina ihedren imi iydina tviv* ». (Ils ne m'ont pas laissé choisir le bon moment pour les informer, ils étaient présents lors de diagnostic).

Le diabète ne touche pas seulement la personne diagnostiquée, mais il affecte également l'ensemble de la famille. Les fluctuations de la glycémie d'une personne atteinte de diabète peuvent avoir un impact significatif sur son humeur, son énergie et son niveau de stress, ce qui peut se répercuter sur ses relations familiales.

Mme Farida décrit la réaction de sa famille aux fluctuations de sa santé liées au diabète, elle dit : « *ma famille surtout mon père, s'inquiètent des complications potentielles du diabète, et ils se sentent frustrer par les changements de comportement et d'humeur liés au diabète, et ils ont le sentiment de devoir assumer des responsabilités supplémentaires pour prendre soin de moi* ».

Elle prend un silence et elle reprend la parole en parlant de rôle de son père dans la gestion de sa maladie disant : « *lors de l'annonce de ma maladie, je ne savais pas comment j'allais gérer cette maladie pour le reste de ma vie. Heureusement, mon père était là pour moi. Dès le début, il a été une source de force et de soutien inestimables. Il a pris le temps de se renseigner sur le diabète et de comprendre ce que cela signifiait pour moi. Il m'a aidé à apprendre à gérer ma glycémie, et à faire des choix alimentaires sains. Il ne m'a jamais laissé me décourager par ma maladie. Sa perte est terrible* ».

Mme Farida a parlé de sa relation avec son conjoint elle disait qu'il est passivé dans ce qu'elle vivait (neutre) : « *udidexil arak imanis, ijbed imanis* ». (Il ne rentre pas dans mes détails, il évite). Elle disait : « *mais malgré ça quand j'aurai besoin de soutien ou d'aide je le trouve toujours prêt* ».

En demandant à Mme Farida de nous parler de ses liens sociaux, elle sourit et elle commence à parler de sa voisine, et elle est sa belle-sœur de loin en même temps, elle disait qu'elle l'aime trop; elle lui donne de la force et à part sa famille il y a cette voisine qui lui soutient et vers laquelle elle se retourne au cas de besoin ; durant tout son discours, elle se sourit et elle ajoute : « *heureusement s3ight gelhaytiw* ». (Heureusement elle fait partie de ma vie).

Farida a montré à quel point elle apprécie et à quel point il a de l'importance pour elle. En parlons des changements dans ses relations avec les autres depuis son diagnostic, elle disait qu'elle s'éloigne des gens, par peur de jugement, ainsi par la honte, ce qu'il a amené

Mme Farida à se retirer des activités sociales et à éviter de parler aux autres et même à sa famille de sa maladie.

Elle décrit : « *Le diagnostic du diabète de type 1 il y a quelques années a bouleversé ma vie de bien des façons. Non seulement j'ai dû m'adapter à une nouvelle routine médicale stricte, mais j'ai également constaté un impact négatif important sur mes relations sociales. Au début, j'ai ressenti une vague d'isolement. J'avais toujours peur de parler de mon état, craignant leur jugement ou leur pitié. Je me sentais différent, comme si j'étais soudainement devenu un fardeau pour les autres et j'ai commencé à me retirer de plus en plus des activités sociales* ».

En cas de problème, Farida se retourne toujours vers son père en priorité pour obtenir du soutien mais après son décès, c'est vers sa voisine qui est sa seule amie avec laquelle avait resté en contact après son diagnostic, elle dit : « *uqvalt lmouth n baba nta akk idamnzou iqesdagh ayi3iwen, après segmi ymouth, qlagh qesdagh yiweth akk tamdakliw, déjà yides kn iqimagh en contact gmi i3lmagh se3igh diabète* ». (Avant le décès de mon père, c'était le premier vers qui je retourne, mais après sa perte, je retourne vers mon amie, et d'ailleurs c'est la seule avec qui j'ai gardé contact, après le diagnostic).

Elle rajoute : « *pour un moment de ma vie je me suis senti soutenu et compris, mais après la perte de mon père je me sens moins soutenu et moins compris dans ce que je traverse* ».

Farida déclare que les personnes de son entourage qui l'ont le plus aidé à avancer sur son chemin depuis l'annonce de son diabète sont son père sa mère ses frères ainsi son amie et ses enfants.

Axe V : Projection dans le futur

Mme Farida a très peur de l'avenir, elle a peur que sa santé se diminue et surtout la vie. Elle inquiète beaucoup. Nous avons constaté qu'elle parle de la rétinopathie diabétique

La rétinopathie diabétique représente les complications du diabète au niveau de la rétine. Elles sont liées à l'hyperglycémie qui altère les vaisseaux de la rétine de petit calibre, appelés capillaires, entraînant des lésions visibles au fond d'œil (<https://www.centreophthalmologiejeanjaures.fr>).

Farida disait qu'elle a des projets à réaliser dans le futur, comme la construction de sa propre maison, elle dit : « *ad kemlagh axxamiw* ». (Je construis une maison). Ainsi faire grandir ses enfants, elle dit : « *ad smghuregh deryaw* », mais elle ajoute qu'elle a besoin de soutien supplémentaires pour qu'elle puisse atteindre ses futurs objectifs.

Synthèse de l'entretien

Farida a décrit l'impact de diabète sur sa qualité de vie et ses relations sociales, elle cache souvent sa maladie en raison de la honte et des critiques de sa belle-famille. Farida se sent isolée, ce qui l'amène à éviter de parler de son diabète, même devant sa famille. Le décès de son père, son principal soutien, a été un traumatisme pour elle. Sa belle-sœur lui apporte un soutien précieux, mais elle ressent un manque global de compréhension et de soutien depuis la perte de son père. Farida se retire souvent des activités sociales pour éviter les jugements. Elle est préoccupée par l'avenir, craignant les complications du diabète et souhaitant construire une maison et bien élever ses enfants, mais elle a besoin de plus de soutien pour y parvenir.

B. Les données du questionnaire ADDQoL

Tableau 8 : Résultat du questionnaire ADDQoL de Mme Farida

Sujet	Age	Score	QDV
Mme Farida	45	-1,22	Mauvaise

Mme Farida a répondu à 18 items sur 19 du questionnaire ADDQOL.

Pour l'item portant sur la qualité de vie d'une manière générale, Mme Farida a indiqué le niveau de sa qualité de vie parmi les sept propositions, elle trouve que sa qualité de vie actuelle est « ni bonne, ni mauvaise ».

Le score Average Weighted impact (AWI) de Mme Farida est (-1.22) estimé négatif ce qui signifie que sa qualité de vie est mauvaise.

Étant donné que sa qualité de vie serait identique dans les items suivants : item 7 : « vie social », items 8 : « Relation sentimentale ». Cela veut dire que ces domaines ne sont pas touchés par son diabète.

Cependant, elle trouve que en l'absence de diabète sa qualité de vie serait un peu meilleur dans les items suivants : item 1 : « Loisir », item 3 : « Déplacement », 5 : « aptitude

physique », item 10 : « apparence physique », item 14 : « Sentiment sur l’avenir », item 19: « Liberté de boire ». Ce que veut dire que ces derniers sont impacté par sa maladie.

Cependant, sa qualité de vie serait bien meilleure dans item 16 : « Condition de vie », ce qui signifie que cet aspect est affecté par sa maladie. Et donc malheureusement elle l'empêche d'avoir une activité professionnelle. Par contre sa qualité de vie serait un peu meilleure dans l'item 3 : « Déplacement », c'est à dire le diabète influence sur ses déplacements d'une manière négatif.

Mme Farida avoue que sa qualité de vie serait nettement meilleure si elle n'avait pas été atteinte par le diabète selon les items suivants : item 9 : « Vie sexuelle », item 13 : « réaction des autres », item 18 : « Liberté de manger », cela indique que ces aspects sont touchés d’une manière négative par le diabète.

Par contre, sa qualité de vie sans diabète serait moins bonne dans les items suivent : item 2 : « Vie professionnelle », item 6 : « vie familiale », item 11 : « confiance en soi », item 12 : « Motivation », item 15 : « Situation financière ». Cela veut dire que le diabète a un impact positif sur ces aspects dans la vie de notre sujet. Mme Farida a répondu par « non» sur l’item 4 : « Vacances ».

Synthèse de l'échelle ADDQoL

Mme Farida évalue sa qualité de vie comme "ni bonne, ni mauvaise", mais son score AWI de -1,22 indique une qualité de vie globalement mauvaise. Ses relations sociales et sentimentales ne sont pas affectées par le diabète. Toutefois, la maladie impacte négativement ses loisirs, déplacements, aptitude physique, apparence, sentiments sur l’avenir, liberté de boire, conditions de vie, vie sexuelle, réaction des autres et liberté de manger. En revanche, certains aspects comme sa vie professionnelle, familiale, confiance en soi, motivation et situation financière semblent bénéficier de la présence du diabète.

C. Analyse de l'échelle de soutien social perçu

Tableau 9 : Les résultats de l’échelle de SSQ6 de cas 03 : Mme Farida

	01	02	03	04	05	06	Total	Total%
Disponibilité	5	2	1	3	2	2	15	27.78 %
Satisfaction	4	5	4	6	4	5	28	77.78%

La lecture des résultats, de l'échelle affirme un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin avec une scores de 15/54 (avec un pourcentage de 27.78 %). Mais les résultats de la satisfaction vis-à-vis du soutien perçu indiquent un niveau élevé avec un résultat de 28/36 (avec un pourcentage de 77.78 %).

Synthèse de l'échelle SSQ

Les résultats indiquent que Mme Farida perçoit une faible disponibilité de soutien de la part de son entourage. Toutefois, elle est très satisfaite du soutien qu'elle reçoit

Synthèse du cas

Mme Farida cache souvent son diabète par honte et à cause des critiques de sa belle-famille, se sent isolée et évite d'en parler. Depuis le décès de son père, elle ressent un manque de soutien, malgré l'aide de sa belle-sœur. Sa qualité de vie est globalement mauvaise (score AWI de -1,22), bien que ses relations sociales et sentimentales ne soient pas affectées. Le diabète impacte négativement plusieurs aspects de sa vie, mais améliore sa vie professionnelle, familiale, confiance en soi, motivation et situation financière. Elle perçoit peu de soutien de son entourage mais est très satisfaite de celui qu'elle reçoit.

1.4. Le cas 04 de Mr « Tarek »

A. Présentation et analyse de l'entretien semi-directif

Tarek est âgé de 39 ans, marié, et père de 3 enfants, d'un niveau d'instruction moyen (9^{ème} année), s'occupe un poste de travail comme étant cuisinier. Il avait 6 Frères et une sœur, d'une situation socio-économique moyenne.

Au cours de l'entretien, Mr Tarek s'est montré souriant, confiant, et courageux. S'exprime en toute liberté sur son état de santé et même aussi sur son mode de vie. Son discours était très triche et même structuré ce qui me facilita le contact avec lui.

Axe I : Informations sur le diabète

Au cours de l'entretien, notre sujet nous révèle qu'il est atteint du diabète de type 1, il y a 33 ans, il dit : « *loukan dakhdim ilaq aqli fghagh la retraite, dayn adesta3fough* ». (Si

c'était un poste de travail, je serais en retraite après cette période, et sera le moment de me reposer).

A ce moment-là, il nous a parlé de la manifestation des signes cliniques, en disant : « *le premier signe c'était en septembre 1991, j'étais en classe de première année, un élève tranquille, calme mais disque son enseignant lève sa voix, j'urine* ». Il a abandonné sa première année, il s'est retourné chez un médecin généraliste pour le diagnostic initial et c'était un diabète de type 1, il dit : « *direct ar l'insuline* », après cette expression nous avons constaté que depuis le diagnostic initial Mr Tarek est sous insuline.

Pour gérer son diabète, il doit injecter plusieurs fois par jour, ce qui nécessite de bien maîtriser la technique d'injection. Cela a demandé un certain ajustement au début, mais ce geste est devenu un geste routier.

Mr Tarek déclare à propos de la prise de son traitement, il disait que les débuts de sa maladie c'était difficile pour lui d'injecter devant les gens, même si c'était en urgence, il avait la honte de l'injecter devant toutes personnes qu'elle soit un ami, un membre de la famille, ou un étranger. Il rajoute qu'après une centaine de discussion avec ses amis, qu'il a pu se débarrasser de ce sentiment de honte et il a enfin pu parler de sa maladie devant les gens et d'injecter devant les gens sans sentir la honte.

Tarek ne suit pas un régime alimentaire particulier, mais il disait qu'il essaye de manger un plat équilibré. Pour un adulte diabétique de type 1, il n'est pas nécessaire de suivre un régime alimentaire particulier. L'approche actuelle repose sur une alimentation équilibrée et variée, adaptée à chaque individu. L'insulinothérapie fonctionnelle permet de gérer l'alimentation en ajustant les doses d'insuline aux apports énergétiques, notamment en glucides. Il est recommandé de privilégier une alimentation riche en fruits, légumes, céréales complètes, poisson, et graisses insaturées, tout en limitant les aliments sucrés, salés et gras (<https://www.dbl-diabete.fr>).

Tarek nous a déclaré que parmi les complications de diabète il a les fourmillements des pieds et généralement les fourmillements des pieds associés au diabète peuvent résulter de complications neurologiques liées à une neuropathie diabétique. Cette condition altère les nerfs des pieds, provoquant des sensations anormales telles que des picotements, des engourdissements et des fourmillements. Ces symptômes peuvent indiquer une détérioration

des nerfs due à une hyperglycémie mal contrôlée, augmentant le risque d'ulcérations et d'amputations (<https://www.santemagazine.fr>).

Mr Tarek est hospitalisé plus de dix fois, sa dernière fois c'était en 2007 durant dix jours. L'hospitalisation était un cauchemar qu'il ne veut jamais revivre, il disait : « *awer dughalen ussan nni ula di targit* ». Ce qui montre son malaise à l'hôpital. Il rapporte : « *une fois j'avais une hypoglycémie à 07h30 du matin, cette situation m'a fait très changé et elle va rester graver dans ma mémoire car j'étais à la ligne rouge* », comme il disait : « *c'était la situation la plus effrayante que j'ai vécu, j'ai pu voir à quel point il est important de respecter les doses d'insuline et la bonne gestion de mon quotidien pour ne plus revivre une situation d'hypoglycémie pareil* ».

L'hypoglycémie est une baisse anormale du taux sanguin de glucose. C'est une urgence diagnostique et thérapeutique car elle peut entraîner des lésions neurologiques irréversibles. L'hypoglycémie fait partie de la vie des patients diabétiques insulino-dépendants (DID, type I) mais aussi des patients diabétiques non insulino-dépendants ou devenus insulino-requérants (DNID, type II) traités par insuline ou par certains traitements antidiabétiques oraux (Wouters, 2001).

Tarek n'a jamais eu quelqu'un dans sa famille diabétique, il était le premier dans sa famille, ce qui a inquiété ses parents. Il rajoute que jusqu'à l'année 2000 qu'un autre membre de sa famille atteignait le diabète type 2, il s'agit de sa tante.

Axe II : Informations lie à la confrontation à la maladie

Nous avons demandé à Tarek de parler de sa première réaction lorsqu'il a appris qu'il était atteint par cette maladie, il a répondu : « *lorsque j'avais 9 ans en 1991, et que j'ai découvert que j'avais le diabète de type 1, je me souviens que j'étais très confus et que je ne comprenais pas vraiment ce que cela signifiait. J'étais effrayé par tout ce que je devrais faire différemment et par les injections d'insuline. C'était comme si une grande partie de ma vie venait de changer soudainement, et cela m'a pris un certain temps pour m'habituer à cette nouvelle réalité* ».

Tarek nous a affirmé qu'il ne souffre pas d'une maladie liée au diabète, il ne souffre pas aussi de troubles psychologiques, il dit : « *taswihth ayi alhamdoulilah* ». (En ce moment-

là Dieu merci). Ainsi qu'il n'a pas des préoccupations par rapport à sa santé, Mais sa seule crainte c'est l'hypoglycémie.

Nous avons parlé des changements des choses dans la vie de notre sujet à cause de diabète, il dit : « *Quand j'ai découvert que j'avais le diabète à 9 ans, beaucoup de choses ont changé pour moi. Je dois maintenant faire attention à ce que je mange et contrôler ma glycémie plusieurs fois par jour. Parfois, ça peut être difficile de voir mes amis manger des sucreries sans pouvoir en prendre autant. Mais je sais que c'est important pour ma santé, donc j'essaie de rester fort et de m'adapter à ces changements* ».

L'adaptation en psychologie clinique fait référence à la capacité d'un individu à s'ajuster de manière positive face à des situations stressantes ou difficiles, telles que le diagnostic d'une maladie chronique comme le diabète. Les psychologues jouent un rôle crucial en aidant les patients diabétiques à développer des stratégies d'adaptation, à gérer le stress, à maintenir une bonne qualité de vie et à améliorer leur autogestion de la maladie. Les interventions psychologiques, telles que la thérapie cognitivo-comportementale et la pleine conscience, se sont révélées efficaces pour améliorer la gestion du diabète et réduire la détresse psychologique associée (<https://cpa.ca/fr>).

En parlons des situations où Mr Tarek a dû faire face aux défis liés au diabète et la stratégie utilisée pour surmonter il nous rapporte une situation vécue, il dit : « *en tant que diabétique de type 1, je suis confronté quotidiennement à des défis liés à ma santé. Récemment, lors d'une journée chargée au travail, j'ai oublié d'emporter mon kit de gestion du diabète. Au moment où je me suis rendu compte de mon oubli, j'ai ressenti une montée d'anxiété. Heureusement, j'avais quelques bonbons dans ma poche, ce qui m'a permis de faire face à une légère hypoglycémie. J'ai ensuite contacté un collègue de confiance qui m'a apporté mon kit d'urgence. Pour éviter de revivre cette situation, j'ai élaboré une stratégie consistant à toujours avoir un kit de secours à portée de main, que ce soit au travail, à la maison ou en déplacement. De plus, j'ai mis en place des rappels sur mon téléphone pour vérifier régulièrement mon taux de sucre dans le sang, afin de prévenir les situations d'urgence. En tirant des leçons de cette expérience, je me sens mieux préparé à faire face aux défis du diabète au quotidien* ».

Tarek déclare que la source la plus utiles pour faire face à sa maladie c'est sa femme il dit : « *j'ai découvert que le soutien de ma femme a été la source sociale la plus précieuse pour faire face à ma maladie. Sa compréhension et son encouragement m'ont aidé à*

traverser les hauts et les bas de cette condition chronique ». Nous synthétisons que notre sujet pourrait faire face à sa maladie.

Axe III : Qualité de vie

Tarek pense que sa qualité de vie ni bonne ni mauvaise, mais satisfaisante, il dit : *« je peux affirmer que ma qualité de vie n'est ni bonne, ni mauvaise, mais plutôt satisfaisante »*.

Il déclare que le diabète impose un certain nombre de contraintes quotidiennes. Il faut surveiller régulièrement sa glycémie, adapter son alimentation, administrer de l'insuline, et gérer les imprévus comme les hypoglycémies. Cela demande une rigueur et une organisation constantes, qui peuvent parfois être lassantes, il dit : *« Cependant, ces contraintes ne définissent pas ma vie. Je ne suis pas mon diabète. Je suis une personne avec mes propres aspirations, mes passions et mes joies. Et le diabète, bien que présent, ne m'empêche pas de les vivre pleinement »*. Nous synthétisons que Mr Tarek vivait tranquillement sa vie sans être gêné par sa maladie.

En parlant des changements spécifiques dans son mode de vie liés au diabète, il nous a déclaré : *« le diabète m'a appris à être plus responsable et à prendre soin de moi. Il m'a également permis de développer une certaine résilience face aux épreuves, contrairement à mes frères, je trouve que c'est grâce au diabète que je suis responsable et résilient »*. Pour Cyrulnik (2008), la résilience est : *« la capacité à réussir, à vivre et à se développer positivement, de manière socialement acceptable en dépit du stress ou d'une adversité qui comportent normalement le risque grave d'une issue négative »* (Rivest, 2011, p.13).

Le quotidien de monsieur Tarek est enrichi par des opportunités, des moments et des relations qui lui intéressent. Malgré les défis posés par le diabète Tarek dit : *« je suis toujours positif et tous les aspects de ma vie sont toujours positifs »*.

Notre sujet déclare qu'il n'a jamais vécu un choc traumatisant, il dit : *« malgré les défis que représente la vie avec le diabète de type 1, je suis reconnaissant de ne pas avoir subi de traumatisme en plus de ma maladie. Je crois que cela m'a permis de faire face au diagnostic et de gérer la maladie de manière plus positive et résiliente »*.

Tarek rapporte qu'il a une bonne qualité de sommeil, et qu'il ne trouve pas de difficultés à s'endormir, même son sommeil est profond, il dit : *« ganegh am ldufan, alaise »*. (Je dors comme un enfant, alaise).

Mr Tarek nous a parlé de ses relations sociales, il les décrit comme négatif il nous a dit qu'il subissait d'encouragement et de soutien que de la part de sa conjointe, mais pas de sa famille et ses amitiés sont très limitées.

De ce fait, les relations interpersonnelles sont définies d'après Marc et Picard (2002), comme : ensemble de liens entre individus librement consentis et plus ou moins stables dans le temps, englobant les relations amicales et les relations amoureuses. Les relations personnelles résultent d'une attitude positive envers autrui impliquant une dimension cognitive et conative, s'accompagnant d'un vécu gratifiant pour les deux protagonistes. Elles constituent conjointement avec les relations de parenté une importante source de support social pour l'individu » (Marc & Picard, 2002, p.9).

Monsieur Tarek est de nature serviable, il aide les autres quand ils ont besoin de lui, nous avons constaté ça d'après ce qu'il a dit : « *Aider les autres, lorsque je suis capable de le faire, est toujours une expérience enrichissante. Cela me donne un sentiment d'accomplissement et me rappelle que je peux faire une différence dans la vie des gens. Même si cela peut être difficile à certains moments, je suis reconnaissant d'avoir la possibilité d'aider les autres. Cela me permet de partager mon empathie et de faire du monde un endroit un peu meilleur* ».

Vivre avec le diabète de type 1 ne se limite pas à surveiller sa glycémie et à administrer de l'insuline. La maladie affecte de nombreux aspects de la vie quotidienne, rendant parfois les tâches les plus simples difficiles, voire impossibles, le diabète peut entraîner une fatigue importante, rendant difficile la concentration, la motivation et l'accomplissement des tâches quotidiennes. Mais monsieur Tarek disait que pour lui sa maladie n'affecte pas ses tâches quotidiennes, parce que sa motivation dépasse ses difficultés, il dit : « *la volonté ise3igh tif tazmarth* ». (Mieux d'avoir ma motivation que d'avoir une bonne santé).

La motivation est un processus complexe qui pousse un individu à agir et à persévérer dans ses actions pour atteindre un objectif. Elle est influencée par divers facteurs, tant internes qu'externes, et peut être définie de différentes manières selon les approches théoriques. Selon l'encyclopédie Larousse : « *Ensemble des forces conscientes ou inconscientes qui nous poussent à agir dans un certain sens, à adopter un certain comportement* » (<https://www.larousse.fr>).

Selon le psychologue américain David McClelland : « *La motivation est la force qui pousse un individu à se comporter de manière à atteindre un objectif* » (Véronique & Martine, 2014, p.60).

Selon le psychologue français Henri Heckhausen : « *La motivation est un processus dynamique qui détermine le déclenchement, la direction, l'intensité et la persévérance du comportement* » (<https://www.universalis.fr>).

Axe IV : Soutien social

En parlant de l'annonce de la maladie de Mr Tarek à ses proches, il dit : « *j'étais enfant, ce ne sont pas moi, mais mes parents qui ont annoncé à ma famille et à mes amis que j'avais le diabète. Étant encore trop jeune pour comprendre pleinement la portée de cette maladie et pour en parler de manière adéquate, ce sont eux qui ont pris en charge cette responsabilité. Ils ont dû expliquer à nos proches ce que cela impliquait, les changements nécessaires dans notre mode de vie et comment ils pourraient m'aider à gérer cette condition*».

Nous avons parlé par la suite de la gestion de sa maladie et le rôle de sa famille dans cette gestion, il dit : « *quand j'étais petit il y avait ma mère à mes côtés, et quand j'ai grandi je me suis retrouvée seule, je gère ma maladie seul jusqu'à mon mariage, j'ai compris que la gestion de cette maladie ne se limite pas seulement à moi, mais qu'elle implique également un soutien inestimable de la part de mes proches, et en particulier de ma femme. Dès le début, elle s'est montrée incroyablement dévouée à comprendre les complexités du diabète, prenant le temps d'apprendre les moindres détails sur la surveillance de la glycémie, les régimes alimentaires appropriés et les différentes façons de gérer les situations d'urgence. Chaque jour, elle s'assure que nous avons des repas équilibrés qui tiennent compte de mes besoins spécifiques en glucides. Elle a même suivi des cours de cuisine pour trouver des recettes savoureuses et adaptées à mon régime. Au-delà de la cuisine, elle m'aide à rester discipliné en ce qui concerne mes rendez-vous médicaux, mes exercices physiques et la prise régulière de mes médicaments* ».

Il avoue qu'il a retrouvé le soutien émotionnel, la surveillance de l'alimentation, l'encouragement à faire l'exercice, l'aide de la prise de médicaments que de la part de sa femme, il dit : « *il y a eu des moments où j'étais découragé ou frustré par les défis constants que pose le diabète. Pendant ces périodes, sa patience et son soutien émotionnel ont été*

essentiels pour m'aider à rester positif et à continuer à prendre soin de ma santé. Parfois, elle remarque même les signes d'hypoglycémie avant que je ne les ressente moi-même, et elle agit rapidement pour m'aider à retrouver un taux de sucre sanguin normal ».

En parlant de soutien externe en dehors de la famille, Tarek dit : *« vivre avec le diabète est un défi quotidien, et ce défi est encore plus grand quand on se rend compte que le soutien externe, en dehors de la famille, est souvent inexistant. Cependant, j'ai été frappé par l'absence de soutien externe. Les ressources communautaires et les groupes de soutien spécifiques pour les personnes vivant avec le diabète étaient rares et souvent difficiles à accéder. Les programmes de sensibilisation et d'assistance étaient limités, et il n'y avait pas beaucoup d'occasions de rencontrer d'autres personnes dans la même situation que moi. Cette absence de réseau externe m'a parfois fait me sentir isolé et seul face à ma maladie ».*

Nous supposons que cette situation met en lumière un besoin urgent de développer davantage de ressources et de réseaux de soutien externes pour les personnes diabétiques. Avoir un système de soutien communautaire solide pourrait faire une énorme différence pour ceux d'entre nous qui naviguons les défis quotidiens du diabète.

Nous avons par la suite parler des changements dans les relations de Mr Tarek avec les autres, il dit : *« je n'ai pas de point de comparaison entre « avant » et « après » le diagnostic. Mes connaissances de l'époque ont grandi avec moi en comprenant ce que signifie vivre avec le diabète. Mes camarades de classe même mes enseignants ont toujours connu cette version de moi qui doit gérer sa glycémie et surveiller son alimentation. Ils n'ont jamais connu une version de moi sans cette condition ».*

Nous déduisons que Mr Tarek n'a pas remarqué des changements dans ses relations avec les autres depuis le diagnostic de son diabète parce qu'il était diagnostiqué à l'âge de 9 ans. À cet âge, les enfants sont encore en train de développer leurs amitiés et leurs interactions sociales. Son diagnostic est survenu à un moment où ses relations avec les autres étaient encore en formation, ce qui signifie que, pour lui, vivre avec le diabète a toujours fait partie de sa réalité sociale.

Mr Tarek nous a déclaré que la première personne vers qui il se retourne pour obtenir de soutien c'est sa femme, il rapporte : *« ma femme est non seulement mon partenaire de vie, mais aussi mon pilier émotionnel. Elle comprend profondément les défis que j'affronte au quotidien, que ce soit en lien avec ma santé, mon travail ou mes préoccupations*

personnelles. Cette compréhension est née de notre partage quotidien, de nos conversations intimes et de son engagement constant à être à mes côtés. Elle sait exactement comment me reconforter et me donner la force nécessaire pour surmonter les obstacles. En cas de problème, la première personne vers qui je me tourne pour obtenir du soutien est ma femme. Sa présence à mes côtés est une constante rassurante dans ma vie, et son soutien inconditionnel est essentiel pour moi, surtout lorsque je suis confronté à des difficultés ». Nous déduisons que sa conjointe joue un rôle actif dans la vie de notre sujet.

A propos de la personne qui a aidé Mr Tarek à avancer sur son chemin depuis l'annonce de son diabète c'était sa conjointe il déclare : *« ma femme est la personne qui m'a le plus aidé à avancer sur mon chemin depuis l'annonce de mon diabète. Elle a été mon pilier de soutien, me guidant à travers les défis quotidiens et les ajustements nécessaires pour gérer cette condition, mais avant qu'elle fait partie j'étais toujours seul ».* Nous avons constaté que sa conjointe a été une source constante de réconfort et d'encouragement, elle a joué un rôle actif en créant un environnement de soutien.

Axe V : Projection dans le futur

A propos de parcours de soin à long terme Mr Tarek envisage que pour gérer son diabète, il est nécessaire de maintenir des rendez-vous réguliers avec son endocrinologue. Aussi d'adopter une alimentation équilibrée et adaptée à ses besoins spécifiques.

Tarek envisage un bon avenir, et en ce qui concerne ses craintes, il disait : *« à part les complications d'hypoglycémie, rien ne m'inquiète ».*

Mr Tarek déclare que faire un stage à technico, c'est son futur projet. Et pour atteindre ce futur projet, il n'a pas besoin des ressources ou des soutiens supplémentaires.

Synthèse de l'entretien

Tarek, gère sa maladie avec courage et assurance. Malgré un début difficile et des hospitalisations fréquentes, il a surmonté la honte des injections publiques et mène une vie bien ajustée sans régime alimentaire strict. Sa femme est son principal soutien, l'aidant à gérer sa maladie et lui apportant un soutien émotionnel crucial. Tarek reste positif et résilient, malgré les contraintes quotidiennes imposées par le diabète. Il n'a pas ressenti de changement significatif dans ses relations sociales depuis le diagnostic, car il a toujours vécu

avec cette condition. Il ne craint que les hypoglycémies, et son avenir semble prometteur avec des projets professionnels en vue.

B. Les données du questionnaire ADDQoL

Tableau 10 : Résultat du questionnaire ADDQoL de Mr Tarek

Sujet	Age	Score	QDV
Mr Tarek	39	-0,34	Mauvaise

Mr Tarek a répondu à 18 items sur 19 du questionnaire ADDQOL.

Pour l’item portant sur la qualité de vie d’une manière générale, Mr Tarek a indiqué le niveau de sa qualité de vie parmi les sept propositions, il trouve que sa qualité de vie actuelle est « ni bonne, ni mauvaise ».

Le score Average Weighted impact (AWI) de Mr Tarek est (-0,34) évalué négatif ce qui signifie que sa qualité de vie est mauvaise.

Il trouve que sans diabète sa qualité de vie serait identique dans les items suivants : item 1 : « Loisir », item 5 : « Aptitude physique », item 6 : « Vie familiale », item 7 : « Vie sociale », item 8 : « Relation sentimentale », item 9 : « Vie sexuelle », item 10 : « Apparence physique », l’item 12 : « Motivation », item 13 : « Réaction aux autres », item 14 : « Sentiment sur l’avenir », item 15 : « Situation financière », item 16 : « Condition de vie », item 19 : « Liberté de boire ». Ce qui signifie que les items cités ne sont pas touchés et affectés par sa maladie ; c’est à dire sa maladie ne lui empêche pas d’accomplir ses différents besoins de la vie quotidienne.

Cependant Mr Tarek considère que la maladie affecte modérément sa qualité de vie et qu’elle serait bien meilleure dans les items suivants : item 2 : « Vie professionnelle », c’est à dire sa maladie à impacter sa vie professionnelle car il trouve sans diabète sa vie professionnelle serait bien meilleure.

Il trouve que sa qualité de vie serait un peu meilleure sans diabète dans les deux items suivants : item 3 : « Déplacement », item 4 : « Vacances ». Néanmoins dans l’item 11 : « confiance en soi », Mr Tarek déclare que sans diabète sa confiance en soi serait moins bonne c’est à dire sa maladie affecte positivement cet aspect.

Cette maladie n'a pas un gros impacte sur certains aspects de la vie du Mr Tarek item 18 : « Liberté de manger ». Mr Tarek refuse de répondre sur l'item 17 ce qui concerne « Dépendance des autres » il a ignoré la question.

Synthèse de l'échelle ADDQoL

Mr Tarek a répondu à 18 des 19 items du questionnaire ADDQOL. Il évalue sa qualité de vie comme "ni bonne, ni mauvaise" mais son score AWI (-0,34) indique une qualité de vie globalement mauvaise. Sa maladie n'affecte pas significativement ses loisirs, aptitude physique, vie familiale et sociale, relation sentimentale, vie sexuelle, apparence physique, motivation, réaction aux autres, sentiment sur l'avenir, situation financière, condition de vie, et liberté de boire. Elle affecte modérément sa vie professionnelle et légèrement ses déplacements et vacances. Il considère que sa confiance en soi est meilleure grâce à sa maladie. La liberté de manger est peu impactée. Il a refusé de répondre sur la dépendance aux autres.

C. Analyse de l'échelle de soutien social perçu

Tableau 11: Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 04 : Mr Tarek

	01	02	03	04	05	06	Total	Total%
Disponibilité	1	0	1	1	1	1	5	09.25 %
Satisfaction	5	4	6	6	6	6	33	91.67 %

La lecture de résultats de l'échelle affirme un niveau très bas de perception de disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin avec un score de 5/54 (avec un pourcentage de 9.25 %). Mais les résultats de la satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau très élevé avec un score de 33/36 (avec un pourcentage de 91.67 %).

Synthèse de l'échelle SSQ

Les résultats montrent que Mr. Tarek perçoit très peu de disponibilité d'aide de son entourage. Cependant, il est très satisfait du soutien qu'il reçoit.

Synthèse du cas

En appuyant sur l'entretien semi directif et l'échelle de la qualité de vie et de soutien social ainsi nous déduisons que Tarek gère son diabète avec courage et assurance, soutenu principalement par sa femme. Il reste positif et résilient, malgré les contraintes quotidiennes de la maladie. Sa qualité de vie est globalement mauvaise selon le questionnaire ADDQOL, mais il ne ressent pas d'impact significatif sur plusieurs aspects de sa vie. Il perçoit peu de disponibilité d'aide de son entourage, mais est très satisfait du soutien qu'il reçoit.

1.5. Le cas 05 de Mr « Salah »

A. Présentation et analyse de l'entretien semi-directif

Tout au long de l'entretien, le sujet était un peu stressé, il n'arrête pas de bouger ses jambes, mais il essaye de se montrer qu'il est courageux.

Salah c'est un homme âgé de 34 ans, marié et père de deux enfants, titulaire d'un master 2 en langue française, salah travail comme un enseignant de français. Il est le cadet d'une fratrie de huit enfants, dont un frère et six sœurs. D'une situation socio-économique moyenne.

Axe I : Informations sur le diabète

Salah présente le diabète de type 1, depuis 2018. Nous parlons de la manifestation de la maladie, il nous a dit : « *avant d'être diagnostiqué, j'ai remarqué une soif insatiable, une perte de poids rapide malgré une faim constante, et une fatigue extrême. Je me levais plusieurs fois par nuit pour boire de l'eau et aller aux toilettes. Ces symptômes sont devenus tellement envahissants que j'ai fini par consulter un médecin* ». De là nous avons retiré les symptômes qui sont la polydipsie (soif intense) et la polyurie (urines fréquentes).

Il nous a déclaré que le diagnostic le diagnostic est tombé après une analyse de sang: son taux de glycémie était extrêmement élevé. Il été immédiatement hospitalisé pour recevoir un traitement d'urgence. Le verdict : diabète de type 1. Le traitement c'était directement l'insuline.

En ce qui concerne le régime alimentaire Salah déclare qu'il ne suit aucun régime alimentaire il mange ce qu'il veut, quand il veut, mais il rajoute que depuis toujours son

mode de cuisson est à la vapeur, ce que les professionnels de santé conseil généralement les diabétiques.

Une étude intitulée : *les aliments cuits à basse température seraient bénéfiques pour la sensibilité à l'insuline* c'est une étude danoise s'est penchée sur la température de cuisson des aliments. Ainsi 74 femmes, en surpoids ou obèses, ont suivi des régimes distincts suivant le mode de cuisson des aliments. Deux groupes ont été formés : l'un se caractérisait par une consommation d'aliments cuits à haute température (rôtis, frits, grillés et du pain), l'autre par des aliments cuits à basse température (bouillis, cuits à la vapeur, et avec du pain sans la croûte). Le but était de regarder l'influence de certains résidus de protéines modifiées par le glucose, nommés produits de glycation avancée (PGA) particulièrement présents dans les aliments cuits à haute température. Les PGA ont une influence sur le vieillissement ou l'insuffisance rénale. Au bout de quatre semaines d'étude, le groupe « basse température » avait consommé plus de protéines, de sucres mais moins de graisses, et l'IMC, le tour de taille et le poids des participantes avaient plus diminué que dans le groupe « haute température », où l'excrétion urinaire de PGA est plus importante.

Enfin nous avons constaté que le taux d'insuline à jeun et la résistance à l'insuline sont plus importants dans le groupe « haute température ». Le groupe « basse température » montre un index de sensibilité à l'insuline plus faible. Ainsi, cuire les aliments à faible température améliore le métabolisme du glucose. Néanmoins cette étude demande des confirmations sur un plus grand nombre de participants et sur une plus longue période. (Mark et al., 2013).

Nous déduisons que le diabète n'a pas touché la liberté de nutrition chez le sujet, de plus il utilise un bon mode de cuisson.

Concernant les complications, le diabète a des complications aiguës ainsi des complications chronique, le sujet a vécu deux fois une même complication aiguë qui est l'hypoglycémie, il dit que c'était à cause d'un repas retardé, il nous a décrit les symptômes de cette hypoglycémie qui ont été manifester parades sueurs, des tremblements, de la confusion, des faiblesses et une perte de connaissance. Il dit que ça lui arrivé deux fois, mais après il mange à l'heure. Il dit : « *j'ai développé le syndrome du côlon irritable* », une complication qui peut être associée au diabète.

Parlons des difficultés de vivre avec le diabète, Salah dit : *« loin de l'image d'un combat constant contre la maladie, je vous dirais plutôt que ma vie est rythmée par un équilibre subtil entre la gestion du diabète et la simple vie quotidienne »*, il a dit qu'il a bien sûr fait des adaptations et des contraintes pour qu'il a pu atteindre cette stabilité, en disant : *« Au début, il était difficile de prendre l'habitude de mesurer mon glycémie plusieurs fois par jour. J'avais peur de ne pas être capable de gérer correctement mon diabète, et j'avais des inquiétudes quant à la façon dont cela pourrait affecter ma vie quotidienne. Mais avec le temps, j'ai appris à gérer mes gestes de manière efficace et à les intégrer à ma routine. C'est comme se laver les dents ou boire un café. Maintenant, je mesure ma glycémie sans même y penser. C'est comme une habitude, comme une partie intégrante de mon quotidien. Je comprends que cela peut sembler ennuyeux ou fastidieux pour certains, mais pour moi, cela est essentiel. C'est ce qui me permet de vivre une vie normale, de faire des choses que j'adore, et de ne pas être limité par mon diabète. Je suis reconnaissant de pouvoir gérer mon diabète de manière efficace »*.

Nous avons synthétisé que le fait d'intégrer à la routine la surveillance régulière de la glycémie, permet de vivre une vie normale, de profiter des loisirs, et ne pas être limité par le diabète.

Nous avons par la suite abordé l'hospitalisation, il a dit : *« j'étais hospitalisé une fois, c'était une hospitalisation d'un jour pour stabiliser ma glycémie et apprendre à gérer ma condition a été une expérience bouleversante. Dès mon admission, le personnel médical a commencé par me mettre sous perfusion pour hydrater mon corps et abaisser mon taux de sucre dans le sang. J'ai passé des heures à faire des allers-retours entre différents examens et consultations »*.

Il a décrit que cette journée à l'hôpital a été extrêmement éprouvante émotionnellement et physiquement. Il dit : *« j'étais terrifié à l'idée de devoir gérer une maladie chronique pour le reste de ma vie »*.

Il a rajouté qu'il était quand même soutenu et encadrer par des infirmiers et médecins qui lui ont expliqué largement la maladie, et tous ce qui la suivre, il dit : *« le soutien et l'encadrement des infirmières et des médecins m'ont beaucoup aidé. Ils ont pris le temps de m'expliquer comment utiliser un glucomètre, comment administrer l'insuline et comment surveiller les signes d'hyperglycémie et d'hypoglycémie. En sortant de l'hôpital, je me*

sentais encore effrayé mais mieux équipé pour affronter cette nouvelle réalité ». Salah nous a déclaré que personne dans sa famille n'est avec cette maladie.

Axe II : Informations lie à la confrontation à la maladie

Concernant la première réaction de sujet quand il a appris qu'il est atteint de cette maladie il a déclaré que c'était un mélange d'émotions pour lui, selon Goleman (1995) : *« l'émotion est un état psychologique complexe qui se caractérise par une combinaison de modifications physiologiques, cognitives et comportementales. Elle est généralement déclenchée par un stimulus interne ou externe et s'accompagne d'une sensation subjective intense. Les émotions jouent un rôle important dans notre vie quotidienne, en influençant nos pensées, nos actions et nos relations avec les autres ».* (Goleman, 1995, p.23).

Salah dit : *« ma première réaction a été un mélange de peur et d'incrédulité. Je me demandais comment j'allais pouvoir gérer cette maladie au quotidien. J'avais l'impression que ma vie venait de basculer et que rien ne serait plus jamais pareil. L'idée de devoir me piquer avec de l'insuline plusieurs fois par jour me terrifiaient »*, durant cette période, le sujet exprimait être dans un état de grande confusion et d'anxiété. Il se sentait submergé par les informations médicales qu'il devait assimiler rapidement : comment surveiller sa glycémie, comment administrer l'insuline, et comment adapter son alimentation. Sur le plan physique, elle se sentait très faible en raison de la déshydratation et de l'hyperglycémie prolongée.

Salah souffre aussi de syndrome de l'intestin irritable, selon Marshall (2022) Le syndrome de l'intestin irritable (SII) : *« est un trouble chronique du système digestif qui se caractérise par des douleurs abdominales, des troubles du transit intestinal et une sensibilité intestinale accrue. Bien que la cause exacte du SII ne soit pas entièrement comprise, nous pensons qu'elle implique une interaction complexe entre des facteurs génétiques, psychologiques et environnementaux »* (Marshall, 2022, p.17).

Salah disait que cette condition se manifeste par des douleurs abdominales, des ballonnements et des troubles du transit intestinal. Malgré cette complication, il a fait le choix de ne pas se restreindre dans ses choix alimentaires. Il mange ce qu'il veut, mais il fait attention aux quantités et à la manière dont certains aliments affectent son corps. Cela signifie qu'il doit être particulièrement attentif à ses symptômes et ajuster son alimentation en conséquence.

Les difficultés que Salah pense rencontrer incluent la gestion des fluctuations de la glycémie, pour Bernstein (2018) : « *Les fluctuations de la glycémie font référence aux changements du taux de sucre (glucose) dans le sang. Ces variations peuvent être causées par divers facteurs, notamment l'alimentation, l'activité physique, le stress, les médicaments et les problèmes de santé* » (Bernstein, 2018, p.123).

Salah dit : « *les variations imprévisibles de mon taux de sucre dans le sang peuvent être très stressantes. Malgré une surveillance constante, il est parfois difficile de maintenir des niveaux stables, surtout avec des facteurs externes comme le stress ou une maladie* ».

Par rapport aux choses qui inquiétaient, Salah par rapport à sa santé c'est les complications à long terme, le risque de développer des complications à long terme, comme des problèmes cardiovasculaires, rénaux ou neuropathiques, le préoccupe beaucoup. Il nous a dit : « *ce qui me préoccupe le plus par rapport à ma santé est d'avoir une des complications chroniques de diabète, chaque jour, je me demande si je fais suffisamment pour prévenir ces complications* ».

En ce qui concerne les changements de diabète pour lui il décrit dans cette expression que sa routine quotidienne est changée, il dit : « *ma journée commence et se termine par la vérification de ma glycémie et l'administration d'insuline, et je dois toujours avoir mon matériel de diabète avec moi et être prêt à gérer ma glycémie en toutes circonstances* ».

Aussi il déclare un changement lié à la santé mentale citant le stress et l'anxiété liés à la gestion de quotidienne de diabète et aux complications potentielles, il a dit : « *c'est très épuisant d'être presque tout le temps stressé et anxieux par rapport à la gestion et les complications de diabète, j'ai dû apprendre à gérer mon stress* »

Le sujet nous a confié sur une situation où il a dû faire face à sa maladie, et la stratégie qu'il a utilisée pour surmonter, c'était une situation d'hypoglycémie, il remonte : « *un jour, alors que je faisais du jogging, j'ai commencé à ressentir des tremblements, de la sueur froide, et une sensation de faiblesse. C'était une situation délicate car j'étais loin de chez moi et n'avais pas de nourriture sur moi. Heureusement, j'avais mon capteur de glycémie en continu qui m'a alerté rapidement. Je me suis arrêté immédiatement, j'ai vérifié mon taux de sucre, et il était en effet très bas. J'avais toujours une petite boîte de jus de fruits dans ma poche pour les urgences. J'ai bu le jus et je me suis assis sur un banc pour me reposer. Après environ 15 minutes, j'ai commencé à me sentir mieux. J'ai vérifié à nouveau ma glycémie,*

et elle avait remonté à un niveau plus sûr. Cette expérience m'a appris à toujours être préparé et à ne jamais sortir sans une source rapide de glucides ».

Delà nous synthétisons que la reconnaissance des signes d'une hypoglycémie est obligée et l'importance d'être préparée en cas d'urgence pour faire face à des situations similaires.

Salah a déclaré que la ressources la plus utiles pour faire face à sa maladie c'est Soutien psychologique et le sourire de sa conjointe il a déclaré qu'il a trouvé un grand réconfort en parlant avec un psychologue spécialisé dans les maladies chroniques. Cela lui a aidé à gérer l'anxiété et le stress liés au diabète, et lui a permis de développer des stratégies pour mieux vivre avec ma condition et maintenir une attitude positive. Ainsi que sa conjointe lui offre un soutien émotionnel très pertinent. C'est pour cela il pense qu'il est capable de faire face à sa maladie.

Axe III : Qualité de vie

Salah pense de sa vie qu'elle est très bonne et aussi satisfaisante. Les changements spécifiques dans le mode de vie liés au diabète de type 1 ont un impact significatif sur les activités quotidiennes des personnes concernées. Ces changements incluent la nécessité de surveiller régulièrement la glycémie, de suivre un régime alimentaire spécifique, de prendre des médicaments comme l'insuline, et d'intégrer une activité physique régulière. Ces ajustements peuvent affecter la liberté, l'alimentation, les interactions sociales, le travail, les voyages, la sexualité, et nécessitent une vigilance constante pour éviter les complications (<https://diabetelab.federationdesdiabetiques.org>).

Cependant, Mr Salah nous a déclaré qu'il n'a pas beaucoup de changement dans son mode de vie, il a informé que à part la surveillance de sa glycémie, et la prise de l'insuline rien n'est changé, Selon lui, le diabète ne perturbe pas ses activités quotidiennes. Nous avons constaté que Salah évite de parler de ces changements et de l'impact de diabète sur ses activités quotidiennes. Évitement « *est une stratégie d'adaptation courante qui consiste à tenter de minimiser ou d'échapper à des émotions, des pensées ou des situations désagréables. Bien qu'il puisse s'agir d'une réponse utile à court terme, l'évitement à long terme peut avoir des conséquences néfastes sur notre bien-être mental et émotionnel* » (Fredrickson & Seligman, 2023, p.112).

Le sujet n'a pas mentionné de changements particuliers dans son mode de vie en lien avec le diabète, et comment ces changements ont-ils influencé ses activités quotidiennes.

La vie quotidienne de Salah est enrichie par des opportunités, des moments et des relations qui lui intéressent, il nous dit : « *je profite des moments précieux avec des amis et la famille* ». Malgré les défis posés par le diabète, un aspect de sa vie qu'il trouve toujours enrichissant et positif est le soutien et l'amour de sa famille et de ses proches. Ces relations offrent un réconfort émotionnel, une aide pratique dans la gestion de la maladie, et créent des moments de bonheur et de connexion qui surmontent les difficultés quotidiennes.

Salah trouve toujours enrichissant et positif de ne pas avoir subi de choc traumatisant psychique et physique dans sa vie. Cette stabilité émotionnelle et physique lui permet de gérer sa maladie avec plus de sérénité et de résilience. Étant épargné par des traumatismes majeurs, il peut mieux se concentrer sur la gestion proactive de son diabète, profiter pleinement des relations avec sa famille et ses amis, et s'engager pleinement dans ses activités professionnelles et sociales. Cette absence de traumatisme lui offre une base solide pour maintenir un équilibre mental et physique, ce qui contribue à une qualité de vie globalement positive.

Servan-Schreiber (2003), dit que : « *l'équilibre corps-esprit est un état de bien-être optimal qui implique une harmonie entre les aspects mentaux et physiques de la santé. Il se caractérise par une capacité à gérer efficacement le stress, à maintenir une humeur positive, à adopter des habitudes de vie saines et à se sentir bien dans son corps et son esprit* » (Servan-Schreiber, 2003, p21).

Sur le plan émotionnel, il se sent globalement stable et soutenu. Le soutien constant de sa femme et de ses amis lui apporte réconfort et sécurité, renforçant son bien-être émotionnel. Selon André et Cousin le bien-être émotionnel : « *est un état de santé mentale positif qui se caractérise par un sentiment de bonheur, de satisfaction et de bien-être. Il implique une capacité à gérer ses émotions de manière saine, à entretenir des relations positives et à faire face aux défis de la vie* » (Cousin & Dominique, 2016, p.17).

Le sujet éprouve un sommeil léger et des réveils nocturnes fréquents, ce qui le prive d'un repos réellement réparateur.

Nous avons déduit qu'il présente une insomnie caractérisée par un sommeil léger et des réveils nocturnes fréquents, entraînant un déficit de sommeil réparateur.

L'insomnie peut être défini comme : « *un trouble du sommeil le plus fréquent. Elle se caractérise par une difficulté à s'endormir, des réveils nocturnes ou un réveil matinal trop précoce associé à une incapacité à se rendormir. Cette perturbation du sommeil peut être à l'origine d'une sensation de fatigue diurne, d'une altération de la vigilance et de troubles de l'humeur* » (Desplats et al., 2023, p.25).

Le sujet nous a parlé de ses relations sociales en décrivant comment il trouve un soutien précieux et un sentiment d'appartenance auprès de sa famille et de ses amis. Ces interactions sociales renforcent son bien-être émotionnel, lui offrant des moments de bonheur et de connexion, malgré les défis de sa condition médicale.

Nous avons déduit que le soutien précieux et le sentiment d'appartenance qu'il trouve auprès de sa famille et de ses amis agissent comme des facteurs de protection psychologique.

Salah c'est une personne serviable et utile lorsque les autres ont besoin de lui. A propos de ses rencontres avec ses amis il nous a rapporté que rien n'est changé et qu'il les voit comme avant.

Axe IV : Soutien social

Le sujet nous révèle que l'annonce de son diabète à sa famille et ses amis a été après la compréhension de son propre diagnostic et ce qu'il implique, il a pris un moment pour ça à fin qu'il puisse répondre à leurs questions. Il dit qu'il a trouvé un moment et un endroit calme pour cette discussion importante, il rajoute : « *après cette discussion j'ai ressenti moins anxieux et moins stressé, car ils ont pu comprendre comment ils peuvent m'aider, ceux qui me propose un accompagnement aux rendez-vous médicaux, et d'autres qui me rassure et m'encourage* ». Il a pris un très bon moment de silence, il sourit et nous a rajouté : « *mais avec le j'ai rendu compte que c'était mon combat à moi et mêmes si les autres me soutient un peu ce n'est pas au degré élevé mais quand même* ».

Nous avons constaté que Mr Salah n'est pas très soutenu par son entourage et qu'il est face à sa maladie avec peu de soutien social.

Mr Salah nous a expliqué que sa famille réagit de manière neutre aux fluctuations de sa santé. Ils sont informés de sa condition et connaissent les bases de la gestion du diabète, mais ils n'interviennent pas activement dans sa routine quotidienne. Ils lui offrent un soutien moral sans être envahissants, respectant son autonomie dans la gestion de sa maladie. Il

apprécie cette attitude, car elle lui permet de se sentir indépendant tout en sachant que ses proches sont là en cas de besoin urgent.

Le sujet nous a déclaré qu'il constate que sa famille adopte une approche neutre face à sa maladie. Ils offrent un soutien émotionnel sans s'immiscer excessivement dans sa gestion quotidienne. Ils l'encouragent à maintenir une activité physique régulière et sont présents pour l'aider à prendre son insuline si nécessaire. Leur soutien est discret mais constant, ce qui permet à Salah de gérer son diabète de manière autonome tout en sachant qu'il peut compter sur eux en cas de besoin.

Nous avons déduit que la famille de notre sujet manifeste une neutralité vis-à-vis les fluctuations de sa santé liées au diabète, à faire l'exercice, ainsi à la prise de son traitement.

Mr Salah nous a déclaré que sa conjointe joue un rôle crucial dans la gestion de sa maladie. Elle réagit aux défis liés à son diabète avec compréhension et soutien. Elle l'encourage à maintenir une routine d'exercice régulière et veille à ce qu'il suive son régime alimentaire même si lui il évite suivre un régime. Il rajoute que sa conjointe est également attentive aux signes de fluctuations glycémiques et l'aide à gérer les situations d'urgence. Elle l'assiste dans la prise de son insuline et l'accompagne à ses rendez-vous médicaux. Grâce à son soutien constant, Salah se sent moins seul face aux défis quotidiens imposés par sa condition.

Il a souligné également l'importance des réseaux de soutien externes, tels que ses amis. Il parle de la façon dont ses amis proches jouent un rôle essentiel dans la gestion de sa maladie. Ils lui offrent un soutien émotionnel précieux, l'encouragent à rester actif et à suivre son traitement. Certains amis se sont informés sur le diabète pour mieux le comprendre et l'aider. Ce réseau externe permet à Salah de se sentir entouré et compris, renforçant son moral et sa motivation à gérer sa condition efficacement.

Mr Salah a remarqué certains changements dans ses relations depuis son diagnostic. Il décrit comment certains amis se sont montrés plus compréhensifs et attentifs, prenant le temps de s'informer sur le diabète pour mieux le soutenir. En revanche, il a aussi ressenti un certain éloignement de la part de personnes qui ne comprenaient pas les défis liés à sa maladie ou qui trouvaient cela trop compliqué à gérer. Ce tri naturel dans ses relations lui a permis de renforcer les liens avec ceux qui sont véritablement présents pour lui, tout en

prenant ses distances avec ceux qui ne pouvaient ou ne voulaient pas comprendre sa situation.

En cas de problème, Mr Salah, se tourne en priorité vers sa conjointe pour obtenir du soutien. Elle est son principal pilier, réagissant avec compréhension et aide concrète face aux défis liés à sa maladie. En plus de sa conjointe, il compte également sur le soutien de sa famille proche et de l'un de ses amis les plus compréhensifs, qui sont informés sur sa condition et prêts à l'aider en cas de besoin. Ces personnes forment un réseau de soutien crucial pour lui, offrant à la fois une assistance pratique et un réconfort émotionnel.

Mr Salah affirme qu'il ne se sent pas très entouré. Il éprouve un peu de soutien de la part de son entourage dans ses difficultés.

Depuis l'annonce de son diabète, Mr Salah a été le plus aidé par sa conjointe, qui lui offre un soutien moral, et par quelques amis proches, qui se sont informés sur sa condition et l'encouragent à mener une vie saine.

Axe V : Projection dans le futur

Mr Salah envisage son parcours de soin à long terme en restant discipliné et proactif dans la gestion de son diabète.

Mr Salah envisage son avenir avec détermination, en restant vigilant et proactif dans la gestion de son diabète, tout en cherchant à mener une vie équilibrée et épanouie.

Mr Salah craint pour l'avenir les complications potentielles liées à son diabète, telles que des problèmes de santé graves, et l'incertitude de gérer sa maladie efficacement à long terme. Il s'inquiète également de l'impact que cela pourrait avoir sur sa qualité de vie et son indépendance.

Mr Salah a le projet de quitter son pays à l'avenir pour découvrir de nouvelles cultures et vivre de nouvelles expériences. Il souhaite élargir ses horizons personnels et professionnels en s'installant à l'étranger.

Pour atteindre ses objectifs futurs malgré sa maladie, Mr Salah pense avoir besoin de soutien émotionnel, de conseils pratiques de son entourage et d'un accès facile à des soins de santé spécialisés.

Synthèse de l'entretien

Salah gère sa condition par la surveillance régulière de sa glycémie et l'administration d'insuline. Il a expérimenté des hypoglycémies dues à des repas retardés et souffre du syndrome du côlon irritable. Salah a intégré la gestion de son diabète à sa routine quotidienne, lui permettant de mener une vie normale. L'hospitalisation initiale pour stabiliser sa glycémie a été éprouvante, mais le soutien des professionnels de santé l'a aidé à s'adapter. Sa famille et ses amis offrent un soutien moral discret, tandis que sa conjointe joue un rôle crucial en l'encourageant et en l'aidant à gérer les urgences. Salah est déterminé à maintenir une gestion proactive de son diabète tout en s'inquiétant des complications futures et envisage de quitter son pays pour de nouvelles expériences.

B. Les données du questionnaire ADDQoL

Tableau 12 : *Résultat du questionnaire ADDQoL de Mr Salah*

Sujet	Age	Score	QDV
Mr Salah	34	-0,58	Mauvaise

Mr Salah nous a répondu à tous les items de questionnaire ADDQoL.

Pour l'item portant sur la qualité de vie d'une manière générale, Mr Salah a indiqué le niveau de sa qualité de vie parmi les sept propositions, il trouve que sa qualité de vie actuelle est « excellente ».

Le score Average Weighted impact (AWI) de Mr Salah est (-0,58) évalué négatif ce qui signifie que sa qualité de vie est mauvaise.

Il trouve que sans diabète sa qualité de vie serait identique dans les items suivants : item 1 : « Loisir », item 2 : « Vie professionnelle », item 3 : « Déplacement », item 4 : « Vacances », item 5 : « Aptitude physique », item 6 : « Vie familiale », item 7 : « Vie sociale », item 9 : « Vie sexuelle », item 11 : « confiance en soi », item 12 : « Motivation », item 13 : « Réaction aux autres », item 14 : « Sentiment sur l'avenir », item 15 : « Situation financière », item 16 : « Condition de vie », item 17 : « Dépendance des autres », 18 : « Liberté de manger ». Ce qui signifie que les domaines cités dans ces items ne sont pas touchés et affectés par sa maladie ; c'est à dire sa maladie ne lui empêche pas d'accomplir ses différents besoins de la vie quotidienne.

Il trouve que sa qualité de vie serait un peu meilleure sans diabète dans l'item 19 : « Liberté de boire ».

Étant donné que sa qualité de vie serait nettement meilleure si elle n'avait pas été atteinte par le diabète selon l'item 8 : « Relation sentimentale ».

Synthèse de l'échelle ADDQoL

Mr Salah évalue sa qualité de vie actuelle comme "excellente", bien que son score AWI de -0,58 indique une mauvaise qualité de vie générale. Il considère que sa vie sans diabète serait similaire dans la plupart des aspects, notamment les loisirs, le travail, les déplacements, les vacances, la vie familiale et sociale, la confiance en soi, et la motivation. Toutefois, il pense que sa qualité de vie serait légèrement meilleure sans la restriction liée à la consommation de boissons et nettement meilleure en ce qui concerne ses relations sentimentales.

D. Analyse de l'échelle de soutien social perçu

Tableau 13 : Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 05 : Mr Salah

	01	02	03	04	05	06	Total	Total%
Disponibilité	3	3	3	3	1	3	16	29.62 %
Satisfaction	4	6	6	6	6	6	34	94.44 %

La lecture de résultats de l'échelle affirme un niveau bas de perception de disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin avec un score de 16/54 (avec un pourcentage de 29.62 %). Mais les résultats de la satisfaction vis-à-vis du soutien obtenu indiquent un niveau très élevé avec un score de 33/36 (avec un pourcentage de 94.44 %).

Synthèse de l'échelles SSQ

La lecture des résultats de l'échelle révèle un niveau bas de perception de disponibilité de certaines personnes de l'entourage pour fournir de l'aide en cas de besoin. Cependant, la satisfaction concernant le soutien reçu est très élevée.

Synthèse du cas

En appuyant sur l'entretien semi directif et l'échelle de la qualité de vie ainsi l'échelle de soutien social. Nous constatons que Salah gère son diabète au quotidien avec détermination malgré les défis. Il bénéficie d'un soutien moral discret de sa famille et de ses amis, en particulier de sa conjointe, qui joue un rôle crucial dans les situations d'urgence.

Bien qu'il soit préoccupé par les complications futures, il envisage l'avenir avec optimisme et envisage même de partir à l'étranger. Sa qualité de vie actuelle est jugée excellente, bien que ses évaluations suggèrent une qualité de vie générale moins favorable. Bien qu'il perçoive un faible niveau de disponibilité de certaines personnes de son entourage pour lui fournir de l'aide, sa satisfaction à l'égard du soutien reçu est très élevée.

1.6. Le cas 06 de Mme « Souad »

A. Présentation et analyse de l'entretien semi-directif

Souad âgée de 32 ans, et d'un niveau d'instruction master. Elle est employée en tant qu'inspectrice d'hygiène alimentaire. Elle est fiancée et appartient à une fratrie qui comprend trois frères et une sœur. Souad est d'une situation socio-économique moyenne.

Durant l'entretien, Souad s'est montré très à l'aise, souriant, et avec une grande envie de commencer l'entretien.

Axe I : Informations sur le diabète

Mme Souad, depuis le 2009 est atteinte de diabète type I. Sa maladie s'est manifestée par les symptômes classiques de cette maladie, inclut la perte de poids involontaire, ainsi Polyurie (mictions fréquentes). Ces symptômes résultent d'une hyperglycémie (taux de sucre élevé dans le sang) due à une production insuffisante d'insuline par le pancréas. La détection précoce et le traitement sont essentiels pour gérer la maladie et prévenir les complications.

Souad rapporte qu'elle devait sortir pendant les cours au lycée, ce qui a incité ses professeurs à demander à son père de faire des analyses, elle disait : « *ilaq ad fghegh plusieurs fois g la classe, Après lechyoukh inou nana-s i vava awitt aken attkhdhem les analyses* ». (Je dois sortir de la classe plusieurs fois, après mes professeurs ont demandé à mon père de me passer à faire des analyses).

Depuis son diagnostic initial, Souad a suivi un traitement spécifique pour gérer son diabète de type 1. Ce traitement comprend principalement des injections régulières d'insuline pour contrôler son taux de glycémie. En plus des injections, elle surveille fréquemment son taux de sucre dans le sang à l'aide d'un glucomètre. Cette surveillance constante est cruciale pour ajuster les doses d'insuline et éviter les hyperglycémies ou hypoglycémies. Par ailleurs, Souad suit un régime alimentaire équilibré, en contrôlant

particulièrement son apport en glucides pour éviter les pics de glycémie. L'exercice physique régulier fait également partie intégrante de son traitement, aidant à maintenir une glycémie stable.

Elle ajoutait : « *Les médecins ami zran le cas inou nanyid ilaqam l'insuline wahi un régime alimentaire strict ou daghen ilaq outtghamayegh ara kan sans rien faire je dois bouger* ». (Les médecins lorsque de mon diagnostic m'ont dit que je dois injecter régulièrement de l'insuline et de suivre un régime et faire des activités physiques).

Ces traitements ont eu un impact significatif sur la vie quotidienne de Souad. Tout d'abord, elle doit respecter une routine stricte pour ses injections d'insuline et ses repas, ce qui exige une grande discipline. La planification est devenue essentielle dans sa vie. Elle explique : « *segmi helkegh oufighed beli ilaq adiligh toujours intentionné la planification toujours c'est compliqué quand même* ». (Depuis que je suis malade je dois toujours être intentionné et de planifier le tout, et ça s'est un peu compliqué).

Sur le plan social, Souad doit parfois s'abstenir de certaines activités ou faire des ajustements pour gérer sa condition. Par exemple, elle peut avoir besoin de vérifier sa glycémie ou de prendre une collation en public, ce qui peut attirer l'attention et parfois être contraignant. Malgré ces défis, la gestion rigoureuse de son diabète est essentielle pour prévenir les complications à long terme et lui permet de mener une vie aussi normale que possible. Elle annonçait : « *parfois sahwajegh ad qissegh sekriw et même ad 3elegl l'insuline devant les gens après ça attire l'attention nssen, mais c obligatoire* ». (Parfois j'aurai besoin de vérifier ma glycémie et même d'injecter l'insuline dehors ce qui attire l'attention des gens, mais ça reste des choses obligatoires à faire dans mon cas).

Cependant, à un certain moment, Souad a relâché son attention et a abandonné son régime. Cette négligence a eu des répercussions sur sa gestion du diabète. En cessant de suivre ses injections d'insuline de manière rigoureuse et en ne surveillant plus aussi fréquemment sa glycémie, elle informait : « *à un certain moment hevssseghe le régime oughalegh thettech sans vérifier mala lanqniyi et même l'insuline sthezagh dges outtekathghara g lweqth -is* ». (À un certain moment j'ai arrêté de faire le régime je vérifie plus ce que je mange et même l'insuline je ne l'injecte pas régulièrement).

Elle a exposé son corps à des fluctuations importantes de son taux de sucre dans le sang. L'abandon de son régime alimentaire strict a également contribué à des déséquilibres

glycémiques. En consommant des aliments non contrôlés en glucides. Souad a fait face à des épisodes d'hyperglycémie, ce qui a pu entraîner des symptômes désagréables et potentiellement dangereux.

De plus, le manque d'exercice physique régulier a exacerbé ces problèmes. Cette période de relâchement a eu un impact notable sur sa vie quotidienne, elle dit : « *la période nni thevdel bezaf lehwayej g le quotidien inou* ». (La période d'abondons a changé beaucoup de choses dans mon quotidien).

Elle a dû faire face à des complications accrues et une gestion plus difficile de son état de santé. Nous supposons que le retour à une routine stricte et disciplinée est essentiel pour Souad afin de rétablir un contrôle efficace de son diabète et prévenir les complications à long terme.

Après avoir relâché son attention et abandonné son régime, Souad a effectivement fait face à des complications, notamment des épisodes d'hyperglycémie. Elle avoue qu'elle ne suivant plus rigoureusement ses injections d'insuline et en négligeant la surveillance fréquente de sa glycémie, elle a exposé son corps à des niveaux élevés de sucre dans le sang. Cette situation a été aggravée par une alimentation non contrôlée en glucides et un manque d'exercice physique régulier.

Nous avons constaté que Ces épisodes d'hyperglycémie ont eu des répercussions notables sur sa santé et sa vie quotidienne, car elle a déclaré qu'elle a ressenti des symptômes désagréables tels que soif excessive, mictions fréquentes, fatigue extrême, et vision floue, elle disant : « *ami abandonigh aken dwa inou et tout oughalegh ttefadhegh mlih thoussough toujours 3yigh yerna sekdhegh parfois flou* ». (Pendant la période de relâchement j'ai commencé à se sentir fatigué et je vois parfois flou et du soif immodéré).

L'hyperglycémie, si elle n'est pas correctement gérée, peut entraîner des complications graves à long terme, telles que des dommages aux nerfs (neuropathie), aux reins (néphropathie), et aux yeux (rétinopathie).

Souad rencontre plusieurs difficultés dans la gestion de son diabète de type 1, notamment après avoir relâché son attention et abandonné son régime. Telles que la maintenance d'une routine stricte d'injections d'insuline et de surveillance régulière de la glycémie qui exige une grande discipline. Selon ses dire nous avons déduit que le fait d'adhérer à un régime alimentaire équilibré et contrôlé en glucides est également crucial,

mais cela peut s'avérer difficile, surtout face aux tentations alimentaires ou aux changements de routine. Ainsi la gestion constante de sa maladie engendre du stress et de l'anxiété, surtout lorsqu'elle ne parvient pas à maintenir un bon contrôle de sa glycémie, et la peur des complications à long terme pèse lourdement sur son bien-être mental, elle dit : « *s3igh toujours lkhouf ni i loukan ad s3ough une complications* ». (J'ai toujours eu la peur d'avoir de complications à cause de l'abandon).

Souad a déclaré qu'elle était hospitalisée deux fois la première c'était juste après l'annonce de sa maladie et l'autre après avoir abandonné son régime, elle rapporte : « *j'ai été hospitalisé 2 fois avrid ussan nni imenza imi découvrigh bli helkegh la deuxième fois imi jigh le régime nni* ». (J'ai été hospitalisé 2 fois ; la première fois c'était les premiers jours de la découverte que j'ai malade, la deuxième fois ; c'était après avoir arrêté le régime).

Elle a connu une hyperglycémie sévère qui a nécessité une hospitalisation. En raison de niveaux de sucre dans le sang très élevés. Pendant son hospitalisation Souad a reçu des soins intensifs pour stabiliser sa glycémie. Elle a été mise sous perfusion intraveineuse d'insuline pour abaisser rapidement son taux de sucre dans le sang.

Le sujet a rapporté que cette période a été extrêmement stressante et angoissante pour elle. Souad a ressenti de la peur et de l'incertitude face à son état de santé, se rendant compte des conséquences potentielles de son relâchement, elle rajoute qu'elle fera de son mieux pour éviter de futures hospitalisations et complications graves. Souad déclarait : « *la période d'hospitalisation nni ttqelqegh mliih ugadegh atzid lhal aw ndemegh iyejan le traitement inou, g yimir j'essaye ad khemegh mon maximum aken ad évitigh l'hospitalisation* ». (La période d'hospitalisation j'étais vraiment stressé et j'ai eu peur d'avoir de complications et j'ai pu voir les conséquences de relâchement, depuis j'essaye de faire mon maximum pour éviter d'être hospitalisé). Souad n'a pas mentionné des membres de famille atteints par cette maladie.

Axe II : Informations lie à la confrontation à la maladie

Au début, la réaction de Souad a été assez normale. Elle a cru que le diabète de type 1 était une maladie temporaire qui allait se guérir avec le temps. Comme beaucoup de personnes nouvellement diagnostiquées, elle ne comprenait pas pleinement la nature chronique de cette maladie. Souad pensait que comme d'autres maladies, le diabète pourrait être traité et guéri avec des médicaments et des soins à court terme, elle disait : « *la réaction*

inou la première fois tela normale nwich d lehlak kan normal adiji m3a lweqth s dwawi etc ou3limghara bli c'est une maladie chronique ». (Ma réaction était normale car j'ai cru que c'est une maladie temporaire qui peut être guéri avec le temps par des médicaments je ne savais pas que c'était chronique).

Cette perception initiale lui a peut-être apporté un certain réconfort, en croyant qu'elle ne serait pas confrontée à des changements à long terme dans sa vie quotidienne.

La prise de conscience de la nature permanente et exigeante du diabète a probablement été un choc pour le sujet, elle décrit : « *assmi id faqegh ou fehmegh dachouth lehlak iw chokigh, fehmggh bli d lehlak anda koulech g lhayatiw adhivedel* ». (Quand j'ai réalisé et j'ai compris c'était quoi ma maladie j'étais choqué j'ai pu comprendre que c'est une maladie où certaines choses de mon quotidien vont changer).

Elle a dû accepter que la gestion de cette maladie ferait partie de sa vie quotidienne pour toujours. Cette réalisation peut être émotionnellement éprouvante, car elle implique un ajustement majeur dans les habitudes de vie et la mentalité. Elle a dû apprendre à vivre avec la nécessité constante de surveiller son état de santé, d'être disciplinée dans ses habitudes alimentaires et de planifier ses activités en fonction de ses besoins médicaux. Cette transition d'une perception de guérison possible à la reconnaissance d'une condition chronique a été un défi pour elle.

Elle a dû faire face à la réalité que le diabète de type 1 nécessite non seulement un traitement médical continu, mais aussi une adaptation émotionnelle et psychologique.

Souad ne souffre d'aucune autre maladie liée au diabète ni d'autres troubles psychologiques. Sa seule condition médicale est le diabète de type 1, qu'elle gère depuis 2009. En ce qui concerne les troubles psychologiques, Souad n'en présente aucun. Cependant, la gestion du diabète peut parfois être stressante et émotionnellement épuisante, ce qui pourrait potentiellement mener à de l'anxiété. Souad ne semble pas souffrir de tels troubles.

Souad a déclaré qu'elle rencontre des difficultés spécifiques lorsqu'elle doit se rendre chez le dentiste, en raison de son diabète de type 1. Elle rapporte qu'avant un rendez-vous chez le dentiste, Souad doit s'assurer que sa glycémie est bien contrôlée. Le stress lié à la visite chez le dentiste peut entraîner des fluctuations de sa glycémie. Si sa glycémie est trop élevée ou trop basse, cela peut compliquer le traitement dentaire. Elle doit surveiller

attentivement son taux de sucre dans le sang avant l'intervention pour éviter les complications pendant la procédure.

Elle a rajouté que le stress et l'anxiété associés aux visites chez le dentiste peuvent être exacerbés chez Souad en raison de son diabète. Elle peut craindre les complications potentielles liées à sa condition et les impacts sur sa glycémie. Cette anxiété supplémentaire peut rendre l'expérience plus difficile à gérer sur le plan émotionnel et psychologique, elle rapporte : « *s3ough l problème assma ad hwajegh ad rohgh gh le dentiste ilaq ad controligh sker inou parce que ma youli nagh itter il impact le traitement dentaire ou même le stress douqeleq iyittafen gh dentiste ittzid seba l diabète inou* ». (J'ai un problème quand je vais au dentiste je dois toujours contrôler mon diabète avant d'y aller car il a un impact sur le traitement dentaire et même le stress et l'anxiété s'augmente comme je suis diabétique).

La peur des complications à long terme est une source majeure d'angoisse. Souad est consciente que des complications telles que la neuropathie, la rétinopathie, et la néphropathie peuvent survenir si son diabète n'est pas bien contrôlé. Cette connaissance à engendrer une anxiété constante, chaque variation de sa glycémie pouvant être perçue comme un signe précurseur de futurs problèmes de santé. Cette peur peut devenir omniprésente, affectant sa tranquillité d'esprit et son bien-être général.

Nous constatons alors que les complications de diabète c'est tous qu'il lui préoccupe le plus par rapport à sa santé, elle disait : « *lhaja fach ittkhemimegh le plus d les complications* ». (La chose dont je pense le plus c'est les complications).

Le diabète de type 1 a profondément changé la vie de Souad à plusieurs niveaux, elle a déclaré qu'il a influencé différents aspects de son existence tel que sa routine quotidienne, son alimentation, ses activités physiques, et beaucoup d'autres choses, elle citait : « *ivedel hawla lehwayej g lhayatiw am l makla inou la routine inou d lchghal izemregh ad khedmegh* ». (Il a changé beaucoup de choses dans ma vie comme ma nourriture ma routine et des choses que je peux faire).

Elle doit souvent expliquer sa condition à ses amis, collègues et proches, ce qui peut être gênant ou fatigant. Lors de sorties ou de repas, elle doit faire des ajustements pour contrôler sa glycémie, ce qui peut parfois limiter sa spontanéité.

Cela signifie éviter les aliments sucrés et les repas riches en glucides simples, ce qui peut parfois être difficile, surtout lors de repas en dehors de chez elle ou lors de fêtes et

d'événements sociaux, elle informait : « *ilaq à chaque fois ad sefhamegh I l3ivad l cas inou ma nefegh nagh ns3a aka kra l'événement anda ad chegh g vera yetta3riyi lhal bach ad controligh la nourriture nni* ». (Il faut qu'à chaque fois j'expliquerai à mes proches ma situation surtout lors des événements c'est difficile de contrôler les repas donner).

Lors de la prise d'insuline, Souad a déclaré qu'elle ressent une variété de sentiments et de sensations, à la fois physiques et émotionnels, dont elle a cité douleur et inconfort elle a rapporté que les injections d'insuline sont douloureuses ou inconfortables. La piqûre de l'aiguille cause une brève douleur, et des ecchymoses peuvent se former sur les sites d'injection si les mêmes zones sont utilisées trop fréquemment.

Elle a rajouté que parfois, l'injection d'insuline provoque une sensation de brûlure et de picotement, en particulier si l'insuline est injectée trop rapidement ou si la solution est à une température différente de celle du corps.

Elle a rapporté aussi l'acte de s'injecter de l'insuline peut être stressant surtout si elle est nouvelle à cette routine ou si elle éprouve des difficultés à trouver des sites d'injection non douloureux, elle disait : « *l'injection d'insuline tew3er se3yawiyi moralement et physiquement de 1 qeriheth thiswi3in en dirait d ttrighi de 2 imoukan nni gach attett3edalegh ilaq ad ttvedilegh, ou daghen ça me stress* ». (L'injection d'insuline me fatigue moralement et physiquement en premier lieu elle est douloureuse parfois je me sens en dirai c'est une brûlure et en plus les places de l'injection doivent être changé à chaque période, tout ça me stresse).

Souad se souvient particulièrement d'une situation difficile liée à son diabète de type 1 lorsqu'elle a assisté à une réunion professionnelle importante elle rapporte que la préparation pour la réunion a été une source de stress pour elle.

Souad a dû s'assurer qu'elle avait suffisamment de fournitures d'insuline et de bandes de test pour son glucomètre. Elle a également pris soin de transporter ces fournitures dans son sac à main pour pouvoir les utiliser facilement pendant la réunion. Pendant la réunion, Souad a dû gérer ses niveaux de glycémie, ce qui n'était pas simple en raison du timing serré des sessions et des pauses limitées. Elle devait vérifier sa glycémie discrètement et ajuster ses doses d'insuline en conséquence. Les pause-café et les repas offerts n'étaient pas toujours adaptés à son régime alimentaire, ce qui a ajouté une difficulté supplémentaire. Un incident marquant s'est produit lors de la réunion.

En raison du stress et de la concentration intense, Souad a subi une hypoglycémie sévère pendant une session cruciale. Elle a commencé à se sentir tremblante, confuse, et en sueur. Réalisant rapidement ce qui se passait, elle a discrètement quitté la salle de réunion et s'est dirigée vers une salle de repos pour traiter son hypoglycémie. Elle a consommé rapidement des glucides rapides qu'elle avait emportés avec elle, comme des comprimés de glucose et du jus de fruit. Après environ 15 minutes, elle a commencé à se sentir mieux, mais cette expérience a été effrayante et l'a laissée épuisée. Elle a dû expliquer la situation à ses collègues et leur demander de continuer sans elle pendant quelques minutes.

Nous avons constaté que la stratégie utilisée pour surmonter cette situation c'était la préparation des fournitures médicales : elle s'est d'avoir suffisamment de fournitures d'insuline, de seringues, de bandelettes de test pour son glucomètre et de comprimés de glucose. Elle a emporté un sac à main contenant ces articles essentiels pour un accès facile et rapide.

Elle a aussi surveillé sa glycémie plus fréquemment que d'habitude, surtout avant et après les sessions de la réunion. Cela lui a permis de réagir rapidement à toute variation de son taux de sucre.

Souad trouve que ses parents sont une source de soutien extrêmement précieuse pour faire face à son diabète elle a décrit que ses parents lui offrent un soutien émotionnel constant. Leur présence réconfortante l'aide à surmonter les moments de stress et d'anxiété liés à la gestion de sa maladie. Ils sont toujours là pour l'écouter, la rassurer et l'encourager, ce qui est essentiel pour son bien-être mental. En disant : « *imawlan-iw iyitefdhen iyitt encouragin la présence nssen les moments n lehlak d uqeleg inou ttssalayid le morale* ». (C'est mes parents qui m'aident et m'encourage leurs présence le moment de ma maladie et de stresse me remonte le morale).

Notre sujet ris à haute voix et elle déclare qu'elle se sent capable de faire face à sa maladie mais elle rajoute que le diabète lui a affaibli et fatigué, elle disait : « *je suis capable de faire face à ce diabète mais il me fatigue et m'affaiblie* ».

Axe III : Qualité de vie

Souad trouve sa vie globalement satisfaisante malgré les défis posés par son diabète de type 1. Cependant, la gestion constante de sa condition est stressante et limiter sa spontanéité.

Souad a déclaré des changements spécifiques dans son mode de vie, liés au diabète et elle décrit comment ont-ils influencer ses activités quotidiennes, elle disait qu'elles sont changées de manière significative et elles rendent ses journées plus structurées et demandent une vigilance constante. Ainsi des activités supplémentaires dont elle a cité la préparation des repas puisqu'elle doit désormais préparer des repas équilibrés et calculer les glucides, ce qui prend plus de temps. Le contrôle fréquent de glycémie qu'elle doit vérifier sa glycémie plusieurs fois par jour. L'injection d'insuline qui est une tâche qu'elle n'avait pas auparavant, elle dit : « *j'ai eu de nouvelle tâche comme l'injection d'insuline et même la préparation des repas me prend beaucoup de temps afin de vérifier la glycémie* ».

Sa vie quotidienne est enrichie par des opportunités des moments et des relations qui lui intéresse elle a rapporté que l'un de ces moments de joie est lorsqu'elle profite de ses loisirs comme la lecture car ça lui permet de détendre et de s'épanouir. Elle a déclaré aussi que sa profession lui permet de contribuer positivement à la société et de se sentir accomplie.

Souad a rapporté que l'aspect qu'elle trouve toujours positif malgré les défis posés par la maladie c'est sa profession, elle trouve que son travail gratifiant. Et elle est fière de contribuer à la santé publique et de jouer un rôle important dans la sécurité alimentaire.

Notre sujet nous a déclaré qu'elle a vécu un traumatisme en raison du comportement de son voisin, qui est graisseur, elle dit : « *le comportement le voisin inou iyicomplixin iyijan jevdhegh imaniw f les voisins inou ttafeqh ara raha ynou g kham* ». (C'est le comportement de mon voisin qui m'a complexé et qui m'a poussé à me retirer de la société et qui m'a rendu plus réservé).

Elle a rapporté que le comportement perturbant de son voisin a causé un stress et une anxiété accrus. Souad se sent souvent tendue et inquiète lorsqu'elle est à la maison, ce qui affecte son bien-être mental. Elle rajoute que par peur et par précaution elle limite ses interactions avec ses voisins et son entourage proche, ce qui peut entraîner un isolement social. Nous avons constaté que le comportement de son voisin graisseur a un impact négatif significatif sur la vie de Souad ajoutant du stress et de l'anxiété à sa routine quotidienne.

Sur le plan émotionnel, Souad ressent une combinaison de stress et de l'anxiété en raison de la gestion constante de son diabète et du comportement perturbant de son voisin, ce qui affecte son sentiment de sécurité à la maison. Cette situation entraîne une fatigue émotionnelle, mais elle trouve du soutien et du réconfort auprès de sa famille et de son

fiancé, qui l'aident à se sentir plus stable, elle dit : « *tthoussough souqeleq ou yess3yayi au niveau émotionnel mais kan hmdlh la famille wahi d l fiancé ynou salayniyid toujours le morale* ». (Je me sentis stressé et ça me fatigue émotionnellement mais dieu merci ma famille et mon fiancé me remonte le morale).

Malgré ces défis, Souad fait preuve de résilience et de détermination pour surmonter les obstacles et trouve de la satisfaction et un sentiment d'accomplissement dans son travail, ce qui contribue positivement à son bien-être émotionnel.

Le sujet a rapporté qu'avant son diagnostic de diabète, éprouvait déjà des difficultés à s'endormir et après le diagnostic sa qualité de sommeil est également affectée par des pensées anxieuses concernant ses visites chez le dentiste. Ces préoccupations lui ont provoqué des difficultés à s'endormir, elle a expliqué en disant : « *ikhreb chwiya yites inou gmi helkegh de dors moins seba du stress* ». (Mon sommeil s'est impacté je dors moins depuis que je suis diagnostiquée à cause du stress). Nous avons déduit que ces perturbations rendre son sommeil moins réparateur.

Souad est de nature réservée, elle n'a pas beaucoup de relations sociales. Elle préfère passer du temps avec sa famille et son fiancé plutôt que de socialiser largement. Cette tendance à être introvertie fait qu'elle ne développe pas beaucoup de nouvelles amitiés nous constatons que Souad préfère garder un cercle restreint de proches autour d'elle, Souad dit : « *je préfère ad s3edigh l weqth wahi la famille nagh fiancée inou je n'aime pas ad 3elegh bezaf les relations d l3ivadh* ». (Je préfère passer mon temps sois avec ma famille ou mon fiancé je n'aime pas faire de nouvelles relations avec les gens).

Souad est une personne serviable et engagée dans sa communauté. Elle fait partie de l'association du Croissant-Rouge, où elle consacre son temps et ses efforts pour aider les autres. Cet engagement lui permet de tisser des liens avec les membres de l'association et de se sentir connectée à sa communauté, malgré sa nature réservée et ses relations sociales limitées.

Axe IV : Soutien social

L'annonce de son diabète à ses proches a été un moment chargé en émotions pour Souad elle a rapporté que ses parents ont ressenti un choc et une grande inquiétude. Ça a été difficile pour eux à l'accepter. Mais par la suite ils sont mobilisés, et renseigné sur la maladie

et ils l'ont accompagné plusieurs fois à ses rendez-vous médicaux. Elle rajoute que ses parents ont été toujours présent pour la reconforter et l'encourager contrairement aux autres membres de sa famille proche et loin, Souad dit : « *imi ikhebregh la familles inou imawlan-
iw khel3en chokin mais après fehmed oughalen même ttedoun yidi au rendez-vous
médicaux tt3awaniyi toujours veden yidi , mais le reste n la famille inou iyive3den chwiya
non chwiya kan* ». (Quand j'ai annoncé à ma famille mes parents ont été choqué mais après
ils l'ont accepté et sont devenus présents lors de mes rendez-vous médicaux et ils me
soutiennent et m'encourage, par contre le reste de ma famille ça n'était pas le cas).

Nous avons déduit que l'annonce de son diabète à ses proches a été marquée par des sentiments initiaux de choc et d'inquiétude, suivis d'un soutien et d'une solidarité accrus.

Souad nous a parlé de la réaction de sa famille aux fluctuations de sa santé liées au diabète et le rôle qu'elle joue dans la gestion de sa maladie, elle a rapporté que seulement ses parents qui s'inquiètent des fluctuations de sa santé dues à son diabète. Chaque épisode d'hypoglycémie ou d'hyperglycémie suscite une grande inquiétude, et ils restent vigilants pour détecter les signes de déséquilibre. Elle rajoute que ses parents lui aident à la gestion de sa maladie incluant l'achat des médicaments et parfois même l'injection de l'insuline.

Les parents de Souad partagent cette connaissance avec elle et l'aident à adapter son mode de vie pour mieux gérer sa maladie.

Elle rapporte que les autres membres de la famille de sa famille y compris ses frères et sa sœur, adoptent une attitude plus neutre envers sa gestion du diabète. Bien qu'ils soient conscients de sa condition et lui souhaitent le meilleur mais ils ne sont pas activement impliqués dans les soins quotidiens ou la gestion de sa maladie. Leur soutien est principalement moral, mais ils laissent la responsabilité principale à leurs parents. Nous avons constaté que Souad se repose donc principalement sur ses parents pour l'assistance pratique et émotionnelle nécessaires.

Souad disait que dans sa famille il y a un soutien émotionnel de la part de tous les membres de sa famille, mais il y a ceux qui sont actifs dans la gestion de sa maladie comme ses parents et d'autres qui sont passive citant ses frères et sa sœur. Ce soutien émotionnel, même s'il est moins intense que celui de ses parents, joue un rôle précieux dans l'équilibre et la résilience de Souad face à sa maladie.

Les parents de Souad et même les autres membres de sa famille bien qu'étant neutres sur la gestion quotidienne de son diabète, mais dans l'encouragement à faire l'exercice, ils lui apportent un soutien émotionnel précieux. Ils l'encouragent particulièrement à poursuivre ses activités sportives, sachant qu'elle est sportive. Cet encouragement aide Souad. Cet encouragement aide Sabrina à maintenir une routine d'exercice, essentielle non seulement pour sa santé physique, mais aussi pour son bien-être mental.

Souad nous a parlé concernant la prise de l'insuline, elle a déclaré que ses parents jouent un rôle important dans la prise de son traitement. Ils l'aident à administrer ses injections d'insuline lorsque c'est nécessaire et veillent à ce qu'elle suive rigoureusement son traitement. Elle a rajouté que pour les autres membres de sa famille ne sont pas activement impliqués dans cette tâche spécifique. Leur soutien est plutôt moral et émotionnel, tandis que la gestion pratique de la maladie, y compris l'aide pour la prise d'insuline, repose principalement sur ses parents, elle dit : *« le vrai aide était de la part de mes parents ils fassent attention à mon injections rigoureuse d'insuline et à tout mon traitement, et les autres membres de famille leurs aides était morale ils ne fassent pas grand-chose dans mon quotidien »*.

Concernant son fiancé elle a rapporté qu'il a un rôle significatif dans la gestion de sa maladie, notamment en lui rappelant les moments de la prise de l'insuline, il veille à ce que Sabrina n'oublie pas ses injections d'insuline en lui envoyant des rappels réguliers. Elle a rajouté que son fiancé est activement impliqué dans la routine de gestion de son diabète, il a pris le temps de comprendre les besoins spécifiques de sa condition, montrant ainsi un engagement profond envers son bien-être. De là nous avons constaté que le fait que son fiancé lui rappelle de prendre son traitement, Souad reçoit également un soutien émotionnel et moral, et que c'est un partenaire actif et engagé, elle rapporte : *« l fiancé inou itt3awaniyi surtout g l'insuline inou ihfedh même lmahel ou je dois l'injecter yessmektheyeyid toujours »*. (Mon fiancé m'aide dans la prise d'insuline il a appris les temps quand je dois l'injecter et il me rappelle de ça toujours).

En dehors de sa famille, ses parents, et son fiancé Souad ne reçoit pas d'aide significative de la part d'autres personnes pour gérer son diabète. Ses parents sont ses principaux soutiens et jouent un rôle central dans sa vie quotidienne en lien avec sa maladie. Ils l'aident avec la gestion de sa glycémie, l'accompagnement aux rendez-vous médicaux, et

lui fournissent un soutien émotionnel crucial. Souad compte principalement sur eux pour l'assistance et le réconfort nécessaires pour vivre avec son diabète.

Depuis son diagnostic de diabète, Souad rapporte qu'elle a remarqué que ses relations avec sa famille ont changé de manière significative. La gestion de sa maladie impose un stress constant à ses parents, qui sont très impliqués dans son suivi quotidien, créant parfois des tensions et de l'inquiétude. Souad dit qu'elle se sent souvent trop dépendante de ses parents pour la gestion de sa maladie, ce qui entraîne un sentiment de frustration tant pour elle que pour ses parents. Cette dépendance affecte sa perception de son autonomie et parfois génère des conflits et des ressentiments. Elle pense que sans cette maladie, leurs relations seraient probablement plus harmonieuses et naturelles, sans les tensions et le stress associés à la gestion de sa condition, Souad dit : « *tkalayegh bezaff les parents inou* ». (Je dépend vraiment de mes parents)

Nous avons constaté que le diabète a introduit des défis et des tensions dans ses relations familiales, altérant la dynamique familiale de manière notable.

Elle a déclaré qu'en cas de problème, Souad se tourne en priorité vers ses parents. Ils sont son principal soutien. Leur engagement constant fait d'eux les personnes de confiance vers lesquelles elle se tourne d'abord pour obtenir de l'aide et du réconfort.

Notre sujet a déclaré qu'elle ne se sent que partiellement soutenue et comprise dans ce qu'elle traverse, Souad dit : « *ouydfehemnara toujours* ». (Ils ne me comprennent pas toujours).

L'ampleur de la gestion de sa maladie et ses impacts émotionnels ne sont pas entièrement saisis par ses proches. Ce manque de compréhension complète et de soutien profond lui laisse parfois isolée et frustrée, augmentant les défis qu'elle doit affronter seule.

Elle nous a déclaré que depuis l'annonce de son diabète les personnes de son entourage qui l'ont le plus aidée à avancer sur son chemin de vie sont principalement ses parents et son fiancé.

Axe V : Projection dans le futur

Souad envisage son parcours de soin à long terme avec une certaine désillusion et scepticisme, surtout après avoir abandonné son régime alimentaire strict.

Ayant abandonné son régime alimentaire. Elle se sent découragée et peine à trouver la motivation pour reprendre des habitudes saines. Elle est consciente des risques mais lutte pour trouver la force de les affronter, elle disait : « *yughal yu3er aken adughalegh à le3wayediw gmi abondonigh* ». (C'est devenu difficile de reprendre mes habitudes après que j'ai tout abandonné). Souad envisage un avenir positif et plein d'espoir.

Souad a des craintes concernant son avenir, notamment la peur de ne pas pouvoir avoir des enfants. Elle a rapporté qu'elle est consciente que le diabète de type 1 peut compliquer une grossesse, tant pour la mère que pour l'enfant. Elle craint les complications potentielles telles que les malformations congénitales, la macrosomie, ou encore les complications lors de l'accouchement.

Souad envisage un projet ambitieux pour l'avenir est de mener une recherche sur la relation entre la génétique, le diabète et la santé dentaire. En tant qu'inspecteur d'hygiène alimentaire et diabétique de type 1, elle a un intérêt personnel et professionnel à comprendre les liens entre le diabète, la génétique et la santé bucco-dentaire. Son expérience personnelle des complications dentaires liées au diabète la pousse à explorer cette voie, elle déclarait : « *ad3lagh une recherche adehewsagh f la relation entre la génétique wahi les dents, d l'intérêt personnel et professionnel inki* ». (Je vais faire une recherche sur la relation entre la génétique et la santé dentaire, pour moi c'est un intérêt personnel et professionnel).

Notre sujet nous a déclaré qu'elle n'a pas besoin d'un soutien supplémentaire pour réaliser ce futur projet.

Synthèse de l'entretien

Souad gère sa maladie avec des injections d'insuline, une surveillance glycémique stricte, une alimentation équilibrée et de l'exercice. Malgré une période de négligence ayant causé des complications, elle maintient désormais une gestion rigoureuse. Le soutien de ses parents et de son fiancé est essentiel. Elle exprime des difficultés émotionnelles, notamment lors de visites chez le dentiste et à cause d'un voisin perturbant. Souad est optimiste quant à son avenir, bien qu'inquiète des implications du diabète sur la maternité. Elle souhaite mener des recherches sur la génétique, le diabète et la santé dentaire.

B. Les données du questionnaire ADDQoL

Tableau 14 : Résultat du questionnaire ADDQoL de Mme Souad

Sujet	Age	Score	QDV
Mme Souad	32	-6,53	Mauvaise

Mme Souad nous a répondu à tous les items de questionnaire ADDQoL.

Pour l’item portant sur la qualité de vie d’une manière générale, Mme Souad a indiqué le niveau de sa qualité de vie parmi les sept propositions, elle trouve que sa qualité de vie actuelle est « bonne ».

Le score Average Weighted impact (AWI) de Mme Samia est (-6.53) estimé négatif ce qui signifie que sa qualité de vie est mauvaise.

Il trouve que sans diabète sa qualité de vie serait identique dans l’item suivant : item 17 : « Dépendance des autres ». Ce qui signifie que ce domaine cité dans cet item n’est pas touché et affecté par sa maladie ; c’est à dire sa maladie ne lui empêche pas d’accomplir ses différents besoins de la vie quotidienne.

Étant donné que sa qualité de vie serait nettement meilleure si elle n'avait pas été atteinte par le diabète, selon les items suivants : item 2 : « vie professionnel », item 3 : « Déplacement », item 4 : « Vacances », item 5 : « Attitudes physique », item 8 : « Relation sentimentale », item 9 : « Vie sexuelle », item 10 : « Apparence physique », item 11 : « Confiance en soi », item 12 : « Motivation », item 14 : « Sentiment sur l’avenir », item 16 : « Condition de vie », item 18 : « Liberté de manger », item 19 : « Liberté de boire ». Nous déduisons que cette maladie l'affecte dans le côté physique dont l'apparence physique et psychique dont la confiance en soi, ainsi elle ne peut pas boire ce qu'elle veut.

Cependant, sa qualité de vie serait bien meilleure sans diabète dans les deux items suivants : item 1 : « Loisir », item 6 : « Vie familiale », ce qui signifie que ces aspects sont affectés par sa maladie. Par contre sa qualité de vie serait un peu meilleure dans les items suivants : item 7 : « Vie sociale », item 13 : « Réaction aux autres », item 15 : « Situation financière ».

Synthèse de l'échelle ADDQoL

Mme Souad a répondu au questionnaire ADDQoL pour évaluer l'impact du diabète sur sa qualité de vie. Elle considère sa qualité de vie actuelle comme « bonne ». Cependant, son score d'impact moyen pondéré (AWI) de -6,53 indique une qualité de vie globalement mauvaise. Elle estime que le diabète n'affecte pas sa dépendance aux autres, mais que sans diabète, sa qualité de vie serait nettement meilleure dans de nombreux domaines tels que la vie professionnelle, les déplacements, les vacances, les relations sentimentales, la confiance en soi et la liberté alimentaire. En résumé, le diabète a un impact négatif significatif sur divers aspects de la vie de Mme Souad, même si elle juge sa qualité de vie générale comme Bonne.

C. Analyse de l'échelle de soutien social perçu

Tableau 15 : Les résultats de l'échelle de SSQ6 de cas 06 : Mme Souad

	01	02	03	04	05	06	Total	Total%
Disponibilité	0	5	5	5	1	2	18	33.33 %
Satisfaction	5	6	6	6	5	6	34	94.44%

La lecture de résultats de l'échelle affirme un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide en cas de besoin, avec un score de 18/54 (avec un pourcentage de 33.33%). Mais le résultat de la satisfaction vis-à-vis du soutien perçu indique un niveau très élevé de 34/36, avec un pourcentage de (94.44%).

Synthèse de l'échelle SSQ

Les résultats de l'échelle montrent que la perception de la disponibilité des personnes de l'entourage pour fournir une aide est faible. En revanche, la satisfaction vis-à-vis du soutien perçu est très élevée.

Synthèse du cas

En appuyant sur l'entretien semi directif et l'échelle de la qualité de vie ainsi l'échelle de soutien social. Nous constatons que Souad gère sa maladie d'une manière stricte, malgré une période de négligence qui lui a provoqué des problèmes de santé. Elle bénéficie d'un soutien de ses parents ainsi de son fiancé bien que ce niveau de disponibilité de personnes

qui lui offre de l'aide est très faible. Cependant ses évaluations suggèrent une qualité de vie moins favorable.

2. Synthèse des résultats et discussions des hypothèses

Après avoir présenté et analysé les résultats de nos six cas de recherche, nous arrivons enfin à la discussion de nos hypothèses, sur l'éventuelle possibilité d'être confirmées ou infirmées, à travers l'analyse des entretiens clinique semi-directifs qui ont été fait avec eux, ainsi que les deux échelles ADDQol de la qualité de vie, et SSQ de soutien social.

Notre thématique de recherche s'intitule « *le vécu psychologique des personnes atteintes de diabète type 1* », durant notre travail nous nous sommes basés sur la théorie cognitivo-comportementale.

La question générale de notre recherche est comme suit : Quelle est la nature du vécu psychologique des personnes atteintes de diabète de type 1 ?

Les questions partielles de notre recherche sont les suivantes :

1. Quelle est la nature de la qualité de vie des personnes atteintes de diabète de type 1 ?
2. Quel est le niveau de soutien social perçu par les personnes atteintes de diabète de type 1 ?

Afin de répondre aux questions de notre problématique, nous avons formulé les hypothèses suivantes :

Hypothèse générale :

Le vécu psychologique des personnes atteintes de diabète de type 1 est négatif.

Hypothèses partielles :

1. Les personnes atteintes de diabète de type 1 ont une mauvaise qualité de vie.
2. Les personnes atteintes de diabète de type 1 perçoivent un niveau bas de soutien social.

2.1. Discussion de la première hypothèse partielle

« Les personnes atteintes de diabète de type 1 ont une mauvaise qualité de vie ».

Cas Omar

D'après l'analyse des données de l'entretien semi directif et l'échelle de la qualité de vie ADDQoL que nous avons effectué avec le sujet, le résultat de questionnaire ADDQoL indique que la qualité de vie de Omar est mauvaise, avec un score Average Weight impact de (-0.05), à savoir sa vie est touché négativement dans l'aspect physique citant l'attitude physique, ainsi son déplacement et sa vie professionnelle.

Ce qui confirme notre hypothèse qui stipule que la qualité de vie des personnes atteintes de diabète type 1 est mauvaise.

Cas de Samia

D'après l'analyse des informations recueillies de l'entretien semi directif et l'échelle de la qualité de vie ainsi la théorie sur laquelle nous nous sommes basées, nous avons constaté que Samia présente une mauvaise qualité de vie, car elle vit mal sa situation. A propos de l'échelle de la qualité de vie ADDQoL que nous avons effectué avec Samia, nous avons déduit qu'elle présente une mauvaise qualité de vie avec un score de -2.10. Sa vie est impactée négativement dans les domaines suivants « l'attitude physique, l'apparence physique, confiance en soi, dépendance aux autres, liberté de boire, vie professionnelle, déplacement ».

D'après l'analyse des réponses du guide d'entretien et de l'échelle de la qualité de vie ADDQoL, nous avons constaté que Samia a une mauvaise qualité de vie. Donc notre première hypothèse partielle est confirmée.

Cas de Farida

En appuyant sur les données recueillies de l'entretien semi directif et l'échelle de la qualité de vie ainsi la théorie cognitives comportementales sur laquelle nous nous sommes basées, nous déduisons que Farida a une mauvaise qualité de vie puisque plusieurs aspects de sa vie sont impacté négativement par son diabète dont « les loisirs, le déplacement , l'attitude physique, apparence physique, sentiments sur l'avenir , liberté de manger et de boire, conditions de vie, vie sexuelle, ainsi la réaction des autres ».

Concernant l'échelle ADDQoL que nous avons effectué avec Farida le score Average Weight impact était -1.22. Nous constatons que sa qualité de vie est mauvaise, ce qui confirme notre première hypothèse partielle.

Cas de Tarek

D'après l'analyse des informations recueillies de l'entretien semi directif que nous avons effectué avec ce sujet, nous avons constaté qu'il a une mauvaise qualité de vie. Ceci se confirme à travers le résultat de score Average Weight impact qui est -0.34. Appuyant sur cette échelle ADDQoL nous avons constaté que les aspects touchés négativement par son diabète sont « sa vie professionnelle, vacances, déplacement ». Nous déduisons sa qualité de vie est mauvaise, donc notre première hypothèse partielle est confirmée.

Cas de Salah

Appuyant sur les résultats de l'entretien clinique semi directif que nous avons effectué avec le sujet nous avons déduit que Saleh a une mauvaise qualité de vie. Et le score Average Weight de l'échelle de la qualité de vie que nous avons utilisée pour évaluer sa qualité de vie est de -0.58. Cette échelle ADDQoL nous a permis de tirer les aspects touchés négativement par le diabète qui sont la liberté de boire et la relation sentimentale. Ce qui fait que notre première hypothèse partielle est confirmée.

Cas de Souad

Appuyant sur les résultats semi directif et l'échelle de la qualité de vie que nous avons effectué avec ce sujet nous avons déduit que Souad a une mauvaise qualité de vie avec un score Average Weight impact de -6.53. Qui a indiqué que plusieurs aspects dans sa vie sont touchés d'une manière négative citant « la vie professionnelle, déplacement, vacances, attitude physique, relations sentimentales, vie sexuelle, apparence physique, confiance en soi, motivation, sentiments sur l'avenir, conditions de vie, la liberté de manger et de boire ». Comprenez que l'effet négatif de la maladie touche presque tous les aspects de sa vie ce qui confirme donc notre première hypothèse partielle que la qualité de vie des personnes atteintes de diabète type 1 est mauvaise.

Synthèses

D'après les résultats obtenus à partir de l'analyse de l'entretien semi-directif ainsi que de l'échelle de la qualité de vie ADDQoL que nous avons effectué, nous avons constaté que

notre groupe de recherche qui se compose de 6 participants ayant un diabète type 1, ont une mauvaise qualité de vie pour tous les cas, le score varié de -0.05 allant à -6.53.

Nos résultats peuvent se rapprocher de ceux de Altman et al. (2022) pour le groupe de recherche JUBILE (Paris). Cette étude intitulée « *La vie des patients après 50 années de diabète de type 1* ». Elle vise à comprendre les conditions de vie et la santé des patients vivant avec le diabète de type 1 depuis plus de 50 ans.

L'étude Jubilé révèle que la qualité de vie des patients ayant plus de 50 ans de diabète de type 1 est généralement médiocre. Bien que beaucoup soient autonomes et participent à des activités sociales, les complications médicales sont fréquentes. La rétinopathie diabétique affecte une grande partie des patients, et les hypoglycémies sévères ainsi que les épisodes d'acidocétose sont courants. De plus, les patients ressentent mal les signes d'hypoglycémie, ce qui complique la gestion quotidienne de leur diabète.

Ils ont révélé qu'il est difficile de vivre avec un diabète de type 1, une maladie qui requiert des contraintes diététiques, des contrôles glycémiques et des injections d'insuline multiples, avec la crainte opposée des complications chroniques et des hypoglycémies, des difficultés majeures. Et que le diabète ne sera jamais équilibré quelles que soient les technologies, que les complications aiguës et chroniques vont déferler et ce très rapidement, comme la stérilité et l'impuissance, avec une limitation majeure de la durée de vie et une qualité de vie à jamais détruite (Altman et al., 2022).

Nos résultats peuvent aussi se rapprocher de ceux de l'étude menée par la Fédération Française des Diabétiques publié par Naïditch et Hehn. (2021). Cette étude quantitative menée pour les personnes diabétiques, l'amélioration de leur qualité de vie est souvent tout aussi importante que l'amélioration de leur équilibre glycémique.

La qualité de vie mesurée par le PROMS spécifique ADDQOL était significativement meilleure chez les personnes DT2 (-2,47) que chez les personnes DT1 (-2,80). Cette différence peut être induite par les conséquences de la maladie et de ses traitements qui sont vraisemblablement plus importantes chez les personnes DT1 que chez les personnes DT2 (insuline, risques d'hypoglycémies, risque de complications, etc.).

Le fardeau de la maladie mesuré par le TBQ a un impact plus important dans la vie quotidienne des personnes DT1 (5,48/10) que dans la vie des personnes DT2 (4,91/10). Le seul domaine où les personnes atteintes d'un DT2 ont été le plus impactées concerne

l'activité physique recommandée par leur médecin. Dans tous les autres domaines comme l'autosurveillance glycémique et les précautions à prendre par rapport aux médicaments, les personnes DT1 avaient des scores plus importants indiquant un fardeau de la maladie lourd. Cette différence peut notamment être induite par les contraintes associées au traitement par insuline.

Cet article s'est attaché à mettre en exergue l'impact du diabète sur la qualité de vie des personnes atteintes d'un diabète de type 1 ou de type 2. 2796 personnes diabétiques ont répondu au questionnaire en ligne. Les PROMS génériques utilisés ont permis de montrer que le diabète, qu'il soit de type 1 ou de type 2, avait des impacts sur la qualité de vie générale ainsi que sur la santé psychologique. Bien que les deux types de diabète aient des conséquences importantes sur la qualité de vie spécifique et sur le fardeau de la maladie, celles-ci étaient plus importantes chez les personnes DT1 que chez les personnes DT2 (Naïditch & Hehn, 2021).

Nos résultats sont ainsi comparables à ceux de l'étude de Yazidi et al. (2020), à l'hôpital la rabta, Tunisie. Cette étude a pour objectif l'évaluation de la qualité de vie d'une population tunisienne de DT1 adultes et les facteurs qui peuvent l'influencer.

Les résultats étaient négatifs avec le score moyen de QDV sans diabète était de $-1,5 \pm 0,7$ indiquant que la QDV des patients serait meilleure en l'absence de diabète.

Les facteurs associés à une QDV altérée étaient un âge ≥ 33 ans ($p=0,011$), un niveau socio-économique médiocre ($p=0,01$), un diabète plus ancien ($p=0,007$), une plus faible dose d'insuline journalière ($p=0,001$), un traitement par l'insuline humaine ($p=0,049$), une prévalence plus élevée d'hospitalisations pour décompensation cétoacidotique ($p=0,003$) et infectieuse ($p=0,008$), une fréquence plus élevée d'hypoglycémies ($p=0,003$), une prévalence plus élevée de néphropathie ($p=0,029$) et de rétinopathie diabétique ($p=0,038$), une HbA1C plus élevée ($p=0,031$) et un suivi irrégulier ($p=0,021$). Après analyse multivariée, un diabète plus déséquilibré ($HbA1 \geq 9,3\%$) et une dose d'insuline plus faible ($< 0,84 \text{ UI/Kg/j}$) étaient associés de manière indépendante à une altération de la QDV (Yazidi et al., 2020).

2.2. Discussion de la deuxième hypothèse partielle

« Les personnes atteintes de diabète de type 1 perçoivent un niveau bas de soutien ».

Cas de Omar

D'après l'analyse de l'entretien semi directif et l'échelle de soutien social SSQ6 que nous avons effectué avec le sujet nous avons déduit que la lecture des résultats de l'échelle indique que le sujet à un niveau bas de la perception de disponibilité de soutien social avec un score de 19/54 et un pourcentage de 35.18%, mais il s'est montré que le niveau de la satisfaction de Omar vis-à-vis le soutien social qu'il reçoit est élevée avec un score de 33/36 et un pourcentage de 91.67%. Delà notre deuxième hypothèse partielle qui est les personnes atteintes de diabète de type 1 perçoivent un niveau bas de soutien social est confirmée.

Cas de Samia

D'après l'analyse de l'entretien semi directif et l'échelle de soutien social SSQ6 que nous avons effectué avec le sujet nous avons déduit que la lecture des résultats de l'échelle indique que le Samia a un niveau bas de la perception de disponibilité de soutien social avec un score de 18/54 et un pourcentage de 33.33%, mais il s'est montré que le niveau de la satisfaction de Omar vis-à-vis le soutien social qu'il reçoit est élevée avec un score de 36/36 et un pourcentage de 100%. Donc notre deuxième hypothèse partielle qui est les personnes atteintes de diabète de type 1 perçoivent un niveau bas de soutien social est confirmée.

Cas Farida

En appuyant sur les résultats de l'entretien semi directif et l'échelle de soutien social SSQ6 que nous avons effectué avec le sujet nous avons constaté que la lecture des résultats de l'échelle indique que Farida a un niveau bas de la perception de disponibilité de soutien social avec un score de 15/54 et un pourcentage de 27.78%, mais il s'est montré que le niveau de la satisfaction de Omar vis-à-vis le soutien social qu'il reçoit est élevée avec un score de 28/36 et un pourcentage de 77.78%. Delà notre deuxième hypothèse partielle qui est les personnes atteintes de diabète de type 1 perçoivent un niveau bas de soutien social est confirmée.

Cas de Tarek

En se basant sur les résultats de l'entretien semi directif et l'échelle de soutien social SSQ6 que nous avons effectué avec Monsieur Tarek, nous avons synthétisé que la lecture des résultats de l'échelle indique que le sujet à un niveau très bas de la perception de disponibilité de soutien social avec un score de 5/54 et un pourcentage de 9.25%, mais il s'est montré que le niveau de la satisfaction de Omar vis-à-vis le soutien social qu'il reçoit est élevée avec un score de 33/36 et un pourcentage de 91.67%. Delà notre deuxième hypothèse partielle qui est les personnes atteintes de diabète de type 1 perçoivent un niveau bas de soutien social est confirmée.

Cas de Salah

En se référant de l'entretien semi directif et l'échelle de soutien social SSQ6 que nous avons effectué avec le sujet nous avons constaté que la lecture des résultats de l'échelle indique que le sujet à un niveau bas de la perception de disponibilité de soutien social avec un score de 16/54 et un pourcentage de 29.62%, mais il s'est montré que le niveau de la satisfaction de Omar vis-à-vis le soutien social qu'il reçoit est élevée avec un score de 34/36 et un pourcentage de 94.44%. Alors notre deuxième hypothèse partielle qui est les personnes atteintes de diabète de type 1 perçoivent un niveau bas de soutien social est confirmée.

Cas de Souad

D'après l'analyse de l'entretien semi directif et l'échelle de soutien social SSQ6 que nous avons effectué avec le sujet nous avons déduit que la lecture des résultats de l'échelle indique que Souad a un niveau bas de la perception de disponibilité de soutien social avec un score de 18/54 et un pourcentage de 33.33%, mais il s'est montré que le niveau de la satisfaction de Souad vis-à-vis le soutien social qu'il reçoit est élevée avec un score de 33/36 et un pourcentage de 94,4%. Donc notre deuxième hypothèse partielle qui est les personnes atteintes de diabète de type 1 perçoivent un niveau bas de soutien social est confirmée.

Synthèse

La deuxième hypothèse partielle « *Les personnes atteintes de diabète de type 1 perçoivent un niveau bas de soutien* » est confirmée, en interprétant les entretiens et l'échelle de soutien social SSQ6, nous constatons que tous les cas ont un niveau bas de perception de la disponibilité de certaines personnes de l'entourage comme susceptibles de fournir une aide

en cas de besoin avec un score varié entre 9.25 à 35.18, mais tous les cas ont un niveau très élevé de satisfaction avec un score de 77.78% à 100% vis-à-vis du soutien bas obtenu.

Nos résultats peuvent se rapprocher de ceux d'une étude d'Olivier Walger (2009), intitulé « Empowerment et soutien social des personnes vivant avec le diabète », qui a met en lumière le rôle crucial de soutien social dans le processus d'empowerment des personnes diabétiques. Elle montre que le soutien social qu'il provienne de la famille, des amis ou des professionnels de de la santé, est un facteur déterminant pour améliorer l'autonomie et la qualité de vie des patients (Walger, 2009).

Nos résultats sont un peu proches aux résultats de l'étude DiabCare, menée en 2008, par M. Belhadj, Z. Arbouche, M. Brouri, R. Malek, M. Semrouni, S. Zekri, D. Nadir, S. Abrouk, a également montré d'autres insuffisances dans la prise en charge du diabète (Belhadj et al., 2019).

2.3. Discussion de l'hypothèse général

« Le vécu psychologique des personnes atteintes de diabète de type 1 est négatif ».

Cas Omar

D'après l'analyse des données recueillis à partir de l'entretien semi directif et l'échelle de la qualité de vie ADDQoL et l'échelle de soutien social SSQ6 pour ce sujet, nous avons constaté que Omar a une mauvaise qualité de vie et un niveau bas de soutien social, donc il a un mauvais vécu psychologique de du diabète type 1. De ceci l'hypothèse général est confirmée.

Cas de Samia

D'après l'analyse des données recueillis à partir de l'entretien semi directif et l'échelle de la qualité de vie ADDQoL et l'échelle de soutien social SSQ6 pour ce sujet, on a constaté que Samia a une mauvaise qualité de vie et un niveau bas de soutien social, donc il a un mauvais vécu psychologique de du diabète type 1. Ce qui fait que notre hypothèse générale est confirmée.

Cas de Farida

D'après l'analyse des données recueillis à partir de l'entretien clinique semi directif et l'échelle de la qualité de vie ADDQoL et l'échelle de soutien social SSQ6 pour ce sujet, nous avons constaté que Farida a une mauvaise qualité de vie et un niveau bas de soutien social, donc il a un mauvais vécu psychologique de du diabète type 1. Alors l'hypothèse général est confirmée.

Cas de Tarek

D'après l'analyse des données recueillis à partir de l'entretien clinique semi directif et l'échelle de la qualité de vie ADDQoL et l'échelle de soutien social SSQ6 pour ce sujet, nous avons constaté que Tarek a une mauvaise qualité de vie et un niveau bas de soutien social, donc il a un mauvais vécu psychologique de du diabète type 1. De ceci l'hypothèse général est confirmée.

Cas de Salah

D'après l'analyse des données recueillis à partir de l'entretien clinique semi directif et l'échelle de la qualité de vie ADDQoL et l'échelle de soutien social SSQ6 pour ce sujet, nous avons constaté que Saleh a une mauvaise qualité de vie et un niveau bas de soutien social, donc il a un mauvais vécu psychologique de du diabète type 1. De celà l'hypothèse général est confirmée.

Cas de Souad

D'après l'analyse des données recueillis à partir de l'entretien clinique semi directif et l'échelle de la qualité de vie ADDQoL et l'échelle de soutien social SSQ6 pour ce sujet, nous avons constaté que Souad a une mauvaise qualité de vie et un niveau bas de soutien social, donc il a un mauvais vécu psychologique de du diabète type 1. Alors l'hypothèse général est confirmée.

Synthèse

Appuyant sur les résultats des entretiens clinique semi-directif et l'échelle de la qualité de vie ADDQoL et l'échelle de soutien social SSQ6 que nous avons effectué avec les sujets de notre groupe de recherche nous avons constaté une mauvaise qualité de vie chez eux et un niveau bas de soutien social ce qui confirme un vécu psychologique négatif. Donc notre hypothèse générale, est confirmée.

Synthèse du chapitre

Suite aux résultats obtenus à partir de l'analyse de l'entretien semi-directif et les deux échelles de la qualité de vie et soutien social, nous avons constaté que les six sujets de recherche ont une mauvaise qualité de vie. Par-là, nous avons confirmé notre première hypothèse partielle qui est formulé comme suit : Les personnes atteintes de diabète de type 1 ont une mauvaise qualité de vie, pour les six cas.

De plus, nous avons ainsi constaté que tous les sujets de notre recherche ont un niveau bas de soutien social. De ceci, nous avons confirmé notre deuxième hypothèse partielle qui présume que : Les personnes atteintes de diabète de type 1 perçoivent un niveau bas de soutien social, pour tous les cas.

De ce fait, notre hypothèse générale intitulée : « *Le vécu psychologique des personnes atteintes de diabète de type 1 est négatif* », est confirmée pour Omar, Samia, Farida, Tarek, Salah, Souad.

Conclusion

Le monde de santé s'accorde aujourd'hui pour placer les maladies chroniques au centre des préoccupations de santé publique. Le diabète de type 1 est une maladie chronique caractérisée par une incapacité du pancréas à produire suffisamment d'insuline, cette dernière est une hormone essentielle pour réguler la glycémie (taux de sucre dans le sang). Cette déficience en insuline entraîne une hyperglycémie chronique, c'est-à-dire un taux de sucre élevé dans le sang, qui peut avoir des conséquences graves sur la santé à long terme.

Le vécu psychologique des personnes atteintes du diabète de type 1 est complexe et multidimensionnel, englobant les aspects émotionnels, comportementaux et sociaux de la maladie.

La qualité de vie est considérablement influencée par la manière dont les individus gèrent leur condition au quotidien et par l'efficacité avec laquelle ils font face aux multiples défis imposés par le diabète, comme exemple, la gestion quotidienne du diabète, y compris la surveillance de la glycémie, l'administration d'insuline et la gestion des régimes alimentaires.

L'importance du soutien social ne peut être sous-estimée. Un réseau de soutien bienveillant joue un rôle crucial dans l'amélioration des résultats de santé et le bien-être psychologique, en aidant les personnes diabétiques à se sentir moins seules, mieux comprises et plus capables de gérer leur maladie. Les groupes de soutien, les amis, la famille et les professionnels de santé compatissants contribuent tous à ériger un système de soutien qui favorise une meilleure qualité de vie.

Cette recherche a eu pour objectif de décrire la nature et la qualité du vécu psychologique des personnes atteintes de diabète.

Afin de réaliser notre travail sur le terrain, nous avons choisi la méthode clinique par étude de cas et nous avons opté pour trois techniques qui sont l'entretien clinique semi-directif et deux échelles, l'échelle de l'audit diabetes dependante quality of life (ADDQoL) pour la qualité de vie, et l'échelle de Social Support Questionnaire (SSQ) pour le soutien social. Cela dans le but de décrire et de retirer les signes qui indiquent la qualité et la nature de vécu psychologique des personnes atteintes de diabète type 1. Afin d'affirmer ou d'infirmer nos hypothèses.

En effet, nous avons effectué notre recherche au sein de la maison des diabétiques de Sidi-Aich, Bejaia. Ainsi, notre groupe de recherche est constitué de six personnes d'un âge adulte atteintes de diabète type 1.

À travers des résultats obtenus durant notre recherche, nous avons constaté que notre hypothèse générale intitulée : « *Le vécu psychologique des personnes atteintes de diabète de type 1 est négatif* ». Est confirmée pour les six cas.

Pour la première hypothèse partielle intitulée « *Les personnes atteintes de diabète de type 1 ont une mauvaise qualité de vie* » est confirmée par rapport à tous les sujets de la recherche.

Et nous avons aussi confirmé notre deuxième hypothèse partielle intitulée : « *Les personnes atteintes de diabète de type 1 perçoivent un niveau bas de soutien social* » avec tous les cas.

Nous tenons à souligner que le vécu est différent pour chacune des personnes diabétiques, or la qualité de vie est mauvaise pour tous.

Pour conclure notre travail, nous espérons que notre recherche à contribuer à faire la lumière le vécu psychologique de ses personnes diabétiques de type 1.

En effet le sujet du vécu psychologique, est un sujet qui mérite d'être étudié et d'être mis en avant, c'est pour cela que nous allons présenter quelques thématiques que nous avons estimé nécessaires à étudier tel que :

- L'anxiété chez les personnes diabétiques.
- La résilience chez les personnes atteintes de diabète.
- L'estime de soi chez les personnes diabétiques.
- Travail de deuil chez les personnes atteintes de diabète.
- Les stratégies de coping chez les personnes diabétiques.

Liste bibliographique

1. Altman, J.-J., Niarra, R., Balkau, B., & Vincent-Cassy, C. (2022). La vie des patients après 50 années de diabète de type 1 : la cohorte jubilé. *Médecine des Maladies Métaboliques* 15(3), 29-36. Repéré à https://www.sfendocrino.org/wp-content/uploads/2023/10/3_JJacques_ALTMAN-v2.pdf
2. Angers, M. (1997). *Initiation pratique à la méthodologie des sciences humaines*. CEC.
3. Aspar, J. (2004). *Pédiatrie*. De Boeck.
4. ATLAS, Fédération internationale du diabète. (2017). *Atlas mondial de diabète* (8^e éd). Repéré à <https://www.federationdesdiabetiques.org/public/content/1/doc/idf-atlas-8e-fr.pdf>
5. ATLAS, Fédération internationale du diabète. (2019). *Atlas mondial de diabète* (9^e éd). Repéré à https://diabetesatlas.org/upload/resources/material/20200302_133352_2406-IDF-ATLAS-FRENCH-BOOK.pdf
6. ATLAS, Fédération internationale du diabète. (2021). *Atlas mondial de diabète* (10^e éd). Repéré à https://fmdiabetes.org/wp-content/uploads/2022/01/IDF_Atlas_10th_Edition_2021-comprimido.pdf
7. Baraquin, N., Baudart, A., Dugué, J., Laffitte, J., Ribes, F., & Wilfert, J. (2011). *Dictionnaire de philosophie* (4^e éd). Armand Colin.
8. Barrera, M. (1981). Social Support in the Adjustment of Pregnant Adolescents : Assessment Issues. Dans B.-H. Gottlieb (dir.), *Social Networks and Social Support* (pp. 69-96). Sage.
9. Beaussart, P., & Genton, P. (2005). *Epilepsies - Avancées médicales et sociales*. John Libbey Eurotext.
10. Belhadj, M., Arbouche, Z., Brouri, M., Malek, R., Semrouni, M., Zekri, S., Nadir, D., & Abrouk, S. (2019). BAROMÈTRE Algérie : enquête nationale sur la prise en charge des personnes diabétiques. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 13(2). 188-194. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(19\)30055-0](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(19)30055-0)
11. Bénony, H., & Chahraoui, K. (1999). *L'entretien clinique*. Dunod.
12. Bénony, H., & Chahraoui, K. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Dunod.
13. Berger, M. (2006). *Les troubles du développement cognitif : approche thérapeutique chez l'enfant et l'adolescent*. Dunod.
14. Bernstein, R. (2018). *Le guide complet du diabète*. Odile Jacob.
15. Berube, L. (1991). *Terminologie de neuropsychologie et de neurologie du comportement*. Chenelière.

16. Bioy, A., Castillo, M.-C., & Koenig, M. (2021). *Les méthodes qualitatives en psychologie clinique et psychopathologie*. Dunod.
17. Blanchet, A., & Gotman, A. (2015). *L'entretien : l'enquête et ses méthodes* (2^e éd). Armand Colin.
18. Boitard, C. (2020). Les diabètes de la génétique à l'environnement. *La revue de bulletin de l'académie nationale de médecine*, 204(5), 493-499. <https://doi.org/10.1016/j.banm.2020.03.007>
19. Bontemps, R., & Cerisier, B., Cherbonnier, A., Trefois, P. (2005). *Représentations de la Santé et de la Maladie*. Bruxelles, l'ASBL Question Santé et la Commission Communautaire Française, le 12 décembre 2005. Repéré à <https://questionsante.org/03publications/charger/bxlsante2006.pdf>.
20. Boudouda, N.-E. (2013). *Les immigrés maghrébins à l'épreuve du vieillissement : Concept de soi et qualité de vie*. Thèse de doctorat en psychologie. Université de Lorraine, Nancy.
21. Bouvet, C. (2015). *18 notions de la pratique de l'entretien clinique*. Dunod.
22. Briançon, S., Guérin, G., & Sandrin-Berthon, B. (2010). Maladies chroniques. *La revue d'actualité et dossier en santé publique*, (72), 11-53. <https://www.etp29.fr/wp-content/uploads/2019/11/2010-09-adsp-n%C2%B072-maladies-chroniques-et-ETP.pdf>
23. Brink, S.-J., Wareen-Lee, W., Pillay, K., & Kleinebreil, L. (2011). *Le diabète de l'enfant et de l'adolescent*. Novo Nordisk.
24. Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes*. Dunod.
25. Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2014). *Psychologie de la santé, modèles, concepts et méthodes* (2e éd). Dunod.
26. Buysschaert, M. (2006). *Diabétologie clinique* (3^e éd). De Boeck.
27. Buysschert, M. (2011). *Diabétologie clinique* (4^e éd). De Boeck.
28. Caron, J., & Guay, S. (2005). Le soutien social et santé mentale. *La revue de santé mentale au Québec*, 30(2), 15-41. <https://doi.org/10.7202/012137ar>
29. Castrede, M.-F. (2003). *Introduction à la psychologie clinique*. Belin Education.
30. Catherine, S. (2011). *Le diabète et la sexualité chez les hommes et chez les femmes*. Robert Laffont.
31. Chantel, A. (1998). *L'impact du support social sur la santé des femmes*. Le centre d'excellence des prairies.

32. Colette, C., & Monnier, L. (2014). *Diabétologie*. Elsevier Masson.
33. Cousin, G., & Dominique, P. (2016). *Le bien-être émotionnel : 9 clés pour vivre la pleine conscience*. Odile Jacob.
34. Couttraux, J. (2007). *Les thérapies comportementales et cognitives* (4^e éd). Elsevier Masson.
35. Debray, R. (2003). Réflexions actuelles à propos d'un cas de diabète insulino-dépendant apparu à quatre ans. *La revue française de psychosomatique*, 23(1), 25-36. <https://doi.org/10.3917/rfps.023.0025>
36. Delamare, J., Delamare, F., & Gélis-Malville, E. (2009). *Dictionnaire illustré des termes en médecine* (30^e éd). Maloine.
37. Desplats, M., Piolino, Y., Boniol, P., & Cracowski, J.-L. (2023). *Manuel du Sommeil et de la Vigilance*. Elsevier Masson.
38. Doron, R., & Parot, F. (2013). *Dictionnaire de psychologie*. PUF.
39. Fischer, G.-N. (2002). *Traité de psychologie de la santé*. Dunod.
40. Florence, M. (2016). *Stress oxydant et pathologie diabétique*. Thèse de doctorat, Médecin humaine et pathologie. Université de Saint -Denis. France.
41. François, C. (2010). *Importance de soutien social chez les insuffisants cardiaque*. IPSC.
42. Frank, O. (2023). *Revue générale des maladies glomérulaires*. Washington University in St. Louis. <https://www.msmanuals.com/fr/professional/troubles-g%C3%A9nitourinaires/maladies-glom%C3%A9rulaires/revue-g%C3%A9n%C3%A9rale-des-syndromes-n%C3%A9phrotiques>
43. Fredrickson, B., & Seligman, M. (2023). *Positive Psychology : the strengths that make us happy*. Pearson.
44. Friedman, S. (1999). *Diabète insulino-dépendant, stress et troubles psychiatriques*. Paris, C.M.M.E, hôpital Sainte Anne. Repéré à <https://slideplayer.fr/slide/186653/>
45. Gentry, W.-D., & Kobasa, S., (1984). Social and psychological resources mediating stress-illness relationship in humans. Dans W.-D. Gentry (dir.), *Handbook of Behavioral Medicine* (pp. 87-116).
46. Geoffroy, L., & Gonthier, M. (2003). *Le diabète chez l'enfant et l'adolescent*. Montréal, hôpital sainte-justine.
47. Gerard, S. (2006). *Diabétologie clinique*. De Boeck.
48. Giami, A. (2013). *La posture clinique dans la recherche en psychologie et en science humaines*. Dans S. Ionescu, & A. Blanchet (dir.), *Méthodologie de la recherche en psychologie clinique* (pp. 33-52). Puf.

49. Goleman, D. (1995). *Psychologie de l'émotion*. Robert Laffont.
50. Grawitz, M. (2001). *Méthodes des sciences sociales*. (9^e éd). Dalloz.
51. Grimaldi, A. (2005). *Traité de diabétologie*. Lavoisier Medecine Sciences.
52. Grimaldi, A., & hartemann-heurtier, A. (2009). *Guide pratique du diabète* (4^e éd). Elsevier Masson.
53. Guillausseau, P.-J., & Laloi-Michelin, M. (2003). Physiopathologie du diabète de type 2. *La revue de Médecine Interne*, 24(11), 730-737. [https://doi.org/10.1016/S0248-8663\(03\)00244-3](https://doi.org/10.1016/S0248-8663(03)00244-3)
54. Haynal, A., Pasini, W., & Archinard, M. (1997). *Médecine psychosomatique, perçus psychosociaux* (3^e éd). Masson.
55. Helen, M.-P. (2016). Diabète et dépression : quel lien ?. *La revue Equilibre*, (313). Repéré à <https://www.federationdesdiabetiques.org/information/risques/depression-diabete>
56. Hennen, G. (2001). *Endocrinologie*. (1^{er} éd). De Boeck.
57. Henri, C. (2005). Recherche en soins infirmiers. *La revue Association de Recherche en Soins Infirmiers*, 80(1), 102. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2005-1.html>
58. Hobfoll, S.-E., & Stokes, J.-P. (1988). The Process and Mechanics of Social Support. Dans S. Duck, D.-F. Hay, S.-E. Hobfoll, W. Ickes, & B.-M. Montgomery (dir.), *Handbook of Personal Relationships : Theory, Research and Interventions* (pp. 497-517).
59. <https://cpa.ca/fr/psychology-works-fact-sheet-diabetes/> (Consulté le 24/05/2024 à 23:37 h).
60. <https://diabetelab.federationdesdiabetiques.org/soutien-psychologique-diabete/> (Consulté le 20/02/2024 à 14 : 06 h).
61. <https://elwatan-dz.com/sante-quatre-millions-dalgeriens-malades-du-diabete>. (Consulté 18/02/2024 à 05 : 30 h).
62. <https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/diabete/diabete-vivre-quotidien>. (Consulté le 22/02/2024 à 10 : 07 h).
63. <https://www.mcmastervieillissementoptimal.org> (Consulte le 05/03/2024 à 16 : 11 h).
64. <https://www.santepubliquefrance.fr>. (Consulte le 20/02/2024 à 12 : 47 h).
65. <https://www.universalis.fr> (Consulté le 22/05/2024 à 13 : 55 h).
66. Ionescu, S., & Schauder, S. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques*. Dunod.

67. Jean-Louis Schlienger, J.-L. (2018). Nutrition clinique pratique chez l'adulte, l'enfant et la personne âgée. Dans J.-F. Blicke (dir.), *Diabète* (3^e éd., p. 229-246). Elsevier Masson.
68. Jean-Pierre, O., Edwige, D., & Thierry, G. (2012). *Psychiatrie*. (2^e éd). Lavoisier.
69. Jérôme, F., Bury, J., Balcou-Debussche, M., & Eymardet, C. (2010). *Éducation thérapeutique du patient modèles pratiques et évaluation*. Inpes. Repéré à <https://hal.univ-reunion.fr/hal-01226685/file/1302.pdf>
70. Keddad, A. (2017, 2 août). *Epidémiologie du diabète dans le monde et en Algérie*. Pharmainvest. Repéré à <https://pharmainvest.dz/epidemiologie-du-diabete-dans-le-monde-et-en-algerie/>
71. Khiati, M. (2014). *Le diabète sucré chez l'enfant*. Office des publications universitaires.
72. Kidiss, B. (2021, 30 août). Pourquoi le diabète explose-t-il en Algérie. *AlloDoceurs AFRICA*. Repéré à <https://www.allodocteurs.africa/pourquoi-le-diabete-explose-t-il-en-algerie-2255.html>
73. Lacroix, J., Gauthier, M., Hubert, P., Leclerc, F., & Gaudreault, P. (2007). *Urgences et Soins intensifs pédiatriques*. (2^e éd). CHU Sainte-Justine, Elsevier Masson.
74. Léplège, A., & Coste, J. (2002). *Mesures de la santé perceptuelle et la qualité de vie et application*. Estem.
75. Leplège, A., & Debout, C. (2007). Mesure de la qualité de vie et science de soins infirmiers. *Recherche en soins infirmiers*, (88), 18-24. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-1-page-18.htm>
76. Loubet, D.-B. (2000). *Initiation aux méthodes de recherche en sciences sociales*. L'Harmattan.
77. Manna, F., & Sachiko, T.-T. (2013). *Dessine-moi ton diabète*. Travail de Bachelor en Soins infirmiers. Haute école de santé, Genève. Repéré à <https://core.ac.uk/download/pdf/20662321.pdf>
78. Marc, E., & Picard, D. (2002). *Les relation et communication interpersonnelles*. Dunod.
79. Marilou, B.-S., & Bruno, Q. (2001). *Personnalité et malades, stress, coping, et ajustement*. Dunod.
80. Marshall, R.-V. (2022). *Le nouveau guide pratique sur le syndrome de l'intestin irritable*.
81. Martin, L., Karine, C., & André, S. (2015). *Effet du soutien social sur le bien-être psychologique et la poursuite des études postsecondaires : une étude chez les élèves en*

- contexte francophone minoritaire*. L'orientation scolaire et professionnelle, mis en ligne le 15 mars 2018. <https://doi.org/10.4000/osp.4506>
82. Mercier, M., & Schraub, S. (2005). *Qualité de vie : quels outils de mesure ?* Repéré à <https://hal.science/hal-03574948>
83. Michel, J., & Stéphane, G. (2003). *Psychologie de la santé, technique, pratique et modèle*. Dunod.
84. Mikolajczak, M. (2013). *Les interventions en psychologie de la santé*. Dunod.
85. Mohsen, M. (2016). *Impact d'un programme de soins d'éducation thérapeutique sur la qualité de vie des patients diabétique de type 2*. Thèse de doctorat en médecine. Université de Limoges, France.
86. Monnier, L. (2014). *Diabétologie*. (2^e éd). Elsevier Masson.
87. Monnier, L., & Colette C, (2010). *Diabétologie*. Elsevier Masson.
88. Monnier, L., & Schlienger J.-L. (2018). *Manuel de nutrition pour le patient diabétique*. Elsevier Masson.
89. Montreuil. M., Tazopoulou, E., & Truelle, J.-L. (2009). *La qualité de vie ou l'intérêt de la subjectivité de l'opinion individuel*. Repéré à https://noesis.crifst.ro/wp-content/uploads/revista/2009/2009_2_03.pdf
90. Morel, D. (1981). Dimensions psychologique du diabète. *Can fam physician*, 27, 1309-1311. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2306141/>
91. Moron, G.-S. (1987). *La psychiatrie de l'enfant* (30-31). PUF.
92. Naïditch, N., & Hehn, C. (2021). Étude quantitative sur les impacts du diabète sur la vie des personnes atteintes de diabète de type 1 et de type 2. *Fédération Française des Diabétiques*. Repéré à <https://diabetelab.federationdesdiabetiques.org/indicateurs-proms-impacts-diabete/>
93. Nordisk, N. (2021, 1 octobre). Quel est le bon taux de glycémie à jeun ?. *Impulser le changement dans le diabète*. Repéré à <https://www.diabete.fr/quel-est-le-bon-taux-de-glycemie-jeun/>
94. OMS, Organisation mondiale de la Santé. (2016). *Rapport mondial sur le diabète*. Repéré à <https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/254648/9789242565256-fre.pdf?sequence=1>
95. Pardinielli, J.-L., & Fernandez, L. (2015). *L'observation clinique et l'étude de cas*. (3^e éd). Armand Colin.
96. Pardinielli, J.-L. (2006). *Introduction à la psychologie clinique*. Armand Colin.
97. Popelier, M. (2006). *Le diabète*. Le Cavalier Bleu.

98. Pouchot, J. (2003). *Mesures de qualité de vie en rhumatologie*. Springer-Verlag.
99. Punthakee, Z., Goldenberg, R., & Katz, P. (2018). Definition, Classification and Diagnosis of Diabetes, Prediabetes and Metabolic Syndrome. *Can J Diabetes*, 42(1), 10-15. <https://doi.org/10.1016/j.jcjd.2017.10.003>
100. Quevanvillers, J., Perlemuter, L., & Perlemuter, G. (2009). *Dictionnaire médicale de l'infirmier*. (8^e éd). Elsevier Masson.
101. Ramoussin, F. (2020). *Qualité de vie perçue chez les personnes âgées en institution : liens avec les traits de personnalité et le soutien social perçu*. Thèse de master Psychologie du Vieillessement Normal et Pathologique. Université d'Angers, France.
102. Rivest, R. (2011). La résilience : apprendre à rebondir après l'épreuve. *Gestion de soi*, 36(2), 13-17. <https://doi.org/10.3917/riges.362.0013>
103. Saudo, M., Dzeraviashka, P., Magot, L., & Vincent, Y.-M. (2021). Perceptions et émotions de patients diabétiques de type 2 concernant leur diabète pendant le premier confinement dû à la Covid-19 : analyse netnographique. *Médecine Des Maladies Métaboliques*, 15(6), 623-631. <https://doi.org/10.1016/j.mmm.2021.04.010>
104. Sauvayre, R. (2013). *Les méthodes de l'entretien en sciences sociales*. Dunod.
105. Servan-Schreiber, D. (2003). *L'équilibre corps-esprit : Comment retrouver le bien-être et la sérénité*. Fayard.
106. Sillamy, N. (2003). *Dictionnaire de psychologie*. Larousse.
107. Sillamy, N. (2006). *Dictionnaire de psychologie*. Larousse.
108. Sophie, L. (2009). *Qualité de vie et développement post- traumatique de patientes en remissions à long terme d'un cancer su sein*. Thèse de doctorat. Université de Nantes.
109. St-Jean-Trudel, E. (2009). *Le soutien social et l'anxiété : les prédicteurs de la santé mentale et validation d'un nouvel instrument de mesure*. Thèse de maîtrise, Université du Québec, Canada. Récupéré de <https://archipel.uqam.ca/1870/1/D1765.pdf>
110. Streeter, C. L., & Franklin, C. (1992). Defining and measuring social support : Guidelines for social work practitioner. *Research in social work practice*, 2(1), 81-98. <https://doi.org/10.1177/104973159200200107>
111. Strena, L. (2011). *Etude des tracés quotidiens des étudiants de grandes écoles : lien avec la santé perçue, la qualité de vie et importance de la prise en compte de l'influence des traits de personnalités et de l'estime de soi*. Thèse de doctorat en Psychologie clinique et psychopathologie. Université de Bourgogne, France.

112. Stuart, J.-B., Weirhen, W.-L., Kubendran, P., & Line, K. (2011). *Diabète de l'enfant et de l'adolescent, Manuel de formation de base à l'usage des professionnels de santé des paysan développement*. (1^{er} éd). Novo Nordisk.
113. Sultan, S., & Varescon, I. (2012). *Psychologie de la santé*. PUF.
114. Tardy, C.-H. (1985). Social Support Measurement. *American Journal of Community Psychology*, 13(2). 187-203.
115. Tessier, N. (1993). *Relations entre les comportements coercitifs, le stress et le soutien social*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières. Repère à <https://depot-e.uqtr.ca/id/eprint/5371>
116. Trudel, E.-J. (2009). *Le soutien social et l'anxiété : les prédicteurs de la santé mentale et validation d'un nouvel instrument de mesure*. Thèse doctorat en psychologie. Université du Québec à Montréal, Canada. Repéré à <https://archipel.uqam.ca/1870/1/D1765.pdf>
117. Vaux, A. (1992). Assessment and analysis. Dans H. Veiel & U. Baumann (dir.), *The meaning and measurement of social support* (pp. 193-216). Hemisphere.
118. Véronique, B., & Martine, F. (2014). *Apprendre Pourquoi ? Comment ?*. Sciences Humaines.
119. Wade, C., & Tavris, C. (2000). *Introduction à la psychologie, les grandes perspectives*. (2^e éd). De Boeck.
120. Walger, O. (2009). Empowerment et soutien social des personnes vivant avec un diabète : développement d'un outil d'évaluation à usage clinique. *Education du patient et enjeux de santé*, 27(1). 5-12. <https://www.researchgate.net/publication/291346698>
121. Yazidi, M., El Felah, E., Oueslati, I., Chaker, F., Gira, W., Khessairi, N., & Chihaoui, M. (2020). Evaluation de la qualité de vie du diabétique de type 1 adulte. *La tunisie medicale*. 98(11), 861-868. Repéré à <https://applications.emro.who.int/imemrf/455/Tunisie-Med-2020-98-11-861-868-fre.pdf>
122. Zimmermann-Sloutskis, D., Moreau-Gruet, F., & Zimmermann, E. (2012). *Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution*. Obsan. Repéré à https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/obsan_54_rapport.pdf

Annexes

Annexe 1 : Guide d'entretien clinique semi-directif

Les renseignements personnels :

- Quel âge avez-vous ?
- Quelle est votre situation socio-économique ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Quel est votre état matrimonial ?
- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?
- Est-ce que vous avez exercé une profession ? Si oui, quel est votre profession ?
- Avez-vous des frères et sœurs ? Si oui, combien ?
- Lieu d'habitat

Axe I : Informations sur le diabète :

- Quel type de diabète présentez-vous ?
- Depuis quand avez-vous cette maladie (âge) ? et comment s'est-elle manifestée ?
- Y a-t-il eu des événements significatifs liés à votre diabète depuis votre diagnostic initial ? Si oui, pourriez-vous en parler ?
- Depuis votre diagnostic initial, quels traitements spécifiques avez-vous suivis pour gérer votre diabète et comment ont-ils influencé votre vie quotidienne ?
- Suivez-vous un régime particulier ? Si oui, lequel ? Comment vous le vivez ?
- Avez-vous des complications liées au diabète ? Si oui, en quoi consistent-elles et quelles sont vos difficultés ?
- Trouvez-vous difficile de vivre avec cette maladie ? Comment vivez-vous avec cette maladie ?
- Avez-vous déjà été hospitalisé ? si oui, pour combien de temps ? et comment avez-vous vécu cette hospitalisation ?
- Avez-vous quelqu'un de votre famille qui est diabétique ? Si oui, de qui s'agit-il ?

Axe II : Informations liées à la confrontation à la maladie :

- Quelle a été votre première réaction lorsque vous avez appris que vous étiez atteint par cette maladie ? Pouvez-vous me décrire votre état à cette période-là ?
- Avez-vous d'autres maladies liées au diabète ? Si oui, lesquelles ? Sinon, souffrez-vous d'autres maladies ou troubles psychologiques ?
- Comment vivez-vous votre maladie ?
- Quelles difficultés pensez-vous rencontrer avec la maladie ?
- A ce moment-là, y avait-il des choses qui vous inquiétaient ? Qu'est-ce qui vous préoccupait le plus par rapport à votre santé ?
- Votre maladie a-t-elle changé des choses pour vous ? Si oui, pouvez-vous les décrire ?
- Comment vous sentez-vous lors de la prise de traitement ?
- Pourriez-vous partager avec nous des situations où vous avez dû faire face à des défis liés à votre diabète et décrire les stratégies que vous avez utilisées pour les surmonter ?
- Quelles ressources, qu'elles soient psychologiques, sociales ou autres, avez-vous trouvées les plus utiles pour faire face à votre maladie ?
- Vous sentez-vous capable de faire face à votre maladie ?

Axe III : Qualité de vie :

- Que pensez-vous de votre vie ? Pensez-vous qu'elle est satisfaisante ?
- Comment vivez-vous le diabète ?
- Comment les changements spécifiques dans votre mode de vie, liés au diabète, ont-ils influencé vos activités quotidiennes ?
- Votre vie quotidienne est-elle enrichie par des opportunités, des moments ou des relations qui vous intéressent ?
- Malgré les défis posés par la maladie, quels aspects de votre vie trouvez-vous toujours enrichissants et positifs ?
- Avez-vous eu des chocs traumatisants physiques ou psychiques dans votre vie ?
- Comment vous sentez-vous sur le plan émotionnel ?
- Trouvez-vous facile de vous endormir ? Votre sommeil est-il profond (réparateur) ?
- Pouvez-vous nous parler de vos relations sociales ?
- Vous sentez-vous utile lorsque d'autres ont besoin de vous ?
- Rencontrez-vous des difficultés dans l'accomplissement de vos tâches quotidiennes en raison de votre diabète ?
- Voyez-vous vos amis comme avant ?

Axe IV : Soutien social :

- Comment s'est passé l'annonce de votre diabète à vos proches ?
- Comment votre famille réagit-elle aux fluctuations de votre santé liées au diabète et quel rôle jouent-ils dans votre gestion de la maladie ?
- Est qu'il y a le soutien émotionnel, la surveillance de l'alimentation, l'encouragement à faire de l'exercice, l'aide à la prise de médicaments de leurs parts ?
- Comment votre conjoint réagit-il aux défis liés à votre diabète et quel rôle joue-t-il dans votre gestion de la maladie ?
- En dehors de votre famille, pourriez-vous parler des réseaux de soutien externes, tels que les amis ou les groupes de soutien, et de leur importance pour vous ?
- Avez-vous remarqué des changements dans vos relations avec les autres depuis votre diagnostic de diabète ? Si oui, pouvez-vous les décrire ?
- En cas de problème, vers qui vous tournez-vous en priorité pour obtenir du soutien ?
- Vous sentez-vous soutenu et compris dans ce que vous traversez ?
- Quelles sont les personnes de votre entourage qui vous ont le plus aidé à avancer sur votre chemin de vie depuis l'annonce de votre diabète ?

Axe V : Projection dans le futur :

- Comment envisagez-vous votre parcours de soin à long terme pour gérer votre diabète ?
- Comment envisagez-vous votre avenir ?
- Avez-vous des craintes concernant l'avenir ?
- Avez-vous des projets à réaliser dans le futur ? Si oui, lesquels ?
- Y a-t-il des ressources ou des soutiens supplémentaires dont vous pensez avoir besoin pour atteindre vos objectifs futurs malgré votre maladie ?

Veillez répondre aux questions et affirmations plus précises des pages suivantes. Pour chaque aspect de la vie décrit ci après, vous allez trouver deux parties (a) et (b)

Partie (a) : mettez un « X » dans une case pour indiquer de quelle façon le diabète affecte cet aspect de votre vie.

Partie (b) : mettez un « X » dans une case pour indiquer à quel point cet aspect de votre vie est important pour votre qualité de vie.

1	(a)	Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, je profiterais de mes loisirs :
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		nettement plus bien plus un peu plus identique moins
	(b)	Mes loisirs, c'est :
		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
		très important important un peu important pas important du tout

2	Actuellement, avez-vous une activité professionnelle, êtes-vous à la recherche d'un emploi ou aimeriez-vous travailler ?
	Oui <input type="checkbox"/> Si oui , répondez aux questions (a) et (b).
	Non <input type="checkbox"/> Si non , passez directement à la Question 3 (a).
	(a)
	Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, ma vie professionnelle serait:
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	nettement bien un peu identique moins bonne meilleure meilleure meilleure
	(b)
	Pour moi, avoir une vie professionnelle, c'est :
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	très important important un peu important pas important du tout

3	(a) Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, mes déplacements (courtes ou longues distances) seraient:
----------	---

	<input type="checkbox"/> nettement plus faciles	<input type="checkbox"/> bien plus faciles	<input type="checkbox"/> un peu plus faciles	<input type="checkbox"/> identique	<input type="checkbox"/> moins
(b)	Pour moi, faire des déplacements (courtes ou longues distances), c'est :				
	<input type="checkbox"/> très important	<input type="checkbox"/> important	<input type="checkbox"/> un peu important	<input type="checkbox"/> pas important du tout	

4	Vous arrive-t-il de partir en vacances ou d'avoir envie de le faire ?				
	Oui <input type="checkbox"/> Si oui , répondez aux questions (a) et (b).				
	Non <input type="checkbox"/> Si non , passez directement à la Question 5 .				
(a)	Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, mes vacances seraient:				
	<input type="checkbox"/> nettement meilleures	<input type="checkbox"/> bien meilleures	<input type="checkbox"/> un peu meilleures	<input type="checkbox"/> identiques	<input type="checkbox"/> moins bonnes
(b)	Pour moi, les vacances c'est :				
	<input type="checkbox"/> très important	<input type="checkbox"/> important	<input type="checkbox"/> un peu important	<input type="checkbox"/> pas important du tout	

5	(a) Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, physiquement je pourrais faire:				
	<input type="checkbox"/> nettement plus	<input type="checkbox"/> bien plus	<input type="checkbox"/> un peu plus	<input type="checkbox"/> identique	<input type="checkbox"/> moins
(b)	Pour moi, ce que je peux faire physiquement c'est :				
	<input type="checkbox"/> très important	<input type="checkbox"/> important	<input type="checkbox"/> un peu important	<input type="checkbox"/> pas important du tout	

6	Avez-vous de la famille / des parents proches ?				
	Oui <input type="checkbox"/> Si oui , répondez aux questions (a) et (b).				
	Non <input type="checkbox"/> Si non , passez directement à la Question 7 .				

(a)	Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, ma vie de famille serait: <input type="checkbox"/> nettement meilleure <input type="checkbox"/> bien meilleure <input type="checkbox"/> un peu meilleure <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> moins bonne
(b)	Ma vie de famille, c'est : <input type="checkbox"/> très important <input type="checkbox"/> important <input type="checkbox"/> un peu important <input type="checkbox"/> pas important du tout

7 (a)	Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, mes relations et activités avec mes amis et avec les autres seraient: <input type="checkbox"/> nettement meilleure <input type="checkbox"/> bien meilleure <input type="checkbox"/> un peu meilleure <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> moins bonne
(b)	Mes relations et activités avec mes amis et avec les autres, c'est : <input type="checkbox"/> très important <input type="checkbox"/> important <input type="checkbox"/> un peu important <input type="checkbox"/> pas important du tout

8	Avez-vous ou aimeriez-vous avoir une relation proche avec quelqu'un (exemple : conjoint / conjointe) ? Oui <input type="checkbox"/> Si oui , répondez aux questions (a) et (b) . Non <input type="checkbox"/> Si non , passez directement à la Question 9 .
(a)	Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, ma relation avec la personne qui compte le plus pour moi serait: <input type="checkbox"/> nettement meilleure <input type="checkbox"/> bien meilleure <input type="checkbox"/> un peu meilleure <input type="checkbox"/> identique <input type="checkbox"/> moins bonne
(b)	Pour moi, avoir ce genre de relation, c'est : <input type="checkbox"/> très important <input type="checkbox"/> important <input type="checkbox"/> un peu important <input type="checkbox"/> pas important du tout

9	<p>Avez-vous ou aimeriez-vous avoir une vie sexuelle ?</p> <p>Oui <input type="checkbox"/> Si oui, répondez aux questions (a) et (b).</p> <p>Non <input type="checkbox"/> Si non, passez directement à la Question 10.</p>
(a)	<p>Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, ma vie sexuelle serait:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: center;"> nettement bien un peu identique moins bonne </p> <p style="text-align: center;"> meilleure meilleure meilleure </p>
(b)	<p>Pour moi, avoir une vie sexuelle, c'est :</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: center;"> très important important un peu important pas important du tout </p>

10 (a)	<p>Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, mon apparence physique serait :</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: center;"> nettement bien un peu identique moins bonne </p> <p style="text-align: center;"> meilleure meilleure meilleure </p>
(b)	<p>Pour moi, mon apparence physique, c'est :</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: center;"> très important important un peu important pas important du tout </p>

11 (a)	<p>Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, ma confiance en moi serait:</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: center;"> nettement bien un peu identique moins bonne </p> <p style="text-align: center;"> meilleure meilleure meilleure </p>
(b)	<p>Pour moi, avoir confiance en moi, c'est :</p> <p style="text-align: center;"> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> </p> <p style="text-align: center;"> très important important un peu important pas important du tout </p>

12 (a)	<p>Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, ma motivation serait:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>nettement bien un peu identique moins bonne</p> <p>meilleure meilleure meilleure</p>
(b)	<p>Pour moi, être motivé(e), c'est :</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>très important important un peu important pas important du tout</p>

13 (a)	<p>Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, la façon dont les gens en général réagissent envers moi serait :</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>nettement bien un peu identique moins bonne</p> <p>meilleure meilleure meilleure</p>
(b)	<p>Pour moi, la façon dont les gens en général réagissent envers moi, c'est :</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>très important important un peu important pas important du tout</p>

14 (a)	<p>Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, mon sentiment sur l'avenir (ex. inquiétudes, espoirs) serait:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>nettement bien un peu identique moins bon</p> <p>meilleur meilleur meilleur</p>
(b)	<p>Mon sentiment sur l'avenir, c'est :</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>très important important un peu important pas important du tout</p>

15 (a)	<p>Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, ma situation financière serait:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>nettement bien un peu identique moins bonne</p> <p>meilleure meilleure meilleure</p>
(b)	<p>Ma situation financière, c'est :</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>très important important un peu important pas important du tout</p>

16 (a)	<p>Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, les conditions dans lesquelles je vis seraient:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>nettement bien un peu identiques moins bonnes</p> <p>meilleures meilleures meilleures</p>
(b)	<p>Pour moi, les conditions dans lesquelles je vis, c'est :</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>très important important un peu important pas important du tout</p>
17 (a)	<p>Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, la nécessité de dépendre des autres, alors que je ne le souhaite pas, serait:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>nettement moins bien moins un peu identique plus grande</p> <p>grande grande moins grande</p>
(b)	<p>Pour moi, ne pas avoir à dépendre des autres, c'est :</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>très important important un peu important pas important du tout</p>

18 (a)	<p>Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, ma liberté de manger ce que je veux, quand je veux, serait:</p> <p><input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/></p> <p>nettement plus bien plus un peu identique moins grande</p> <p>grande grande plus grande</p>
--------	---

(b)	Ma liberté de manger ce que je veux, quand je veux, c'est :
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	très important important un peu important pas important du tout

19 (a)	Si je n'avais <u>pas</u> de diabète, ma liberté de boire ce que je veux, quand je veux, (ex. jus de fruits, alcool, boissons chaudes ou froides sucrées) serait:
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	nettement plus grande bien plus grande un peu plus grande identique moins grande

(b)	Ma liberté de boire ce que je veux, quand je veux, c'est :
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	très important important un peu important pas important du tout

Si le diabète, sa prise en charge médicale (incluant les traitements médicamenteux, les consultations et l'alimentation) et ses complications éventuelles affectent votre qualité de vie d'une autre façon que celle évoquée dans le questionnaire, veuillez l'indiquer ci-dessous :

--

Merci d'avoir répondu à ce questionnaire

Annexe 3 : SSQ6

Le questionnaire de soutien social de Sarason (SSQ6). Une adaptation française

Le SSQ6 (Social Support Questionnaire) de I.G.

Sarason et al., version abrégée, 1987).

Instructions :

Les questions suivantes concernent les personnes de votre environnement qui vous procurent une aide ou un soutien. Chaque question est en deux parties :

Dans un premier temps, énumérez toutes les personnes (à l'exception de vous-même) en qui vous pouvez compter pour une aide ou un soutien dans la situation décrite. Donnez les initiales de la personne et le lien que vous avez avec elle (voir exemple). A chaque numéro doit correspondre une seule personne.

Dans un second temps, entourez la réponse correspondant à votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu.

Si pour une question, vous ne recevez pas de soutien, utilisez le terme "aucune personne" mais évaluez tout de même votre degré de satisfaction. Ne citez pas plus de neuf personnes par question.

Merci de répondre de votre mieux à toutes les questions.

Vos réponses resteront confidentielles.

1-Quelles sont les personnes disponibles en qui vous pouvez réellement compter quand vous avez besoin d'aide ? (N1)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S2)

1. Très	2. Insatisfait	3. Plutôt	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait
6. Très satisfait		insatisfait		insatisfait

2-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir plus détendu lorsque vous êtes sous pression ou crispé ? (N2)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S2)

1. Très	2. Insatisfait	3. Plutôt	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait
6. Très satisfait		insatisfait		insatisfait

3- Qui vous accepte tel que vous êtes, c'est-à-dire avec vos bons et mauvais côtés ? (N3)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S3)

1. Très	2. Insatisfait	3. Plutôt	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait
6. Très satisfait		insatisfait		insatisfait

4. En qui pouvez-vous réellement compter pour s'occuper de vous quoiqu'il arrive ? (N4)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S4)

1. Très	2. Insatisfait	3. Plutôt	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait
6. Très satisfait		insatisfait		insatisfait

5-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous aider à vous sentir mieux quand il vous arrive de broyer du noir ? (N5)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S5)

1. Très	2. Insatisfait	3. Plutôt	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait
6. Très satisfait		insatisfait		insatisfait

6-En qui pouvez-vous réellement compter pour vous consoler quand vous êtes bouleversé ? (N6)

Aucune personne	1)	4)	7)
	2)	5)	8)
	3)	6)	9)

Quel est votre degré de satisfaction par rapport au soutien obtenu ? (S6)

1. Très	2. Insatisfait	3. Plutôt	4. Plutôt satisfait	5. Satisfait
6. Très satisfait		insatisfait		insatisfait

Cotation :

1. Pour calculer le score de **Disponibilité**, il faut noter le nombre de personnes sur qui les sujets déclarent pouvoir compter (de 0 à 9) aux items 1, 2, 3, 4, 5 et 6, puis le score total de disponibilité, **N** (somme de ces nombres) qui varie de 0 à 54

2. Pour calculer le score de **Satisfaction**, il faut noter le degré de satisfaction exprimé par le sujet sur chaque item (de 1, très insatisfait à 6, très satisfait), puis calculer le score total de satisfaction, **S** (somme de ces scores) qui varie de 6 à 36.

Normes : Pour les moyennes et écarts-types des scores de disponibilité et de satisfaction observées sur différents groupes de sujets, voir Tableau IV ci-dessus.

Résumé

Cette étude porte sur « le vécu psychologique des personnes atteintes de diabète de type 1 en retenant deux indicateurs clinique : la qualité de vie et le soutien sociale ». En effet, notre travail a eu pour objectif de décrire et de comprendre la nature de la qualité de vie, ainsi que d'apprécier la qualité et la nature de soutien social reçu qui caractérise les personnes ayant un diabète de type 1.

Afin de réaliser ce travail, nous avons opté pour la méthode clinique par étude de cas, ainsi que l'entretien clinique semi-directif et deux échelles, questionnaire de soutien social SSQ et questionnaire de la qualité de vie ADDQOL.

Les résultats obtenus dans ce travail, après l'analyse des données de l'entretien clinique semi-directif et les deux questionnaires l'échelle de la qualité de vie ADDQoL et l'échelle de soutien social SSQ6, démontre que tous les sujets de notre groupe de recherche présentent une mauvaise qualité de vie ainsi qu'un niveau bas de soutien social.

Mots clés : Vécu psychologique, diabète, diabète type1, qualité de vie, soutien social.

Summary

This study focuses on the « the psychological experience of people with type 1 diabetes using two clinical indicators : quality of life and social support ». Indeed, our work aimed to describe and understand the nature of quality of life, as well as to appreciate the quality and nature of social support received that characterizes people with type 1 diabetes.

To accomplish this work, we have opted for the clinical method of the descriptive type by case study, as well as the semi-directional clinical interview and two scales, SSQ social support questionnaire and ADDQOL quality of life questionnaire.

The results obtained in this work, after the analysis of the data from the semi-directional clinical interview and the two questionnaires the quality of life scale ADDQoL and the social support scale SSQ6, demonstrate that all subjects in our research group have poor quality of living as well as a low level of social support.

Keywords : Psychological experience, diabetes, type 1 diabetes, quality of life, social support.