

Université ABDERRAHMANE MIRA de BEJAIA

Faculté des sciences humaines et sociales

Département des sciences sociales

Mémoire

Présenté

Pour l'obtention du diplôme de Master

Option : Psychologie clinique

Thème

**La qualité de vie et l'observance
thérapeutique chez les diabétiques
de type 2**

Présenté par :

- M. MEBARKI Sofiane

Encadré par :

- Mme AMROUCHE Nassima

Année Universitaire : 2020/2021

Remercîments

Avant toutes personne merci mon dieu pour ta grâce et « alni3am » que tu m'as donné et ton « tawfik » tout au long de ma vie « AL HAMDOU LILAH ».

Un grand merci pour vous M. Amrouche pour votre accompagnement et prise en charge pour arriver à finir mon travail en licence et en master et pour votre encouragement et soutien.

Aussi je tiens à remercier la chef du service de diabète a beau séjour ainsi que toutes personne qui a porté aide à l'élaboration de ce travail de près ou de loin merci à tous.

Mébarki Soufiane

DEDICASSE

Dans ce travail très modeste avec qui j'ai clôturer mon cursus universitaire et qui représente une conclusion de ma formation en sein de cette université ; je tien à le dédier en premier lieu à mes parents qui ont tellement tenue à ce que je termine mes études de suite à Fatima ma future femme qui m'a encourager et accompagner tout au long de ce cursus et qui m'a soutenue cœur et âme et à mon frère Djamel et Kenza ; mes grand parents paternel et maternel pour leur sage conseilles.

Enfin, a plus que mes amis car c'est pu dire soit il est sage de dire mes frères alilou et hmidouche pour leurs encouragements.

Mébarki Soufiane

Sommaire

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

Partie Théorique

Chapitre I : Le cadre général de la problématique

❖ Problématique et hypothèses	05
❖ La définition opérationnelle des concepts clés.	
❖ L'objectif de la recherche.	
❖ Les raisons du choix de thème.	

Chapitre II : Le diabète

Préambule

A- Aspect médicale du diabète :

1. Historique du diabète	11
2. Définition du diabète.....	12
3. Classification et symptômes du diabète	12
4. Complications liées au diabète.....	13
Complications aiguës	13
Complication dégénératives.....	14
5. Critères de diagnostiques	14
6. Traitement du diabète.....	15
Les traitements médicamenteux.....	15
Les traitements non médicamenteux.....	16

B-Aspect psychologique du diabète

1. Les facteurs psychologiques	17
2. L'annonce du diagnostic	17
3. L'état psychologique du diabétique.....	19

Synthèse

Chapitre III : La qualité de vie

Préambule

1. Historique de la qualité de vie.....	24
2. Définitions.....	25
3. Qualité de vie liée à la santé.....	25
4. Les composantes de la qualité de vie	26
5. Mesure de la qualité de vie et son évaluation	28
Les différentes approches pour mesurer la qualité de vie	28
Les questionnaires génériques	29
Les questionnaires spécifiques.....	29
6. Qualité de vie et diabète.....	30
7. Les limites des mesures de la qualité de vie	30

Synthèse

Chapitre IV : L'observance thérapeutique

Préambule

1. Le concept d'observance thérapeutique	34
Définition du concept.....	34
Les dimensions de L'observance thérapeutique	35
Les profils des patients	35
2. L'inobservance thérapeutique	36
3. Facteurs impactant l'observance thérapeutique	37
Facteurs liés aux patients.....	37
Les facteurs liés aux professionnels de la santé.....	38
Les facteurs liés à la maladie.....	39
Conséquences de l'inobservance thérapeutiques.....	39
4. Observance thérapeutique et diabète.....	40

Synthèse

Partie pratique

Chapitre V : La présentation des études intérieures

Conclusion51

Bibliographie

Introduction :

A travers notre quotidien ; on rencontre des personnes et parfois ceux qu'on a l'habitude de côtoyer qui sont passés par des expériences ou des événements défavorisant et négatifs mais qui arrivent à gérer ces derniers et à coexister avec leur problème qui en résulte tant dit que d'autres malgré que ce soit les mêmes circonstances s'effondrent et perdent la voie et échouent dans leur combat.

Arriver à Survivre fait partie de l'instinct de tout être humain ; chose dont on ne doute guère, du coup faire face et tenir contre toutes menaces et maladies est une partie intégrante de nous tout au long de notre vie surtout les maladies chroniques avec lesquelles on est obligé de vivre et de coexister et en confrontation perpétuelle et un combat indéterminé ou n' remarque que ces dernières sont en constante augmentation dans le siècle présent

En parlant de maladies chroniques, celle qui a fait de nombreuses victimes durant ce siècle et la plus répandue on retrouve le diabète qui juste après son apparition chez le patient l'oblige à suivre un traitement immédiat et constant et d'une durée indéterminée qui génère des conséquences bouleversantes dans la vie de ces malades et les oblige à changer brusquement toutes leurs habitudes quotidiennes ce qui est vécu comme un traumatisme et fait apparaître des troubles associés qui font empirer les choses encore plus sur le plan social, professionnel et psychologique du patient en comptant aussi une observance thérapeutique et une qualité de vie non respectées pouvant aggraver les choses

L'encadrement d'un patient diabétique et sa prise en charge est bipolaire car le traitement médicamenteux ne suffit pas à lui seul ou le somatique ne peut pas être séparé du psychologique dont il forme des faces différentes d'une même pièce chaque l'un est plus important que l'autre ou le côté psychologique peut conduire à une mauvaise qualité de vie qui peut être distinguée par la perte de goût à la vie des difficultés à poursuivre le quotidien habituel sentiment de peur et d'instabilité et bien encore beaucoup d'autres signes

L'amélioration de la qualité de vie chez le patient diabétique joue un rôle primordial à travers laquelle on peut assurer une bonne observance qui va à son tour nous aider dans la prise en charge thérapeutique du patient

Introduction

La répercussion de cette maladie diffère d'un diabétique à un autre ou on retrouve certains qui arrive à trouver un équilibre qui les aides à vivre et accepter leur maladies d'autre qui en souffre de ce changement qui leur est brutal et arrive pas à contrôler leur maladie et l'accepter comme une chose qui va les accompagner tout au long de leur vie et dans les deux cas soit il arrive à se réconcilier avec leur maladie et continuer à profiter de leur vie tout en respectant les exigences de leurs situation malade soit ils chavire et s'enfonce dans leur traumatisme et alimente encore plus leur refus d'admettre qu'il doive vivre avec et pour toujours .

Dans le but d'enrichir notre thème de recherche, j'ai élaboré un plan de travail méthodologique :

Première partie : théorique subdivisée en quatre chapitres qui sont comme suit :

Chapitre I: Le cadre générale de la problématique

Chapitre II : Le diabète

Chapitre III: La qualité de vie

Chapitre IV : L'observance thérapeutique

La deuxième partie : pratique constituée d'un seul chapitre qui est comme suit :

Chapitre V: Présentation des études antérieures.

Enfin, J'ai clôturé mon travail de recherche par une conclusion générale et une Liste bibliographiques.

La partie Théorique

Chapitre I

Le cadre général de la problématique

- Problématique :

La quête du savoir a toujours été une qualité fondatrice des civilisations humaines, fait qui a conduit à l'apparition des différentes sciences qui ont par suite cherché pour voie l'explication, la prédiction ou bien encore la maîtrise du phénomène naturel dans toute sa complexité.

Par ailleurs, l'homme fait appel à de multiples branches scientifiques pour conserver ou rétablir son équilibre ou bien alors pour améliorer sa vie, ce qui l'a placé comme une pièce maîtresse dans les connaissances scientifiques.

Tout dysfonctionnement ou déséquilibre chez l'être humain dans toutes ses dimensions est adjué comme étant pathologique, ou selon l'OMS : une maladie chronique est un problème de santé qui nécessite une prise en charge durant plusieurs années. Il s'agit d'une définition très large. On peut donc dire que les maladies chroniques comprennent : les maladies non transmissibles, les maladies transmissibles persistantes (ex : le sida), certaines maladies mentales et les altérations anatomiques et fonctionnelles. L'OMS propose aussi une définition plus détaillée : les maladies chroniques sont des affections de longue durée qui en règle générale évoluent lentement responsables de 60% des décès. Les maladies chroniques (les cardiopathies, l'accident vasculaire cérébral, le cancer, les affections respiratoires chroniques, le diabète) sont la toute première cause des mortalités dans le monde.

Le diabète désormais comme pandémie mondiale touche plus de 300 millions de personnes dans le monde et autant de pré-diabétiques. Les pronostics ne sont guère rassurants, ce chiffre devrait augmenter à 500 millions en moins de 20 ans si aucune mesure n'est prise pour endiguer les causes de la maladie.

Selon l'OMS le diabète est la sixième cause des décès des personnes âgées, elle touche un pourcentage très élevé de la population dans le monde alors on peut déduire que le diabète est une maladie grave et irréversible.

En Algérie, la pathologie du diabète vient en deuxième position au classement des maladies chroniques derrière l'hypertension, selon la troisième étude nationale des indications multiples, le nombre de personnes atteintes de diabète est en progression, passant de 0,3% chez les sujets âgés et de moins de 35 ans à 4,1% chez les 35-59 ans et 12,5% chez les plus de 60 ans, selon l'étude menée par le

Ministère de la sante de la réforme hospitalière en collaboration avec l'office national des statistiques et des représentations des notions unies à Alger.

En Algérie, les femmes sont les plus exposées au diabète que les hommes, avec respectivement un taux de 2,3% contre 1,9% notamment après l'âge de 35ans celles âgées de 60ans ou plus représente 14,1% contre 11% chez les hommes pour la même catégorie d'âge la pathologie du diabète est également plus répandue en milieu urbain avec 2,6% contre 1,5% en milieu rurale. Le ministre de la population et de la santé a révélé en 2010 que 14% des dialysés sont diabétiques, 21% des rétinopathies sont d'origine diabétiques. 33% des neuropathies sont également des diabétiques, et 25% des amputations sont des artériopathies des membres inférieurs d'origine diabétiques soit entre 8000 et 13000 amputations en moyenne pour causer de diabète. (Chakib, 2011, p. 31).

Le diabète est une maladie très répandue dans le monde, elle est définie par l'OMS : comme une glycémie à jeun supérieure à 1,26g/L à deux reprises est suffisante pour affirmer le diagnostic. Il n'y a pas lieu de demander d'hyperglycémie provoquée par voie orale (Grimaldi A. et Al. 2009, p. 4).

On distingue deux types de diabète : le diabète insulino-dépendant (DID) encore appelé diabète juvénile ou diabète sucré de type 1. Il frappe est du à une anomalie de sécrétion d'insuline par le pancréas. Aussi on distingue le diabète non insulino-dépendant appelé diabète gras, diabète de la maturité ou diabète de type 2. Il frappe le sujet plus tardivement. On l'explique par une anomalie de réceptivité de l'insuline au niveau des organes normalement sensibles. (Damiens-Delly B. 1985, p. 21).

Proche du terme " bien-être " la qualité de vie est une préoccupation centrale en politique et en économie qui se mesure en prenant en compte divers paramètres tels que les indicateurs socio-économiques (dans l'indice de développement humain et le pouvoir d'achat), la liberté (économique, expression) , la sante, le bonheur, les droits de l'homme s'agissant pour beaucoup de paramètres subjectifs difficiles à mesurer, la qualité de vie et un concept qui alimente de nombreux débats (sante médecine, journal des femmes juillet 2014).

La qualité de vie est définie par l'OMS en 1994 : la perception qu'un individu a de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et le système de valeurs dans laquelle il vit, en relation avec ces objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes (Bacqué, 1996, p. 2).

La qualité de vie des personnes diabétiques (type 2) dépend beaucoup des conséquences du diabète, mais aussi des facteurs socio-économiques et du soutien social. En comparaison des résultats de l'enquête " Santé et soins médicaux 2002-2003 " de l'Insee, menée en population générale, leurs scores

Étaient par ailleurs plus bas. L'amélioration de leur de la qualité de vie pourrait résulter d'une meilleure prévention des complications, d'une meilleure prise en compte des difficultés socio-économiques et d'une plus grande adéquation des objectifs aux besoins individuels des patients. (Bulletin Epidémiologique Hebdomadaire, 2011, n2, p. 15-20)

Selon L'OMS Le terme de « compliance thérapeutique » ; est née dans le champ médical anglo-saxon qui définit selon L'OMS comme : « la mesure selon laquelle le comportement d'une personne, la prise de médicament, le suivi d'un régime et/ou l'exécution de changement de style de vie, correspond aux recommandations d'un professionnel de santé ». Haynes1979 définit « l'adhérence » qui était nommé auparavant observance comme : « le degré auquel le comportement du patient (par rapport à la prise du traitement, au suivi des régimes ou à d'autres changement apportés au style de vie) s'accorde avec l'avis médicale ou sanitaire ». (C. Tarquinio, M.P. Tarquinio, 2007, p.3). Dans cette vision le patient est placé dans une passivité manifeste : ce sont les prescriptions médicales, les injonctions (ordonnances), qui fixent le cadre de l'observance ; la situation des patients, le niveau de compréhension qu'ils vont avoir de leur maladie et de leur traitement, ou encore les conséquences psychologiques et sociales, ne sont pas pris en compte par le soignant. (Jane Ogden, 2014, p ,312).

Ma recherche appuiera sur une théorie qui a l'actualité du 21^{ème} siècle, il en est question de la théorie cognitivo-comportementale .Cette théorie vise la modification des comportement afin de changer les comportements inapproprié et les idées insensé inadapté par des comportement et pensées allons du besoin de la situation dans laquelle se trouve le patient et aider de l'échelle d'évaluation SF36 (de l'anglais *The Short Form (36) Health Survey*), est un test standardisé de mesure de la qualité de vie. Il est issu de la medical outcome study. C'est une mesure de l'état de santé. Il est souvent utilisé dans les études d'économie de la santé comme une variable dans le calcul d'une qualité vie (année de vie ajustée en fonction de sa qualité) pour déterminer le rapport coût-efficacité d'une intervention de santé.

A travers mon travail, aider par le guide d'entretien et le questionnaire de SF36 passé à ma population d'étude à savoir des patients diabétiques de type 2 a la clinique de beau séjour à Bejaia ville, J'ai pris comme arrière-plan théorique la théorie cognitivo-comportementale à travers laquelle je pourrais donner des réponses à mes interrogations suivantes :

Est-ce-que la qualité de vie chez les patients diabétiques peut toucher à leurs observances thérapeutiques ?

A partir des données théoriques et pratiques en proposant les théories suivantes :

- ✓ **Les diabétiques dont la qualité de vie est positive ont une bonne observance thérapeutique.**
- ✓ **Les diabétiques dont la qualité de vie est négative ont une mauvaise observance thérapeutique.**

❖ **L'opérationnalisation des concepts**

➤ **Qualité de vie :**

• **La qualité de vie positive :**

-jouissance psychique et physique.

-harmonie avec l'environnement sociale, familiale, professionnel.

-satisfaction de leurs situations présente.

➤ **La qualité de vie négative**

-mal être psychique et physique.

-mauvaise gestion des relations socioprofessionnelles.

-perte de goût dans la vie.

• **L'observance thérapeutique**

L'observance thérapeutique est l'acceptation volontaire du patient à suivre les consignes de son médecin ou de son psychologue et respecter les conditions qui permettent un meilleur traitement de sa maladie et de faciliter sa prise en charge.

• **L'inobservance thérapeutique**

L'inobservance thérapeutique est le non-respect du patient des consignes de son médecin ou bien de son psychologue ou soignant et refuse de respecter son traitement et de suivre ça prise en charge.

❖ L'objectif de la recherche :

En menant cette recherche, mon objectif est d'étudier la qualité de vie ainsi que l'observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 afin de bien les comprendre parce qu'ils déterminent l'état de santé des diabétiques.

❖ Les raisons du choix de thème :

-Savoir comment améliorer l'état de nos parents où le diabète est devenu une maladie courante dans la société algérienne.

-Enrichir la documentation sur cette thématique dans les travaux de recherche est rare.

Chapitre II

Le diabète

Préambule :

Plus qu'une maladie, le diabète est un phénomène mondial qui impacte au niveau humain, social et économique, il engendre plusieurs complications dont nombreuses peuvent être sévères ; ces complications aggravent le diabète et diminuent l'espérance de vie des personnes atteintes de cette maladie.

Ce chapitre se divise en deux parties. La première comporte le côté médical de diabète on essaiera d'apporter des réponses à multiples questions comme : Qu'est ce que le diabète ? Quels sont ses types ? Quelle est sa sémiologie, complications qui en émanent et les traitements appropriés ? Et la deuxième partie concerne le côté psychologique de diabète notamment dans le cadre de l'aliénation de la qualité de vie car il est important de prendre en considération le ressenti psychologiques des diabétiques.

A- Aspects médicale de diabète**1. Historique du diabète :**

Il faut remonter très haut dans l'antiquité pour découvrir la première description de cette maladie qui ne prit son nom définitif qu'au premier siècle de notre ère. Aristote, Hippocrate et Galien, en effet, signalent déjà une affection caractérisée par des flux surabondants d'urine, affection que l'auteur Grec arrêta nommera diabète (du grec, diabaino passage des boissons à travers le corps sans s'arrêter).

Depuis lors, la connaissance du diabète ne fait aucun progrès notable jusqu'à la fin du **XVIIe** siècle, ou un médecin anglais, Thomas Willis Attire, le première, l'attention sur la saveur meilleur et sacrée des urines diabétiques. Mais c'est deux siècles plus tard que la preuve scientifique de la présence du sucre dans les urines diabétique fut réellement donnée, en 1775 par Matthew Dobsar. A la même époque, en 1772, deux médecins ont données au diabète une classification nosologique. Sauvage le situe dans sa neuvième classe des flux ou maladies évocation.

Après avoir remis tout en question, le physiologiste du siècle passé, Claude Bernard, contribua au vaste problème du diabète. Après avoir démontré que le sucre est un des éléments physiologique et constants du sang, alors que ses prédécesseurs pensaient que la glycémie était un fait pathologique ou accidentel prouve que la glycosurie n'est que la conséquence de la glycémie. Tandis que les auteurs s'accordaient à attribuer au sucre du sang une origine toujours alimentaire, il admit enfin que la glycémie est indépendante de

L'alimentation, et que le sucre est une production de l'organisme animal. Il s'agit alors de trouver l'organe producteur de ce sucre.

Dans ce but, il fait plusieurs prises de sang dans différents vaisseaux, et en arrive à la conclusion que « le sang, relativement pauvre en sucre aux extrémités, s'enrichit à mesure qu'il approche du cœur droit, et là, il a une richesse en sucre égal et même supérieure à celle du sang artériel, il a donc accru sa provision de sucre dans son trajet. Le sucre de glucose est donc compris entre la périphérie et le cœur droit. Cette source nous le savons, c'est le foie. En résumé, le foie est un organe d'une importance capitale dans la question de la glycémie ». (Da Pasquier, 1955, P.11).

L'année 1889, deux auteurs allemands, Von Mehring et Minkowski réussissent pour la première fois à provoquer, sur des chiens, un diabète persistant par l'extirpation totale du pancréas. Ce fut ce qu'on appela, par la suite, le diabète pancréatique. Cette découverte permit non seulement de reproduire le plus fidèlement possible les caractéristiques essentielles du diabète, mais elle ouvrit la voie à d'autres découvertes en attirant l'attention de tous les savants sur un des sièges possibles de l'atteinte organique. En effet, à partir de ces moments, toutes les recherches se concentrent sur le pancréas, et trente ans, en 1922, l'extraction par deux auteurs canadiens, Banting et Best, de l'insuline, hormone pancréatique dont l'utilisation ne tarde pas à s'entendre à la chimie humaine et à la suite de cette découverte l'une des plus grandes de tous les diabètes (Ibid., P.12).

2. Définition du diabète :

Le diabète : terme générique désigne un groupe d'affection caractérisées par une polyurie avec polydipsie. On l'utilise généralement dans le sens du diabète sucré.

Le diabète sucré est défini comme une affection métabolique caractérisée par une élévation permanente de la teneur du sang en glucose, parfois accompagnée par des symptômes tels qu'une soif intense, des mictions fréquentes, une perte de poids et une torpeur qui peut aller jusqu'au coma et à la mort en l'absence d'un traitement. Plus souvent les symptômes révélateurs sont beaucoup moins nets il n'y a pas d'altération de la conscience parfois il n'existe aucun symptôme.

D'une manière générale il existe le pré diabète, le diabète de type 1, de type 2 le diabète de grossesse et d'autres types plus rares.

3. Classification et symptômes du diabète :

On distingue généralement deux classes principales de diabète :

Le diabète de type 1 (10%) est le diabète insuline dépendent (D.S.I.D. ou D.I.D), ou diabète maigre, ou diabète des gens jeunes. Il est auto immense en général, c'est-à-dire caractérisé par l'apparition d'auto anticorps responsable de la destruction des cellules bêta des ilots de langerons dans le pancréas. Des lors, la sécrétion d'insuline ne se fait plus normalement, selon le taux de destruction des ilots de Langerhans dans le pancréas. Des lors, la sécrétion d'insuline ne se fait plus normalement, selon le taux de destruction des ilots de Langerhans. Les réponses thérapeutiques différentes.

Quand l'insuline n'est plus sécrétée, la survie du patient dépend d'un traitement insulinique de substitution. C'est ce diabète que nous intéressent ici sans tenir compte des cas où un diabète non insuline dépendant progresse vers l'insulinodépendance sans qu'il s'agisse au départ d'un diabète auto-immune.

Le diabète de type 2 représente (= 90%) des cas rencontrés dans le monde, le diabète non insulinodépendant ou diabète de type 2 dénommé auparavant diabète non insulinodépendant ou diabète de la maturité, s'ensuit d'une mauvaise gestion de l'insuline par le corps humain. A la longue, une hyperglycémie peut entraîner certaines complications que se sont au niveau des reins, du cœur, des nerfs, des yeux et notamment des vaisseaux sanguins.

Récemment, ce type de diabète n'était observé que chez l'adulte mais on le trouve désormais aussi chez l'enfant

Les symptômes du diabète de type 2 sont les suivants :

Une envie fréquente d'uriner, surtout là, 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 troublée, des infections bactériennes ou à champignon plus fréquentes (infection urinaires, vaginites, etc...).

D'autres diabètes plus rares représentent quand à eux (<5%) ont encore le diabète gestationnel.

4. Complications liées au diabète :

Le diabète est une maladie chronique à la prise en charge difficile, et qui expose celui qui en souffre à deux types de complications : aiguës (métaboliques et infectieuses), et dégénératives chroniques. (Drabor kabore, lengani, 1996, p. 191-196)

complications aiguës :

A. Complications métaboliques :

Acidocétose : qui est causée par l'interruption du traitement, l'infection ou encore l'ignorance de la maladie

Gama hypo glycémique : le Goma hyper glycémique correspond à un manque de glucose dans le sang, le taux d'apparition des symptômes se situe en dessous de 0.5 g/L, le coma étant patent a moins de 0.3g/L.

Les signes classique annonciateurs de l'hypoglycémie sont des sieurs, pâleurs ; palpitation, fringales en particulier.

Gama hyperosomolaire : qui se caractérise par une déshydrations massive se définit par un osmolarité supérieur à 350mm al/l, due à une hyperglycémie majeure (6g/L) et a une hyper natrémie. La cétose est absente au discrète.

B. Complication infectieuse :

Au niveau de la peau, il s'agit de pneumopathie aigues bactérienne, précisément de pleurésie tuberculeuse, pleurésie purulente, et de tuberculose pulmonaire.

complications dégénératives :

A- Complication oculaire : la rétinopathie, diminutions de l'acuité visuelle on autre atteintes oculaires

B- Complication rénales : le syndrome néphrotique l'insuffisance rénale ainsi que les lésions micro- angiopathies

C- Complication neurologiques : il s'agit de neuropathies périphériques sensitives- motrice, abolition des reflexe Ostéo-Dendinuex, impuissance sexuelle, neuropathie végétative, accidents vasculaires cérébraux (AVC)...ETC.

D- Complication cardiovasculaires : hypertension artérielle, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde

5. Critère de diagnostic :

Le diagnostic se fait grâce aux prises de sang dans les laboratoires d'analyse médicale, qui sont efficace en ce qui concerne la révélation du dosage glycémique sur le plasma veineux par méthode de la glucose-oxydase selon les critères retenus par l'OMS.

Tableau 1 : critère de diagnostic des troubles de la glycorégulation.

	Glycémie à jeun	Glycémie quelle que soit l'heure + symptômes chimique	Glycémie 2 heures après hyper-glycémique provoquée par voie orale avec 75 g de glucose
Diabète	≥ 1.26 g/L (7mmol/L)	≥ 1.26 g/L 7mmol / L	≥ 2 g / L (11.1mmol/L)
Trouble de la régulation glycémique	Hyperglycémie modérée jeun ≥ 1.10 g/L (6.1 mmol / L) et 1.26g/L (7mmol/L)		Intolérance aux hydrates de Carbone ≥ 1.4 g/L (7.8mmol/L) et 2g/ L (11.1mmol/l)
Normalité	≤ 1.10 g/L (6.1mmol/L)		≤ 1.4 g/l (7.8mmol/L)

(Essentiel en diabétologie, 2009, p.18).

A- En cas de manifestation des symptômes de diabète : (polyurie, polydipsie, prurit, arnaig rissement), un teste glycémique dans un laboratoire dont le résultat est au-dessus de 2,00g/l pas à jeun permet de poser le diagnostic.

B- En cas d'absence de symptômes : il faut deux tests de la glycémie à jeun au laboratoire :

- En dessous de 1.26 et au-dessus de 1.10g/L :
Diagnostic d'hyperglycémie modérée à jeun, alerte une prédisposition au diabète.
- Dans certain cas, en dessous de 1.26g/L, on peut réaliser une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) au laboratoire, qui consiste en une prise d'une dose prise de glucose (75g), le teste fait 2 heures après, si la glycémie deux heures après dépasse 1.40g/L le diagnostic intolérances au glucose est retenu
- Si la glycémie dépasse 2g/L à jeun ou non n'importe quel moment de la journée, le diabète peut être diagnostiqué

6. Traitement du diabète :

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

Dans le traitement du diabète, il y a les traitements médicamenteux et les traitements non médicamenteux (duron et coll, 2006, p 254)

les traitements médicamenteux :

Les traitements médicaux comprennent :

- A- L'insuline : avec ces trois composantes, à savoir, les insulines lentes qui ont action permettons de couvrir les besoins journaliers d'en insuline, les insulines rapides qui permettent de réduire la glycémie rapidement, 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.

les traitements non médicamenteux comprennent trois approches permettons 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 les quelle 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.

B-Aspect psychologique de diabète :**1. Les facteurs psychologiques :**

La genèse du diabète ne se résume point qu'aux facteurs organiques, tout au contraire, Des facteurs d'ordre psychologiques occupent un rôle important dans l'émergence de la Maladie, et parmi ces éventuels facteurs, on cite :

- Un trauma.
- Une surcharge émotionnelle.
- L'autorité excessive chez le père, en effet, il est observé, que les personnes ayant un père autoritaire, cherchent souvent refuge auprès de la nourriture, celle-ci symbolise« la mère » prodiguant confort et sécurité aux moments de stress et d'angoisse.
- Le vide affectif, poussent les personnes qui en souffrent à s'alimenter de manière outrancière a fin de combler un vide émotionnel, et cet acte de gavage les amènent à contracter un diabète.
- La sédentarité, la perte du tonus musculaire, le peu de mouvement qui favorisent l'apparition de la maladie, peuvent être liés non à de la fainéantise mais à une dépression, dans la majorité des cas, dite « essentielle».

2. 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 voir 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, D & al. 2009, p.22).

Le travail de deuil :

Le deuil, est un terme forgé par Sigmund Freud pour désigner le processus

D'élaboration psychique qui s'effectue normalement dans l'appareil psychique après la perte d'objet. Le patient doit accepter la perte d'un être cher, qui est « le moi de l'avant-diabète ».

Le travail de deuil « normal » est une dynamique psychique où la souffrance est vécue pour être dépassée, tandis que son évitement résulte d'un blocage du travail psychique. (Simon, D. 2009, p.33-34).

Les étapes du processus de deuil :

Un diabétique passe aussi par un processus de deuil, fait à l'égard de son état de santé antérieure dès l'annonce de la maladie, et comporte cinq étapes principales inévitables, qui peuvent certes, ne pas se faire dans l'ordre et se chevaucher entre elles :

La sidération :

Elle est la première phase lors de l'annonce du diagnostic. La personne reste comme hébétée, figée, incapable de présenter une quelconque réaction. Ce processus est présent chez tous, aussi minime soit-il. Cette phase de sidération va permettre d'accueillir mentalement cette information à la goutte à goutte. (De Broca, A. 2010, p.13).

Le déni :

C'est le refus complet de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante (refuser d'avoir une maladie chronique). On ne veut pas savoir. Cette réaction survient systématiquement devant un stress majeur, ce peut être enfin un déni de comportement, aboutissant à un évitement ou à la honte.

La colère :

À ce stade de deuil, la personne peut se mettre en colère à cause de l'injustice ressentie de ce qui lui est arrivée. Elle peut aussi choisir inconsciemment de dévier cette colère sur une personne désignée comme responsable de la perte. (Ibid., p.13).

La dépression et douleur :

Ici, la personne accepte la perte, mais n'est pas en mesure d'y faire face. Dépression, perte de moral, la personne en deuil est au désespoir et se comporte

Passivement. Elle ne voit pas comment atténuer cette immense souffrance et n'arrive plus à vivre normalement son quotidien. (Ibid., p.18).

L'acceptation :

Arrivé à ce stade, le patient accepte son mal et s'y résigne. Commence alors la vraie période du traitement. (Richa, S. 2006, p.326-327).

3. L'état psychologique du diabétique :**Sur le plan sexuel :**

Un diabétique devient moins actif sexuellement, à défaut de désir, de plaisir et de satisfaction. La gent masculine en est beaucoup plus affectée, puisque cela induit une impuissance sexuelle ce qui n'est pas sans conséquences concernant la virilité, car le patient aura une conviction inébranlable qu'il aura du mal à maintenir une érection, et ne sera pas satisfaisante à cause de sa maladie.

Quant aux femmes atteintes de diabète, elles 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. (Solano, C. 2012, p.55).

Sur le plan onirique :

L'onirisme est connoté par un manque d'associations, Marty postule qu'il en existe quatre types :

L'absence des rêves :

Cette absence correspondrait théoriquement à un isolement de l'inconscient, les

Excitations pulsionnelles se frayant d'autres voies que celles de la représentation et de l'élaboration onirique.

Les rêves opératoires :

Il s'agit de rêves qui répètent des actes de la journée finie ou qui précèdent des actes au programme de la journée suivante.

Les rêves répétitifs :

Ils partent du même principe répétitif que les rêves opératoires et, comme pour toute répétition d'ordre évolué, témoignent d'une stagnation itérative du système onirique.

Les rêves crus :

Les rêves crus sont ainsi nommés parce qu'ils figurent en des scènes directes la Réalisation de buts pulsionnels : emprise, puissance agressive orale ou anale, puissance génitale.

L'image du corps :

La maladie porte atteinte à l'image du corps, puisque, le teint pâli, la morphologie change par une perte ou un gain excessif de poids. Au pire, la personne se fait amputée en cas de nécrose.

L'estime de soi :

Le diabète peut aussi amener une atteinte à l'estime de soi, sentiment susceptible d'être renforcé par les discriminations dont peuvent encore faire l'objet les personnes diabétiques sur le plan du travail, des assurances ou encore de l'obtention d'un permis de conduire.

Les sauts d'humeur et colère :

Un sentiment de colère et de frustration, caractérisent le tempérament d'un diabétique, Puis qu'il est constamment contraint de contrôler son alimentation, son taux de glycémie, inépuisé aussi de l'envie vis-à-vis de son entourage qui est qualifié comme étant « sain ».

Le stress :

Tout comme d'autres maladies chroniques, le diabète constitue une perte de santé physique et une menace pour la santé future en raison des complications à moyen et à long terme pouvant y être associées, et peut peser sur la personne diabétique et lui occasionner un important stress. Les manifestations du stress varient d'un individu à l'autre en fonction de sa personnalité, de sa capacité D'adaptation et de résistance au stress. Ces signes peuvent être physiques, psychologiques ou comportementaux. Le stress peut cependant avoir un impact sur le contrôle du diabète par l'impact des hormones de stress sur la glycémie.

L'anxiété :

Les changements d'habitudes de vie imposés par cette nouvelle condition engendrent parfois de l'anxiété et de l'inquiétude chez certaines personnes. D'après une étude, 14 % des personnes diabétiques présentent un trouble d'anxiété généralisée.

La dépression :

De nombreux patients atteints de diabète souffrent de symptômes dépressifs (31 % des cas), voire d'un trouble dépressif majeur (11 %).

Le risque de dépression est deux fois plus élevé que dans la population générale. Près d'une femme diabétique sur trois et près d'un homme diabétique sur cinq souffrent ainsi de dépression avec des conséquences néfastes sur leur fonctionnement cognitif, leur qualité de vie, leur adhérence au traitement médical et leur contrôle glycémique, ce qui augmente le risque de complications liées au diabète. Cette dépression est par ailleurs fortement corrélée avec la sédentarité, les plaintes somatiques subjectives et la diminution des capacités physiques.

Synthèse :

Le diabète est une maladie qui existe depuis très longtemps du a une insuffisance d'insuline ou au mauvais fonctionnement de cette hormone des progrès considérables ont été réalisés et ont permis de parvenir à un niveau où l'homme sait gérer cette maladie.

Aujourd'hui, le diabète n'empêche pas le malade de vivre normalement, le diabète se soigne très bien par de bonne habitudes et de bons traitements à suivre ou quotidien, destinés à maintenir un équilibre glycémique satis faisant.

Chapitre III

La qualité de vie

Préambule :

L'être humain est confronté au quotidien à faire face à des situations physiques et psychiques dans sa vie, que ce soit sur le plan intrapsychique ou interpersonnel, évaluer la qualité de vie c'est évaluer les capacités physiques et psychique de l'individu sur le plan interrelationnel avec le monde externe.

1. historique de la qualité de vie :

Les premiers écrits sont issus des travaux menés par une commission chargée, par le président Eisenhower, de définir des « buts nationaux », sur la base d'indicateurs objectifs, afin d'augmenter tout à la fois la quantité et le niveau de vie des citoyens. A cette même période, mais selon une démarche plus subjective, certains chercheurs s'intéressent au vécu quotidien des personnes, aux expériences qui participent de leur bonheur.

Nous retiendrons que pour l'ensemble des auteurs de cette époque, bonheur et qualité de vie se situaient dans des univers conceptuels proches l'un de l'autre : le bonheur était éminemment subjectif, composé essentiellement d'affects positifs, de l'ordre de la complétude, avec pour antonyme le malheur évoquant, en anglais, tant la souffrance que la malchance. La qualité de la vie, elle, avait une connotation plus réaliste et ouvrait l'espoir de pouvoir établir des indicateurs ou standards objectivables (opérationnels) .

Les sociologues et psychosociologues insistèrent, dès le début, sur le fait que seul le bonheur exprimé était du champ de la recherche scientifique par l'approche des opinions et de attitudes ils soulignèrent cependant le biais introduit par cette méthodologie : toute échelle de bonheur exprimée surestimant le bonheur au mal-être. Cette remarque a son importance : on ne sera pas étonné du fait que l'ensemble des études sur le sujet constate une distribution asymétrique des réponses exprimées. (Serge, isabelle, 2012, P. 21).

En 1947, l'organisation mondiale de la santé (OMS) donne une définition qui reste cependant proche de celle de bien-être, et en 1948, Panofsky propose une échelle de performance corrélée avec le bien-être, et le fonctionnement social. Suivi en 1963 par Katz, notons que ces deux auteurs ont surtout eu le mérite de faire évaluer les mentalités en médecine ils ont montré l'importance d'évaluer des fonctions et des handicaps aussi bien physiques que psychiques,

Sans les dissocier de leur contexte, c'est-à-dire dans la vie de tous les jours (Corten, 1998, p .4).

2. Définitions :

-Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) 1994 : « la qualité de vie comme la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de sa culture et de son système de valeurs en relation avec ses objectifs, 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 ».

-Pour Launois (1996), la qualité de vie est un concept tellement « englobant », que tout y trouve sa place : facteurs environnementaux, niveaux de revenus, habitudes, style de vie ...qui plus est, dans leurs interactions réciproques, tous ses 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 Qdv. (Serge, Isabelle, 2012, P. 21).

-Pour SPITZ (1999), le concept de la qualité de vie ne recouvre pas les mêmes champs selon les auteurs. Si l'on cible un domaine spécifique, par exemple la qualité de vie après implantation d'un défibrillateur cardiaque, les conclusions des études peuvent sembler contradictoires, certains auteurs concluant que la qualité de vie est nettement améliorée, d'autres auteurs estimant qu'elle est peu améliorée. Lorsque les études sont amenées des médecins, la qualité de vie recouvre principalement des signes d'amélioration physique. Mais, lorsque l'équipe de recherche comprend les psychiatres ou des psychologues, la qualité de vie recouvre en plus, les aspects psychologiques du sport du défibrillateur. (Gustave, 2002, P.288-289).

3-la qualité de vie liée à la santé :

Contrairement au concept plus global de la qualité de vie, la qualité de vie liée à la santé se focalise sur l'impact de la maladie et plus spécifiquement des traitements sur la qualité de vie.

La qualité de vie liée à la santé est multidimensionnelle dans la mesure où l'état de santé de l'individu peut influencer les aspects physiques, émotionnels, psychologiques, sociaux ou spirituels de la vie.

Elle est également dynamique pouvant évoluer au cours du temps et subjective de basent sur les valeurs, les désirs et les attentes de chaque patient.

Chaque individu utilise un standard personnel pour évaluer une situation comme désirable ou indésirable. L'évaluation personnelle de sa propre qualité de vie lié a la santé est absolument nécessaire pour permettre au professionnel de la santé de comprendre réellement l'impact d'une maladie chroniques sur la vie du patient, et qui peut être parfois totalement différente de l'évaluation « Objective » de l'état de santé du patient.

La qualité de vie liée à la santé est un double concept qui inclut aussi l'aspect positif et négatif de la santé. Les aspects négatifs comprennent la maladie et les dysfonctions, alors que les aspects positifs s'intéressent aux sentiments de bien-être mental et physique, une capacité complète de fonctionnement, d'aptitude physique, d'adaptation et d'efficacité.

4. les composantes 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 on retrouve :

A. LE domaine psychologique de la qualité de vie :

LA plupart des auteurs se sont entendu sur le fait que ce domaine comprend les émotions, les affects positifs. D'autres incluent également les affects négatifs tel que l'anxiété ou la dépression, d'autre prennent en considération l'aspect dynamique et processuelle tel que le développement personnel, le bien-être et la réalisation de soi.

Ce domaine inclut également les processus cognitifs comme la satisfaction, la concentration et la mémoire.

B. Le domaine physique de la qualité de vie :

La qualité de vie permet au sujet d'exprimer ses attentes en fonction du poids qu'il accorde à tel ou tels aspect de la vie. Elle est très utile dans le vieillissement, les maladies chroniques et/ou le handicap ou la « guérison » impossible et ou les acteurs s'attachent à démontrer les bénéfices d'une intervention donnée sur la qualité de vie.

La qualité de vie liée à la santé est celle qui est le plus usitée dans le domaine de l'activité physique et la santé. Elle correspond à la satisfaction du sujet par rapport à sa vie quotidienne (autonomie, symptômes physiques). (Institut national de la santé et de la recherche médicale, 2008, P.202).

C. Domaine sociale de la qualité de vie :

Il intègre les relations, les activités, les rapports à l'environnement social, amical et professionnel. Souvent un soutien social est perçu en termes de disponibilité et de satisfaction, en conséquence le fonctionnement social sera optimal dans les différentes sphères. IL existe de nombreuses échelles qui évaluent la santé sociale, c'est le cas d'échelles large comme **WOQOL** a 100 items explore six dimensions de la qualité de vie sont : physique, psychique, environnement, relation sociale, autonomie et spirituelle. (Marilou, 2002, P. 53-75).

D. Qualité de vie et environnement :

Lorsque l'on s'intéresse à la qualité de vie des êtres humains, la prise en compte de la qualité propre à chacun des différents lieux de vie, que ce soit le logement, le quartier, l'école l'entreprise ou à une plus grande échelle, la santé, devient nécessaire. Cette question des liens entre qualité de vie et environnement peut nous amener à nous interroger sur l'effet potentiellement positif de l'environnement. L'impact des risques et nuisances est de jour en jour plus important, avec au niveau local les problèmes générés par différents types de nuisances telles que les pollutions ou le bruit, et au niveau global la question centrale du changement climatique et de ses conséquences destructives sur l'être humain et la planète. Mais un espace de vie ou un lieu peut également par ses caractéristiques propres être générateur de bien-être et favoriser une amélioration du niveau perçu de qualité de vie. (Oscar Navarro, [http://www.Terre-des-sciences.fr/agenda/événement/qualité -de- vie et environnement/](http://www.Terre-des-sciences.fr/agenda/événement/qualité-de-vie-et-environnement/)).

5. Mesure de la qualité de vie et son évaluation :

Les mesures de la qualité de vie sont de plus en plus utilisées dans le monde de la recherche pour la santé, elles ont l'intérêt de pouvoir 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 dans cette mesure on trouve L'AIMS (Arthritis Impact Measurement Scales) et le QLQ-C30 (qualité of life questionnaire for cancer patient). (Marilou, 2002, P.71-75).

Concernant l'évaluation de la qualité de vie, il n'existe pas un instrument d'évaluation standard et universel, et l'on recense plusieurs centaines de questionnaires spécifiques.

Les différentes approches pour mesurer la qualité de vie :

D'après Mercier et Scharaub (2005) on peut distinguer 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 :419)

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 lorsqu'on souhaite 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 échelles.

-WHOQOL (WHO QUALITY OF LIFE ASSESSMENT), avec 100 items.

-WHOQOL BREF (8), avec 26 items regroupés en 4 échelles.

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 modules particuliers sont associés au questionnaire spécifiques à une pathologie (appelé " questionnaire spécifique" ou "core questionnaire"). Les modules particuliers ne peuvent pas être utilisés séparément du questionnaire spécifique.

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 diabète :

La mesure de la qualité de vie liée à la santé vue par le patient est en effet devenue un aspect majeur d'évaluation de la qualité de la prise en charge des pathologies chroniques.

L'échelle SF-36 est une échelle généraliste permettant d'évaluer avec une bonne sensibilité la qualité de vie perçue en population générale comme dans

Des groupes particuliers de pathologies, ce qui permet d'établir une comparaison globale de la population diabétique avec la population générale. Les mesures de la qualité de vie des personnes diabétiques de type 2, une analyse séparée de la qualité de vie des personnes diabétiques de type 2, et d'analyser les facteurs qui lui sont associés parmi les caractéristiques du patient, de son diabète et de son éventuel handicap. (Bourdel-marchasson, 2007, P.17).

7. les limites des mesures de la qualité de vie :

a- la validité de contenu des questionnaires :

Dans de nombreux articles, il est soulevé la question de la validité du questionnaire de qualité de vie utilisé par rapport à la population de l'étude. C'est en fait tout le problème de la correspondance entre la préoccupation des malades et les items des outils mis en œuvre.

En effet, parfois, alors que tous les indicateurs objectifs semblent en faveur d'une franche amélioration de tous les indices de qualité de vie, les patients vivent une réelle « décompensation psycho-sociale ». Ainsi, dans le champ du traitement neurochirurgical des patients ayant une épilepsie pharmaco résistante ou une maladie de parkinson, il a été constaté qu'une grande réussite sur le plan symptomatique ne s'accompagnait pas nécessairement d'un bénéfice du point de vue de la qualité de vie subjective du malade.

Le concept de qualité de vie tel qu'il est quantifié n'est donc pas toujours en adéquation avec la subjectivité des malades, comme le démontrent d'ailleurs Frossard et ses collaborateurs. En 1999, cette équipe réalise une étude visant à confronter les mesures quantitative avec l'expression des patients sur leur santé et leur qualité de vie. menée auprès de soixante-seize personnes ayant soit une pathologie grave a un stade avancé (sida ou cancer), soit une fracture du fémur, cette étude combinant approche qualitative et quantitative démontre l'existence de convergences entre certains indicateurs de qualité de vie, mais surtout d'un décalage important entre les évaluations quantitative(QLQ-C30 et l'Europol, un outils générique) et la perception subjective des malades sur leur qualité de vie, telle que décrite au cours d'entretiens non directifs enregistrés puis analysés par deux psychologues.

Certaines recommandations récentes soulignent l'importance d'une démarche de recherche qualitative initiale pour l'élaboration d'outils de qualité de vie ;

Cette démarche implique des entretiens auprès des patients de la population cible.

Pour déterminer les aspects importants à considérer dans le contexte de la maladie ou de l'intervention a évalué. Les patients sont également sollicités pour évaluer la formulation des questions.

b- un concept susceptible d'évoluer spontanément :

-des évolutions paradoxales :

Les besoins, objectifs, ou buts personnels de certains patients peuvent évoluer et conduire parfois à des améliorations para-doxals de leur QdV alors même que leur état de santé s'est objectivement détérioré ou que leurs performances motrices sont très limitées (Leplège, 2008, P.124).

Ainsi, Albrecht et Devliger (1999), à la suite d'une étude qualitative menée auprès de 153 personnes ayant un handicap sévère lié à leur maladie (lésions médullaires, sclérose en plaques, diabète, traumatisme crânien ...), ont montré que 54% des participants estiment que leurs QdV est bonne ou excellente. Pour les auteurs, ce « paradoxe du handicap » serait explicable par les bénéfices secondaires présents des lors que les personnes parviennent à s'accoutumer au handicap, donc à réinterpréter positivement leur vie, et à trouver un sens personnel à leurs rôles sociaux.

-L'impact des ajustements psychologiques :

Au cours des maladies chroniques, il s'opère aussi tout un travail d'ajustement. Le degré d'adaptation à la pathologie peut donc tout à fait refléter non l'impact de cette dernière, mais un changement du aux modalités d'ajustement ou l'évolution des attentes de la personne (singh & dixit, 2010, P.38).

Mais la conception même de la QdV, selon les patients, peut se modifier entre deux évaluations. Ce changement peut être tout aussi bien imputable aux processus d'adaptation évoqués précédemment qu'à l'effet même de l'intervention thérapeutique, ainsi par exemple, ce qui était auparavant considéré comme un niveau de fatigue élevé peut, après un traitement très invasif, être considéré comme un niveau de fatigue moyen. Ce phénomène est désigné par Sprangers et Schwartz (1999) sous le nom de réponse shift. Il consiste en un réajustement des critères de jugement et de la représentation de la QdV en fonction de l'évolution des atteintes pathologiques. Ce processus est également

Parfois imputable à des comparaisons sociales, notamment descendantes, lorsqu'il consiste en une comparaison avec des personnes dont l'état de santé est plus mauvais que le sien (sing & dixit, 2010, P.224).

Synthèse :

L'évaluation de la qualité de vie reste perçue comme une science imprécise. Pourtant, cette évaluation n'est déficiente que si l'instrument d'évaluation n'a pas été judicieusement choisi en fonction des objectifs et de la population ciblée.

A travers l'analyse du concept de qualité de vie, nous avons constaté que la QdV est un concept intégrant de manière complexe plusieurs dimensions elle concerne la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence. La qualité de vie restera toujours l'expérience subjective que la personne a de sa propre vie.

Chapitre IV

L'observance thérapeutique

Préambule :

L'observance thérapeutique est un problème ancien dont l'importance est devenue cruciale dans la prise en charge des pathologies chroniques. C'est en particulier le cas de diabète type 2 ou de nombreux médicaments sont prescrits par la voie orale. L'amélioration de l'observance reste un défi majeur chez ces patients.

L'objectif de ce travail de dresser un état des lieux de l'observance thérapeutique dans le diabète, d'établir les causes et conséquence d'une mauvaise observance ainsi que les moyens d'y remédier.

1-L'observance thérapeutique :**1-1 définition du concept :**

Le terme d'observance vient du champ lexical, ou l'action d'observe se définit comme l'obéissance de l'individu au regard de l'exercice des rituels sacrés.

Il est intéressant de noter la proximité de ce sémantisme avec la nature du traitement.

L'observance, c'est-à-dire la concordance entre la prescription médicale et son respect par le patient, n'est pas limitée au strict traitement médicamenteux. Dans le diabète, elle peut s'appliquer à de nombreux aspects non pharmacologiques, dont le respect des mesures hygiéno-diététique, l'autocontrôle glycémique etc. on estime que plus de 80% des patient atteints de pathologie chronique ne savent pas suffisamment leurs thérapeutiques pour obtenir les bénéfices optimaux, d'autre étude montrent aussi que 35% à 80% des patient diabétique ne savent pas correctement leurs traitements. (Paquot, 2010, p. 326-331).

Il est tout fois important de savoir distinguer entre complaisance d'observance et complaisance, qui 'est la traduction anglais de cette dernière, mais en française il existe un grand écart entre ces deux termes, la complaisance est un concept anglo-saxonne utilise pour la première fois en 1957 qui correspond à une conformité à la prescription, a la capacité du patient a prendre correctement son traitement sans tenir compte du degré réel d'adhésion du patient quant à l'adhérisions thérapeutique, elle s'intéresse au point de vue du patient, à sa coopération active, a la volonté et à une approbation réfléchi de l'individu à prendre en charge sa maladie tant nécessaire dans les maladies chroniques. En

Conséquence on parle d'adhésion lorsque l'intérêt de notre propos sera centré sur les dimensions attitudinales et motivationnelle des comportements d'observance et on utilise le terme d'observance lorsque nous nous référons uniquement aux pratiques de soin effectives des patients. (La mouroux, magnan, vervolet, 2005,32).

Le dictionnaire Larousse propose la définition suivante pour l'observance :
« Façon dont un patient soit, ou ne suit pas les prescriptions médicales et coopère à son traitement » (La rousse médical, 2006, 690).

L'observance thérapeutique se définit comme la capacité à suivre correctement un traitement a long court du au caractère chronique de la maladie tel qu'il est prescrit par le médecin. Elle concerne la prise du traitement médicamenteux en lui-même mais aussi les recommandations alimentaires, l'exercice physique, la consommation de tabac, les rendez-vous chez le médecin, les analyses aux laboratoires, etc. elle est visible, objectivable, mesurable (la mouroux, magnan, vervolet, 2005 : 31)

L'observance thérapeutique que fait de l'objet de multiple évaluation. On y trouve plusieurs emplois. L'adhésion primaire concerne l'observation du patient en début de traitement contrairement à la persistance qui se définit comme la capacité du patient à respecter ses prescriptions sur le moyen/ long – terme.

les dimensions de l'observance thérapeutique :

L'observance thérapeutique est multidimensionnel elle comprend le respect du traitement, les mesures hygiéno-diététique, le respect de suivi médical, l'éviction des comportements risques.... Etc. les mesures higieno-diététique peuvent s'affaire, du moins dans les premiers temps contrôler le diabète, c'est pour cela que leurs mises en place est en première ligne de prise en charge.

Toutes ces dimensions dépendent de la représentation et de la compréhension du patient de sa maladie, de la perception des effets secondaires, aussi de la cause supposée de la contamination, particulièrement lorsque celle-ci est attribuée à des facteurs de risques, ainsi que le contrôle personnel lorsque le sujet pense avoir un contrôle personnel sur sa maladie.

La bonne communication entre professionnels de santé et patient est donc primordiale afin de prendre en compte les multiples facteurs influençant l'observance (<http://sidaxience.inist.fr/quels-sont-les-determinants-de-l>).

les profils des patients :

Une étude anglo-saxonne a identifié 7 catégories de patients :

- 1- Le docile (teacher's pet) est un patient qui obéit à son médecin, est fait donc preuve d'une bonne observance.
- 2- Le démissionnaire précoce est un patient qui à une attitude de démission, de son plein gré ou sous la contrainte, a sa prise en charge et qui développe une attitude de fuite vis-à-vis de sa maladie.
- 3- L'intérimaire est un patient qui n'est pas stable, et qui est périodique en ce qui concerne son observance.
- 4- L'intermittent est un patient qui a un comportement inégale surtout imprévisible.
- 5- Le joueur (glambler) est un patient qui est conscients des risque d'un défaut d'observance, mais qui en dépit de cela ne prend pas son traitement. Ce type de comportement peut également correspondre au fumeur qui malgré la menace du cancer, continue tout de même à fumer. Ainsi l'observance du jouer varier en fonction de sa perception du risque associer à la maladie ; mais aussi au traitement.
- 6- Le distrait (distractible) est un patient préoccupé par autre choses (travail, problème familiaux ...) et qui en conséquence finit par oublier des rendez-vous chez le médecin de prendre ses médicaments....
- 7- Le rebelle(Rebel) est un patient qui ne suit pas les recommandations qui lui sont données, par seule volonté de s'opposer. (Louchez, 2017, P. 19).

2- L'inobservance thérapeutique :**2-1 Définition :**

Ou appelle non-observance thérapeutique l'absence de concordance entre les comportements des patients et les recommandations médicales- elle concerne tous les gestes du traitement : se livrer à un dépistage, venir aux consultations, prendre les traitements tels qu'ils sont prescrits, surveiller leur efficacité, accepter des modifications du style de vie renoncer à des comportements à risque comme par exemple un tabagisme. Elle intéresse toutes les photologies chroniques, symptomatique, dont le traitement est contraignant et complexe et un bat plus préventif que curatif. Il s'agit d'un phénomène fréquent : on admet que schématiquement, moins d'un patient sur deux suit globalement les recommandations qui lui ont été données.

Il s'agit aussi d'un problème grave qui concerne à la fois l'efficacité de la médecine et son coût. Face à cette gravité, L'O.M.S. récemment un document qui donne le tout, comme une profession de foi : elle déclare que résoudre le problème de la non-observance thérapeutique serait plus efficace que l'avènement de n'importe quel nouveau progrès biomédicales (Reach, 2006, p.18).

3. Facteurs impactant l'observance thérapeutique :

Facteurs liés au patient :

A. Le genre :

La comparaison des comportements par rapport au genre montre beaucoup d'hétérogénéité en fonction des investigations. Les femmes sont plus sujettes à la polymédication que les hommes, or l'augmentation du nombre de traitement impacte négativement l'observation, en conséquence les différences de sexe peuvent simplement expliquer une différence de profil de consommation de médicaments.

B. L'âge :

Une multitude de caractéristiques individuelles du patient peuvent impacter l'observance. En première lieu les âges extrêmes. Au sein de la population jeune le contexte psychologique de l'enfant ou de l'adolescent peut avoir un impact négatif on peut assister chez la personne âgée à diverses limitations fonctionnelles qui peuvent avoir un effet délétère sur l'observance, on peut citer le développement de maladies neurologiques, mais aussi une perte musculaire qui peut rendre difficile la déglutition. A cela s'ajoutent des spécificités thérapeutiques, telle que le contexte de la polypathologie et de la polymédication, qui en augmentant le nombre de prises et la complexité des schémas de prise en charge mènent à un risque plus élevé d'oublis, on peut également être confronté à des modifications de pharmacocinétique (absorption, distribution, métabolisation et élimination du médicament). L'ensemble de ses éléments accentue le risque d'erreur thérapeutique et la gravité de leurs conséquences.

c- l'entourage et les croyances :

Le fait que le patient dispose d'un aidant peut influencer sur son observance. Il s'agit d'une personne qui va assister le patient en perte d'autonomie au quotidien.

Ce dernier peut par l'apport d'un soutien moral, le maintien d'une vie sociale, ou encore par laide physique attribué, permettre au patient d'être plus observant. L'aidant peut être un membre de la famille, un ami ou le conjoint.

Les croyances sur les maladies et les croyances religieuses vont également impacter l'observance, ainsi les protestants peuvent y craindre un risque d'inobservance.

D- état psychologique :

L'état psychologique de l'individu est également important. Il a été montré qu'en cas de dépression, le risque d'être in observant augmente d'un facteur trois. L'instauration des traitements chronique est-elle-même déstabilisante pour le patient. D'une part, cela lui rappelle sa finitude (puisque son traitement ne finira qu'à son décès), ainsi l'observance est une forme d'acceptation de sa propre mort.

L'autre part, cela identifier l'individu comme n'étant plus un non malade. Cet état émotionnel peut impacter la qualité de la relation avec le médecin ou le professionnel de santé de manière plus général. La présentation psychologique du patient. De sa propre personne est également un facteur important ainsi l'observance va être affectée par ses besoin intrinsèques (tel que le besoin de sécurité). Et par ses priorités personnelles, les différents types de personnalité pathologiques (Louchez, 2007, P. 20-21).

Les facteurs liés aux professionnels de santé :

L'observance est impactée par la perception du médecin et sa motivation pour s'assurer de « l'assiduité » thérapeutique de son patient. Le patient, écarté de la prise de décision, peut se rebellez contre l'autorité médicale afin de récupérer un certain pouvoir dans la prise décision, ainsi il peut s'opposer indirectement à son médecin dans le but d'exprimer sa liberté c'est ce qu'on appelle la théorie de la réactance. La qualité de la relation entre malades est donc très importante dans le cadre de l'observance, il est également indispensable pour le professionnel de santé de prendre le temps d'informer et d'impliquer le patient. La barrière

L'linguistique peut aussi impacter la qualité de cette relation de plus, certains termes trop vagues peuvent rendre difficile une bonne observance, par exemple : lorsque l'on préconise de prendre 1 comprimée par jours, pour 36% des patients, la prise peut s'échelonner jusqu'au soir et être irrégulière, il a également été montré que la proximité des événements de soins impactait l'observance et semblait plutôt associer à une amélioration de l'observance.

Il est important de considérer aussi la formation du professionnel de santé, qu'il soit médecin, pharmacien ou autre, en effet, cette dernière peut soutenir une certaine susceptibilité individuelle à la communication ou développement de types particulière de relation professionnel-patient. Celle-ci conditionner la confiance qu'a le patient en son médecin et son observance (Louchez, 2017, P.21-22).

les facteurs liés à la maladie :

Le caractère silencieux ou bruyant des maladies peut conditionner l'observance. En effet, il a été montré que des pathologies telle que le diabète ou l'hypertension artérielle (HTA) pouvait connaître une moins bonne observance notamment en phase d'initiation de traitement.

Cela découle de la difficulté de perception de la complexité de la pathologie, des risques en terme de handicap ainsi que le caractère asymptomatique de ces affection chronique. Ainsi ces malades ont du mal à évaluer la potentielle dégradation de leur état de santé, sur la long terme ceci peut les inciter à adopter un comportement de préférence pour le présent.

C'est-à-dire, le patient préfère éviter les effets secondaires à brève échéance du traitement par rapport aux risques sur le long terme de sa maladie, on peut également observer ce type de phénomène sur des affections comme l'asthme. (Louchez, 2017,23).

4- conséquence de l'observance thérapeutique :

L'observance thérapeutique peut être responsable de multiple complications, comme cela a été démontré dans divers domaines de la médecine, dont celui des maladies cardiovasculaires comme l'ont démontré des études sur l'influence de l'adhésion au traitement sur la mortalité.

Comparé à une mauvaise adhésion, une bonne adhésion est associée à une mortalité réduite pratiquement de moitié.

Si l'observance thérapeutique peut avoir des conséquences dramatiques pour le patient, il ne faut pas négliger l'impact considérable qu'elle peut aussi avoir sur le plan pharmaco-économique. Pour des pathologies comme le diabète, l'hypertension artérielle et l'hypercholestérolémie, il a été montré qu'une bonne adhésion au traitement pharmacologique était associée à une réduction des coûts de soins de santé. De même, l'observance thérapeutique a été identifiée comme une cause importante de rechutes et de ré-hospitalisations.

Selon une enquête américaine, 1 sujet âgé sur 10 est hospitalisé pour non-observance du traitement prescrit.

Ce qui a, de toute évidence, des répercussions majeures en termes de santé publique. Enfin, il faut encore ajouter le coût, sans doute considérable, des médicaments achetés (et souvent plus ou moins remboursés), mais non utilisés ou utilisés de façon non optimale.

5- observance thérapeutique et diabète :

Le diabète de type 2 est associé, dans environ 80% des cas, à un excès parental, voire à une obésité (indice de masse corporelle ou IMC $\geq 30\text{g/m}^2$).

De plus, l'obésité est un facteur de risque indépendant des dyslipidémies, de l'hypertension artérielle et d'inflammation silencieuse, aggravant ainsi les risques de morbidité et de mortalité cardio-vasculaire chez les patients diabétiques de type 2. La prise en charge diététique, en association avec la Metformine, constitue dès lors un aspect essentiel du traitement initial du patient diabétique de type 2 et une perte de poids représente un objectif important chez ces patients avec surpoids ou obèses. En effet, une perte de poids, même modérée telle qu'une diminution de 5% du poids initial, améliore l'action de l'insuline, réduit la glycémie à jeun et conduit à une réduction de la médication hypoglycémifiante. De même il a été démontré qu'une perte de poids de quelque kilo mais maintenue en moyenne pendant 4 années, peut prévenir ou retarder le développement d'un diabète de type 2 chez des sujets à haut risque de développer la maladie, tels que ceux avec diminution de la tolérance au glucose.

Malheureusement, les recommandations hygiéno-diététiques sont le plus souvent mal suivies, la perte de poids long terme significative, à l'exception notable des traitements chirurgicaux, et, dès lors, un recours au traitement pharmacologique est quasi la règle dans le diabète de type 2.

En dépit de la disponibilité de traitement pharmacologique a l'efficacité démontrée et de preuve illustrent une réduction des complications l'liées au diabète de type 2 reste globalement insuffisant. La mauvaise observance concernerait environ 50% des patients, plus le nombre de prises quotidiennes est importants, plus l'observance se dégrade, passant ainsi de 79% Pour une prise quotidienne à 38% pour trois prises quotidiennes (surtout au détriment de la prise de midi).

Ceci est également vrai pour le nombre d'antidiabétique oraux(ADO) et la durée de traitement, or ; un patient diabétique de type 2 prend en moyenne 6 à 3 médicaments par jours. Cette mauvaise observance à de très nombreuses conséquence, économiques et médicales : elle influe sur la prise en charge et le pronostique, notamment cardiovasculaire on comprend aisément que chez un patient diabétique de type 2, la non-observance et le taux d'hémoglobine glyquée (HbA1C) soient directement corrèles.

Une récente analyse rétrospective a montré que les patients non-adhérents à leur traitement par ADO, antihypertenseurs et hypolipidimants, avaient un taux accru d'hospitalisation même une mortalité plus élevée par rapport aux patients qui suivaient régulièrement leur traitement (Paquot, 2010, P. 327).

Synthèse :

L'observance thérapeutique est un objectif essentiel de la prise en charge de diabète. Son évaluation demeure plus compliquée que sa réalisation ; en effet, le repérage des facteurs de mauvaise observance optimise la prise en charge thérapeutique en adoptant des stratégies thérapeutiques propres à chaque patient qui doit à son tour participer à son projet thérapeutique.

La partie pratique

Chapitre V

La présentation des études antérieur

Préambule :

Après avoir débattu le coté théorique, on passe à la présentation des études antérieurs dont il a eu nécessité afin de compléter le travail vue l'annulation de la pratique sur le terrain pour des mesures sanitaire contre la propagation du covid-19 et terminer en dernier lieu par une analyse globale.

1-L'étude observance des thérapeutiques chroniques état des lieux et déterminants :

C'est une étude réalisée par Mme. Lyda el faqyr soutenue publiquement le 23 juin 2017 à l'université de Marrakech faculté de Médecine et de pharmacie pour l'obtention du doctorat en médecine.

C'est une étude épidémiologique transversale descriptive, intervenant sur 180 patients suivis pour DT2 en consultation de médecine interne, d'endocrinologie et de néphrologie de l'hôpital militaire Avicenne de Marrakech, sur une période de 06 mois s'étalant du mois d'Octobre 2016 au mois de Mars 2017.

Pour la méthode de cette étude, il s'agit d'un questionnaire qui a été élaboré au sein du service de médecine interne et d'endocrinologie de l'hôpital militaire Avicenne qui a été distribué par des personnels de l'équipe médicale lors de l'accueil des patients en consultation en respectant les critères d'inclusion. Aussi qui a été expliqués de façon individuelle aux patients, qui étaient informés de son intérêt pour un travail de thèse et pour la proposition de leviers pouvant améliorer de façon considérable la prise en charge des patients souffrant de pathologies chroniques. Les patients étaient encouragés à répondre de la façon la plus juste.

L'objectif a été d'évaluer de la façon la plus pertinente possible l'observance et le vécu du patient et d'évaluer le niveau d'observance thérapeutique chez un échantillon de 180 malades suivis pour DT2 au sein de l'hôpital militaire

Avicenne et d'Identifier les facteurs influençant l'observance thérapeutique des patients et L'évaluation de l'observance s'est faite essentiellement à l'aide d'un entretien.

Aussi Sensibiliser les équipes soignantes à l'importance de l'observance thérapeutique dans le traitement des malades ainsi que de Proposer des interventions permettant de renforcer l'observance des patients.

Pour les résultats de cette étude ,54 % des patients prenaient correctement leurs antidiabétiques oraux, le taux d'observance de l'insuline était de 64%, 40% d'observance aux antihypertenseurs et uniquement 25% d'observance aux statines chez les diabétiques type 2 dyslipidémiques. La mauvaise observance était associée à un niveau socio- économique et d'étude bas, à une vie solitaire, aux effets secondaires et au coût élevé des traitements, à la polymédication, à des prises quotidiennes multiples, à une connaissance faible de la maladie et des traitements, et à un entretien médical insuffisant. Les facteurs de mauvaise observance peuvent être regroupés en cinq grands chapitres selon qu'ils sont liés au sujet lui-même, à son environnement, à la maladie, au traitement et à la relation médecin malade. Le taux d'observance retrouvé dans cette étude est un taux médiocre selon les données de la littérature.

Cette étude a confirmé certains facteurs connus et a mis le point sur d'autres facteurs peu étudiés tel l'intérêt du personnel paramédical et infirmier.

Et l'analyse de la fréquence de ce phénomène et des facteurs essentiels qui l'influencent permet de cibler la prise en charge à travers une personnalisation de l'entretien médical, une adaptation du suivi au contexte des patients et à la nature de l'institution de santé L'observance thérapeutique est une question cruciale dans la stratégie thérapeutique. Il est important de la préparer dès les premiers contacts avec le patient, puis de la consolider tout au long du suivi.

2-L'observance thérapeutique chez les hémodialysés chroniques :

C'est une étude réalisée par M.Saad Alaoui Mhammedi en novembre 2011 au centre hospitalier universitaire mohammed VI à Oujda, Maroc sur 94 patients hémodialysés .

C'est une étude transversale dont la méthode est un questionnaire administré a nombre de 94 patients hémodialysés. L'Observance Thérapeutique a été mesurée à l'aide d'un questionnaire : test d'évaluation de l'observance en tenant compte de l'adhésion au traitement médicamenteux ainsi qu'au régime alimentaire, le questionnaire auquel répondaient les patients contenait à la fois des questions générales relatives aux données sociodémographiques et aux données médicales pertinentes au regard de l'étude. Le chercheur a conçu un questionnaire basé en grande partie sur le test d'évaluation thérapeutique de Girard. En absence d'une version marocaine du test d'évaluation thérapeutique de Girard au début de l'étude, le questionnaire d'origine a été traduit et adapté au contexte Marocain.

L'objectif a été d'évaluer le niveau d'observance thérapeutique chez les patients hémodialysés chroniques et d'identifier les facteurs prédictifs de la mauvaise compliance, en tenant compte à la fois de l'adhésion au traitement médicamenteux et au régime alimentaire.

L'étude est arrivéeaux résultats que La majorité des patients avaient un faible niveau d'instruction : 47,26% étaient analphabètes, 34,20 % avaient un niveau d'instruction primaire et 4,2% de patients étaient universitaires. Le niveau socio-économique de la majorité était assez bas. L'ancienneté moyenne en hémodialyse chez eux était de $10,48 \pm 6,23$ ans. Les néphropathies étaient de cause chez 54%, des patients, 20 % de patients avaient une néphropathie vasculaire, et 6 % une néphropathie diabétique ,le teste d'observance a révélé 23,4% de bons observants , 39,4 % ayant une observance partielle et 37,2% de

mauvais observants, la bonne observance thérapeutique est directement proportionnelle à l'âge des patients: BO $54,3 \pm 12,2$ MO $36,6 \pm 23,1$ (Les patients âgés aidés par une tierce personne), et elle est inversement proportionnelle à l'ancienneté de l'HDC BO $56,2 \pm 34,2$ MO $123,1 \pm 21,5$ et la comorbidité cardiovasculaire BO 14% MO 45%. La complexité et le nombre des médicaments sont aussi des facteurs déterminants de l'observance thérapeutique : plus le nombre de médicaments par jour augmente plus la qualité de l'observance diminue BO: $2,1 \pm 2,4$ MO $4,09 \pm 0,13$. Le niveau intellectuel élevé est facteur prédictif de la bonne observance thérapeutique, donc les facteurs de risque d'une mauvaise observance thérapeutique sont le jeune âge des patients, le niveau d'instruction bas, le nombre moyen de médicaments l'ancienneté en hémodialyse et présence de comorbidité.

3-Qualité de vie et diabète :

C'est une étude réalisée par Mll. FEHAIMA Sarra au sein du CHU de Tlemcen soutenue pendant l'année universitaire 2016/2017 et encadré par : Dr.M.A.GHEMBAZA à l'université de Tlemcen en vue d'obtention du Diplôme de Docteur en médecine.

Il s'agit d'une étude transversale menée au service de médecine interne, de mois de Septembre 2016 au mois de mars 2017. La population étudiée a été recueillie selon des variables sociodémographiques, ainsi que des paramètres liés au diabète : type, ancienneté, complications dégénératives, comorbidité, traitement antidiabétique.

Concernant la méthode pour cette évaluation, ça a été un questionnaire pratique, c'est l'EQ5D (euro-qol 5 dimensions), qui mesure 5 dimensions d'état de santé : la mobilité, l'autonomie, l'activité courante, la douleur et l'anxiété/dépression.

Elle a évalué et interprété ce questionnaire selon un score de l'état de santé dont 1 est la meilleure qualité de vie et 0 est la mauvaise qualité.

Mais on peut avoir des valeurs négatives marquant les qualités de vie les plus médiocres dont Les études françaises les considèrent comme un état de santé pire que la mort. Son étude c'est intéressé à 106 patients dont 70 femmes et 36 hommes, l'âge moyen est de $54.13 \pm$

17.93, 65.09% étaient mariés et 76.41% étaient d'origine urbaine, 67.92% étaient sans emploi.

Il s'agit d'une enquête transversale ayant pour but d'évaluer la qualité de vie des patients à un moment donné, les limitations de ces études sont principalement représentées par son caractère transversal excluant toute possibilité de comparaison de la qualité de vie avant et après le diabète ou encore d'apprécier l'évolution de la qualité de vie des patients sous traitement comme le permettent les études prospectives à ce sujet, aussi elle a été limitée par le temps de réception des données ainsi le nombre limité de ses patients. Cette étude a objectivé l'influence et la relation entre le score d'état de santé et la situation maritale ($P=0.042$). La comorbidité ($P=0.028$), Complications dégénératives ($P=0.018$) tandis que le score d'état de santé n'est pas influencé par l'âge le sexe, la situation professionnelle, l'origine urbaine ou rurale, le type de diabète, l'ancienneté, le traitement anti Diabétique.

Parmi les résultats de cette étude est qu'elle a permis de mettre en évidence l'impact des données sociodémographique sur la qualité de vie des patients, et aussi l'influence de certains paramètres liés à la maladie diabétique ainsi que sur la vie du patient.

Cette étude a montré qu'il existe un lien entre le score d'état de santé et la situation maritale ($p=0.042$), la comorbidité ($p=0.028$), l'existence des complications dégénératives ($p=0.018$), les autres paramètres n'ont pas lien avec le score mais influencent certaines dimensions de la qualité de vie (âge, sexe, situation professionnelle, type de diabète, l'ancienneté, traitement). L'anxiété n'est influencée par aucun de ces paramètres chose décrite dans plusieurs travaux, de même pour l'origine urbaine ou rurale.

En fin ce travail a permis de mettre en évidence certains paramètres pouvant altérer la qualité de vie des patients diabétiques.

4-Evaluation de la qualité de vie des personnes âgées diabétiques en Seine-Maritime :

Cette étude a été faite par m. Lefrançois pascal qui l'a présenté et soutenue publiquement le 18 septembre 2014 à la faculté mixte de médecine et de pharmacie de Rouen-France en vue d'obtention d'un diplôme d'état dont le directeur de thèse a été Dr. barrel André et présidé par les professeurs : Pr. Lefebvre Hervé jugé par Pr doucet jean, Pr mercier Alain.

La méthode utilisée par l'auteur été les items de qualité de vie inspiré de l'auto-questionnaire aldol sur une population de 50 personnes diabétiques de type 2 âgées de plus de 70 ans. Parallèlement relevé des données médicales, sociales pour satisfaire l'objectif, le relevé de ces données a eu lieu au cabinet de 10 médecins généralistes seinomarins randomisés par le biais du site de l'ordre national des médecins. il obtient finalement un score de qualité de vie qui sera relié statistiquement aux données recueillies.

L'objectif principal de cette étude est d'évaluer la qualité de vie des personnes

Âgées diabétiques en Seine-Maritime et déterminer les domaines de qualité de vie les plus affectés et rechercher des éléments médicaux pouvant altérer cette qualité de vie.

Cette enquête est donc réalisée dans le but d'évaluer le ressenti des personnes Âgées diabétiques de type 2 sur leur qualité de vie liée à la maladie et à son traitement, en Seine-Maritime.

Les résultats de l'étude disaient que 96% des personnes interrogées estiment un impact négatif du diabète sur leur qualité de vie. 75% pensent que leur qualité de vie serait nettement meilleure sans diabète. Les domaines de qualité de vie les plus dégradés sont la liberté de manger pour 94%, la liberté de boire 90%, les loisirs, leur confiance en elles, et leur apparence physique pour 75%.

Les facteurs liés à une plus grande influence du score de qualité de vie sont la présence de malaise/hypoglycémie ($p=0.001$) et la présence d'hospitalisation dans l'année écoulée ($p=0.001$). L'insuline est corrélée à une moindre qualité de vie par rapport au ados ($p=0.001$).

5-La qualité de vie et l'observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 :

Cette étude s'agit d'un mémoire de fin de cycle qui a été fait en vue de l'obtention d'un diplôme de master en psychopathologie et psychosomatique sur 6 cas à la polyclinique de beau séjour qui se situe à Bejaïa ville, et dont les auteurs son Benziane Anouar et BoutkerabtHicham , cette étude a été encadré par le professeur madame sahraoui intissar soutenue pendant l'année universitaire 2017/2018.

Les auteurs de cette étude se sont basés dans leurs travail de recherche sur la méthode clinique qui leur a permis de recueillir des informations de manière la plus large et la moins artificielle en leurs laissons des possibilités d'expressions

à travers ses deux niveaux dont le premier est l'utilisation des techniques de recueil in vivo : test, échelle ; quant au deuxième il a permis de comprendre les sujets.

L'étude de cas a aussi été partisane dans ce travail, ou elle a permis aux auteurs de bien exploiter leur thème de recherche dont l'intérêt de cette dernière a été de toucher à la singularité et l'histoire des sujets du moment où l'étude approfondit des cas individuels est l'un des fondements de la psychologie clinique.

Parmi les techniques utilisées on retrouve l'entretien clinique semi directif qui a permis de centrer les discours des patients sur le thème de recherche à travers un guide d'entretien composé de quatre axes, ainsi que le questionnaire généraliste SF-36 qui a aidé à qualifier la qualité de vie des sujets.

L'objectif de cette recherche été de démontrer que les patients atteints de diabète de type 2 ne réjouissent pas tous de la même qualité de vie ou certains avait une bonne qualité de vie tant que d'autres ont une mauvaise qualité de vie ainsi que de démontré que le patient diabétique qui se réjouie d'une bonne qualité de vie se manifeste par un bien-être physique et psychique, bonnerelations, performances au travail et sensation de bonheur ,pour s'y faire la population d'étude de cette recherche est faite de 6 cas diabétique au niveau de la clinique de beau séjour de Bejaïa qui ont été choisis selon des critères pertinents tel : l'Age, n'ont pas subi d'amputations, et non pertinent comme : l'Age d'apparition de la maladie, la situation financière, le sexe.

Les résultats de cette étude ont mené à confirmer grâce aux cas qui ont fait l'objet de l'investigation que les diabétiques de type 2 n'ont pas tous la même qualité de vie ou trois ont une bonne qualité de vie et son observant à savoir : adel, chabha et taoues, quant au trois autres ont une qualité de vie négative et sont non observant. Aussi les diabétiques dont la qualité de vie est positive se

caractérisent par une bonne observance thérapeutique qui se manifeste par le suivi des consignes du médecin, le respect des horaires de prise et autres signes et présente une qualité de vie positive qui se manifeste par un bien être psychique et physique.

Analyse globale :

A travers ces études et les données qui y sont récolter ,on constate fortement que la qualité de vie des patient diabétique de type 2 influence significativement sur leurs observance thérapeutique et montre que si il y'a eu lieu de faire la pratique les hypothèses auront été confirmer et le lien qui relie la qualité de vie à l'observance thérapeutique serait clairement apparent du fait qu'il sont deux variable qui interagissent et s'influence mutuellement pas seulement dans le diabète mais aussi dans d'autres maladies tel que l'insuffisance rénal chronique ce qui ouvre d'autre champs de recherche pas encore étudiier.

La Conclusion :

Le domaine de la recherche est vaste y compris les difficultés qui l'accompagnent ou les chercheurs se trouvent face à de nombreux défis dans la quête de l'amélioration de la qualité de vie et de l'observance thérapeutique qui sont deux pôles déterminant dans la vie d'un patient atteint d'une maladie chronique en particulier le diabète qui dans sa particularité exige un changement radical chez la personne atteinte

Dans le cadre de mon travail de recherche intitulé la qualité de vie et l'observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2, J'ai tenté de prouver l'implication de la qualité de vie et son influence sur l'observance thérapeutique chez les patients souffrant de diabète de type 2 qui sera positive ou négative

Afin d'arriver aux buts que j'ai fixé pour ma recherche et afin de vérifier mes hypothèses j'ai adopté la méthode cognitivo-comportemental ; avec laquelle j'ai pu aboutir à une compréhension assez acceptable vue la crise sanitaire du pays.

Cette recherche m'a permis d'arriver à certaines conclusions qui restent ouvertes aux débats et au questionnement et qui restent réfutables

*la qualité de vie et l'observance thérapeutique chez les diabétiques varie d'un cas à un autre

*la qualité de vie influence et se trouve liée à l'observance thérapeutique

Cette recherche m'a permis d'autres part de découvrir l'importance de l'entourage du patient soit familiale amicale ou bien professionnel dans l'amélioration et le perfectionnement de la prise en charge du patient atteint de diabète de type 2 et d'alléger ces souffrances

Enfin il est important de souligner que suite à la situation sanitaire actuelle du pays J'ai eu du mal à continuer mon travail avec des différentes difficultés dont le manque de documentation et de l'accès très limité au terrain et malgré ces difficultés cette recherche a été une bonne expérience qui m'a permis d'exploiter un nouveau thème de recherche et de comprendre le vécu psychique et la souffrance de ces malades diabétiques.

La liste bibliographique :

1. Bacqué, M-F. (1996). **Qualité de la vie et éthique du soin**. Repéré à <http://papidoc.chic-cm.fr/530qualitevie.html>.
2. Bénony, H. (1999). *L'entretien Clinique*. Paris, France : Dunod.
3. Bourdel-Marchasson, I. (2012). *Diabète du sujet âgé : 33 histoires vraies*. Paris, France : Frison-Roche.
4. Briançon, S., Guérin, G. et Sandrin-Berthon, B. (2010). *Maladies chroniques*. Repéré à <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/Adsp/72/ad721153.pdf>.
5. Chahraoui, K. et Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
6. Corten, Ph. (1998). **Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne**. *L'information Psychiatrique*, 74(9), 922-932.
7. Drabo, Y. G., Kabore, G. et Lengani, A. (1996). *Complications du diabète sucré au centre hospitalier d'Ouagadougou (BURKINA FASO), Épidémiologie, types et manifestations cliniques*. Repéré à <http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/BullSocPatholExot-1996-89-3-185-190.pdf>.
8. Dupasquier, E. (1955). *Contribution à l'étude de la théorie du diabète*. Repéré à <https://www.e-periodica.ch/cntmng?pid=fng-001:1955:45::273>
9. Duron, F. et Coll. (2006-2007). *Endocrinologie*. Repéré à <http://www.chups.jussieu.fr/polys/endocrino/poly/endocrino.pdf>.
10. Fernandez, L. et Pedinielli J. L. (2006). **La recherche en psychologie clinique**. *Recherche en soins infirmiers (ARSI) 2006/1 (N° 84)*. Repéré à <https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2006-1-page-41.htm>.
11. Fischer, G. -N. (2002). *Traité de psychologie de la santé*. Paris, France : Dunod.
12. Gauchet, A. (2008). *Observance thérapeutique et VIH enquête sur les facteurs biologiques et psychosociaux*. Paris, France : L'Harmattan.
13. Grossen, M. et Orvig, A. S. (2006). *L'entretien clinique en pratiques : Analyse des Interactions verbales d'un genre hétérogène*. Paris, France : Belin.

Bibliographie

14. Huber, W. (1987). *La psychologie clinique aujourd'hui*. Bruxelles, Belgique : Mardaga.
15. International Diabetes Federation. (2017). *Diabète Atlas*. Repéré à <https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/ressources/getdocumentutile/IDF-Diabetes-Atlas-8e-FR-finalRT.pdf>
16. Lavarde, A-M. (2008). *Guide méthodologique de la recherche en psychologie*. la-Louvain - Neuve, Belgique : De Boeck Supérieur.
17. Leplège, A., Debout, C. (2007). **Mesure de la qualité de vie et science des soins infirmiers**. *Recherche en soins infirmiers (ARSI) 2007/1 (N° 88)*. DOI : 10.3917/rsi.088.0018.
18. Lourel, M et Guéguen, N (2007). **interface'La "vie privée – vie au travail"** : Effets sur l'implication organisationnelle et sur le stress perçu. *Les Cahiers Internationaux de Psychologie Sociale 2007/2 (Numéro 74)*. DOI : 10.3917/cips.074.0049
19. Marilou, B-S. (2002). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthode*. Paris, France : Dunod.
20. Mercier, M. et Schraub, S. (2005). *Qualité de vie : quels outils de mesure ?* Repéré à http://documents.irevues.inist.fr/bitstream/handle/2042/9760/SFSPM_2005_14_418.pdf?sequence=1 .
21. Mucchielli, A. et Paillé, P. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales (4e éd)*. Paris, France : Armand Colin.
22. Navarro, O. (2016). **Qualité de vie et environnement**. Repéré à <http://www.terre-des-sciences.fr/agenda/evenement/qualite-de-vie-et-environnement>.

Résumé

Le diabète est une maladie qui existe depuis très longtemps du a une insuffisance d'insuline ou au mauvais fonctionnement de cette hormone des progrès considérables ont été réalisés et ont permis de parvenir à un niveau où l'homme sait gérer cette maladie. Aujourd'hui, le diabète n'empêche pas le malade de vivre normalement, le diabète se soigne très bien par de bonnes habitudes et de bons traitements à suivre au quotidien, destinés à maintenir un équilibre glycémique satisfaisant.

Quant à la qualité de vie, l'évaluation reste perçue comme une science imprécise. Pourtant, cette évaluation n'est déficiente que si l'instrument d'évaluation n'a pas été judicieusement choisi en fonction des objectifs et de la population ciblée. À travers l'analyse du concept de qualité de vie, nous avons constaté qu'elle est un concept intégrant de manière complexe plusieurs dimensions elle concerne la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence. La qualité de vie restera toujours l'expérience subjective que la personne a de sa propre vie.

Enfin, l'observance thérapeutique est un objectif essentiel de la prise en charge de diabète. Son évaluation demeure plus compliquée que sa réalisation ; en effet, le repérage des facteurs de mauvaise observance optimise la prise en charge thérapeutique en adoptant des stratégies thérapeutiques propres à chaque patient qui doit à son tour participer à son projet thérapeutique.

summary

Diabetes is a disease that has been around for a very long time due to insufficient insulin or poor functioning of this hormone. Considerable progress has been made and has brought it to a level where humans can manage this disease. Today, diabetes does not prevent the patient from living normally, diabetes is very well treated with good habits and good treatments to follow or daily, intended to maintain a satisfactory glycemic balance.

When it comes to quality of life, evaluation is still seen as an imprecise science. However, this evaluation is only deficient if the evaluation instrument has not been judiciously chosen according to the objectives and the target population. Through the analysis of the concept of quality of life, we have found that it is a concept integrating in a complex way several dimensions; it concerns the perception that an individual has of his place in existence. Quality of life will always be a person's subjective experience of their own life.

Finally, therapeutic adherence is an essential objective in the management of diabetes. Its evaluation remains more complicated than its realization; in fact, the identification of factors of poor compliance optimizes therapeutic management by adopting therapeutic strategies specific to each patient who must in turn participate in his therapeutic project.