

Université Abderrahmane MIRA de BEJAIA
Faculté des Sciences Humaines et sociales
Département : sciences sociales
Option : Psychopathologie et psychosomatique

***Mémoire de Fin de Cycle en vue d'obtention du diplôme
de Master en psychopathologie et psychosomatique***

Thème

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

Etude de 6 cas réalisée à la clinique « beau séjour » a Bejaia.

Présenté par

- *BENZINE Anouar*
- *BOUTEKRABT Hicham*

Encadré par

- *Docteur Sahraoui .I*

Année universitaire 2017-2018

Remerciement

*Tout d'abord, on aimerait remercier Dieu le tout puissant, de nous avoir donné le courage, la patience et la volonté a fin d'aboutir à l'accomplissement
De ce travail.*

Nous remercions également notre encadreur Dr sahraoui I pour son soutien, sa disponibilité et ses conseils tout au long de la réalisation de ce projet, l'en remercie également pour son encouragement et bienveillance.

Nous remercions tous les membres de jury qui nous feront l'honneur de juger ce modeste travail.

Nos remerciements les plus sincères à l'ensemble des enseignants du Département des sciences sociales qui ont contribué à notre formation.

On tient également a exprimé un grand remerciement pour les patients diabétiques qui nous ont fait part de leurs vécus.

Nous remercions aussi tout le personnel médical de la clinique Beau séjour de Bejaia pour leur soutien et leur sympathie.

Au terme de cette étude, il nous est agréable de remercier vivement tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à la réalisation de cette recherche.

Dédicaces

Avec un cœur plein d'amour et de fierté on dédie ce

Modeste travail à nos chers parents.

A nos frères.

A toutes nos familles paternelles et maternelles.

Sans oublier nos amis auxquels on exprime une grande

Reconnaissance.

A nos amis : Faudil, Hakim, Lamine, Mehdi, Mohammed

Sid Ali.

Et particulièrement : El Hachemi et Bilal.

SOMMAIRE

Introduction générale.....	1
----------------------------	---

Partie Théorique

Chapitre I : Coté Médical du diabète

1. Historique du diabète.....	3
2. Définition du diabète.....	4
3. Classification et symptômes du diabète.....	5
4. Complications liées au diabète.....	6
4.1 Complications aiguës.....	6
4.2 Complications dégénératives.....	6
5. Critères de diagnostic.....	7
6. Traitement du diabète.....	8
6.1 Les traitements médicamenteux.....	8
6.2 Les traitements non médicamenteux.....	8

Chapitre II : La qualité de vie

1. Historique de la qualité de vie.....	10
2. Définitions.....	11
3. Qualité de vie liée à la santé.....	12
4. Les composantes de la qualité de vie.....	13
5. Mesure de la qualité de vie et son évaluation	14
5.1 Les différentes approches pour mesurer la qualité de vie.....	15
5.2 Les questionnaires génériques	15
5.3 Les questionnaires spécifiques.....	16
6. Qualité de vie et diabète.....	16

Chapitre III : L'observance thérapeutique

1. Le concept d'observance thérapeutique.....	18
1.1 Définition du concept.....	18
1.2 Les dimensions de l'observance thérapeutique.....	19
1.3 Les profils des patients.....	20
2. L'inobservance thérapeutique.....	21
3. Facteurs impactant l'observance thérapeutique.....	21
3.1 Facteurs liés au patient.....	21
3.2 Les facteurs liés aux professionnels de la santé	23
3.3 Les facteurs liés à la maladie.....	23
4. Conséquences de l'inobservance thérapeutique.....	24
5. Observance thérapeutique et diabète.....	25

Chapitre IV :

- ❖ Problématique et hypothèses.....27

Partie Méthodologique

Chapitre V : Démarche de la recherche et techniques utilisées

1. Démarche de la recherche.....35
 - 1.1. La pré-enquête.....35
 - 1.2. L'enquête.....35
 - 1.3. Le lieu de la recherche.....36
 - 1.4 la méthode de la recherche.....36
2. La population d'étude38
 - 2.1. Sélection de notre population d'étude.....38
3. Les techniques utilisées.....40
 - 3.1.L'entretien clinique.....40
 - 3.2.Questionnaire généraliste de la qualité de vie (SF-36).....45
4. L'analyse du questionnaire généraliste de la qualité de vie.....46
 - 4.1.Analyse de l'entretien clinique.....46
 - 4.2.Analyse du questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie47

Partie pratique

- Chapitre VI :** Présentation et analyse des données.....49

- Chapitre VII :** Discussion des hypothèses.....85

- Conclusion générale92

Bibliographie.

Annexes

Liste des tableaux

N°	Titre du tableau	Page
01	Critères de diagnostic des troubles de la glycorégulation	04
02	Récapitulatif des facteurs impactant l'observance thérapeutique	24
03	Récapitulatif des cas étudiés	39
04	Degré de la qualité de vie chez Khadidja	54
05	Degré de la qualité de vie chez Adel	59
06	Degré de la qualité de vie chez Chabha	64
07	Degré de la qualité de vie chez Sami	71
08	Degré de la qualité de vie chez Taoues	76
09	Degré de la qualité de vie chez Atik	82

Introduction
Générale

Introduction générale

Nous connaissons tous dans notre proche entourage, amis ou familles qui se sont confrontés à des risques et événements déstabilisants, et réagissent par la suite positivement eu égard aux conséquences subies et réussissent néanmoins à dépasser leur soucis quotidien, tandis que d'autres dans les mêmes conditions, perdent pied et s'enfoncent.

Faire face à une maladie fait partie de la vie de tout être humain quel que soit son âge, son sexe ou son niveau social, ainsi on remarque durant ces dernières années que les maladies chroniques sont plus fréquentes qu'avant, malgré les nombreuses recherches et travaux effectués pour prévenir, traiter et pourquoi pas les éradiquer.

Parmi les maladies chroniques ayant eu un grand impact durant le dernier siècle, on cite le diabète, où les patients sont obligatoirement soumis un traitement régulier et non fini tout au long de leur vie. Le diabète est une maladie qui peut être vécue par chaque être humain comme un traumatisme et une réalité difficile à accepter. Il entraîne des conséquences considérables sur le plan psychologique et social de la personne, plusieurs troubles peuvent émerger chez ces patients, entre autres, une mauvaise qualité de vie et une inobservance thérapeutique peuvent entraîner des conséquences néfastes.

L'amélioration de la prise en charge du patient ne correspond pas uniquement à la prise en charge médicale, mais elle comprend également la part psychologique qui est aussi importante et indissociable que le somatique. L'état psychique du patient contribue à l'apparition d'une mauvaise qualité de vie qui se manifestent par : une dépréciation de la vie, un sentiment d'inquiétude, une instabilité, des troubles du sommeil, des difficultés à réaliser les tâches quotidiennes ...etc. qui peuvent aggraver son cas.

La mesure de la qualité de vie chez les patients diabétiques revêt donc une importance toute particulière puisqu'il s'agit de prendre en compte la perception par les patients de leur affection et de leur traitement, de favoriser une bonne observance et ainsi d'assurer l'efficacité de la prise en charge thérapeutique pour diminuer les risques de complications.

Chaque patient à sa manière propre à lui de concevoir sa maladie, par sa gravité elle bouleverse totalement sa vie. Certains semblent souffrir beaucoup, d'autres moins. On peut observer qu'il y en a d'autres qui font face à ces épreuves douloureuses, en se basant sur beaucoup de points qui se répercutent sur plusieurs plans pour ainsi dire, le plan conjugal

Introduction générale

(pour ceux qui sont mariés), familial, professionnel, amical et social en général ; le bien-être du patient qu'il soit psychologique et/ou autre, ainsi que sa qualité de vie se retrouvent altérés et affectés, ces dimensions lui permettent de s'en sortir mieux que d'autres, d'aller au-delà du traumatisme et d'améliorer sa qualité de vie et son observance.

Dans notre thème porté sur « la qualité de vie et l'observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 », nous avons choisi comme terrain d'étude le service de diabétologie situé à la clinique « Beau Séjour » de Bejaia, qui répond aux objectifs de notre recherche. Pour réaliser cette dernière, nous avons adopté l'approche cognitivo-comportementale, ainsi la théorie cognitivo-comportementale explique les différentes pensées et cognitions des patients diabétique. On a investigué 8 cas atteint de diabète de type 2 et on en a retenu 6 cas pour une analyse objective. Sur les moyens d'investigation, nous avons élaboré le guide d'entretien semi-directif, et appliquer le questionnaire généraliste SF-36 qui est une échelle de mesure de la qualité de vie du patient.

Dans le but d'enrichir notre thème de recherche, nous avons élaboré un plan de travail méthodique s'affranchissant de plusieurs chapitres qui sont énumérés ci dessous:

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

Chapitre 1 : L'approche médicale du diabète de type 2

Chapitre 2 : La qualité de vie

Chapitre 3 : L'observance thérapeutique

Chapitre 4 : Problématique et hypothèses

La deuxième partie : La méthodologie de la recherche constituée d'un seul chapitre qui est comme suit :

Chapitre 5 : démarche de la recherche et techniques utilisées

La troisième partie : Pratique subdivisée en deux chapitres qui sont comme suit :

Chapitre 6 : Présentation et analyse des données

Chapitre 7 : La discussion des hypothèses

On a clôturé notre recherche par une conclusion générale, dans laquelle on soulève d'autres perspectives et questions concernant le diabète de type 2, qui permettent d'ouvrir le champ à d'autres travaux et recherches.

Partie
Théorique

Chapitre I
Coté Médical
Du
Diabète

Introduction

Parmi les maladies chroniques non transmissibles les plus répandues, il y'a le diabète sucré, causé par un manque ou un défaut d'utilisation de l'hormone d'insuline, Le diabète est une maladie incurable, mais que l'on peut traiter et contrôler.

Dans notre chapitre, nous aborderons la définition du diabète, l'étymologie, la classification des types de diabète ainsi que d'autres éléments afin de mieux comprendre cette maladie et les patients atteints, plus précisément le diabète de type 2 qui sera notre sujet de recherche.

1 Historique du diabète

Il faut remonter très haut dans l'antiquité pour découvrir les premières descriptions 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 Arrêtee nommera Diabète (du grec *diabainô*, 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, où un médecin anglais, Thomas Willis attire, le premier, l'attention sur la saveur mielleuse et sucrée des urines diabétiques. Mais c'est deux siècles plus tard que la preuve scientifique de la présence de sucre dans les urines diabétiques fut réellement donnée, en 1775 par Matthew Dobson. 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 évocatoires.

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 physiologiques et constants du sang, alors que ses prédécesseurs pensaient que la glycémie était un fait pathologique ou accidentel, il 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 admet 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 égale et même supérieure à celle du sang artériel. Il a donc accru sa provision de sucre dans son trajet. La source de glucose est donc comprise 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 ». (Dupasquier, 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 ce moment, toutes les recherches se concentrent sur le pancréas, et trente ans plus tard, en 1922, l'extraction, par deux auteurs canadiens, Banting et Best, de l'Insuline, hormone pancréatique dont l'utilisation ne tarda pas à s'étendre à la clinique humaine et à faire de cette découverte l'une des plus grandes de toute l'endocrinologie. Cependant, on se rendra compte que l'insuline est impuissante à guérir tous les diabètes. (Dupasquier, 1955, p.12).

2 Définition du Diabète

Le diabète sucré est définie comme « une affection métabolique caractérisé par la présence d'une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline, d'anomalie de l'action de l'insuline sur les tissus cibles ou de l'association des deux ». (Essentiel en diabétologie, 2009, p.18).

Autrement dit, le diabète est le résultat d'une insuffisance d'insuline sensée régulé le taux de glucose dans le sang, ou bien d'une mauvaise gestion de cette insuline produite.

C'est donc une maladie liée à un trouble de l'assimilation des glucides, avec présence de sucre dans le sang et dans les urines.

Parmi les différents types de diabète il y'a le prédiabète, 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 2** représente ($\approx 90\%$) des cas rencontrés dans le monde. Le diabète de type 2 dénommé auparavant diabète non insulino-dépendant 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 ce soit au niveau des reins, du cœur, des nerfs, des yeux et notamment des vaisseaux sanguins.

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

- **Le diabète de type 1** ($\approx 10\%$) ; est une maladie auto-immune, favorisée par une susceptibilité génétique déclenchée par des facteurs d'environnement multiples et caractérisé par une production insuffisante d'insuline. et exige une administration quotidienne de cette dernière. La cause de diabète de type 1 n'est pas connue, et en l'état des connaissances actuelles, il n'est pas évitable.

Les symptômes sont les suivants : excrétion excessive d'urine (polyurie), sensation de soif (polydipsie), faim constante, perte de poids, altération de la vision et fatigue. Ces symptômes peuvent apparaître brutalement.

D'autres diabètes plus rares représentent quant à eux ($< 5\%$) ou encore le diabète gestationnel. (Essentiel en diabétologie, 9eme congres, p.19).

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. (Drabo, Kabore, Lengani, 1996, p.191-196).

4.1 Complications aiguës

A. Complications métaboliques :

- Acidocétose : qui est causée par l'interruption du traitement, les infections ou encore l'ignorance de la maladie.
- Coma hypoglycémique : Le coma hypoglycémique 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 à moins de 0.3 g/l. Les signes classiques annonciateurs de l'hypoglycémie sont des sueurs, pâleur, palpitations, fringales en particulier.
- Coma hyperosmolaire : qui se caractérise par une déshydratation massive, il se définit par une osmolarité supérieure à 350mmol/l, due à une hyperglycémie majeure (6g/l) et à une hypernatrémie. La cétose est absente ou discrète.

B. Complications infectieuses : Au niveau de la peau, il s'agit de furoncles, phlegmons, plaies infectées, adénites, escarres et gangrènes infectées.

C. Complications pulmonaires : Il s'agit de pneumopathies aiguës bactériennes, précisément de pleurésie tuberculeuse, pleurésie purulente, et de tuberculose pulmonaire.

4.2 Complications dégénératives

A. Complications oculaires : La rétinopathie, diminutions de l'acuité visuelle ou autres atteintes oculaires.

B. Complications rénales : Le syndrome néphrotique, l'insuffisance rénale ainsi que les lésions micro-angiopathie.

C. Complications neurologiques : Il s'agit de neuropathie périphérique sensitivo-motrice, abolition des réflexes ostéo-dendineux, impuissance sexuelle, neuropathie végétative, accidents vasculaires cérébraux (AVC)...etc.

D. Complications cardio-vasculaires : Hyper tension artérielle, insuffisance cardiaque, infarctus du myocarde.

5 Critères de diagnostic

Le diagnostic se fait grâce aux prises de sang dans les laboratoires d'analyses médicales, qui sont efficaces 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 (Aide-mémoire, 2017, N°312).

Tableau 01 : Critères de diagnostic des troubles de la glycorégulation

	Glycémie a jeun	Glycémie quelle que soit l'heure + symptômes cliniques	Glycémie 2 heures après hyperglycémique provoquée par voie orale avec 75g de glucose
Diabète	$\geq 1.26\text{g/l}$ (7 mmol/l)	$\geq 1.26\text{ g/l}$ (7 mmol/l)	$\geq 2\text{g/l}$ (11.1 mmol/l)
Troubles de la régulation glycémique	Hyperglycémie Modérée a jeun $\geq 1.10\text{ g/l}$ (6.1 mmol/l) et $< 1.26\text{ g/l}$ (7mmol/l)		Intolérance aux hydrates de carbone $\geq 1.4\text{ g/l}$ (7.8 mmol/l) et $< 2\text{ g/l}$ (11.1 mmol/l)
Normalité	$< 1.10\text{ g/l}$ (6.1 mmol/l)		$< 1.4\text{ g/l}$ (7.8 mmol/l)

(Essentiel en diabétologie, 2009, p.18)

A. En cas de manifestation des symptômes de diabète : (polyurie, polydipsie amaigrissement), un test glycémique dans un laboratoire dont le résultat est au dessus de 2,00 g/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 g/l et au dessus de 1,10 g/l : diagnostic d'hyperglycémie modérée à jeun, alerte une prédisposition au diabète.
- Au dessus de 1,26 g/l à deux reprises: diagnostic de diabète.
- Dans certain cas, en dessous de 1,26 g/l, on peut réaliser une hyperglycémie provoquée par voie orale (HGPO) au laboratoire, qui consiste en un prise d'une de dose précise de glucose (75g), le test se fait 2 heures après, si la glycémie deux heures après dépasse 1,40 g/l, le diagnostic d'intolérance au glucose est retenu.
- Si la glycémie dépasse 2 g/l à jeun ou non à 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 à des valeurs normales.

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

6.1 Les traitements médicamenteux

Les traitements médicaux comprennent :

- A. L'insuline** : avec ces trois composantes, à savoir ; Les insulines lentes qui ont une action permettant de couvrir les besoins journaliers de en insuline, les insulines rapides qui permettent de réduire la glycémie rapidement, généralement utile après les repas, ainsi que les insulines mixtes qui sont un mélange d'insuline lente et rapide.
- B. Les antidiabétiques oraux** : ce sont des médicaments hypoglycémiques, c'est-à-dire qu'ils ont pour objectif de faire baisser la quantité de sucre dans le sang.

6.2 Les traitements non médicamenteux comprennent trois approches permettant de contrôler la glycémie :

- A. L'éducation thérapeutique** : le diabète étant une maladie complexe sur le plan physiologique, nécessite une compréhension de l'organisme par le patient, qui lui

permettra de modifier ses habitudes alimentaires et d'estimer la quantité de sucre ingérée et la quantité d'insuline à s'injecter. L'enseignement thérapeutique permet aussi de bien connaître les symptômes d'une hyperglycémie et de réagir à temps.

B. La modification du régime alimentaire : chez le diabétique, la régulation de la glycémie ne se fait plus de manière automatique par l'organisme. Un des leviers sur lesquels une action est possible pour réguler la glycémie est l'alimentation, par la limitation d'entrée de sucre dans l'organisme.

C. La modification de l'activité physique : la pratique régulière d'une activité physique diminue la quantité de sucre dans le sang en le faisant entrer dans les cellules musculaires, cela permet également l'augmentation de la sensibilité des cellules cibles à l'insuline.

Conclusion

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.

Chapitre II

La qualité

de vie

Introduction

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 physique et psychique de l'individu sur le plan interrelationnel avec le monde externe.

La qualité de vie est un concept très vaste qui peut être défini de nombreuses façons, et pourrait comprendre aussi bien les niveaux de relation, que les habitudes de vie, les styles de vie, les index de santé, etc. Il est produit de l'interaction d'un certain nombre de facteurs psychologiques, liés à la santé sociale, environnementale, économique et politique.

1. Historique

Les premières 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 des 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 de la santé qui reste cependant proche de celle de bien-être, et en 1948, Panofsky propose une échelle de performance corrélée avec le bien-être psychologique, 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.04).

2. Définition

- Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) 1993 : « 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 par des médecins ,la qualité de vie recouvre principalement des signes d'amélioration physique .Mais ,lorsque l'équipe de recherche comprend des psychiatres ou des psychologues ,la qualité de vie recouvre en plus ,les aspects psychologiques du port du défibrillateur cardiaque. (Gustave, 2002, p.288-289).

3 La qualité de vie liée à la santé

Lorsque l'OMS va décréter que la santé n'est pas uniquement l'absence de maladie, les chercheurs dans le champ de la médecine, vont explorer d'autres composantes que la symptomatologie, la morbidité ou la mortalité. Ainsi, va émerger un concept d'état de santé qui aboutira à celui de qualité de vie liée à la santé.

A nouveau, la première démarche se fera du côté des variables objectives ou objectivables. Ainsi va naître toute une réflexion autour de l'implication des troubles fonctionnels sur la santé. Dans un premier temps, ce sont les capacités fonctionnelles sur le plan physique qui seront les plus étudiées (mobilité, activités de la vie journalière,...) Ensuite, dans nombre d'études, les capacités fonctionnelles sur le plan social seront incluses en s'intéressant, essentiellement, aux 'rôles sociaux' (comme le travail) et les 'interactions sociales'. Mais bien souvent, ces fonctionnalités sociales sont considérées dans un sens assez restreint.

Lorsqu'elle est centrée sur le patient, les auteurs insistent sur le fait que les événements doivent être intégrés dans un plan de vie global et que l'impression de pouvoir contrôler ce qui arrive est un prédicateur significatif de qualité de vie, notamment chez les patients cancéreux. Beaucoup d'auteurs mentionnent l'importance des théories de K.C. Calman (1984) insistant sur le côté réaliste que doivent avoir les aspirations et attentes pour que la vie soit de qualité. Plus l'écart serait grand, moins la qualité de vie serait bonne. (Corten, 1998, p.06).

Pour Patrick. P et Erickson. E-H, 1993 : la qualité de vie liée à la santé « est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, de niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé ». Pour la plupart des auteurs, la qualité de vie liée à la santé présente un caractère multidimensionnel, quatre dimensions principales explorant :

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

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'autres 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 da 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 tel aspect de la vie. Elle est très utile dans le vieillissement, les maladies chroniques et/ou le handicap où la « guérison » impossible et où 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 social 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 à 100items 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 planète, devient nécessaire. Cette question des liens entre qualité de vie et environnement peut nous amener à nous interroger sur l'effet nocif des nuisances ou des risques environnementaux, comme elle peut se centrer 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 type 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/evenement/qualite-de-vie-etenvironnement/>)

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'impacte des maladies ou des 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 (patients douloureux, cancéreux, cardiaques, insomniaques, etc.). Elles sont utilisées le plus souvent pour évaluer de façon précise l'impact d'une pathologie sur les divers domaines de la vie. Dans cette mesure on trouve L'AIMS (Arthritis Impact Measurement Scales) et Le QLQ-C30 (Quality of Life Questionnaire For Cancer Patient). (Marilou, 2002, p71-75).

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 ou échelles dans la littérature. On distingue habituellement les questionnaires génériques et les questionnaires spécifiques.

5.1 Les différentes approches pour mesurer la qualité de vie

D'après Mercier et Schraub (2005) on peut distinguer deux méthodes d'appréciation de la qualité de vie : entretien psychologique (évaluation qualitative) et les outils psychométriques (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 à grande échelle est impossible ; le coût est élevé.

B. Les outils psychométriques : (échelles, questionnaires) permettent une mesure standardisée, mais ont l'inconvénient de réaliser une 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 moyenne, pour l'ensemble du groupe d'individus. Ils sont généralement utilisés pour aider à prendre des décisions au niveau collectif. (Mercier, Schraub, 2005, p.419).

5.2 Les questionnaires génériques

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

- SF-36 (MOS 36 Short 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.

5.3 Les questionnaires spécifiques

Ces questionnaires sont adaptés à une pathologie donnée (cardiologie, dermatologie, rhumatologie, neurologie, oncologie...) 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 spécifique à une pathologie (appelé “questionnaire central” 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 des 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 reliée 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 1 diffèrent sensiblement de celles des diabétiques de type 2, une analyse séparée de la qualité de vie par type de diabète apparaît justifiée. L’objectif de ce travail est de décrire 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).

Conclusion

Les différentes recherches sur la qualité de vie ont permis de mettre au premier plan plusieurs études qui intéressent notre sujet. Plusieurs facteurs semblent particulièrement agir sur la qualité de vie, elle s'avère importante notamment dans le domaine des maladies chroniques comme le diabète, car elle permet de juger la qualité de la prise en charge du patient dans sa globalité.

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 III
L'observance
Thérapeutique

Introduction

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 où 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 conséquences d'une mauvaise observance ainsi que les moyens d'y remédier.

1 Le concept d'observance thérapeutique

1.1 Définition du concept

Le terme d'observance vient du champ lexical religieux, où l'action d'observer 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-diététiques, l'autocontrôle glycémique etc. On estime que plus de 80 % des patients atteints de pathologie chronique ne suivent pas suffisamment leurs thérapeutiques pour obtenir les bénéfices optimaux, d'autres études montrent aussi que 35% à 80 % des patients diabétiques ne suivent pas correctement leur traitement. (Paquot, 2010, p.326 – 331).

Il est tout fois important de savoir distinguer entre compliance, observance et adhésion thérapeutique. Sur le plan international, il n'existe pas de différence entre observance et compliance, qui est la traduction anglaise de cette dernière, mais en français il existe un grand écart entre ces deux termes. La compliance est un concept anglo-saxon utilisé pour la première fois en 1957 qui correspond à une conformité à la prescription, à la capacité du

patient a prendre correctement son traitement sans tenir compte du degré réel d'adhésion du patient. Quant à l'adhésion thérapeutique, elle s'intéresse au point de vue du patient, à sa coopération active, à la volonté et à une approbation réfléchie 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 motivationnelles des comportements d'observance et on utilise le terme d'observance lorsque nous nous référerons uniquement aux pratiques de soin effectives des patients. (Lamouroux, Magnan, Vervloet, 2005, p.32).

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

L'observance thérapeutique se définit comme la capacité à suivre correctement un traitement à 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 au laboratoire, etc. Elle est visible, objectivable, mesurable. (Lamouroux, Magnan, Vervloet, 2005, p.31).

L'observance thérapeutique fait l'objet de multiples évaluations. On y trouve plusieurs emplois. L'adhésion primaire concerne l'observance 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.

1.2 Les dimensions de l'observance thérapeutique

L'observance thérapeutique est multidimensionnelle. Elle comprend le respect du traitement, les mesures hygiéno-diététiques, le respect du suivi médical, l'éviction des comportements à risques....etc. Les mesures hygiéno-diététiques peuvent suffire, du moins dans les premiers temps à contrôler le diabète. C'est pour cela que leur mise 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://sidasciences.inist.fr/?Quels-sont-les-determinants-de-l>).

1.3 Les profils de 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, et fait donc preuve d'une bonne observance.
2. Le démissionnaire précoce est un patient qui a 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 sa observance.
4. L'intermittent est un patient qui a un comportement inégal et surtout imprévisible.
5. Le joueur (gambler) est un patient qui est conscient des risques 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 joueur varie en fonction de sa perception du risque associé à la maladie, mais aussi au traitement.
6. Le distrait (distractible) est un patient préoccupé par d'autres choses (travail, problèmes 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

Définition

On 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 pathologies mais surtout les pathologies chroniques, asymptomatiques, dont le traitement est contraignant et complexe et a un but 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'OMS a consacré récemment un document qui donne le ton, 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 biomédical. (Reach, 2006, p.18).

3 Facteurs impactant l'observance thérapeutique

3.1 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 traitements impacte négativement l'observance, 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 premier 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. À cela s'ajoutent des spécificités thérapeutiques, telles que le contexte de la polyopathie 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 ces 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 l'aide physique attribuée, permettre au patient d'être plus observant. L'aidant peut être un membre de la famille, un ami ou le conjoint.

Les croyances sur la maladie 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 inobservant augmente d'un facteur trois. L'instauration des traitements chroniques 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. D'autre part, cela identifie 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 générale. La présentation psychologique du patient, de sa propre personne est également un facteur important. Ainsi l'observance va être affectée par ses besoins intrinsèques (tel que le besoin de sécurité), et par ses priorités personnelles, les différents types de personnalité du malade et sont aussi

liées à de potentiels défauts d'observance, et ce notamment dans le cadre de personnalités pathologiques. (Louchez, 2017, p.20-21).

3.2 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 rebeller contre l'autorité médicale afin de récupérer un certain pouvoir dans la prise de 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 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 comprimé par jour, 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 être plutôt associée 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 et au développement de types particuliers de relation professionnel-patient. Celle-ci va conditionner la confiance qu'a le patient en son médecin et son observance. (Louchez, 2017, p.21-22).

3.3 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 telles 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 termes de handicap ainsi que le caractère asymptomatique de ces affections chroniques. Ainsi ces malades ont du mal à évaluer la potentielle dégradation de leur état de santé, sur le 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, p.23).

Tableau N°2 : récapitulatif des facteurs impactant l'observance thérapeutique.

Acteur	Facteurs
Le patient	Âge
	Contraintes socioprofessionnelles
	Connaissances et croyances
	Niveau d'anxiété et statut émotionnel
La maladie	Intensité des symptômes
	Gravité, pronostic
	Durée (chronique, aigu...)
	Nature (psychiatrie, cardiovasculaire...)
Le traitement	Efficacité, sécurité (profil iatrogène ou effets secondaires)
	Galénique
	Nombre de prise journalière
	Durée
	Co-médications
	Coût
Le médecin	Relation de confiance
	Motivation, force de conviction
	Communication (intérêt pour l'observance)
Le système de soins	Isolement relatif du médecin
	Coordination entre les soignants
	Dossiers médicaux électroniques
	Financement en fonction des performances

(Louchez, 2017, p.25).

4 Conséquences de l'inobservance thérapeutique

L'inobservance thérapeutique peut être responsable de multiples 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 significative des hospitalisations et, dès lors, directement impliquée dans une réduction des coûts des 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 terme 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 pondéral, voire à une obésité (indice de masse corporelle ou IMC ≥ 30 kg/m²). 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 hypoglycémisante. De même, il a été démontré qu'une perte de poids de quelques kilos, 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 à long terme insignifiante, 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 traitements pharmacologiques à l'efficacité démontrée et de preuves illustrant une réduction des complications liées au diabète chez les patients bien traités, le contrôle du diabète de type 2 reste globalement insuffisant. La mauvaise observance concernerait environ 50 % des patients. Plus le nombre de prises quotidiennes est important, 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'antidiabétiques oraux (ADO) et la durée de traitement. Or, un patient diabétique de type 2 prend en moyenne 6,3 médicaments par jour. Cette mauvaise observance a de très nombreuses conséquences, économiques et médicales : elle influe sur la prise en charge et le pronostic, 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 corrélés. Une récente analyse rétrospective a montré que les patients non-adhérents à leur traitement par ADO, antihypertenseurs et hypolipidémiants, avaient un taux accru d'hospitalisations et même une mortalité plus élevée par rapport aux patients qui suivaient régulièrement leur traitement. (Paquot, 2010, p.327).

Conclusion

Une bonne observance thérapeutique est essentielle pour une prise en charge efficace du diabète mais cette observance demeure très variable, en particulier chez les sujets jeunes. De nombreux facteurs ont été mis en évidence pouvant expliquer cette mauvaise observance, par exemple la complexité du traitement, la crainte des prises de médicaments ou encore la peur des effets indésirables (en particulier des hypoglycémies, éventuellement de la prise de poids). Les causes et les mécanismes qui sous-tendent les obstacles à une bonne observance sont complexes et une meilleure compréhension de ceux-ci devrait permettre de mettre en œuvre des stratégies efficaces pour diminuer ce phénomène chez les patients diabétiques.

Chapitre IV
Problématique
et
Hypothèses

Problématique et hypothèses

Le savoir et les différentes sciences n'ont cessé de croître et ce depuis l'aube de la civilisation, jusqu'à l'arrivée des connaissances scientifiques ayant pour but d'expliquer, de prédire et éventuellement de contrôler les phénomènes naturels.

Entre autres, l'homme dans toute sa complexité occupe une place considérable dans ces connaissances scientifiques et ce dans sa pluridimensionnalité ; qu'elle soit biologique, psychologique ou sociale. Recourant à plusieurs disciplines scientifiques afin de faire face aux différentes excitations internes et externes pour maintenir son équilibre homéostatique et allostatique.

Toute atteinte au bon fonctionnement homéostatique et allostatique est considérée comme étant pathologique, car selon le dictionnaire médical « la maladie est toute altération de l'état de santé se traduisant habituellement de façon subjective par des sensations anormales ». (Quevauvilliers, 2009, p. 567). Autrement dit, c'est une atteinte à l'organisme partielle ou globale altérant le fonctionnement normal, que ce soit aigu ou chronique.

Une maladie chronique est une maladie touchant un patient de façon permanente, tout au long de sa vie ou une grande partie de sa vie. Ces maladies touchent autant les hommes que les femmes et peuvent se déclencher à tout âge. Elles sont responsables d'une grande mortalité, mais sont dépistées de plus en plus tôt. « 28 millions de personnes suivent un traitement au long cours, 15 millions sont atteintes de maladies chroniques, 9 millions sont déclarées en ALD (affections de longue durée) ». Par leur caractère durable et évolutif, les maladies chroniques engendrent des incapacités et des difficultés personnelles, familiales et socioprofessionnelles importantes. Elles constituent un véritable défi d'adaptation pour notre système de santé. (Briançon, Guérin, Sandrin-Berthon, 2010, p.11).

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS) on parle de « maladie chronique » dans le cas d'une affection de longue durée qui évolue avec le temps. La Caisse Nationale des Assurances Sociales des Travailleurs Salariés (CNAS) distingue actuellement 26 maladies chroniques en Algérie tel que les hémopathies, la sarcoïdose, l'hypertension artérielle maligne, le diabète...etc. (CNAS Algérie, site web, <http://www.cnas.dz/?q=fr/contrôle-médical/liste-des-26-affections>).

425 millions de personnes sont atteintes du diabète dans le monde d'après la Fédération internationale du diabète. Celle-ci qualifie le phénomène de véritable pandémie, car la progression est considérable. Ainsi, l'OMS prévoit 622 millions de diabétiques d'ici 2040, 5 million de personnes sont mortes, des suites du diabète en 2015. Contrairement aux idées reçues, le diabète n'est pas l'apanage des pays développés. Sa progression est fulgurante dans les pays en voie de développement et notamment en Afrique. Plus de 2/3 des personnes diabétiques ne sont pas diagnostiquées. (Diabètes Atlas IDF, 2017, P. 31).

Le taux de diabétiques en Algérie a atteint 12% de la population, ainsi leur nombre est en augmentation inquiétante estimé à plus de 4,5 millions de personnes atteintes. (Radio Algérie, site web, <http://www.radioalgerie.dz/news/fr/article/20161113/93931.html>).

Le diabète, qui est une maladie liée à un trouble de l'assimilation des glucides, se trouve attaché à l'hormone d'insuline. Cette dernière est produite par le pancréas. Elle permet au glucose (sucre) d'entrer dans les cellules du corps pour qu'il soit utilisé comme source d'énergie. Chez une personne non diabétique, l'insuline remplit bien son rôle et les cellules disposent de l'énergie dont elles ont besoin pour fonctionner. Lorsqu'il manque d'insuline ou qu'elle ne peut pas bien accomplir sa fonction, comme c'est le cas dans le diabète, le glucose ne peut pas servir de carburant aux cellules. Il s'accumule alors dans le sang et entraîne une augmentation du taux de sucre (hyperglycémie).

On distingue principalement deux types de diabète, le diabète de type 1 touche approximativement 10% des diabétiques, le diabète de type 2 touche environ 90 %. Les autres types de diabète sont des cas rares, Le diabète de type 1, anciennement appelé diabète insulino-dépendant, est habituellement découvert chez les personnes jeunes : enfants, adolescents ou jeunes adultes. Ses symptômes sont généralement une soif intense, des urines abondantes et un amaigrissement rapide.

Le diabète de type 2 est l'objet de notre travail de recherche, il apparaît généralement chez les personnes âgées de plus de 40 ans. Le surpoids, l'obésité et le manque d'activité physique sont la cause révélatrice du diabète de type 2 chez des personnes génétiquement prédisposées. Le développement du diabète de type 2 peut passer longtemps inaperçu : on estime qu'il s'écoule en moyenne 5 à 10 ans entre l'apparition des premières hyperglycémies et le diagnostic.

Le traitement de référence du diabète de type 2 est l'optimisation des habitudes de vie, une perte de poids si nécessaire et une activité physique régulière, et une alimentation équilibrée peuvent être suffisants pour contrôler la glycémie dans un premier temps. En seconde intention, des antidiabétiques oraux et /ou injectables sont prescrits pour contrôler la glycémie. Le traitement du diabète type 2 s'adapte en permanence au profil du patient et à l'évolution de la maladie. Il n'y a pas de traitement "unique" contre le diabète mais un ensemble de mesures qui composent le traitement antidiabétique. Il dépend donc de l'aspect psychologique et des traits de la personnalité, le profil psychologique du patient est étroitement lié qualité de vie.

L'Organisation mondiale de la Santé (OMS) définit le concept de qualité de vie comme étant « La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ». (Bacqué, 1996, p.2).

Ce sont principalement les médecins et les psychiatres qui ont contribué à l'explosion des recherches sur la qualité de vie, d'abord étudiée par des sociologues et des psychologues. Pour eux, l'intérêt de ce concept réside dans la prise en compte des dimensions psychologiques et sociales de la santé telle qu'elle est définie au niveau international. Parallèlement à cette extension de la définition de la santé, celle de la qualité de vie est passée d'une conception objective, qui renvoie aux conditions de vie matérielles et à l'absence de maladie, à une conception de plus en plus subjective intégrant le bien-être physique, économique, psychologique et social des individus.

Patrick et Erickson (1993) précisent *que* « la qualité de vie liée à la santé est la valeur qui est attribuée à la durée de la vie en fonction des handicaps, du niveau fonctionnel, des perceptions et des opportunités sociales modifiées par la maladie, les blessures, les traitements ou les politiques de santé ». (Lourel, 2007, p. 4-17)

La qualité de vie des malades, en particulier les maladies chroniques ou il ne peut y avoir guérison tels que le diabète, intéresse aujourd'hui de plus en plus les cliniciens, en vue notamment d'améliorer l'observance thérapeutique des patients traités.

Elle a l'avantage de recentrer la prise en charge sur le malade, de pondérer la technicité croissante des actes médicaux, et d'accroître la pertinence de nombreuses décisions médicales qui se trouvent ainsi négociées entre le malade et le médecin, dans une relation adulte-adulte. L'ensemble de ces mesures sont une composition de l'observance thérapeutique, qui est l'adéquation entre le comportement du patient et le traitement proposé. Elle varie selon la pathologie, les contraintes du traitement, les facteurs psychosociaux, mais aussi selon la pertinence de la mise en place du suivi.

L'observance thérapeutique comporte trois composantes principales, l'observance médicamenteuse qui consiste à évaluer le respect des doses, des horaires et des recommandations diverses, l'observance des règles hygiéno-diététiques qui comprend les régimes et l'alimentation, et l'observance du suivi médical, c'est-à-dire le respect du rythme des consultations ou des bilans.

Pour l'Organisation mondiale de la santé (OMS), la mauvaise observance touche toutes les pathologies chroniques notamment, la mauvaise observance touche les pathologies mettant en jeu le pronostic vital (immunosuppresseur et greffe rénale, cancer, sida). En effet, l'aggravation de la pathologie voir la mort du patient peuvent être des conséquences de la non-observance. De plus, des centaines de greffons rénaux sont perdus chaque année en raison d'un problème d'inobservance. Dans des maladies comme la Tuberculose ou le Sida, elle est souvent la cause d'échecs thérapeutiques, de rechutes et même d'aggravation, pouvant augmenter la résistance du virus. (OMS, siteweb, <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr>).

Il existe aussi des conséquences économiques. Ce phénomène peut avoir des effets sur le prolongement de la durée de la maladie, l'augmentation des arrêts de travail, l'augmentation des rendez-vous avec les professionnels de la santé.

La non-observance est un phénomène fréquent, même chez les diabétiques, car le suivi de l'ensemble des mesures préconisées est une chose difficile pour le patient au vu des restrictions importantes que cela représente. La non-observance dans le diabète de type 2 concerne tous les gestes du traitement du diabète, qui incluent notamment des changements de style de vie. Il s'agit d'un phénomène naturel, dans la mesure où les individus donnent souvent leur préférence au présent plutôt qu'au futur, alors que l'objectif du traitement est essentiellement d'éviter des complications à long terme.

De nombreux éléments liés à la psyché du patient diabétique peuvent altérer son observance, en premier lieu, la non-acceptation de la maladie, est un facteur majeur d'inobservance, le patient se trouve dans une situation de rébellion vis-à-vis de sa maladie. Notons aussi le changement des habitudes, qu'elles soient alimentaires ou encore l'hygiène de vie, qu'une observance thérapeutique engendre, sont des éléments difficilement applicables. Dans un autre registre, l'ignorance qui est due à un niveau d'étude restreint peut induire en erreur le raisonnement du patient qui tend à expliquer la maladie par sa propre compréhension.

Aujourd'hui, les psychologues cliniciens se sont intéressés de plus en plus à améliorer l'observance thérapeutique, en particulier dans les maladies chroniques où il ne peut y avoir de guérison tel que le diabète, aussi a son lien étroit avec la qualité de vie qui est un enjeu majeur pour tout le personnel de la santé et qui consiste à connaître la manière dont le patient vit sa maladie et qui est considérée comme « conséquences fonctionnelles de la maladie et de ses traitements ». (Piche, 2007, p.12)

La volonté des professionnels de santé d'utiliser des instruments de mesure afin de quantifier la qualité de vie n'est plus une nouveauté. La recherche médicale élargit depuis son champ méthodologique au patient dans son intégralité : sujet vivant et pensant, on parle dans ce cas de la volonté de mesurer la qualité de vie.

Notre travail de recherche sera basé sur l'une des théories psychologiques les plus adaptées à l'objet de cette recherche, il s'agit de la théorie cognitivo-comportementale, celle-ci tente de tenir compte de l'importance des pensées ou les cognitions dans le but de remplacer les idées négatives et les comportements inadaptés du patient par des pensées et des réactions qui sont adaptées à la réalité dans laquelle il vit.

La prise en charge cognitivo-comportementale du patient diabétique comporte deux pôles principaux : d'une part, augmenter la motivation du patient à modifier son comportement, d'autre part, concrétiser la représentation émotionnelle et cognitive que le patient a de sa maladie afin de l'aider à s'adapter à celle-ci.

L'échelle d'évaluation SF 36 utilisée dès le début des années 1990 par les Nord Américains dans de grandes études de cohorte, bénéficie aujourd'hui d'une traduction française bien validée, d'où le choix de cet outil pour notre objet de recherche. Cette étude s'est donné pour objectif, la mesure du score de qualité de vie d'un groupe de diabétique de type 2.

Dans notre travail de recherche, enrichi par le guide d'entretien clinique et le questionnaire SF-36 auprès de notre population d'étude, constituée de quelques cas de diabétiques de type 2 à la clinique « beau séjour » à Bejaia. Nous avons opté pour la théorie cognitivo-comportementale afin de pouvoir répondre aux questions suivantes :

- Est-ce que la qualité de vie des diabétiques diffère d'un cas à un autre ?
- La qualité de vie d'un diabétique peut-elle influencer son observance thérapeutique ?

Hypothèses générale

Dans notre recherche, nous nous sommes intéressés à la qualité de vie chez les diabétique de type 2, celle-ci représente notre variable indépendante qui influence à son tour notre variable dépendante qui est l'observance thérapeutique.

➤ **La première hypothèse**

Les cas diabétiques ne réjouissent pas tous de la même qualité de vie. Quelques cas sont dotés d'une qualité de vie positive, par contre d'autre sont dotés d'une qualité de vie négative.

➤ **La deuxième hypothèse**

- Quelques patients diabétiques présentent une qualité de vie positive, qui se manifeste par un bien-être physique et psychique, les bonnes relations soit familiales, sociales et professionnelles, performance au travail, sensation de bonheur,... etc qui conduit à une bonne observance thérapeutique à savoir ; le diabétique s'accommode aux recommandations du médecin traitant avec la prise des médicaments ; d'une façon régulière. Aussi, le malade se présente au R.D.V de consultation chez le médecin traitant et il fait ses examens nécessaires (Analyse, Radio...etc.). Pareillement, le diabétique suit son régime alimentaire -restriction alimentaire- et respecte l'hygiène de vie (arrêter de fumer, la boisson,...).

- Quelques patients diabétiques présentent une qualité de vie négative, qui s'exprime par : souffrance physique et psychique, perte de goût à la vie, abandon de loisirs, disputes, perte des relations avec les autres, etc. qui conduit à l'inobservance thérapeutique à savoir ; le diabétique ne suit pas les recommandations du médecin traitant avec la prise des médicaments d'une façon inadéquate -diminuer ou augmenter les doses , prise de médicaments en retard par rapport à l'heure habituelle, prise groupées, des oublis, vivre des hésitations, entre prendre et ne pas prendre ses médicaments -. Aussi, le malade ne se rend pas aux consultations -au R.D.V du médecin-.et il ne fait les examens nécessaires (Analyse, Radio...etc.). Pareillement, le diabétique ne suit pas son régime alimentaire -restriction alimentaire-.et ne respecte pas et respecte l'hygiène de vie (fumer, chiquer, consommer de l'alcool...).

❖ **Opérationnalisation des concepts***

- **L'opérationnalisation de la qualité de vie**

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



Qualité de vie positive (+)

- Bien-être physique et psychique;
- Bonnes relations soit familiales, sociales et professionnelles ;
- Performance au travail ;
- Sensation de bonheur ;
- Une anxiété légère détermine globalement une bonne qualité de vie.



Qualité de vie négative (-)

- Souffrance physique et psychique ;
- Perte de goût à la vie ;
- Abandon de loisirs ;
- Disputes ;
- Perte des relations avec les autres ;
- Sensation de malaise ;
- Une anxiété élevée détermine globalement une mauvaise qualité de vie.

- **L'opérationnalisation de l'observance et l'inobservance thérapeutique**

La qualité d'observance thérapeutique diffère d'un cas à un autre, on a essayé de dégager deux catégories, selon les conduites du patient envers la prise de médicaments, le régime, les analyses, ...etc. On a essayé de les opérationnaliser en les rapprochant de la réalité, nous avons donc :



L'observance thérapeutique

- S'accommoder aux recommandations du médecin traitant.
- La prise des médicaments ; d'une façon régulière.
- Aller au R.D.V de consultation chez le médecin traitant.
- Faire les examens nécessaires (Analyse, Radio...etc.).

- Suivre le régime alimentaire (restriction alimentaire).
- Le respect de l'hygiène de vie (arrêter de fumer, la boisson,...).



L'insobsvance thérapéutique

- Ne pas suivre les recommandations du médecin traitant.
- La prise des médicaments ; diminuer ou augmenter les doses.
- Prise de médicaments en retard par rapport à l'heure habituelle, prise groupées.
- Des oublis concernant la prise de médicaments.
- Vivre des hésitations, entre prendre et ne pas prendre ses médicaments.
- Ne pas se rendre en consultation -au R.D.V du médecin-.
- Ne pas faire les examens nécessaires (Analyse, Radio...etc.).
- Ne pas suivre le régime alimentaire (restriction alimentaire).
- La non application du malade aux recommandations liées à l'hygiène de vie (fumer, chiquer, consommer de l'alcool...).

Partie
Méthodologique

Chapitre V

Démarche de recherche et techniques utilisées

Introduction

La méthodologie étudie la réalité sociale dans le but de trouver la véritable explication des faits sociaux par le biais de l'observation et de l'expérimentation commune à toutes les sciences. Elle nous oriente, organise notre travail et le rend objectif.

Dans ce chapitre, nous allons aborder les étapes à suivre dans la réalisation de notre thème de recherche ; Présenter la pré-enquête, définir la méthode utilisée, présenter le lieu de notre recherche et les critères de choix de notre population d'étude. Et aussi la présentation des techniques utilisées ; L'entretien clinique afin de permettre l'acquisition de différentes informations concernant le patient, aussi un questionnaire généraliste SF-36 pour mieux envelopper notre thème. Du coup, l'analyse de ces outils a pour but de nous permettre une meilleure connaissance de la qualité de vie et de l'observance thérapeutique afin de vérifier nos hypothèses.

1. Démarche de la recherche et population d'étude

1.1 Pré-enquête : Cette première investigation est une étape primordiale dans toute recherche scientifique car : « elle a pour but de déterminer les hypothèses de l'enquête et par voie de conséquence les objectifs ». (Mucchielli, 1985, p.12).

A coté de la partie théorique de notre travail, nous avons réalisé une pré-enquête au niveau de la clinique « Beau Séjour » afin de pouvoir préciser nos questions de recherche et de construire les hypothèses adéquates à notre thème de recherche.

Cette pré-enquête a pour objectif d'avoir une vue d'ensemble sur le patient diabétique, ainsi que le déroulement des consultations. Cela a pour finalité de préparer le terrain pour la réalisation de l'enquête auprès de notre population d'étude et de ce fait le traitement des informations obtenues.

1.2 L'enquête : après avoir obtenu les autorisations nécessaires, nous avons entamé notre enquête auprès des patients diabétiques consentants à répondre à nos questions. Les patients interrogés qui constituent de ce fait notre population d'étude, différent des patients rencontrés dans le cadre de la pré-enquête précédemment citée. Cette enquête a duré un mois et demi, - mois de mars au mois d'avril-. Ladite enquête avait pour objectif l'évaluation de la qualité de vie des patients, et son lien avec l'observance. Deux séances ont été programmées avec chacun des patients de notre population d'étude : Au cours de la première séance, un entretien clinique a été effectué pour obtenir les informations personnelles, les antécédents médicaux, l'état de santé actuel, le vécu psychologique et la représentation de la maladie et surtout le

respect des prises de médicaments et des rendez-vous du médecin. Lors de la deuxième séance, le questionnaire généralisé SF36 a été proposé à nos patients, selon leur niveau d'instruction, nous avons remis ce questionnaire aux patients pouvant répondre directement aux questions qu'il contient. Tandis que pour ceux d'entre eux qui ne possèdent pas cette faculté, nous les avons accompagnés en leur traduisant les questions. Ce travail a pour but d'évaluer leur qualité de vie. Afin d'arriver aux buts exprimés dans notre recherche, répondre aux questions posées et vérifier nos hypothèses, on a opté pour la méthode clinique.

1.3 Le lieu de la recherche : Fondée en 1995, la clinique Beau Séjour est une clinique pour diabétiques, un lieu de rencontre et d'écoute entre patients et professionnels de santé, elle a pour objectif d'épauler, conseiller et suivre le patient diabétique lors de ses démarches médicales. Elle met à disposition du patient des médecins, des infirmiers, un nutritionniste et un psychologue à travers des consultations gratuites. La clinique s'occupe du suivi de 5 881 diabétiques inscrits depuis l'année d'ouverture (1995) à la fin de l'année 2012. Et qui sont tous soumis à un contrôle médical tous les trois mois afin de suivre l'évolution de leur situation sanitaire, cette clinique reçoit en moyenne 40 patients par jour. Cette clinique s'occupe aussi des urgences diabétiques et des nouveaux cas fraîchement identifiés.

1.4 La méthode clinique : elle s'insère dans une activité pratique visant à la reconnaissance et la nomination de certains états et aptitudes et comportements, dans le but de proposer une thérapie, une mesure d'ordre social ou éducatif, ou une forme de conseil, permettant une modification positive de l'individu. Elle vise à établir une situation de faible contrainte, pour recueillir des informations de la manière la plus large et la moins artificielle en laissant à la personne des possibilités d'expression. Elle refuse d'isoler ces informations et tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle. En ce sens elle s'oppose à la méthode expérimentale pour se rapprocher le plus possible des situations naturelles. Ses prétentions à l'objectivité, à la scientificité, à la reproductibilité des phénomènes et à la prédictivité en sont nécessairement réduites. (Pedinelli, 1999, p.11).

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretien...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte du problème) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations, le second vise à comprendre un sujet. Ce second niveau peut être défini à partir

de trois postulats : la dynamique, la genèse et la totalité. Tout être humain est en conflit tant avec le monde extérieur qu'avec les autres et avec lui-même, il doit donc chercher à résoudre ces conflits et se situe toujours en position d'équilibre fragile. L'être humain est une totalité inachevée qui évolue en permanence et ses réactions s'éclairent à la lumière de l'histoire de sa vie. Dans ce cadre, les principes de la méthode clinique pourraient être la singularité, la fidélité à l'observation, la recherche des significations et de l'origine (des actes, des conflits) ainsi que des modes de résolution de ces conflits. La méthode clinique suppose la présence du sujet, son contact avec le psychologue, mais aussi la liberté d'organiser le matériel proposé comme il le souhaite. Les techniques utilisées sont l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'analyse de textes écrits, l'observation, le recueil des informations pouvant faire l'objet de différents types de traitement (analyse de contenu, analyse « psychopathologique », analyse de l'énonciation...) permettant de faire apparaître les éléments saillants concernant l'individu ou le phénomène en question. Les méthodes cliniques visent moins un résultat précis qu'un faisceau d'éléments dont les interrelations doivent être analysées. Elles se distinguent en cela des méthodes qui impliquent un protocole précis et intangible subordonnant la validité du résultat au suivi rigoureux de ce protocole (méthode expérimentale par exemple). (Pedielli, 1999, p.9-14).

- **L'étude de cas** : la notion de cas dans la psychologie clinique vise à se dégager des aspects désobjectivants de la position médicale. L'analyse et l'interprétation d'un problème clinique se centre sur la singularité et sur l'histoire du sujet. Il s'agit de restituer le sujet et non pas de nommer la maladie.

La psychologie clinique est fondée sur « l'étude approfondie des cas individuels ». Son objet est l'étude de la conduite humaine (adaptée ou inadaptée) incluant les dimensions sociales ou l'impact de l'environnement.

- L'étude de cas concerne à la fois la clinique du sujet et la clinique du social.

- L'étude de cas vise « non seulement à donner une description de la personne, de sa situation et de ses problèmes, mais elle cherche aussi à en éclairer l'origine et le développement. L'anamnèse ayant pour objet de repérer les causes et la genèse de ses problèmes » (Huber, 1987).

Le terme « cas » vise à éclairer la singularité d'un problème, mais transforme également le sujet en porteur d'une maladie, ou d'une situation particulière. (Pedielli, 1994, p. 21-29).

Nous assistons à la naissance d'une véritable « genre » clinique qui comprend un contenu relativement stable et un mode d'organisation de discours. Diagnostic, étiologie, description de symptômes sont seulement quelques-uns des éléments obligés de son contenu. Mais à cette conception pragmatique qui met en avant la recherche holistique des éléments en s'intéressant plus à l'individu qu'au symptôme, d'autres auteurs préfèrent des définitions plus larges.

Ainsi, Revault d'Allonnes (1989) insiste sur la notion « d'histoire de vie » : « L'étude de cas vise à dégager la logique d'une histoire de vie singulière aux prises avec des situations complexes nécessitant des lectures à différents niveaux, et mettant en œuvre des outils conceptuels adaptés. De ce fait, elle n'est plus essentiellement référée à l'anamnèse et au diagnostic, et se dégage des contraintes d'une psychologie médicale, tout en restant clinique et psychopathologique ». (Fernandez, 2006, P.46). Les deux orientations sont proches, l'une vise à intégrer les données en les référant à l'individu et en évitant de le morceler, l'autre tente de restituer la singularité intérieure en se dégageant de l'objectivation.

Ces deux positions ne sont pas opposées mais correspondent à des temps ou des objectifs différents : la première est évaluative alors que la seconde s'inscrit dans une conception thérapeutique ou dans une démarche d'illustration.

2. Population d'étude

Notre population d'étude contient des patients diabétiques, se trouvant au sein de la clinique « Beau Séjour » de Bejaia, qui a consacré tout un service spécial de diabétologie. Notre population d'étude a été choisie selon quelques critères qu'on va citer ci-dessous.

2.1 Sélection de notre population d'étude

La population formée dans le cadre de notre recherche est composée de six (06) cas différents à partir de huit (08) cas vus. Pour être en conformité avec les règles déontologiques de la recherche en psychologie clinique, les noms de ces patients ont été modifiés et les informations touchant à leurs vies privées non communiquées. Les critères de sélection des patients sont comme suit :



Critères pertinents :

- L'âge des patients retenus est compris entre 30 et 70. A cet âge la structure de la personnalité est complètement achevée.
- Les patients n'ont pas subi d'amputations dus à la maladie.
- Les patients retenus sont atteints de diabète de type 2.

❖ **Critères non pertinents :**

- L'âge d'apparition de cette maladie n'était pas pris en considération lors du choix de notre population d'étude.
- Le niveau d'instruction et la situation financière des patients n'ont été pris en considération.
- Le sexe des patients n'a pas été pris en considération, on n'a pas étudié seulement les hommes ou seulement les femmes.

Tableau N°03 : récapitulatif des cas étudiés

Cas	Age	Niveau d'instruction	Profession	Situation matrimoniale	L'âge d'apparition de la maladie	Observance thérapeutique Selon l'avis du médecin
Khadidja	31 ans	3 AS	Femme au foyer	Celibataire	30 ans	Non observante
Adel	43 ans	3 AS	Agent de traçabilité	Marié	42 ans	Observant
Chabha	46 ans	7 ^{eme} AF	Femme au foyer	Marié	44 ans	Observante
Sami	39 ans	6 ^{eme} année	Invalide	Célibataire	38 ans	Non Observant
Taoues	56 ans	6 ^{eme} année	Femme au foyer	Mariée	35 ans	Observante
Atik	38 ans	9 ^{eme} AF	Ebéniste	Marié	36 ans	Non observant

Ce tableau ci-dessus est un tableau récapitulatif des cas étudiés englobant ; l'âge, le niveau d'instruction, situation matrimoniale, l'âge d'apparition de la maladie, l'observance thérapeutique selon l'avis du médecin et de qualité de vie.

3. Les techniques utilisées

Par techniques de recherches, il faut entendre « les moyens par lesquels le chercheur passe pour récolter les données indispensables à l'élaboration de son travail scientifique ». (Rongere, 1971, p.18).

Ainsi, nous avons recouru à deux techniques ; L'entretien clinique de type semi directif qui est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des patients interrogés autour de notre thème de recherche préalablement et consignés dans un guide d'entretien, aussi le questionnaire généraliste SF-36 qui va nous permettre de comprendre la relation qu'a le patient avec son environnement et distinguer une bonne ou une mauvaise qualité de vie, aussi mettre en évidence l'observance thérapeutique et son rapport avec la qualité de vie.

3.1 L'entretien clinique

L'entretien clinique est fondamental à toute pratique clinique, verbale ou non-verbale, il passe par une structure définie et a des objectifs précis. L'échange de parole est tout autant nécessaire que la technique thérapeutique qui l'accompagne.

L'entretien clinique peut être défini comme un entretien de type non directif destiné à susciter la parole de la personne interrogée. Il se caractérise notamment par le fait que la personne qui mène l'entretien adapte ses questions ou relances aux réponses de son interlocuteur. Il ne se limite pas à l'intervention dans des situations à but thérapeutique mais s'utilise dans diverses situations, la recherche en particulier. Susceptible de variations importantes selon, par exemple, la situation, le but poursuivi, les interlocuteurs en présence, les techniques spécifiques d'entretien adoptées, il constitue un genre discursif hétérogène. (Grossen, Orvig, 2006, p.31).

L'entretien clinique est une méthode de recherche privilégiée dans un grand nombre de disciplines des sciences humaines. Il peut faire partie des outils cliniques destinés à recueillir des données au cœur de la procédure. Il peut éventuellement être utilisé seul ou bien être associé à un certain nombre de tests psychologiques, d'échelle clinique ou à l'observation directe. (Herve, 1999, p. 61).

En ce qui concerne notre recherche, nous nous sommes intéressés à l'entretien semi directif afin de donner plus de liberté d'expression à nos patients.

A. L'entretien semi directif

On s'est servi d'un guide d'entretien pré-structuré (en fonction de nos hypothèses de recherche). On a invité donc le sujet à produire un discours aussi riche que possible à propos du thème évoqué, et on n'a pas hésité à intervenir pour faire préciser l'énoncé ou pour reprendre un point de vue évoqué par le patient. (Lavarde, 2008, p.194).

B. L'attitude du clinicien

En ce qui concerne la conduite d'entretien, nous avons convenu ensemble d'adopter les attitudes d'empathie et de respect. Nous avons essayé de comprendre au mieux les patients, de suivre leurs pensées, leurs émotions, sans toutefois nous identifier à leurs sentiments. Nous avons manifesté également une écoute bienveillante par des hochements de tête, ou des « hmm », des « oui », on a eu également recours à des techniques de reformulations. Ces attitudes visent à mettre les patients en confiance et à accompagner leur parole.

C. Le guide d'entretien

C'est une liste ordonnée de thèmes nécessaires qui a pour but de répondre à la question de recherche, aussi de structurer nos entretiens dans le cadre de notre mémoire, afin d'obtenir des éléments comparatifs pour notre recherche.

Il est toujours associé à l'entretien clinique, il s'agit d'un « ensemble organisé de fonctions, d'opérations et d'indications qui structure l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer ». Dans ce guide, le clinicien peut formuler et préparer la consigne à l'avance. Celle-ci sera nécessairement identique pour tous les sujets : elle est généralement soigneusement préparée et le clinicien veille à ce que la formulation ne soit pas inductive, etc. Le guide d'entretien comprend aussi les axes thématiques à traiter : le clinicien chercheur prépare quelques questions à l'avance, toutefois celles-ci ne sont pas posées d'une manière directe. Il s'agit davantage de thèmes à aborder que le chercheur connaît bien. (Chahraoui, Benony, 2003, p. 68-69).

Nous avons formulé un guide d'entretien composé de 03 axes :

Caractéristiques personnelles

- Quel est votre âge ?
- Quel est votre niveau d'instruction ?
- Travaillez-vous ? si oui, quelle profession ?

- Votre classement dans la fratrie ?
- Quelle est votre situation familiale ?
- Avez-vous des enfants ? Si oui, combien ?

AXE I : Les informations sur l'état de santé actuelle du patient

Cette partie de questions aborde la santé actuelle du patient (le début de l'atteinte, les causes et les complications de la maladie).

- Depuis quand avez vous eu le diabète ?
- Parlez-moi de la période qui précède le diabète ?
- Quelle maladie avez-vous contracté juste avant cette maladie ?
- Quelles sont les difficultés rencontrées récemment ?
- Y'a-t-il eu des complications liées au diabète ?
- Avez-vous remarqué une amélioration récente ?
- Avez-vous eu des complications liées à la non observance thérapeutique ?
- Avez-vous eu des problèmes sexuelles (baisse de libido / impuissance ou asthénie sexuelle) du au diabète?
- Qu'est-ce qui est le plus difficile pour vous actuellement par rapport a votre santé ?

AXE II : Les informations sur l'état de santé précédente

Cette partie de questions aborde la santé antérieure du patient (le facteur héréditaire, les maladies durant l'enfance et leurs causes).

- Dans quel environnement avez-vous grandi ? Comment était votre enfance ?
- Avez-vous eu des maladies quand vous étiez enfant ?
- Etiez-vous déjà hospitalisé avant le diabète ?
- Est-ce que d'autres membres de votre entourage ont eu la même maladie que vous?

AXE III : Les informations en relation avec la qualité de vie

Ces questions abordent le comportement du patient dans sa vie de tous les jours à savoir son bien être physique et psychique, ses relations avec autrui, ses loisirs.

- Appréciez-vous la vie ?
- Comment vivez-vous le diabète ?
- Votre vie de tous les jours est-elle pleine de (opportunités, moments ,personnes) qui vous intéressent ?
- Avez-vous eu des chocs traumatisants physiques ou psychiques dans votre vie ?
- Vous sentez-vous stable ou instable ?
- Est-ce que vous dormez facilement ? Votre sommeil est-il profond ?
- Pouvez-vous nous parler de vos relations sociales ?
- Pensez-vous que vous êtes utile quand on a besoin de vous ?
- Trouvez –vous des difficultés de réaliser vos tâches quotidiennes ?
- Voyez-vous vos amis comme avant ?
- Comment voyez-vous votre avenir ?

AXE IV : L'observance thérapeutique**A- Les informations sur le suivi médicamenteux et l'hygiène de vie**

Ces questions abordent le suivi médical, la prise de médicaments et l'hygiéno-diététiques au quotidien (les consultations, le traitement, les addictions, les régimes et condition physique).

- Est-ce que vous vous rendez aux consultations médicales?
- Suivez-vous les traitements préconisés par votre médecin traitant ?
- Est-ce que vous respectez les horaires, les doses, les modalités de prises (à jeun, avant, pendant ou après les repas) de vos médicaments ?

- Respectez-vous l'ensemble des prescriptions médicales?
- Comment faites-vous pour vous rappeler vos prises de médicaments ?
- Comment prenez-vous vos médicaments lorsque vous n'êtes pas chez vous ?
- Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre médicament?
- Consommez-vous de l'alcool ? Fumez –vous ? Autres addictions ? Et depuis quand ?
- Est-ce que vous suivez le régime alimentaire préconisé par votre médecin? Et comment vous réagissez à cette restriction alimentaire?
- Est-ce que vous entreteniez votre forme physique (sport, natation, marche...)?
- Est-ce que vous vous accordez des périodes de repos régulières?
- Est ce que vous avez quelqu'un qui vous aide à prendre vos médicaments au quotidien?

B - Les informations sur le vécu et la représentation de la maladie

Dans cet axe, on aborde la représentation mentale qu'a le patient de sa maladie et son influence sur sa vie.

- Que représente le diabète pour vous ?
- Comment vous représentez-vous avec le diabète ?
- Comment le diabète influence votre vie quotidienne ?
- Votre entourage est t'il au courant de votre maladie ?
- D'après vous, y'a-t-il une cause a votre maladie ?
- Pensez vous que vous pouvez guérir de votre maladie?

C- Les informations sur la représentation des médicaments

Cette partie de questions aborde la représentation mentale et les différentes connaissances qu'a le patient du traitement et de son médicament.

- Est ce que votre médecin vous a expliqué la nature de votre traitement?
- Qu'es ce que le médicament évoque pour vous ?

- Comment vivez-vous la prise des médicaments quotidiennement?
- A quel moment la prise de médicament est facile pour vous ? Et a quelle moment est t'elle difficile ?
- Pensez-vous qu'il est important de prendre vos médicaments?
- Qu'est ce qui favorise ou défavorise le suivi horaire et les contraintes des prises
- Avez-vous des craintes concernant les effets secondaires de vos médicaments?
- Quelle importance donnez-vous à votre traitement ?
- En cas de besoin d'informations concernant vos médicaments ou de renseignements, contactez vous votre équipe soignante ou bien vous renseigner a travers les médias ou l'internet ?

Remarque : si le patient a anticipé librement sur des réponses à des questions prévues par nous (psychologues), nous éviterons de les poser ultérieurement.

En ce qui concerne l'observance ou l'inobservance des cas investigués, on s'est appuyé sur l'avis du médecin.

3.2 Questionnaire généraliste de la qualité de vie (SF- 36).

- **Définition**

Le questionnaire SF-36 répond parfaitement à ce type d'approche: il s'agit d'un score de qualité de vie généraliste, robuste, fiable, et validé pour une utilisation en langue française (8-13). Cette approche personnelle du patient est complétée, dans notre travail, par une approche extérieure et médicale réalisée par un second questionnaire renseigné au cours d'un entretien téléphonique avec le médecin traitant. Ce second questionnaire permet d'évaluer de manière clinique certains aspects de la qualité de vie des patients et apporte une information médicale concernant les handicaps éventuels des patients. (Gardenal. 2004, p.20).

Ce questionnaire peut-être auto-administré ou administré par enquêteur, soit par entretiens, etc. Les échelles qui sont drivées sont beaucoup plus courtes, auto-évaluatives, concertant plusieurs domaines et dimensions de la qualité de vie. Cette échelle comporte 36 items, explorant 8 domaines différents, qui sont : activité physique, limitations dues à l'état

physique, douleurs physiques, santé perçue, vitalité, vie et relations avec les autres, santé psychique, limitations dues à l'état psychique ;

- Activité physique (Physical Functioning) ou PF : question 03 composée de 10 sous-questions.
- Limitations dues à l'état physique (Rôle Physical) ou RP : question 4 composée de 04 sous-questions.
- Douleurs physiques (Bodily Pain) ou BP : questions 7 et 8.
- Santé perçue (General Health) ou GH : questions 1, 2, 3, 4, 6 et 8.
- Vitalité (Vitalité) ou VT : question 09 composée de 04 sous-questions (i, e, c, a).
- Vie et relations avec les autres (Social Functioning) ou SF : questions 6 et 10.
- Santé psychique (Mental Health) ou MH : question 09 composée de 04 sous-questions (h, f, d, g, b).
- Limitations dues à l'état psychique (Rôle Emotional) ou RE : question 05 composée de 03 sous-questions.

La composante santé physique évaluée est reflétée par les domaines : Activité physique, limitations dues à l'état physique, douleurs physiques et santé perçue. Chaque domaine ou échelle est exploré par un nombre de questions différent. Les réponses à ces questions permettent d'établir un score par domaine. Ce score est obtenu en plusieurs étapes. (Orhan, 2009, p.32-34).

4. L'analyse des techniques utilisées

Pour chaque présentation d'un cas de notre population d'étude, on va procéder avec les étapes suivantes :

4.1 Analyse de l'entretien clinique

A. L'état de santé actuel et précédente du patient

- La santé actuelle et précédente du patient.
- Le début et les causes de la cause de la maladie.
- Les complications liées à la maladie.
- Les difficultés récemment rencontrés.

B. La qualité de vie

- La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle.
- La qualité de sommeil.
- La capacité de réaliser des tâches quotidiennes.

C. L'observance thérapeutique

- Le suivi médicamenteux et l'hygiène de vie.
- Le vécu et la représentation de la maladie.
- La représentation des médicaments.

4.2 Analyse du questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie

- **Calcul des scores du questionnaire SF-36**

Les réponses à chaque question donnant une valeur qui est codée entre 0 et 100, l'estimation subjective est basée sur l'échelle de Likert, on pose les degrés de 1 à 3, de 1 à 6 hiérarchiquement.

L'appréciation de la qualité de vie est jugée positive lorsque la valeur obtenue est supérieure de degré global de la qualité de vie, les estimations des valeurs se comptent à travers la transformation et est appelée transformation linéaire. Elle repose sur les formules suivantes :

- Les dimensions 1. 2. 6. 8. 9 (h, e, d, a), 11 (c, b) sont cotées de 100.75.50.25,0.
- Les dimensions 4 (d, c, b, a), 5 (c, b, a), 9 (i, g, f, c, b), 10, 11 (d, a) sont cotées de 0.25.50.75.100.
- La dimension 3 (j, i, h, f, g, e, d, c, b, a) est cotée de 0.50.100.
- Les dimensions 7 sont cotées 100.80.60.40.20.0.

Les scores obtenus seront additionnés, puis divisés par le nombre de questions de chaque dimension pour l'appréciation de la qualité de vie, puis on effectue l'addition des degrés des moyennes des dimensions obtenues divisée par 8. L'estimation jugée positive lorsque le degré est supérieur, par contre elle est jugée négative lorsque le degré se dégrade.

- **Déroulement de la pratique de la recherche**

L'administration de l'échelle du SF-36 à des patients dans le cadre d'une étude de qualité de vie selon diverses modalités. Il peut être auto-administré lorsque le patient répond seul aux questions posées, sans intervention extérieure (sauf si le sujet n'arrive pas à comprendre le contenu). Dans ce cas là, nous intervenons pour l'aider à clarifier les questions.

Conclusion

Dans ce chapitre consacré à la méthodologie, nous avons tenté de présenter certaines règles et étapes à suivre dans notre recherche pour nous aider à mieux planifier et organiser notre travail et d'interpréter les données. Toutefois, ce chapitre nous a permis également d'organiser et de structurer notre travail de recherche, il est important de souligner que cette partie méthodologique contient notre guide d'entretien et les techniques d'investigations adoptées, afin de répondre aux questions posées et de vérifier nos hypothèses.

Partie
Pratique

Chapitre VI
Présentation
et analyse
des données

Introduction

La recherche scientifique exige une méthode qui comprend l'ensemble des opérations intellectuelles qu'une discipline met en œuvre pour démontrer, vérifier et établir les vérités qu'elle poursuit. A partir de cette conception, la méthode apparaît comme un ensemble de règles indépendantes de toute recherche, mais visant des formes de raisonnement qui rendraient accessible la réalité à saisir.

La partie pratique est une étape cruciale dans la recherche scientifique ; elle va nous permettre de rapporter l'ensemble des informations nécessaires à notre recherche afin de répondre à nos questions de départ, aussi de discuter les hypothèses formulées grâce à la pré-enquête et aux revues de la littérature liés à notre thème de recherche.

Chaque cas est unique, spécifique, singulier et différents des autres, c'est ce qui fait de la présentation et de l'analyse des données récoltées l'étape la plus importante de notre recherche car, elle va nous permettre de présenter les données des entretiens, notamment d'analyser le questionnaire généraliste SF-36, la qualité de vie et l'observance thérapeutique, afin de répondre aux objectifs de notre recherche.

Présentation du cas Khadija 31 ans

1-L'analyse de l'entretien clinique

Agé de 31 ans, Khadija est une femme mariée avec un enfant autiste, elle est de taille moyenne, yeux verts, mère d'une seule fille. Elle fait partie d'une fratrie de 6 membres composée de deux frères et de trois sœurs, occupant la sixième place dans sa fratrie. Khadija est une femme au foyer et déclare que son mari a une bonne situation professionnelle.

L'entretien effectué avec Khadija nous a permis de récolter des informations importantes afin de répondre à nos questions de recherches.

1.1-La santé physique

- **La santé antérieure et actuelle**

Khadija affirme n'avoir eu aucun problème de santé auparavant, elle n'a jamais été hospitalisée. Mariée à l'âge de 21 ans, elle donna naissance à une fille deux ans plus tard qui se révéla être autiste à l'âge de trois ans, elle et son mari découvrirent que leur fille était finalement autiste, chose que son mari n'a su accepter, et commença à s'ivroger par la suite. Khadija n'a résisté qu'une seule année et dit : « Je ne pouvais plus supporter tout ça à la fois »¹ et fit une crise d'angoisse.

Khadija évoque sa situation devient de plus en plus tendue, elle s'inquiète pour son avenir et celui de sa fille car elle dit que plus sa fille prend de l'âge, plus sa maladie grandit avec elle et ça devient pénible selon ses dires : « Chaque jour qui passe est pire que le précédent, je sentais que j'allais craquer dans pas longtemps »², Khadija se sent coupable notamment quand son mari rentre au milieu de la nuit ivre et la tabasse de temps en temps, elle déclare : « C'est l'enfer, des fois je veux tout lâcher, mais je me dis que peut-être qu'il a raison de croire que c'est moi qui lui ai donné le mauvais enfant. »³, Donc on souligne que le mécanisme de culpabilité intrapsychique est présent chez Khadija.

1 Ourezmirghara adhessuportigh anechthayi ikkel fedaqa.

² Ass ig aeddane khir nwine idi theddoune, houssegh bellik oussebreghara akther

³ Dh'djahanama, thiswiaein qarghas thouqaiyi, mais qarghas isaa lhaq belli dhnekki isdiwerwane l'andicapé.

- **Le début et la cause de la maladie**

A l'âge de 28 ans, Khadija a contracté le diabète, elle dit « Ça ne m'a pas choqué, je m'attendais vraiment à ça, je ne vivais pas comme une princesse »⁴. Elle dit avoir commencé à ressentir une fatigue quotidienne, des vertiges et des sensations de bouche sèche, mais qu'elle ne prenait pas ça au sérieux, et elle affirme avoir su pour son diabète par hasard, lors d'une réunion familiale où les membres se passaient le glucomètre, elle avait remarqué que son taux de glucose était élevé par rapport à la norme, ce qui l'a poussé à aller voir un médecin, après consultations et bilans, on lui a diagnostiqué un diabète de type 2, qui d'après elle, est une réaction normale en dépit de ce qu'elle a enduré, elle dit « Dieu merci, je m'attendais au pire »⁵. Cependant, on souligne que le facteur héréditaire est absent, par contre le stress et l'angoisse semblent être à l'origine de cette maladie.

- **Les complications de la maladie.**

Etant donné que Khadija a récemment contracté le diabète depuis trois ans, pour l'instant elle ne présente aucune complication connue pour ce genre, elle dit « Je n'ai aucune complication mais ça ne va pas tarder à venir, je me connais je suis trop nerveuse »⁶.

1.2 La qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

Khadija a eu une enfance heureuse, elle dit qu'elle ne manquait de rien, et que malgré la sévérité de son père envers elle, ses frères et ses sœurs, cela n'empêchait pas le fait qu'il l'aimait beaucoup. Les soucis de santé de Khadija semblent influencer sa vie négativement. Mais elle dit que c'est le cas de sa fille qui l'inquiète de plus en plus : « Si seulement la santé de ma fille ne se compliquait pas, j'aurais eu la paix, mon cas est facile »⁷ Khadija entretient de bons rapports avec sa propre famille, mais ce n'est pas le cas pour la famille de son mari, elle nous avoue : « Eux ils me détestent »⁸ chose qui la pousse à aller souvent passer des semaines chez son père.

4 Ourechokighara, ligh taassaghtse, ouresaighara tamaichthe n les princesses.

5 Hamdoullah ya rabi, akka wala kther.

6 Oussaighara lahlakath naten, mais snegh imaniw ghedhin ittedough, nekki tabouqalaqth.

7 Nekki sehlagh, yamanaach ouritzidhara lhal filli.

8 Nouhni krahniyi.

Khadija a un sommeil troublé de mauvaise qualité, sa vie onirique n'est pas stable, elle nous dit : « J'ai du mal à trouver le sommeil, je pense trop à des choses bof ... Et quand j'y arrive, après seulement quelques minutes, ma fille se réveille et commence à crier »⁹.

Khadija semble être pessimiste mais dit pouvoir dépasser les difficultés de sa maladie, elle nous dit : « Je sais que je ne vais pas guérir, mais j'ai l'habitude, je n'ai pas peur de la maladie »¹⁰.

- **La vie conjugale notamment sexuelle**

Le mari de Khadija s'est désinvesti dans leur couple, elle aussi d'ailleurs, elle déclare : « Je ne le supporte plus quand je le vois...Pef, il me dégoute »¹¹.

Khadija n'a pas voulu s'étaler sur sa sexualité, elle s'est juste contentée de dire : « Les choses ne sont plus comme avant, rien n'a plus de goût »¹², on en déduit que d'après ses insinuations, que sa vie sexuelle n'est pas bonne.

1.3 L'observance thérapeutique

- **Le suivi médicamenteux et l'hygiène de vie**

Khadija ne respecte pas l'ensemble de ses prescriptions médicales, elle prend de gros risques en ne prenant jamais ses médicaments avec elle, sauf quand elle va chez son père, elle dit ; « Oh mon père non, j'ai peur de lui, il me surveille quand je suis chez lui »¹³. Elle déclare ne suivre aucun régime alimentaire particulier et avoue que ça lui arrive d'abuser des sucreries, elle nous a dit : « On va vivre qu'une fois, on ne sait jamais quand la mort surviendra, il vaudrait mieux en profiter »¹⁴. Khadija avoue que ça lui arrive tout le temps d'oublier les heures et les doses de ses prises médicamenteuses, elle ne fait aucun effort pour en savoir plus de sa maladie.

9 Ouganghara bien, tkhemimagh bezzaf, w'madyass noudam teskarayid yelli slaayat ynes.

10 Aaelmagh outtejighara, noumagh, outagadhghara lahlak ayyi.

11 Outhethamalghara, asma athezragh ayouuuuh, isdégoutiyi.

12 Koulesh iveddal, machi amzik.

13 Ah bava khati, taguadheghth iw3ar, it3assayi madhiligh ghoras.

14 Anaiche yiwen ouvridh, lavouda ouneaalimara ayweq anemeth, meqqar djagh an'profiti.

- **Le vécu et la représentation de la maladie**

Khadija ne conçoit pas sa maladie comme étant un obstacle, elle ne se rend pas compte du danger de cette dernière, elle n'est pas inquiète, elle avait l'air sûre d'elle et insouciante vis-à-vis de son état de santé.

- **La représentation des médicaments**

Khadija considère le médicament comme une obligation, mis à part ça elle ne lui accorde aucune autre importance, d'ailleurs elle n'a pas consulté son médecin traitant depuis 6 mois, son mari a un ami pharmacien qui lui procure les médicaments. Elle précise notamment qu'elle n'aime pas trop parler avec les médecins : « Quand je rentre chez lui, je prie dieu pour qu'il ne parle pas trop, j'aime quand il me prescrit rapidement mes médicaments et je pars sans trop me retourner »¹⁵.

❖ **Résumé de l'entretien clinique**

Nous avons évalué les facteurs intervenants dans l'observance thérapeutique de Khadija, l'étude est basée sur trois groupes de paramètres : niveau de suivi médicamenteux et l'hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, les résultats du cas sont opérationnalisés dans les points suivants :

- La patiente est insouciante des horaires de prises et de sa forme physique.
- Concernant la compréhension de la maladie, Khadija ne connaît pas sa maladie, ne trouve aucun intérêt à se renseigner ou à s'informer sur sa maladie, et elle n'est pas attentive vis-à-vis de son traitement et des prescriptions médicales consignées par son médecin traitant.
- La représentation médicamenteuse est considérée par la patiente comme étant une formalité pour le maintien de sa vie, sans efforts considérables pour favoriser les suivis horaires des prises. Et elle ne cherche pas à s'informer ni à mieux comprendre que ce soit sur sa maladie ou ses médicaments.

¹⁵ Asma adh kechmegh gh tbib, deaeough rebbi ouyehedderara bezzaf, thibigh aydif dwa ynu direct wadhefge mlba atewel.

2. Les données du questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie

Tableau 4: Montre le degré de la qualité de vie chez Khadija.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	85	25	77,5	25	16	33,3	25	35	33,9
MOS-SF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,83	65,78	52,15	56,93	64,30

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire on a remarqué une estimation élevée dans les dimensions suivantes :

- Douleurs physique (BP) qui est de $77,5 > 70,83$.
- Activité physique (PF) qui est de $85 > 70,61$.

Par contre des estimations basses dans les dimensions suivantes :

- Limitations dues à l'état physique (RP) qui est de $25 < 52,92$.
- Vie et relation avec les autres (SF) qui est de $25 < 78,83$.
- Santé psychique (MH) qui est de $16 < 70,38$.
- Limitation due à l'état psychique (RE) qui est de $33,3 < 68,78$.
- Vitalité (VT) qui est de $25 < 52,15$.
- Santé perçue (GH) qui est de $35 < 56,93$.

À partir de cette analyse, on peut conclure que cette personne est touchée par la situation et cela est bien déterminé par les dimensions suivantes :

- QDV globale qui est de $33,9 < 64,30$.
- La somme des scores physiques est de 55,6.
- La somme des scores mentaux est de 24,82.



Résumé du questionnaire généraliste SF-36

D'après l'analyse de l'entretien du cas de Khadija, on constate qu'elle a une mauvaise qualité de vie, elle ne prend pas en considération sa santé et n'espère pas aller mieux, elle n'a plus goût à la vie et se sent très instable, elle a un sommeil perturbé, sa vie conjugale n'est pas

satisfaisante, l'autisme de sa fille la préoccupe de plus en plus, ce qui signifie que notre patiente vit des difficultés physique et psychique liées aux symptômes précédents.

Les résultats obtenus confirment que Khadidja présente une qualité de vie globale faible en comparaison les résultats obtenus lors de l'entretien, un score général de (33,9) estimé malingre par rapport à la moyenne référentielle qui est de (64,30). Ce qui est expliqué par l'état psychique et physique rébarbatif exprimé par la patiente lors de notre entretien.

❖ **Résumé du cas de Khadija :**

D'après l'analyse de l'entretien du cas de Khadija, on constate qu'elle a une mauvaise qualité de vie, elle n'entretient pas sa santé et n'espère pas aller mieux, elle n'a plus goût à la vie et se sent très instable, elle présente un sommeil perturbé, sa vie conjugale n'est pas satisfaisante, l'autisme de sa fille l'a préoccupe de plus en plus, ce qui signifie que notre patiente vit des difficultés physique et psychique liées aux symptômes précédents.

Les résultats obtenus confirment que Khadidja présente une qualité de vie globale faible en comparaison les résultats obtenus lors de l'entretien, un score général de (33,9) estimé malingre par rapport à la moyenne référentielle qui est de (64,30). Ce qui est expliqué par l'état psychique et physique rébarbatif exprimé par la patiente lors de notre entretien.

Nous avons évalué les facteurs intervenants dans l'observance thérapeutique de Khadija, l'étude est basée sur trois groupes de paramètres : niveau de suivi médicamenteux et l'hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, les résultats du cas sont opérationnalisés dans les points suivants:

- La patiente est insouciante des horaires de prises et de sa forme physique.
- Concernant la compréhension de la maladie, Khadija ne connaît pas sa maladie, ne trouve aucun intérêt à se renseigner ou à s'informer sur sa maladie, et elle n'est pas attentive vis-à-vis de son traitement et des prescriptions médicales consignées par son médecin traitant.
- La représentation médicamenteuse est considérée par la patiente comme étant une formalité pour le maintien de sa vie, sans efforts considérables pour favoriser les suivis horaires des prises. Et elle ne cherche pas à s'informer ni à mieux comprendre que ce soit sur sa maladie ou ses médicaments.

Présentation du cas Adel 43 ans

1-L'analyse de l'entretien clinique

Adel a 43 ans, c'est est un homme blanc de taille moyenne aux yeux bleus ; il est marié avec deux enfants, un garçon et une fille. Il fait parti d'une fratrie de 5 membres composée d'un frère et de trois sœurs, il occupe la troisième place dans l'ordre de sa fratrie. Sur le plan professionnel, Adel a une situation stable en occupant un poste comme agent de traçabilité. L'entretien effectué avec le patient était riche et nous a permis de récolter des informations importantes.

1.1-La santé physique

•La santé antérieure et actuelle

Adel a eu une enfance joyeuse, il aimait le foot dès son jeune âge, il n'a jamais eu de problèmes de santé et n'a jamais été hospitalisé. Sa santé était plus tôt bonne jusqu'à l'année dernière où il découvrit à l'aide de son médecin traitant qu'il a développé un diabète de type2. Adel refuse de laisser tombé et tient a prendre sa santé en considération, il déclare : « je n'ai pas accepté cette maladie et je vais la combattre »¹ tout en ayant l'air préoccupé et très inquiet .Il s'est dis prêt à tout faire pour la surpasser et ne pas comprendre « je ne comprends pas comment es ce possible, a l'âge de 43 ans j'ai déjà le diabète et pour tant je suis sportif »². Par ailleurs Adel est un bon vivant, souriant et notamment frétilant plein d'énergie et avait une capacité de s'exprimer.

• Le début et la cause de la maladie

A travers l'entretien réalisé avec le patient, on déduit que le facteur héréditaire est présent du moment que le père avait souffert du diabète il dit « mon père avait attrapé le diabète a l'âge de 65 ans, il m'envoyait chez le pharmacien pour lui acheter l'insuline »³. D'après lui, cette maladie est survenue suite à plusieurs stress ou a une mauvaise alimentation comme rapporté dans ses propos : « je pense que c'est du au stress ou au facteur

¹ Ouqvilegha lehlak ayi,wathqavlegh.

² Oufhimeghara amek, 43 sna helkegh esseker, pourtant dasportif.

³ Vava ihlek esseker eg 65 sna, itchiyi3iyi asdaghe edwa.

héréditaire ou je ne sais pas, je pensais a des choses peut être ou bien j'ai mangé quelque chose qui ma causé cette hécatombe »⁴.

- **Les complications de la maladie.**

Etant donné que le patient a récemment contracté le diabète (une année), pour l'instant il ne présente aucune complication connue pour ce genre, Adel a un caractère fort qui d'après lui permet de mieux vivre sa maladie : « je sais que je peux surpasser cette maladie, je ne vais pas lâcher, je vais la combattre »⁵.

1.2 La qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

Ses soucis de santé ont complètement bousculés sa vie. Adel entretient d'excellents rapports familiaux, il organise souvent des sorties familiales avec sa femme et ses enfants qui ne manquent pas d'attention de sa part, il dit : « chaque vendredi je prends ma femme et mes enfants et on part a la plage, au parc de Sétif ...etc. »⁶. Il n'a aucun mal à fréquenter d'autres personnes de différentes échelles sociales, c'est une personne qui arrive facilement a tisser des liens et à s'adapter au monde extérieur.

Adel ne présente pas de troubles de sommeil et sa vie onirique est tout à fait constante du fait de son emploi du temps qui est bien rempli (sport, travail...etc.), il affirme : « à la fin de la journée, je suis exténué et je ne trouve pas de difficultés à m'endormir »⁷.

Adel semble optimiste à pouvoir dépasser les méandres de sa maladie, et perçoit avec une certaine confiance l'avenir qui sera sans doute plus radieux vu ses excellents rapports humains.

- **La vie conjugale notamment sexuelle**

Adel certifie qu'il a une vie conjugal jouissante, qu'il a épousé la femme de sa vie et que c'était un mariage d'amour, il l'apprécie de plus en plus, et il atteste qu'elle souffre tant que lui et ce depuis qu'il lui a annoncé sa maladie, et dit qu'il lui est redevable car elle l'aide énormément a mieux gérer son diabète.

⁴ Chouktheqh daqeleg negh gel familya negh ouaelimeghara neki, ligh nwichas ahath tchigh el haja iyissawten ghel hala ayi.

⁵ Aelmegh beli zemregghass ilehlak ayi, oustseriheghara.

⁶ Chaque el djemaa tawigh madame dh derya gh lebher negh ghel parc ikel.

⁷ Laecha wass ayough, adhserssegh aqerrouyiw kane adheynegh.

En outre, Adel n'a pas dit grand-chose sur sa vie sexuelle, il affirme qu'il a de bons rapports avec sa femme et qu'il est toujours jeune selon ses dires.

1.3 L'observance thérapeutique

- **Le suivi médicamenteux et l'hygiène de vie**

Adel garanti qu'il arrive parfaitement à être à jour vis-à-vis de ses consultations médicales, qu'il ne trouve aucun empêchement à suivre son traitement prescrit par son médecin traitant, il respecte et honore les prescriptions médicales, il est ponctuel sur ses doses et les horaires de prises, il oublie jamais de prendre ses médicaments avec lui il dit « je oublie rarement de les prendre avec moi, et quand ça m'arrive à moi ça n'arrive pas à ma femme »⁸.

Son régime alimentaire est vénéré, Adel prête attention à ce qu'il consomme depuis sa maladie, il dit ne jamais avoir mangé dehors « ma femme prépare ma gamelle avant que je parte au travail et je mange que du bio »⁹, comme on l'a mentionné au par avant, Adel adore les activités physiques et fait du sport 2 fois par semaine.

- **Le vécu et la représentation de la maladie**

Adel conçoit sa maladie comme un chambardement, il est très inquiet car il a peur des complications, et il est triste pour sa maladie, en revanche il reste optimiste, il sait qu'il n'y a pas de remède définitif efficace contre le diabète, mais il sait qu'il mieux le vivre et éviter les complications.

Aussi grâce à l'aide que lui procure sa femme, Adel espère aller mieux et assurer un bel avenir à lui et à ses enfants.

- **La représentation des médicaments**

Adel est très bien informé sur la nature de son traitement, il a connaissance de son importance, il prend ses médicaments d'une façon régulière, il déclare : « je connais l'importance des médicaments et je ne joue pas avec ça »¹⁰, la prise des médicaments au quotidien n'est pas un fardeau pour lui et il n'y a rien qui peut influencer ses prises.

Adel est une personne qui cherche à comprendre en ce qui est de ses médicaments ou son traitement, il est toujours intéressé par toutes les revues ou les articles qui concernent sa

⁸ Mindak kane sehough edwa ynu, yerna ma shigh neki, madame outh sehara.

⁹ Meme ilkhedhma, madame tepripariyid thagamilt, tsetsegh anayar el makla wekham.

¹⁰ Aelmegh el qima nedwa ynu, oulaeveghara zyess.

maladie, et il n'hésite pas à s'informer que ce soit auprès des médecins, du psychologue du service ou bien sur internet.

2-Les données du questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie

Tableau 5: Montre le degré de la qualité de vie chez Adel

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	100	100	100	62.5	56	33.3	60	65	72.1
MOS-SF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,83	65,78	52,15	56,93	64,30

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire on a remarqué une estimation élevée dans les dimensions suivantes :

- Douleurs physique (BP) qui est de $100 > 70,83$.
- Activité physique (PF) qui est de $100 > 70,61$.
- Limitations dues à l'état physique (RP) qui est de $100 > 52,92$.
- Santé perçue (GH) qui est de $65 > 56,93$.
- Vitalité (VT) qui est de $60 > 52, 15$.

- Vie et relation avec les autres (SF) qui est de $62.5 < 78,83$.
- Santé psychique (MH) qui est de $56 < 70,38$.
- Limitation due à l'état psychique (RE) qui est de $33,3 < 68,78$.

A partir de cette analyse, on peut conclure que cette personne est touchée par la situation et cela est bien déterminé par les dimensions suivantes :

- QDV globale qui est de $72.1 > 64, 30$.
- La somme des scores physiques est de 91,25.
- La somme des scores mentaux est de 52.95.

❖ Résumé de cas d'Adel

D'après l'analyse de l'entretien du cas d'Adel, on constate qu'il vit bien sa maladie, il apprécie les belles choses de la vie et tout ce qu'elle lui offre comme moments ou opportunités, plein d'énergie et de vitalité, il envisage des plans optimistes en ce qui concerne son avenir et celui de sa famille, il a une bonne qualité de sommeil, très sociable et il entretient régulièrement sa santé physique et psychique.

Adel présente une très bonne qualité de vie par rapport aux signes qu'il présente : bonne santé générale, un ressenti calme et paisible avec beaucoup d'énergie la plupart du temps et une vitalité assez bonne, ce qui lui permet d'accomplir ses tâches quotidiennes même en ce qui concerne les activités intenses, il a de bonnes relations soit familiales, sociales ou professionnelles, il présente un bien-être physique et psychique, malgré toutes ces complications ; la vie d'Adel est peu affectée du à sa contraction récente du diabète, mais il ne laisse pas sa maladie influencer sa vie. Adel présente une bonne qualité de vie qui est estimée à (72,1) par rapport au score référentiel (64,30),

Nous avons évalué les facteurs intervenant dans l'observance thérapeutique d'Adel, C'est une étude prospective évaluant trois groupes de paramètres : niveau de suivi médicamenteux et l'hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, et nous avons tiré les conclusions suivantes :

- Adel respecte les horaires de prises, oublie rarement ses médicaments et entretient régulièrement sa forme physique.
- Concernant la compréhension de sa maladie, Adel est très bien informé sur les objectifs du traitement et il a bien assimilé ses prescriptions.
- Adel vit bien ses prises de médicaments au quotidien, n'hésite pas à s'informer via internet en ce qui concerne son traitement ou sa maladie, il demande également l'avis du médecin et du psychologue du service lors de ses consultations.

D'après le médecin traitant, Adel est régulier et fait bon usage en ce qui concerne son carnet glycémique, d'après les résultats des analyses et de son suivi, il est sujet d'une bonne observance thérapeutique.

Présentation du cas Chabha 46 ans

1-L'analyse de l'entretien clinique

Agé de 46 ans, Chabha est une femme mariée, mère de 3 enfants, un garçon et une fille. Dotée d'une taille forte, voilée, elle est la troisième fille d'une famille composée de quatre sœurs. Son niveau éducatif est de septième année fondamentale, et elle est femme au foyer. D'apparence dynamique et souriante, elle a accepté avec gentillesse de nous accorder de son temps afin de participer à notre recherche.

L'entretien effectué a fini par nous fournir des données pertinentes pour mener à bien la suite de notre recherche.

1.1 La santé physique

- **La santé précédente et actuelle**

Chabha a eu une enfance sereine et sans antécédents médicaux à ce jour, elle affirme qu'elle était sujette d'une excellente santé car elle dit : « J'avais une bonne santé, je pouvais démolir un mur »¹, hélas, cela n'a été le cas que durant sa jeunesse, à l'âge de 44 ans, elle a contracté un diabète. Elle fut orientée à la clinique : « beau-séjour » où on lui a diagnostiqué un diabète de type 2. Le choc fut terrible et elle a eu du mal à accepter sa maladie, mais avec l'aide de son médecin traitant ainsi que celle du psychologue, elle affirme avoir eu l'apport nécessaire afin de mieux comprendre et accepter sa maladie. Et grâce à sa prise de contact avec d'autres patients similaires à son cas lors des séances d'éducation thérapeutique, elle avoue que connaître d'autres patientes et discuter de sa maladie avec elles soulage sa peine, elle dit : « Dieu merci, cette clinique m'a permis de connaître plusieurs femmes comme moi, ça m'a aidée à me sentir moins seule »².

- **Le début et la cause de la maladie**

L'entretien effectué avec la patiente nous a révélé que le facteur héréditaire n'est pas présent, elle nous dit : « Personne appartenant à ma famille proche n'est atteint du diabète mis à part moi »³. Le début de la maladie fut quand Chabha constata des sensations de bouche sèche, des envies répétitives d'uriner et quelques vertiges, cela l'avait tellement inquiété au point qu'elle n'hésita pas de consulter un médecin en urgence qui a fini par lui diagnostiquer

¹ Ligh sehagh, zemregh adherzagh el hit.

² El hamdoullah, snegh bezzaf el khalath dayi, fehmentiyi.

³ Ouma dyewenn gel familyaw ihlek esseker anayar neki.

un diabète de type 2. Chabha pense que la cause majeure de sa maladie est due au stress et aux problèmes de la vie : « C'est la dureté de la vie et ses problèmes qui causent se genre de maladies mon fils »⁴.

- **Les complications de la maladie.**

Deux ans après avoir contracté le diabète, Chabha souffre aujourd'hui d'une complication due à ce dernier qui est l'anémie. Selon notre entretien, aucune autre complication n'a été signalée.

1.2 La qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

Chabha est une femme vive et extravertie, au cours de l'entretien, elle ne trouvait pas de difficultés à prendre la parole et à s'exprimer aisément, c'est une femme sociable qui entretient de bonnes relations avec ses proches, ses voisins, y compris sa famille. Elle est attentive et attentionnée à l'égard de son mari et ses enfants, elle a réussi à créer de bonnes relations avec les femmes qu'elle a côtoyé connu à la clinique « Beau-séjour ».

On avait cité au paravent que Chabha est une femme au foyer, elle se consacre à ses tâches ménagères, et comme passion, elle aime s'occuper avec des travaux artisanaux mais pas à des fins lucratives.

- **La vie conjugale notamment sexuelle**

Chabha entretient une vie conjugale harmonieuse, elle est en parfaite entente vis-à-vis de son mari, et nous avoue prendre encore la pilule en conséquence de sa vie sexuelle qui ne subi aucune méforme malgré sa maladie.

1.3 L'observance thérapeutique

- **Le suivi médicamenteux et l'hygiène de vie**

Chabha nous dit qu'elle arrive à être à jour en ce qui concerne ses consultations médicales, et qu'elle ne trouve aucune difficulté à suivre son traitement, en disant : « ce traitement n'est pas du tout un fardeau pour moi, je n'ai pas la flemme de prendre mes médicaments »⁵. Chabha n'oublie pas de prendre ses médicaments en cas de déplacement, et respecte à la ligne l'ensemble de ses prescriptions médicales et les recommandations de son médecin, elle ne suit pas un régime spécifique draconien, néanmoins elle assure l'équilibre de

⁴ Del mehna neddounith igssehlaken akka a mmi

⁵ Eddwa ayi ouyth aetsevara, ouzzayith ara felli.

son alimentation, elle dit « pour vous donnez un exemple, quand je mange un plat, du couscous par exemple, j'en mets peu et je le remplis de légumes »⁶, son entourage ne lui permet pas de suivre un régime régulier, et en cuisine elle ne fait pas de distinction entre elle et sa famille et prépare exactement les mêmes plats pour tout le monde. Mis à part ses tâches ménagères, Chabha ne pratique aucune activité physique particulière, cependant, ça lui permet quand meme de réguler sa glycémie en fonction de la fatigue enduré.

- **Le vécu et la représentation de la maladie**

Chabha avait paniqué au début de sa maladie, elle n'a pas su comment gérer ni quoi faire pour vivre avec, elle avait du mal a accepté cette nouvelle, mais au bout d'un moment, et grâce à son adaptabilité, elle a réussi a connaitre et a mieux vivre sa maladie en assistant aux séances d'éducation thérapeutique et aux différentes conférences concernant le diabète. Chabha affirme qu'elle a fait un grand pas, et qu'elle arrive a mieux gérer ses problèmes de santé et que ça l'a même aider sur le plan personnel, elle dit : « j'avoue que c'est un peu délicat mais je fais de mon mieux, ca à changer ma vision des choses »⁷.

- **La représentation des médicaments**

Chabha avoue avoir trouvé pas mal de difficultés pour connaitre et comprendre sa maladie, elle se satisfait par les explications fournis par son médecin traitant, par le psychologue et par les différentes conférences concernant le diabète, elle a fini par prendre ses médicaments de façon régulière, qui n'est nullement une tache pénible pour elle, elle déclare :

« je ne trouve pas une raison qui peu m'empêcher de prendre mes médicaments ou de prendre soin de moi, mes enfants ont besoin de moi , mon fils »⁸. Et a chaque fois que Chabha n'a pas compris une consigne, elle n'hésite pas à consulter son médecin pour avoir les informations nécessaires, de ses termes : « quand je n'ai pas compris quelque chose je vais à la clinique et je cherche à comprendre. »⁹.



Résumé de l'entretien Clinique

Nous avons évalué les facteurs intervenant dans l'observance thérapeutique de Chabha, C'est une étude prospective évaluant trois groupes de paramètres : niveau de suivi

⁶ Asma adhetchegh essekssou, khedmegh azuh kane aka, tcharayeghth sel khedhra.

⁷ Akdinigh essah, iwaer el hal, mais labessah khedmegh ayen izemregh, shoussayegh nbedalegh.

⁸ Oulach dachu ara yidjen outsetsegh ara dwa ynu negh adh aessegh esseha ynu, ouhwajeniyyi edderyaw a mmi.

⁹ Asma adhiligh oufhimeghara kra, tsasseghed gher dhayi tseqssayegh.

médicamenteux et l'hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, et nous avons tiré les conclusions suivantes :

- La patiente respecte les horaires de prises et n'entretient pas sa forme physique et par contre elle s'accorde des périodes de repos régulièrement.
- Chabha connaît sa maladie et s'informe régulièrement, elle comprend les objectifs du traitement et elle adhère aux prescriptions médicales.
- La patiente a connaissance de la nature de son médicament, de son effet et de son objectif. Elle favorise ses prises et elle est résolu à demander l'avis de son médecin traitant ou du psychologue en cas de besoin d'informations.

2 Les données du questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie

Tableau 6: Montre le degré de la qualité de vie chez Chabha.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	95	75	77.5	87.5	80	100	60	65	80
MOS-SF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,83	65,78	52,15	56,93	64,30

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, on a remarqué une estimation élevée dans toutes les dimensions, à savoir :

- Douleurs physique (BP) qui est de $77,5 > 70,83$.
- Activité physique (PF) qui est de $95 > 70,61$.
- Vie et relation avec les autres (SF) qui est de $87,5 > 78,83$.
- Santé perçue (GH) qui est de $65 < 56,93$.
- Santé psychique (MH) qui est de $80 > 70,38$.
- Vitalité (VT) qui est de $60 > 52,15$.
- Limitation due à l'état psychique (RE) qui est de $100 > 68,78$.
- Limitations dues à l'état physique (RP) qui est de $75 > 52,92$.

A partir de cette analyse, on peut conclure que cette personne est touchée par la situation et cela est bien déterminé par les dimensions suivantes :

- QDV globale qui est de $80 > 64, 30$.
- La somme des scores physiques est de 78,12.
- La somme des scores mentaux est de 81,87.

❖ **Résumé du questionnaire généraliste SF 36 :**

D'après l'analyse de l'entretien du cas de Chabha, on constate qu'elle vit bien sa maladie et fait des efforts considérables pour entretenir sa santé, c'est une femme joyeuse et ouverte à toute opportunité qui s'ouvre devant elle, Chabha aime découvrir, apprendre et connaître, elle sait également apprécier et notamment savoure les belles choses de la vie. Avec un environnement favorable, elle n'hésite pas à faire de son mieux pour l'entretenir, que ce soit pour sa famille ou ses amitiés. Pleine d'énergie et de vitalité, elle espère un avenir meilleur pour sa famille et envisage des plans optimistes, elle entretient régulièrement sa santé physique et psychique. D'après les résultats, Chabha présente une très bonne qualité de vie (80) par rapport à la moyenne référentielle (64,30).

❖ **Résumé de cas de Chabha**

D'après l'analyse de l'entretien du cas de Chabha, on constate qu'elle vit bien sa maladie et fait des efforts considérables pour entretenir sa santé, c'est une femme joyeuse et ouverte à toute opportunité qui s'ouvre devant elle, Chabha aime découvrir, apprendre et connaître, elle sait également savourer et apprécier les belles choses de la vie. Avec un environnement favorable, elle n'hésite pas à faire de son mieux pour l'entretenir, que ce soit pour sa famille ou ses amitiés. Pleine d'énergie et de vitalité, elle espère un avenir meilleur pour sa famille et envisage des plans optimistes, elle entretient régulièrement sa santé physique et psychique. D'après les résultats, Chabha présente une très bonne qualité de vie (80) par rapport à la moyenne référentielle (64,30).

Nous avons évalué les facteurs intervenant dans l'observance thérapeutique de Chabha, C'est une étude prospective évaluant trois groupes de paramètres : niveau de suivi médicamenteux et l'hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, et nous avons tiré les conclusions suivantes :

- La patiente respecte les horaires de prises et n'entretient pas sa forme physique par contre elle s'accorde des périodes de repos régulièrement.

- Chabha connaît sa maladie et s'informe régulièrement, elle comprend les objectifs du traitement et elle adhère aux prescriptions médicales.
- La patiente a connaissance de la nature de son médicament, de son effet et de son objectif. Elle favorise ses prises et elle est résolu a demander l'avis de son médecin traitant ou du psychologue en cas de besoin d'information.

Présentation du cas Sami 39 ans

L'analyse de l'entretien clinique

Agé de 39 ans, Sami est célibataire, brun aux yeux bleus, physiquement imposant, il est l'aîné de sa famille qui est composée d'un frère et de deux sœurs. Son père avait développé un diabète à l'âge de 80 ans avant de trouver la mort 3 ans plus tard.

Durant son cursus éducatif il n'a pu franchir le cap de la sixième année primaire, ce qu'il ne lui a pas permis d'avoir une situation professionnelle en plus de son invalidité due à ses antécédents médicaux.

L'entretien effectué avec ce patient nous a permis de récolter des données précieuses pour la suite de notre investigation.

1.1 La santé physique

- **La santé actuelle et précédente**

Sami a eu une enfance tout à fait normal, ses soucis médicaux ont commencé à l'âge de 17 ans, une dépression majeure suivie d'une tentative de suicide d'après son recueillement : « j'ai sauté du sixième étage d'un immeuble et passé un mois à l'hôpital »¹, après cela son frère s'est chargé de lui trouver un psychiatre afin d'avoir une bonne prise en charge psychologique, et à l'aide de nombreux traitements psychiatriques, sa santé s'est peu à peu stabilisée jusqu'à ses 38 ans où il a développé un diabète, la mauvaise surprise fut quand son médecin traitant lui demanda d'effectuer un bilan général et qu'il découvrit après interprétation des résultats une anomalie glycémique. Il fut orienté à la clinique des diabétiques : « beau-séjour » où on lui a diagnostiqué un diabète de type 2, Sami avoue que sa maladie l'inquiète et le rend si fragile tout en disant que son plus grand souhait est de se débarrasser de ces maladies et en particulier le diabète en disant: « que-cherche un aveugle ? Si ce n'est la lumière. Je souhaite de tout cœur que la science fasse des progrès afin que mon état de santé s'améliore car ce diabète me rend nerveux »².

Sami est préoccupé par sa situation et son avenir, et il espère faire des progrès dans sa vie, il dit ; « j'aimerais pouvoir faire quelque chose dans ma vie, j'aurais bientôt 40ans et j'en ai rien réalisé encore. »³.

¹ Soutighed gel 6eme etage, seedagh 6 ech'hour gessbitar.

² Dhachou igetshou aderghal ? tsafath, vghigh asdafen el hell isseker ayi laboud itqeliqiyi bezzaf.

³ Vghigh adh allegh kra gh dounithiw, qriv adhesseough 40 sna, ou neki mazal oudkhemegh oula dhazouh.

- **Le début et les causes de la maladie**

A travers l'entretien réalisé avec la patient, on déduit que le facteur héréditaire est présent du moment que le père avait souffert du diabète durant la fin de sa vie ; il en est de même pour ses deux sœurs qui ont eu exactement les mêmes soucis de santé que lui à savoir ; la dépression et le diabète. Or d'après lui, cette maladie est survenue suite à plusieurs stress et dépressions encourus durant son jeune âge comme rapporté dans ces propos « je pense que c'est du au stress »⁴. Cependant, l'isolement et la sédentarité de notre patient peuvent aussi être un des facteurs déclenchant de cette maladie du moment que Sami ne fait pas de sport, et ne travaille pas et aborde dans ce sens : « je ne peux pas travailler 8 heures par jour, et 4000 da par mois c'est très peu »⁵. Quant à sa sédentarité, ce dernier la justifie par les effets secondaires des prescriptions psychiatriques : (solio-depakine...).

- **Les complications liées à la maladie**

Etant donné que le patient a récemment contracté le diabète (une année), pour l'instant il ne présente aucune complication connue pour ce genre.

1.2 La qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

La succession de ses soucis de santé ont complètement bousculé son parcours et sa vie à littéralement changé depuis sa maladie, malgré ses bonnes relations avec sa famille proche, Sami ne jouit d'aucune vie sociale mis à part quelques fréquentations dans son village natale , la où ca lui arrive parfois de tisser des liens socioprofessionnels plus au moins informels, mais mis à part le fait qu'il ne vit pas dans son village et ne s'y rend que durant les périodes creuses de l'année, à Bejaia ou il réside officiellement, Sami nous certifie qu'il n'entretient aucune promiscuité dans son entourage extra-familiale, ce qui le dévie de tous axe sociale ou professionnel, d'ailleurs on a recueillis de ses dires : « dans mon village j'arrive à avoir certains liens et avoir des rapports humains vis-à-vis de mes voisins et autres, mais une fois de retour à Bejaia, je désamorçe tous lien ou rapport, la peur, si ce n'est sa maladie en est surement la raison principale ce qui me maintiens dans une certaine solitude aride »⁶, de ces propos on retient que Sami à une farouche phobie d'avouer ses maladies aux autres ce qui fait qu'il fuit tout contact humain et toute nouvelle connaissance, par la suite, ils nous affirment de

⁴Neki chouktheq daqeleq.

⁵Ouzmireghara adh khedhmegh 8 swayae iwass, yerna 4000 alef dhrouss matti.

⁶Gh thaddarth tafegh imaniw, snegh medden, tqessiregh wahidh el djiraniw, mais dayi gevgayeth khati, oulach ouma dhyewen, taggadhegh adh khedhmegh kra, tqimagh wehdhi kane.

lui-même en disant : « les membres de ma famille sont les rares personnes à savoir que je suis atteint de maladies »⁷.

En conséquence de ses nombreux traitements, Sami a vu sa vie onirique chamboulée, des troubles de sommeil se sont développés, il arrive difficilement à trouver le sommeil, du fait des migraines qui viennent après la prise des médicaments, mais toutefois il arrive à trouver un sommeil profond tard dans la nuit.

Sami semble pessimiste et commence à percevoir sa maladie comme un frein à son développement personnel, il nous dit « je n'arrive pas à trouver de perspectives à la suite de ma vie »⁸.

- **La vie conjugale notamment sexuelle**

Sami ressent le besoin d'avoir une vie conjugale et de pouvoir partager d'autres expériences de la vie avec une tierce personne, mais il affirme avoir beaucoup de difficultés à trouver sa moitié, toutefois si une occasion se présente, il n'hésitera pas à franchir le pas, tandis qu'à sa vie sexuelle, Sami nous dit qu'il ressent une baisse d'énergie libidinale.

1.3 L'observance thérapeutique

- **Le suivi médicamenteux et l'hygiène de vie**

Sami nous dit qu'il n'arrive pas à être à jour en ce qui concerne ses consultations médicales, et qu'il trouve beaucoup de difficultés à suivre son traitement préconisé par son médecin traitant, il dit : « je ne me suis jamais habitué à mon traitement, je souffre d'un quotidien irrégulier et beaucoup trop frivole, ce qui devient un fardeau pour moi »⁹. Sami ne respecte pas l'ensemble de ses prescriptions médicales, il n'est pas ponctuel sur les doses et les modalités de prises, et oublie souvent de prendre ses médicaments avec lui lorsqu'il est en déplacement. Son régime alimentaire est inconstant, Sami ne prête aucune attention à ce qu'il consomme, et abuse parfois de certains aliments et n'entretient aucune activité physique particulière. Sami, souffre d'une absence d'aide et de soutien pour sa prise de médicaments.

⁷ D'ath wekham kane ig aalmenn slehlakiw mera.

⁸ Our aalimegh mera achu ara dh khedhmed.

⁹ Ounoumeghara dwawith ayi ikkel, neki aqerouyiw itrouh, ezzayithen felli.

- **Le vécu et la représentation de la maladie**

Sami perçoit sa maladie comme un bouleversement, et il nous informe qu'il est plus nerveux que d'habitude, il a peur que sa santé physique et mentale se dégrade à cause de sa maladie, mais il reste un peu optimiste vis-à-vis des progrès de la science, en espérant un remède définitif pour son diabète. Sami vit mal cette maladie au quotidien et il a peur que son cas s'aggrave et ne lui cause des complications. Il n'a que sa famille à ses côtés, il sait qu'il ne peut pas vraiment compter sur eux vu leur état de santé plus ou moins compliqué, mais il garde espoir et semble optimiste vis-à-vis des progrès de la science et des avancées médicales.

- **La représentation des médicaments**

Sami n'est pas bien informé sur la nature de son traitement, il a connaissance de son importance, mais il prend ses médicaments de façon irrégulière et ça lui arrive d'oublier ses prises, pour Sami, la prise de médicaments au quotidien devient une tâche pénible pour lui, il dit : « c'est un trop tout ces comprimés et toutes ses boîtes, ça devient lourd »¹⁰. Il affirme que ses humeurs influencent ses prises, et que ça lui arrive de ne pas prendre ses médicaments quand il se sent de mauvaise humeur.

Il ne cherche pas trop à comprendre en ce qui concerne ses médicaments ou son traitement, il ne essaye d'obéir aux ordres des médecins et ne cherche à s'informer que rarement.



Résumé de l'entretien

Nous avons évalué les facteurs intervenant dans l'observance thérapeutique de Sami, C'était une étude prospective évaluant trois groupes de paramètres : niveau de suivi médicamenteux et l'hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, et nous avons tiré les conclusions suivantes :

- Le patient ne respecte pas les horaires de prises, les oublis constamment et n'entretient pas sa forme physique.
- Concernant la compréhension de sa maladie, Sami ne connaît pas sa maladie, ignore les objectifs du traitement et il n'avait pas compris les prescriptions.
- La mauvaise qualité des informations contenues dans les ordonnances et le faible niveau de compréhension des prescriptions par le patient sont flagrants. L'usage des carnets de santé pré remplis et une meilleure prise en charge pourraient améliorer son observance.

¹⁰Aayigh nekki gh theboitine ayi ikkel, digoutigh zeysenn.

2 Les données du questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie

Tableau 7: Montre le degré de la qualité de vie chez Sami.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	65	37.5	77.5	25	32	33.3	45	30	43.16
MOS-SF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,83	65,78	52,15	56,93	64,30

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire on a remarqué une estimation élevée dans les dimensions suivantes :

- Douleurs physique (BP) qui est de $77,5 > 70,83$.
- Activité physique (PF) qui est de $65 < 70,61$.
- Vie et relation avec les autres (SF) qui est de $25 < 78,83$.
- Santé perçue (GH) qui est de $30 < 56,93$.
- Santé psychique (MH) qui est de $32 < 70,38$.
- Vitalité (VT) qui est de $45 < 52, 15$.
- Limitation due à l'état psychique (RE) qui est de $33,3 < 68,78$.
- Limitations dues à l'état physique (RP) qui est de $37,5 < 52,92$.

A partir de cette analyse, on peut conclure que cette personne est touchée par la situation et cela est bien déterminé par les dimensions suivantes :

- QDV globale qui est de $43,16 < 64, 30$.
- La somme des scores physiques est de 52,5.
- La somme des scores mentaux est de 33,82.

❖ **Résumé de l'échelle**

D'après l'analyse de l'entretien du cas de Sami, on constate que le patient présente une qualité de vie mauvaise, par rapport aux signes qu'il présente : sa perte du goût de la vie, des sensations de malaise dues à sa maladie, ainsi, il arrive plus ou moins à accomplir ses tâches quotidiennes sauf pour les activités intenses ou il trouve quelques difficultés à les réaliser, cela signifie que notre patient vit des difficultés psychiques liées à sa dépression, dû aux symptômes précédents. D'après les résultats, Sami présente une qualité de vie jugée négative (43,16) par rapport à la moyenne référentielle (64,30).

❖ **Résumé de cas de Sami**

D'après l'analyse de l'entretien du cas de Sami, on constate que le patient présente une qualité de vie mauvaise, par rapport aux signes qu'il présente : sa perte du goût de la vie, des sensations de malaise dues à sa maladie, ainsi, il arrive plus ou moins à accomplir ses tâches quotidiennes sauf pour les activités intenses ou il trouve quelques difficultés à les réaliser, cela signifie que notre patient vit des difficultés psychiques liées à sa dépression, dû aux symptômes précédents. D'après les résultats, Sami présente une qualité de vie jugée négative (43,16) par rapport à la moyenne référentielle (64,30).

Nous avons évalué les facteurs intervenant dans l'observance thérapeutique de Sami, C'était une étude prospective évaluant trois groupes de paramètres : niveau de suivi médicamenteux et l'hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, et nous avons tiré les conclusions suivantes :

- Le patient ne respecte pas les horaires de prises, les oublis constamment et n'entretient pas sa forme physique.
- Concernant la compréhension de sa maladie, Sami ne connaît pas sa maladie, ignore les objectifs du traitement et il n'avait pas compris les prescriptions.
- La mauvaise qualité des informations contenues dans les ordonnances et le faible niveau de compréhension des prescriptions par le patient sont flagrants. L'usage des carnets de santé pré remplis et une meilleure prise en charge pourraient améliorer son observance.

Présentation du cas Taoues 52 ans

1-L'analyse de l'entretien clinique

Taoues est une femme âgée de 52 ans, brune aux yeux marrons, grande de taille, elle est la quatrième d'une fratrie de 5 membres, 2 sœurs et 2 frères, sa mère est diabétique, son paternel est décédé il y'a de cela un an. Elle s'est mariée à l'âge de 18 ans, cela lui fait 34 ans de mariage, elle est mère de Cinque enfants : 3 garçons et 2 filles, l'une d'elle est diabétique et ce depuis quelque temps, Taoues a un niveau d'instruction de 6^{eme} année primaire « certificat d'étude », femme au foyer, l'entretien qu'on a effectué nous a permis d'obtenir des informations primordiales pour notre recherche.

1.1-La santé physique

- **La santé actuelle et précédente**

Depuis son enfance, la patiente n'a souffert d'aucune maladie et jouissait d'une bonne santé jusqu'à l'âge de 46 ans, ou elle a été diagnostiquée diabétique. Elle n'a jamais été hospitalisée. En 2009, elle avait remarqué l'apparition de quelques symptômes majeurs de sa maladie, elle avait tous le temps la bouche sèche, une asthénie, des palpitations et elle urinait beaucoup, ce qui l'a amené à consulter un médecin, qui après avoir effectué quelques examens médicaux lui a annoncé que son pancréas ne fonctionnait plus normalement. Le médecin donc avait diagnostiqué un diabète de type 2 puis l'a orienté à la clinique des diabétiques beau-séjour pour une prise en charge meilleure.

Taoues était sous le choc, au début, elle n'a pas du tout accepté sa maladie, mais elle a fini par l'accepter dès qu'elle a commencé à fréquenter cette clinique des diabétiques elle a pu avoir les informations nécessaires sur la maladie, et connaître des personnes qui ont la même maladie qu'elle.

On présume que le diabète de Taoues est héréditaire, en effet il existe des cas similaires dans sa famille, en l'occurrence sa mère et sa fille.

- **Le début et la cause de la maladie**

L'entretien avec Taoues a révélé des événements traumatisants durant sa vie qui peuvent influencer sa santé et avoir un lien avec sa maladie : la mort subite de son père qui n'avait pas de problèmes de santé, puis le décès de sa petite sœur juste après un an à l'âge de 41 ans, due à un accident de route mortel, ces deux événements lui ont laissés de graves

séquelles affectives et psychologiques. Taoues avait beaucoup de mal à gérer ses émotions, après quelques mois de cela, les symptômes du diabète sont apparus.

- **Les complications de la maladie**

Taoues n'a pas de complications liées à sa maladie sauf des gonflements de certaines parties de ces membres, ces mains en premier lieu, puis ces pieds par la suite.

1.2 La qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

La vie de Taoues a changé depuis sa maladie, malgré ses bonnes relations avec sa famille proche, surtout son mari, qui est attentionné et l'accompagne toujours lors de ses consultations médicales. Pour ce qui est de ses relations sociales, la patiente nous a avoué qu'elle entretient de bonnes relations avec son entourage, elle est très calme, souriante, et n'hésite pas à avouer sa maladie car elle déclare : « au début, je n'ai pas accepté ma maladie mais j'ai fini par m'y habituer »¹, son entourage est au courant de sa maladie. Par rapport à la vie professionnelle de Taoues, on a signalé précédemment qu'elle est femme au foyer, elle n'a aucun investissement sur le plan professionnel, or, Taoues, nous a précisé qu'elle n'a pas de soucis à gérer ses tâches ménagères malgré la lassitude et la céphalée, qu'elle n'a pas besoin d'aide de sa fille car elle voudrait la voir réussir dans ses études, surtout qu'elle est malade en disant : « malgré mes fatigues matinales quotidiennes, je n'ai besoin de personne afin de subvenir aux tâches ménagères. Je voudrais voir ma fille réussir dans ses études, surtout qu'elle est malade »². En ce qui concerne sa vie nocturne, Taoues, souffre de quelques insomnies, et qualifie son sommeil de mauvais. Taoues semble optimiste et commence mieux percevoir sa maladie, elle nous dit « je ressens une amélioration depuis quelques temps »³.

- **La vie conjugale notamment sexuelle**

Taoues a quelques difficultés dans sa vie sexuelle mais elle ne s'en plaint pas, elle semble satisfaite et épanouie dans l'ensemble, son mari est quelqu'un de très compréhensif et ils semblent très complices et soudés.

1 G'les debuts, outheqvileghara, mithoura dhayenr noumeghth.

2 Ouhwajegh ouma dyewenn ayi aawen, sourtout illi atessaedi elbac yerna thehlek, ouvghighara atdirongigh.

3 Shoussayegh imaniw bien oussanayi.

4 Noumegh tsettegh edwa ynu thoura, te9liyi del 3adha, ouzzayith ara feli.

1.3 L'observance thérapeutique

- **Le suivi médicamenteux et l'hygiène de vie**

Taoues nous dit qu'elle est à jour en ce qui concerne ses consultations médicales, et qu'elle n'a pas trop de difficultés à suivre son traitement préconisé par son médecin traitant, elle dit : « je me suis habituée à mon traitement, il fait parti de mon quotidien, ce n'est plus un fardeau pour moi »⁴. Taoues respecte l'ensemble de ses prescriptions médicales, ses doses et ses modalités de prise, et n'oublie pas de prendre ses médicaments avec elle lorsqu'elle est en déplacement. Par contre, elle trouve quelques difficultés à suivre son régime surtout à se priver de quelques sucreries de temps à autres. Elle n'entretient aucune activité physique particulière, et s'accorde des périodes de repos régulières. Taoues, bénéficie d'une aide de la part de son mari ainsi que de ses enfants pour sa prise de médicaments.

- **Le vécu et la représentation de la maladie**

Taoues perçoit sa maladie comme étant incurable et chronique, elle a changé sa vie et toutes ses habitudes. Son entourage est au courant de sa maladie, elle pense que c'est une maladie héréditaire vu que sa mère était diabétique et que sa fille l'est aussi à son tour maintenant.

- **La représentation des médicaments**

Taoues semble bien informé sur la nature de son traitement, elle a connaissance de son importance, elle prend ses médicaments de façon ergonomique. Par contre, Taoues a remarqué quelques effets secondaires dû à son traitement tel que l'obésité. En cas de besoin d'informations concernant ses médicaments ou de renseignements, Taoues, n'hésite pas à contacter son médecin traitant et son psychologue.



Résumé de l'entretien

Nous avons évalué les facteurs intervenant dans l'observance thérapeutique de Taoues, c'est une étude prospective évaluant trois groupes de paramètres : niveau de suivi médicamenteux et l'hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, et nous avons tiré les conclusions suivantes :

- Taoues respecte les rendez-vous aux consultations médicales, les horaires de prises et les doses prescrites, elle n'entretient pas sa forme physique mais elle a une bonne adhésion médicamenteuse.
- Concernant la compréhension de sa maladie, Taoues a peu de connaissances en ce qui concerne le diabète, mais elle n'ignore pas les objectifs du traitement et elle a assimilée les prescriptions.
- Taoues a une bonne compréhension des prescriptions médicales et de l'importance de ses médicaments, elle vit bien ses prises au quotidien et son carnet glycémique et a jour. Elle est déclarée observante par son médecin traitant.

2 Les données du questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie

Tableau 8: Montre le degré de la qualité de vie chez Taoues.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	85	60	90	75	65	66,7	25	50	64,54
MOS-SF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,83	65,78	52,15	56,93	64,30

La qualité de vie globale est évaluée à 63,34, elle est légèrement supérieure par rapport au score moyen référentiel du SF-36 qui est de 64,30.

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire, nous avons remarqué une estimation élevée dans la dimension suivante :

- Douleur physique (BP) qui est $90 > 70,83$.
- Activité physique (PF) qui est de $85 > 70,61$.
- Limitation due à l'état physique (RP) qui est de $60 > 52,92$.
- Limitation due à l'état psychique (RE) qui est de $66,7 < 65,78$.

Par contre, on constate des estimations basses dans les dimensions suivantes :

- Santé psychique (MH) qui est de $65 < 70,38$.
- Vitalité (VT) qui est de $25 < 52,15$.
- Santé perçue (GH) qui est de $50 < 56,93$.

Et enfin une estimation proche de celle du SF -36 :

- Vie et relation avec les autres (SF) qui est de $75 < 78,77$.

A partir de cette analyse, on peut conclure que cette personne est touchée par la situation et cela est bien déterminé par les dimensions suivantes :

- QDV globale qui est de $64,54 > 64,30$.
- La somme des scores physiques est de $71,25$.
- La somme des scores mentaux est de $57,66$.

❖ **Résumé du questionnaire généraliste SF-36**

D'après l'analyse de l'entretien du cas de Taoues, on constate qu'elle a une bonne santé générale car elle arrive à accomplir ses tâches quotidiennes sans réduire le temps consacré au travail et ce malgré son manque de vitalité (VT), ses problèmes émotionnels ne l'affectent pas au point d'accomplir moins que ce qu'elle espère. Taoues présente une bonne qualité de vie. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées par ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu dans le tableau est (64,52), qui est (+) signifie une qualité de vie jugée positive.

❖ **Résumé de cas de Taoues**

D'après l'analyse de l'entretien du cas de Taoues, on constate qu'elle a une bonne santé générale car elle arrive à accomplir ses tâches quotidiennes sans réduire le temps consacré au travail et ce malgré son manque de vitalité (VT), ses problèmes émotionnels ne l'affectent pas au point d'accomplir moins que ce qu'elle espère. Taoues présente une bonne qualité de vie. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées par ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu dans le tableau est (64,52), qui est (+) signifie une qualité de vie jugée positive.

Nous avons évalué les facteurs intervenant dans l'observance thérapeutique de Taoues, c'est une étude prospective évaluant trois groupes de paramètres : niveau de suivi médicamenteux et l'hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, et nous avons tiré les conclusions suivantes :

- Taoues respecte les rendez-vous aux consultations médicales, les horaires de prises et les doses prescrites, elle n'entretient pas sa forme physique mais elle a une bonne adhésion médicamenteuse.
- Concernant la compréhension de sa maladie, Taoues a peu de connaissances en ce qui concerne le diabète, mais elle n'ignore pas les objectifs du traitement et elle a assimilée les prescriptions.
- Taoues a une bonne compréhension des prescriptions médicales et de l'importance de ses médicaments, elle vit bien ses prises au quotidien et son carnet glycémique et a jour. Elle est déclarée observante par son médecin traitant.

Présentation du cas Atik 38 ans

1-L'analyse de l'entretien clinique

Atik est un homme marié, âgé de 38 ans, brun aux yeux noirs, de taille moyenne, il le benjamin d'une fratrie de quatre enfants, deux garçons et deux filles. Ayant arrêté ses études en 9eme année fondamentale, est un ébéniste de profession. Issu d'une famille modeste, demeurant dans un appartement à Bejaia.

Atik a été coopératif, l'entretien effectué avec lui nous a permis de récolter des données importantes pour la suite de notre recherche.

1.1-La santé physique

- **La santé actuelle et précédente**

Atik a vécu une enfance et une adolescence sans antécédents médicaux, il n'a jamais été hospitalisé et aucun membre de sa famille n'est atteint d'une maladie chronique.

Atik s'est marié à l'âge de 30 ans après un long combat pour enfin épouser la femme qu'il a désiré, celle-ci issue d'une famille aisée, ses parents ont sous estimé Atik car il était ébéniste, son statut et sa situation financière ne lui permettaient pas d'avoir l'approbation de ses parents, il dit : « C'est difficile d'être pauvre dans ce pays »¹.

L'enchantement du mariage de Atik n'a pas duré longtemps, les relations interfamiliales qui étaient fragiles de base se sont empirées, les problèmes ne cessaient de s'étaler et ce juste après quelques mois de la naissance de son premier enfant, cette situation le préoccupait et le mis dans un stress continu, il nous dit : « Cette situation m'a causé une boule au ventre »².

- **Le début et la cause de la maladie**

À l'âge de 37 ans, Atik a perdu son père, son décès était brusque, ce qu'il lui a causé un choc émotionnel, ça lui a fallu un mois pour l'accepter et admettre les faits, c'est là que les symptômes du diabète ont surgit, il avait commencé à ressentir des vertiges et des sensations de bouche sèche ainsi que des besoins répétitifs d'uriner. Atik a tout de suite compris qu'il y avait un dysfonctionnement au niveau de sa santé, il décida alors de consulter un médecin qui lui demanda d'effectuer un bilan général pour enfin conclure à un diabète de type 2.

1 Iwaar ataaichat g'tmourthe ayyi.

2 Lhala ayyi taaliyi tafaqousth g'aaboute

Atik est une personne initialement sensible, la succession des événements traumatisants ont eu un impacte négatif sur sa santé psychique et éventuellement physique, il dit « J'ai vécu trop de problèmes dans ma vie, à un moment donné j'ai lâché prise »³ le stress semble expliquer la cause de cette maladie.

- **Les complications de la maladie.**

Étant donné qu'Atik a récemment contracté le diabète -près d'une année-, pour l'instant il ne présente aucune complication connue pour ce genre de maladies.

1.2 La qualité de vie

- **La vie quotidienne, familiale, sociale et professionnelle**

Atik a un quotidien plutôt calme, il travaille en compagnie d'amis à lui qui lui sont d'une aide précieuse, après le décès de son père, il prit un congé d'un mois, le temps qu'il puisse surmonter la peine de la perte de son père, cela n'aurait pas été possible sans le soutien de ses collègues associés dans l'atelier de menuiserie, il nous dit : « Heureusement que je travaille avec mes amis, je n'ai pas de conflits avec eux »⁴. Mis à part les problèmes qu'il a avec sa belle famille, Atik entretient de bonnes relations avec sa famille, notamment ses frères.

Atik a une vie onirique déstabilisée, il a du mal à trouver le sommeil et cette situation le perturbe : « j'ai du mal à dormir, pour tant je suis tous le temps fatiguer » dit t'il.

Atik semble pessimiste et pense ne pas pouvoir dépasser les difficultés de sa maladie, et ne pouvoir jamais l'accepté, il nous dit : « c'est tous se qui me manquait, ce n'est pas du tous le moment de tomber malade ».

La vie conjugale notamment sexuelle

D'après l'entretien effectué avec le patient, il déclare qu'il a une vie conjugale assez équilibrée, une correspondance bienveillante entre lui et sa conjointe, une sexualité assez bonne, les rapports avec sa femme sont bons et n'ont pas été influencé par les soucis endurés avant et après leur mariage.

3 Saeddagh khila lmachakil guelhayatiw, tfagh almi dhayen ... Ouzmirghara

4 Heureusement khedmagh wahi dh'lahvaviw, ousseighara didhsen lmachakil.

1.3 L'observance thérapeutique

- **Le suivi médicamenteux et l'hygiène de vie**

Atik ne respecte pas l'ensemble de ses prescriptions médicales, ne fait pas de régime et dit : « je ne vais pas faire attention avant chaque repas ». Atik est d'une personne timide, il trouve des difficultés d'avouer sa maladie, d'ailleurs il prend jamais ses médicament avec lui, il nous dit : « pour quoi mettre tous le monde au Courant !? Ce n'est pas obliger non ?»⁵, ça lui arrive souvent d'abuser des sucreries. Atik nous dit qu'il oublie fréquemment les horaires, les doses et les prises de ses médicaments, il n'entretient aucune activité physique et il est fumeur.

- **Le vécu et la représentation de la maladie**

Atik se sent atteint dans son intégrité, physique et mentale, il est affecté dans sa vie quotidienne à cause de sa maladie, il perçoit le diabète comme une maladie pénible qui suscite l'empathie, il ne prévoit pas l'avenir sereinement, la rupture entre « avant diabète » et « après diabète » était brutale pour lui, il n'a pas réussi à accepter et à admettre sa maladie et il est méconnaissant de ses causes.

- **La représentation des médicaments**

Atik ne connaît pas la nature de son traitement et ne se soucie pas des conséquences de l'oubli, il vit mal ses prises des médicaments au quotidien, les prises les plus difficiles pour lui sont celles au travail du à sa gêne et timidité, et ne fait aucun effort pour se renseigner sur sa maladie ou ses médicaments, il prend ses médicaments de façon aléatoire.

❖ **Résumé de l'entretien clinique**

L'évaluation des facteurs intervenants dans l'observance thérapeutique du cas Atik, l'observance est divisée en trois facteurs : niveau de suivi médicamenteux et hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, les résultats du cas sont étalés dans les points suivants :

- Le patient présente un sentiment de gêne vis-à-vis de sa maladie et ne respecte pas les horaires et les modalités de prises des médicaments prescrits par son médecin traitant causé par son entourage (famille, amis...etc.). Concernant sa santé physique, notre

⁵ Iwach asninigh i lghachi ikkel beli heklegh ? machi obligé adh3elmen.

patient exerce un métier qui nécessite des efforts physiques due à son métier (ébéniste).

- Concernant la compréhension de sa maladie, Atik n'arrive pas à cerner les contours, car à la base, il ne perçoit pas l'origine, sachant qu'il n'existe pas de cas similaires dans sa famille.
- La représentation médicamenteuse est considérée par le patient comme étant un fardeau et une gêne dans sa vie quotidienne, Atik ne fournit aucun effort considérable pour favoriser son adhésion médicale, et ne cherche pas à s'informer concernant sa maladie.

2. Les données du questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie

Tableau 9: Degré de qualité de vie chez Atik.

Dimension	PF	RP	BP	SF	MH	RE	VT	GH	QDV globale
QDV	50	50	77,5	75	70	41,66	50	45,83	57,49
MOS-SF-36	70,61	52,92	70,83	78,77	70,83	65,78	52,15	56,93	64,30

Dans l'évaluation des dimensions de ce questionnaire on a remarqué une estimation élevée dans les dimensions suivantes :

- Douleurs physique (BP) qui est de $77,5 > 70,83$.
- Activité physique (PF) qui est de $50 < 70,61$.
- Limitations dues à l'état physique (RP) qui est de $50 < 52,92$.
- Vie et relation avec les autres (SF) qui est de $75 < 78,83$.
- Santé psychique (MH) qui est de $70 < 70,38$.
- Limitation due à l'état psychique (RE) qui est de $41,66 < 68,78$.
- Vitalité (VT) qui est de $50 < 52,15$.
- Santé perçue (GH) qui est de $45,83 < 56,93$.

A partir de cette analyse, on peut conclure que cette personne est touchée par la situation et cela est bien déterminé par les dimensions suivantes :

- QDV globale qui est de $57,49 < 64,30$.
- La somme des scores physiques est de 55,8.
- La somme des scores mentaux est de 59,16.

❖ **Résumé de l'échelle généraliste SF-36**

Après analyse du cas Atik, on constate que le patient présente une qualité de vie globale mauvaise en comparaison avec les résultats obtenues lors de l'entretien, il a une activité physique notable du a son métier mais ne l'entretient pas, une perte du gout de la vie, un malaise lié a sa contraction récente du diabète et au décès de son paternel, confirmé par un score général 33,9% estimé faible comparé a la moyenne référentielle. Ce qui est expliqué par un mal être psychique et physique exprimé par le patient lors de notre entretien.

❖ **Résumé du cas d'Atik :**

Après analyse du cas Atik, on constate que le patient présente une qualité de vie globale mauvaise en comparaison avec les résultats obtenues lors de l'entretien, il a une activité physique notable du a son métier mais ne l'entretient pas, une perte du gout de la vie, un malaise lié a sa contraction récente du diabète et au décès de son paternel, confirmé par un score général 33,9% estimé faible comparé a la moyenne référentielle. Ce qui est expliqué par un mal être psychique et physique exprimé par le patient lors de notre entretien.

L'évaluation des facteurs intervenants dans l'observance thérapeutique du cas Atik, l'observance est devisée en trois facteurs : niveau de suivi médicamenteux et hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, les résultats du cas sont étalés dans les points suivant:

- Le patient présente un sentiment de gêne vis-à-vis de sa maladie et ne respecte pas les horaires et les modalités de prises des médicaments prescrits par son médecin traitant causé par son entourage (famille, amis...etc.). Concernant sa santé physique, notre patient exerce un métier qui nécessite des efforts physiques due à son métier (ébéniste).
- Concernant la compréhension de sa maladie, Atik n'arrive pas à cerner les contours, car à la base, il ne perçoit pas l'origine, sachant qu'il n'existe pas de cas similaires dans sa famille.

- La représentation médicamenteuse est considérée par le patient comme étant un fardeau et une gêne dans sa vie quotidienne, Atik ne fournit aucun effort considérable pour favoriser son adhésion médicale, et ne cherche pas à s'informer concernant sa maladie.

Chapitre VII
Discussion
des
hypothèses

Discussion des hypothèses

On reprend dans ce chapitre, nos hypothèses pour pouvoir les discuter, selon les résultats obtenus dans la partie pratique et les données de la théorie cognitivo-comportementale.

➤ **La première hypothèse**

Les cas diabétiques ne réjouissent pas tous de la même qualité de vie. Quelques cas sont dotés d'une qualité de vie positive, par contre d'autres sont dotés d'une qualité de vie négative.

Effectivement, les cas diabétiques type 2 investigués, ne réjouissent pas tous de la même qualité de vie. Quelques cas sont dotés d'une qualité de vie positive, par contre d'autres sont dotés d'une qualité de vie négative. Toutefois, on a obtenu les résultats suivants : 03 cas ; Adel, Chabha et Taoues ont une bonne qualité de vie dotés d'un bon score dans le questionnaire généraliste SF-36 et sont observants, 03 cas ; Khadidja, Sami et Atik ont une mauvaise qualité de vie ayant de mauvais score dans le questionnaire généraliste SF-36 et sont inobservants.

➤ **La deuxième hypothèse**

- Quelques patients diabétiques présentent une qualité de vie positive, qui se manifeste par un bien-être physique et psychique, les bonnes relations soit familiales, sociales et professionnelles, performance au travail, sensation de bonheur,... etc qui conduit à une bonne observance thérapeutique à savoir ; le diabétique s'accommode aux recommandations du médecin traitant avec la prise des médicaments ; d'une façon régulière. Aussi, le malade se présente au R.D.V de consultation chez le médecin traitant et il fait ses examens nécessaires (Analyse, Radio...etc.). Pareillement, le diabétique suit son régime alimentaire -restriction alimentaire- et respecte l'hygiène de vie (arrêter de fumer, la boisson,...).

Les trois cas qu'on va présenter se caractérisent par l'observance thérapeutique qui est comme l'a souligné Gauchet « un comportement selon lequel la personne prend son traitement médicamenteux avec l'assiduité et la régularité optimales, selon les conditions prescrites et expliquées par le médecin: suivi exact des modalités de prises médicamenteuses en termes de dosage, de forme, de voie d'administration, de la quantité par prise et par jour, respect des intervalles entre les prises et des conditions spécifiques d'alimentation, de jeûne,

de boissons ou de substances pouvant modifier la cinétique du traitement» (Gauchet, 2008, p.22) . On va présenter les cas comme suit:

- **Cas Adel** : D'après l'analyse de l'entretien du cas d'Adel, on constate qu'il vit bien sa maladie, il apprécie les belles choses de la vie et tout ce qu'elle lui offre comme moments ou opportunités, plein d'énergie et de vitalité, il envisage des plans optimistes en ce qui concerne son avenir et celui de sa famille, il a une bonne qualité de sommeil, très sociable et il entretient régulièrement sa santé physique et psychique.

Adel présente une très bonne qualité de vie par rapport aux signes qu'il présente : bonne santé générale, un ressenti calme et paisible avec beaucoup d'énergie la plupart du temps et une vitalité assez bonne, ce qui lui permet d'accomplir ses tâches quotidiennes même en ce qui concerne les activités intenses, il a de bonnes relations soit familiales, sociales ou professionnelles, il présente un bien-être physique et psychique, malgré toutes ces complications ; la vie d'Adel est peu affectée du à sa contraction récente du diabète, mais il ne laisse pas sa maladie influencer sa vie. Adel présente a une bonne qualité de vie qui est estimée à (72,1) par rapport au score référentiel (64,30),

Nous avons évalué les facteurs intervenant dans l'observance thérapeutique d'Adel, C'est une étude prospective évaluant trois groupes de paramètres : niveau de suivi médicamenteux et l'hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, et nous avons tiré les conclusions suivantes :

- Adel respecte les horaires de prises, oublie rarement ses médicaments et entretient régulièrement sa forme physique.
- Concernant la compréhension de sa maladie, Adel est très bien informé sur les objectifs du traitement et il a bien assimilé ses prescriptions.
- Adel vit bien ses prises de médicaments au quotidien, n'hésite pas à s'informer via internet en ce qui concerne son traitement ou sa maladie, il demande également l'avis du médecin et du psychologue du service lors de ses consultations.

D'après le médecin traitant, Adel est régulier et fait bon usage en ce qui concerne son carnet glycémique, d'après les résultats des analyses et de son suivi, il est sujet d'une bonne observance thérapeutique.

- **Cas Chabha** :D'après l'analyse de l'entretien du cas de Chabha, on constate qu'elle vit bien sa maladie et fait des efforts considérables pour entretenir sa santé, c'est une femme

joyeuse et ouverte à toute opportunité qui s'ouvre devant elle, Chabha aime découvrir, apprendre et connaître, elle sait également savourer et apprécier les belles choses de la vie. Avec un environnement favorable, elle n'hésite pas à faire de son mieux pour l'entretenir, que ce soit pour sa famille ou ses amitiés. Pleine d'énergie et de vitalité, elle espère un avenir meilleur pour sa famille et envisage des plans optimistes, elle entretient régulièrement sa santé physique et psychique. D'après les résultats, Chabha présente une très bonne qualité de vie (80) par rapport à la moyenne référentielle (64,30).

Nous avons évalué les facteurs intervenant dans l'observance thérapeutique de Chabha, C'est une étude prospective évaluant trois groupes de paramètres : niveau de suivi médicamenteux et l'hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, et nous avons tiré les conclusions suivantes :

- La patiente respecte les horaires de prises et n'entretient pas sa forme physique par contre elle s'accorde des périodes de repos régulièrement.
- Chabha connaît sa maladie et s'informe régulièrement, elle comprend les objectifs du traitement et elle adhère aux prescriptions médicales.
- La patiente a connaissance de la nature de son médicament, de son effet et de son objectif. Elle favorise ses prises et elle est résolu à demander l'avis de son médecin traitant ou du psychologue en cas de besoin d'information.
- **Cas Taoues :** D'après l'analyse de l'entretien du cas de Taoues, on constate qu'elle a une bonne santé générale car elle arrive à accomplir ses tâches quotidiennes sans réduire le temps consacré au travail et ce malgré son manque de vitalité (VT), ses problèmes émotionnels ne l'affectent pas au point d'accomplir moins que ce qu'elle espère. Taoues présente une bonne qualité de vie. En parallèle avec ces constatations qui sont confirmées par ses réponses et l'addition des notes, le score obtenu dans le tableau est (64,52), qui est (+) signifie une qualité de vie jugée positive.

Nous avons évalué les facteurs intervenant dans l'observance thérapeutique de Taoues, c'est une étude prospective évaluant trois groupes de paramètres : niveau de suivi médicamenteux et l'hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, et nous avons tiré les conclusions suivantes :

- Taoues respecte les rendez-vous aux consultations médicales, les horaires de prises et les doses prescrites, elle n'entretient pas sa forme physique mais elle a une bonne adhésion médicamenteuse.

- Concernant la compréhension de sa maladie, Taoues a peu de connaissances en ce qui concerne le diabète, mais elle n'ignore pas les objectifs du traitement et elle a assimilée les prescriptions.
- Taoues a une bonne compréhension des prescriptions médicales et de l'importance de ses médicaments, elle vit bien ses prises au quotidien et son carnets glycémique et a jour. Elle est déclaré observante par son médecin traitant.

- Quelques patients diabétiques présentent une qualité de vie négative, qui s'exprime par : souffrance physique et psychique, perte de goût à la vie, abandon de loisirs, disputes, perte des relations avec les autres, etc. qui conduit à l'inobservance thérapeutique à savoir ; le diabétique ne suit pas les recommandations du médecin traitant avec la prise des médicaments d'une façon inadéquate -diminuer ou augmenter les doses , prise de médicaments en retard par rapport à l'heure habituelle, prise groupées, des oublis, vivre des hésitations, entre prendre et ne pas prendre ses médicaments -. Aussi, le malade ne se rend pas aux consultations -au R.D.V du médecin-.et il ne fait les examens nécessaires (Analyse, Radio...etc.). Pareillement, le diabétique ne suit pas son régime alimentaire -restriction alimentaire-.et ne respecte pas et respecte l'hygiène de vie (fumer, chiquer, consommer de l'alcool...).

Dans le cas d'inobservance thérapeutique J-B .Stora précise que « les résultats des études prouvent-ils que la non observance est liée à une histoire individuelle d'abus de drogues, de désordre de la personnalité et de risque psychosocial (difficultés d'adaptation).» (Stora, 2005, p. 68). Chez les diabétiques type 2, la mauvaise observance concernerait environ 50 % des patients. Plus le nombre de prises quotidiennes est important, 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'antidiabétiques oraux (ADO) et la durée de traitement. Or, un patient diabétique de type 2 prend en moyenne 6,3 médicaments par jour ! Cette mauvaise observance a de très nombreuses conséquences, économiques et médicales : elle influe sur la prise en charge et le pronostic, notamment cardiovasculaire. (Paquot, 2010, p.327).

On va présenter nos cas comme suit :

- **Cas Khadija** : D'après l'analyse de l'entretien du cas de Khadija, on constate qu'elle a une mauvaise qualité de vie, elle n'entretient pas sa santé et n'espère pas aller mieux, elle n'a

plus goût à la vie et se sent très instable, elle présente un sommeil perturbé, sa vie conjugale n'est pas satisfaisante, l'autisme de sa fille l'a préoccupe de plus en plus, ce qui signifie que notre patiente vit des difficultés physique et psychique liées aux symptômes précédents.

Les résultats obtenus confirment que Khadidja présente une qualité de vie globale faible en comparaison les résultats obtenus lors de l'entretien, un score général de (33,9) estimé malingre par rapport à la moyenne référentielle qui est de (64,30). Ce qui est expliqué par l'état psychique et physique rébarbatif exprimé par la patiente lors de notre entretien.

Nous avons évalué les facteurs intervenants dans l'observance thérapeutique de Khadija, l'étude est basée sur trois groupes de paramètres : niveau de suivi médicamenteux et l'hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, les résultats du cas sont opérationnalisés dans les points suivants:

- La patiente est insouciante des horaires de prises et de sa forme physique.
- Concernant la compréhension de la maladie, Khadija ne connaît pas sa maladie, ne trouve aucun intérêt à se renseigner ou à s'informer sur sa maladie, et elle n'est pas attentive vis-à-vis de son traitement et des prescriptions médicales consignées par son médecin traitant.

La représentation médicamenteuse est considérée par la patiente comme étant une formalité pour le maintien de sa vie, sans efforts considérables pour favoriser les suivis horaires des prises. Et elle ne cherche pas à s'informer ni à mieux comprendre que ce soit sur sa maladie ou ses médicaments.

- **Cas Sami :** D'après l'analyse de l'entretien du cas de Sami, on constate que le patient présente une qualité de vie mauvaise, par rapport aux signes qu'il présente : sa perte du goût de la vie, des sensations de malaise dues à sa maladie, ainsi, il arrive plus ou moins à accomplir ses tâches quotidiennes sauf pour les activités intenses ou il trouve quelques difficultés à les réalisés, cela signifie que notre patient vit des difficultés psychiques liées à sa dépression, dû aux symptômes précédents. D'après les résultats, Sami présente une qualité de vie jugée négative (43,16) par rapport à la moyenne référentielle (64,30).

Nous avons évalué les facteurs intervenant dans l'observance thérapeutique de Sami, C'était une étude prospective évaluant trois groupes de paramètres : niveau de suivi médicamenteux et l'hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, et nous avons tiré les conclusions suivantes :

- Le patient ne respecte pas les horaires de prises, les oublis constamment et n'entretient pas sa forme physique.
- Concernant la compréhension de sa maladie, Sami ne connaît pas sa maladie, ignore les objectifs du traitement et il n'avait pas compris les prescriptions.
- La mauvaise qualité des informations contenues dans les ordonnances et le faible niveau de compréhension des prescriptions par le patient sont flagrants. L'usage des carnets de santé pré remplis et une meilleure prise en charge pourraient améliorer son observance.
- **Cas Atik :** Après analyse du cas Atik, on constate que le patient présente une qualité de vie globale mauvaise en comparaison avec les résultats obtenues lors de l'entretien, il a une activité physique notable du a son métier mais ne l'entretient pas, une perte du gout de la vie, un malaise lié a sa contraction récente du diabète et au décès de son paternel, confirmé par un score général 33,9% estimé faible comparé a la moyenne référentielle. Ce qui est expliqué par un mal être psychique et physique exprimé par le patient lors de notre entretien.

L'évaluation des facteurs intervenants dans l'observance thérapeutique du cas Atik, l'observance est dévisée en trois facteurs : niveau de suivi médicamenteux et hygiène de vie, le vécu et la représentation de la maladie et en dernier lieu la représentation des médicaments, les résultats du cas sont étalés dans les points suivant:

- Le patient présente un sentiment de gêne vis-à-vis de sa maladie et ne respecte pas les horaires et les modalités de prises des médicaments prescrits par son médecin traitant causé par son entourage (famille, amis...etc.). Concernant sa santé physique, notre patient exerce un métier qui nécessite des efforts physiques due à son métier (ébéniste).
- Concernant la compréhension de sa maladie, Atik n'arrive pas à cerner les contours, car à la base, il ne perçoit pas l'origine, sachant qu'il n'existe pas de cas similaires dans sa famille.
- La représentation médicamenteuse est considérée par le patient comme étant un fardeau et une gêne dans sa vie quotidienne, Atik ne fournit aucun effort considérable pour favoriser son adhésion médicale, et ne cherche pas à s'informer concernant sa maladie.

Effectivement, nos six cas ont confirmé nos hypothèses concernant l'observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 dont la nature de la qualité de vie influe sur cette dernière. Il reste à souligner que nos hypothèses sont réfutables et non absolues, car les résultats obtenus de notre population d'étude qui est restreinte, ne représentent pas la population mère de tous les diabétiques de types 2.

Conclusion générale

Conclusion générale

Conclusion générale

Les chercheurs en psychologie se trouvent confrontés à de nombreux défis face à l'intérêt croissant des chercheurs et des professionnels pour la qualité de vie. Au niveau conceptuel et méthodologique, il apparaît d'abord nécessaire de clarifier ce concept qui, bien qu'il dépende des conditions de vie objectives des individus, apparaît comme éminemment subjectif, la qualité de vie est un concept large, qui dépasse celui des conditions de vie et renvoie à l'épanouissement humain, au bonheur, à la santé environnementale, à la satisfaction de vie et au bien-être général.

Dans le cadre de notre recherche intitulé « la qualité de vie et l'observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 », on a tenté de démontrer l'implication et l'influence de la qualité de vie sur l'observance thérapeutique chez les malades atteints de diabète de type 2, qui sera d'une connotation positive ou négative.

Afin d'arriver aux objectifs retracés pour notre recherche et de vérifier nos hypothèses, nous avons adopté la méthode clinique, qui nous a permis une compréhension approfondie des sujets ; elle se caractérise également par la mise en œuvre de techniques spécifiques afin de développer une étude de cas. Dans notre recherche, on a utilisé l'entretien clinique puis nous avons appliqué le questionnaire généraliste SF-36 de la qualité de vie, afin de mesurer la qualité de vie, et on s'est appuyé sur l'avis du médecin pour les attitudes d'observance ou d'inobservance thérapeutique des cas diabétiques, enfin ces outils d'investigation nous ont servi pour la confirmation de nos hypothèses.

On a obtenu les résultats suivants : 03 cas ont une bonne qualité de vie dotés d'un bon score dans le questionnaire généraliste SF-36 et sont observants, 03 cas ont une mauvaise qualité de vie ayant de mauvais score dans le questionnaire généraliste SF-36 et sont inobservants.

Cette recherche nous a permis d'aboutir à un certain nombre de conclusions qui restent réfutables et pas absolues car notre population d'étude est restreinte et ne représente pas la population mère.

- La qualité de vie chez les diabétiques de type 2 est liée et exerce une influence sur l'observance thérapeutique.
- La qualité de vie chez les diabétiques de type 2 varie d'un cas à un autre.
- L'observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 varie d'un cas à un autre.

Conclusion générale

Il reste à signaler que nos hypothèses, à propos des malades diabétiques de type 2 sont réfutables, cependant les résultats de n'importe quelle recherche scientifique restent relatifs, non statiques et non absolus, ceci est dû à notre population d'étude qui ne représente pas la population mère.

Cette étude nous a permis de découvrir le rôle primordial que peut jouer l'environnement du malade surtout familial, amical et médical dans la prise en charge des patients atteints de diabète de type 2, afin de diminuer leurs souffrances psychiques et de garder leur homéostasie et allostasie générale plus ou moins équilibrée.

Enfin, il est important de préciser que cette recherche reste une bonne et unique expérience en termes d'apprentissage, à travers laquelle nous avons découvert et appris beaucoup de choses sur le plan humain et en particulier sur le plan scientifique, comme elle est d'un apport positif sur le plan méthodologique. Ainsi elle nous a permis de toucher à l'un des grands problèmes de la santé publique à savoir, le diabète de type 2, et comprendre leur vécu psychique et leurs souffrances. En outre, cette recherche a été une occasion de nous familiariser avec le terrain et l'univers de la recherche scientifique.

Pour conclure, cette étude peut permettre à d'autres étudiants d'effectuer des recherches concernant ce même sujet sous un autre angle, ou plus approfondi et de mettre l'accent sur les maladies chroniques et leurs influences sur le psychique des malades.

Nous avons pensé à quelques questions de perspectives qui peuvent être recherchées dans des études ultérieures par nos camarades étudiants, et qui sont comme suit :

- Est-ce que l'éducation thérapeutique permet d'améliorer l'observance thérapeutique et ainsi influencer la qualité de vie des diabétiques de type 2 ?
- Quels sont les facteurs qui favorisent l'observance thérapeutique chez les diabétiques ?

À travers ces questions nous souhaitons avoir ouvert le champ pour d'autres études ultérieures.

Bibliographie

Bibliographie

- Bacqué, M-F. (1996). Qualité de la vie et éthique du soin. Repéré à <http://papidoc.chic-cm.fr/530qualitevie.html>
- Bénony, H. (1999). *L'entretien Clinique*. Paris, France : Dunod.
- Bourdel-Marchasson, I. (2012). *Diabète du sujet âgé : 33 histoires vraies*. Paris, France : Frison-Roche.
- Briançon, S., Guérin, G. et Sandrin-Berthon, B. (2010). *Maladies chroniques*. Repéré à <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Hcsp/Adsp/72/ad721153.pdf>
- Chahraoui, K. et Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris, France : Dunod.
- Corten, Ph. (1998). Le concept de qualité de vie vu à travers la littérature anglo-saxonne. *L'information Psychiatrique*, 74(9), 922-932.
- Drabo, Y. G., Kabore, G. et Lengani, A. (1996). *Complications du diabète sucré au centre hospitalier de Ouagadougou (BURKINA FASO), Épidémiologie, types et manifestations cliniques*. Repéré à <http://www.pathexo.fr/documents/articles-bull/BullSocPatholExot-1996-89-3-185-190.pdf>
- 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>
- Duron, F. et Coll. (2006-2007). *Endocrinologie*. Repéré à <http://www.chups.jussieu.fr/polys/endocrino/poly/endocrino.pdf>
- 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>
- Fischer, G. -N. (2002). *Traité de psychologie de la santé*. Paris, France : Dunod.
- Gauchet, A. (2008). *Observance thérapeutique et VIH enquête sur les facteurs biologiques et psychosociaux*. Paris, France : L'Harmattan.
- Grossen, M. et Orvig, A. S. (2006). *L'entretien clinique en pratiques : Analyse des interactions verbales d'un genre hétérogène*. Paris, France : Belin.
- Huber, W. (1987). *La psychologie clinique aujourd'hui*. Bruxelles, Belgique : Mardaga.
- Institut national de la santé et de la recherche médicale (Inserm). (2011). Activité physique : Contextes et effets sur la santé. Repéré à <http://hdl.handle.net/10608/6809>
- 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>
- Lavarde, A-M. (2008). *Guide méthodologique de la recherche en psychologie*. -Louvain-laNeuve, Belgique : De Boeck Supérieur.

- 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
- Lourel, M. et, Guéguen N. (2007). L'interface "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
- Marilou, B-S. (2002). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthode*. Paris, France : Dunod.
- 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
- Mucchielli, A. et Paillé, P. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4e éd). Paris, France : Armand Colin.
- Navarro, O. (2016). Qualité de vie et environnement. Repéré à <http://www.terre-des-sciences.fr/agenda/evenement/qualite-de-vie-et-environnement/>
- Organisation Mondiale de la Santé. (2003). L'observance des traitements prescrits pour les maladies chroniques pose problème dans le monde entier. Repéré à <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2003/pr54/fr/>
- Orhan, F. (2009). *Etude de la qualité de vie d'un échantillon de son domicile fixé* (Thèse de doctorat, Faculté de médecine, Université Paris Descartes, France).
- Pedinielli, J. L. (1994). *Introduction à la psychologie clinique*. Paris, France : Nathan.
- Pedinielli, J. L. (1999). *Approche de la recherche clinique en psychologie*. Repéré à <http://fulltext.bdsp.ehesp.fr/Rsi/59/9.pdf>
- Piche, T. (2007). *Mesure des symptômes et de la qualité de vie au cours du reflux gastro-œsophagien*. Repéré à http://www.jle.com/download/hpg-272374-mesure_des_symptomes_et_de_la_qualite_de_vie_au_cours_du_reflux_gastro_sophagien--WxNGc38AAQEAAAFxW1MAAAAE-a.pdf
- Quevauvilliers, J., Perlemuter, L. et Perlemuter, G. (2009). *DICIONNAIRE MÉDICAL DE L'INFIRMIÈRE, L'encyclopédie pratique de référence*. Paris, France : Masson.
- Radio Algérie (<http://www.radioalgerie.dz/news/fr/article/20161113/93931.html>).
- Rongère, P. (1971). *éthodes des sciences sociales par l'entretien de terrain*. Paris, France : Dalloz.
- Semrouni, M. et Coll. (2009). *Essentiel en diabétologie*. Alger, Algérie : Sanofi.
- Stora J- B. (2005). *Vivre avec une greffe, accueillir l'autre*. Paris, France : Odile Jacob.
- Sultan, S., Varescon, I. (2012). *Psychologie de la santé*. Paris, France : Presses universitaires de France.

Annexes

Guide d'entretien traduit en Kabyle par El Djoudi.A

- **Caractéristiques personnelles**

- Achehal gl3amrik?
- Achehal nivoynek l9ray?
- tkhdemt? Sidacho tkhdemt?
- Achehal tklassit garwaythmak?
- Amek iyht3ichim g kham
- Tss3it lwachoul ?achehal

- **AXE I :**

- ayweq es3it le diabète ?
- amek telli aqbel ate3out le diabète ?
- Achou ehlaq tes3it aqbel diabète ?
- Wachou lmachakil tes3it oussan ayi ?
- Dachou lmachakil ikdikhelef le diabète ?
- Est-ce que tes7ousset imanik telhit ?
- Tes3it des problème mi oulach le suivi et les conseils ghel le diabète ?
- Dachou ikdibanen you3rak athitkhedmet gmi ithelket (g achou itenqes tazmerth ynek ?)

- **AXE II :**

- Aida itetwarebat ? amek tes3edat temzi ynek ?
- Thelket mi thelit damezyan ?
- Mayela tkechemet gh l'hospital aqbel ates3out le diabète ?
- Ma tes3it 7ed iqerbik ihlek s le diabète ?

- **AXE III :**

- Amek itezaret dounith ? (ma t3ejbak)
- Amek ithat3ichet lwa7idh le diabète ?
- Est-ce que lant le7wayej iki3ejben guel 7ayat ynek ?
- t3achet l7aja ikitouchin guel 7ayatik (physiquement negh psychiquement) ?
- tes7ouset imanik stable negh khati ?

- teganet bien ? zay yites ynek negh khefif ?
- hedraghed f l3alaqa ynek d wiyat (l'entourage) ?
- tes7ousset imanik utilise mara aka7wajen wiyat ?
- est ce que you3er ak l7al atkhedmet ayen itkhedmet koul ass ?
- est ce que tezaret imdoukal ynek am oussan i3eddan ?
- amek ikditbin l'avenir ynek ?

• **AXE IV :**



A/

- est ce que thetrou7et ghetbib ?
- est ce que teswivit le traitement n tbib ynek ?
- est ce que tesset dwa ynek akken ilaq ?
- est ce que tkhedmet ayen ikdinna tbib ?
- amek itkhedmet bach atemekthit dwa ynek ?
- amek tesset dwa ynek mayella machi g kham ithellit ?
- est ce que tsehout des fois atsout dwa ynek ?
- tesset l'alcool ? tkeyifet ? negh 7aja yitenin ?
- est ce que taba3et un régime ghour le medecin ynek ? amek itetwalit le régime ayi ?
- est ce que tkhedmet le sport ?
- est ce que tse3out oussan n repos ?
- yella 7ed ikit3awanen atsout dwa ynek ?



B/

- dachouth le diabète ghoure k ?
- amek itezaret imanik lwa7id le diabète ?
- wachou l'effet iyess3a le diabète fel 7ayat ynek ?
- est ce que 3elmen g l'entourage ynek s lehlak ynek ?
- est ce que tella sebba i lehlak ynek ?
- est ce que itbinaked atejit g lehlak ynek ?



- est ce que isfehnikid tbib f le traitement (dwa) ynek ?
- achou l'effet tes3a dwa fellak ?
- amek iktetbin tissith n dwa koul ass ?
- ayweq ikishel l7al asout dwa ynek ? ayweq iyou3er ?
- est ce que itbinaked ilaq (obligé) atsout dwa ynek ?
- dachu ikit3awanen gesmekthi wahidh dhu sway neddwa ?
- th taggadhet akittour edwa ynk ?
- dachu dhel qima ithes3a eddwa ghorek ?
- ma thevghit atesnett kra fedwa yenk negh atseqsit 7ed, thetseqsayet latebath th t7oufout gel internet ?

La traduction du QUESTIONNAIRE GENERALISTE SF36 (QUALITE DE VIE) en kabyle par El Djoudhi.A

Nom

Prénom

Date de naissance

Service

Hôpital

Examineur

Date du jour

1. Amek ITZZARET THAZMARTHINEK En général, (FKAGHED LA REPONS GTIDAKAYI).

- l3alit mlih mlih.
- l 3alit mlih
- l3alit kan
- ichtatass kan.
- dirit

2. Lokan ancomparerer thazmarthinek iyelindi achadnit

- ? - akhir iyelendi mlih ?
- akhir iyelendi swazouh kan ?
- amyelindi ?
- ilndi akhir chouya
- ? - pire fyilindi ?

3. Tzemret at3let lhwayjthayi gyawth la journée :asq thazmarthinek okthdjinara bach atkhdmnet lhwayjthayi ?SMayla oui inid amek? (3lass le cercle i la repons).

a.lhwayj igss3yayen: atazlet, atrfedet lhwayj igzayen, atkhdmnet lesport.

_____ _____ _____ ih,
ozmirghara mlih, ozmiraghara chouya ,zmregh mlih

b .lhwayej o3irnatra mlih : déplacit tabla, atss3adit l'aspirateur.

_____ _____ _____
ih, ozmirghara mlih, ozmiraghara chouya ,zmregh mlih

c.atabet l9tyan iwkkham.

_____ _____ _____
ih, ozmirghara mlih, ozmiraghara chouya ,zmregh mlih

d. atalit khirlah les atage.

_____ _____ _____
ih, ozmirghara mlih, ozmiraghara chouya ,zmregh mlih

e. atalit yawn l'etage

_____ _____ _____ ih,
ozmirghara mlih, ozmiraghara chouya ,zmregh mlih

f. at9ojhet ,atkont atabet lhaja

_____ _____ _____
ih, ozmirghara mlih, ozmiraghara chouya ,zmregh mlih

g. asq tzmert atedot akilomètre dozgeni.

_____ _____ _____ ih,
ozmirghara mlih, ozmiraghara chouya ,zmregh mlih

h. tzmert atedot 500 lmitrath

_____ _____ _____
ih, ozmirghara mlih, ozmiraghara chouya ,zmregh mlih

i. taedot angar 100 lmitrath.

_____ _____ _____
ih, ozmirghara mlih, ozmiraghara chouya ,zmregh mlih

j. tzmert atdwchet watlsset l9achik imanik.

_____ _____ _____
ih, ozmirghara mlih, ozmiraghara chouya ,zmregh mlih

4. nsmathayi tingarin asq thamzmarthinek thmen3ak atkhdm et lhwayej g lkhdema nagh g kham, du fait de votre santé (réponse : ih nagh ala g lkhet

- i9el lw9th odikfara g lkhdam?
- tkhdemt drouss nlhwayj malgré tnwit atkhdm et akter?
- chaque lkhdam tkhdm tass des limites?
- tkhadmet kolch mi seljhed dam9ran ?

5. nsmathayi tingarin asq thamzmarthinek thmen3ak atkhdm et lhwayej g lkhdema nagh g kham parce thelit tfa9 »et nagh t9el9et? (réponse : ih nagh ala g lkhet

- i9el lw9th odikfara g lkhdam?
- tkhdemt drouss nlhwayj malgré tnwit atkhdm et akter?
- othkhdimatara lhawayj ithvghit aken ithevghit ?

6. Gu 4 nsamtha ayi i3dan, asq le moral ynik nagh thazmarthinek t3laged lmachakil g les relation ynek wahi dokham ,imdokalik nagh l9iran ?

_____ _____ _____ _____
Khaty mindak an3emoui oui mliiiiiih

7.- asq il akra i9t9rahen g 4 nsmathayi

i3dan _____ _____ _____ _____
Khaty mindak an3emoui oui mliiiiiih

8. 4 nsamath ayi i3dan asq l9rih ijini9 g lkhdama nagh asma atbghout atkhdm et lhaja ?

_____ _____ _____ _____ Khaty
azouh kan mindak oui oui ijenyu ijenyi mlih

9. agdnposer 9 nisse9ssyen fayen ikytran g 4 nsamath i3dan . Pour chaque question, fkaghed la reponse i9reven mli7 iwan ithssout. Amek ithssout imanik g 4 nsamath ayi i3dan ?:

a. thsset imanik tss3it lhamass?
_____ _____ _____ _____ 7
Kol immir mlih mindak chouya jamais

b. Tnervit mlih ?

_____ _____ _____ _____
Daymen bzaft mindak chouya jamais

c. thelit theznet

_____ _____ _____ _____
Daymen bezaf mindak chouya jamais

d. *thoussout imanik czalme glhena ?*

_____ _____ _____ _____ _____

Daymen bezaf mindak chouya jamais

e. *Etss3it khirlah nl'nergie ?*

_____ _____ _____ _____ _____

Daymen bezaf mindak chouya jamais

f. *étieztlit thzznit mlih?*

_____ _____ _____ _____ _____

Daymen bezaf mindak chouya jamais

g. *asq thssout imanik t3yit khirlah?*

_____ _____ _____ _____ _____

Daymen bezaf mindak chouya jamais

h. *asq telit tfarahat ?*

_____ _____ _____ _____ _____

Daymen bezaf mindak chouya jamais

i. *thosset imanik t3yit kan ?*

_____ _____ _____ _____ _____

Daymen bezaf mindak chouya jamais

10. *g 4 nsamath i3ada thazmarthnik okthdjara atilit bien wahi dlfamilyanek dlhbaba . ?*

_____ _____ _____ _____ _____

Daymen bezaf mindak chouya jamais

11. *Ces lehdour ayi tmchabha ilhanyek nagh ala ?*

a. *ikadyid lhal helkegh akter nwyet.*

_____ _____ _____ _____ _____

Tithets mlih desseh khirla izmer elhal o3limghara non ohssighara

b. *thazmarthino l3alit akhir nwyak issnegh*

_____ _____ _____ _____ _____

Tithets mlih desseh khirla izmer elhal o3limghara non ohssighara

c. *t3ssagh adizid feli lhal*

_____ _____ _____ _____ _____

Tithets mlih desseh khirla izmer elhal o3limghara non ohssighara

d. *thazmarthino tgerz khirlah.*

_____ _____ _____ _____ _____

Tithets mlih desseh khirla izmer elhal o3limghara non ohssighara