

UNIVERSITE ABDE RAHMANE MIRA DE BEJAIA
FACULTE DES SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES
DEPARTEMENT DES SCIENCES SOCIALES

MEMOIRE DE FIN DE CYCLE

En vue d'obtention du diplôme de Master en psychologie

Option : psychologie clinique

Thème

**Observance et dépression chez les adultes diabétiques
insulinodépendants (Étude de huit cas réalisée au niveau de la clinique «Beau
séjour » de Bejaia)**

Réalisé par :

1-DJAHNINE Salima
2-GOUGAM Fahima

Encadré par :

Mr. AMRANE Lakhdar

Année universitaire : 2015-2016

Remerciements

C'est avec un grand plaisir que nous réservons ces lignes en signe de gratitude et reconnaissance à tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail.

Nous remercions Dieux, qui nous a procuré courage volonté pour achever se travail.

Nous tenons à remercier notre promoteur : M^r AMRANE Lakhdar, d'avoir accepté de nous encadrer, pour sa disponibilité, et pour ses précieux conseils qui nous ont permis de réaliser notre travail.

Nous remerciment vont aussi aux membres de jury qui ont accepté d'examiner et de juger notre modeste travail.

Nous tenons à remercier l'ensemble de la clinique « Beau séjour », qui nous a encadré et soutenu durant notre stage pratique.

Salima & Fahima



Dédicaces

Je dédie ce modeste travail tout d'abord à mes parents qui sont les plus chers à mes yeux, que ce travail soit pour eux un modeste témoignage de ma profonde affection et tendresse. A vous, les deux êtres, les plus chers au monde, je dis Merci.

A mon très chère fiancé Mohand et toute sa famille

A mes frères Belcacem et Tarik et Yanisse et Ahmed al-amine et Abderahim.

A mes sœurs, Meriem et Nawal et ma petite basma.

A tous mes tantes et mes oncles.

A mes chères amies adorables, fahima, Yasmina, Nadia, kahina, l'amia ,akila.

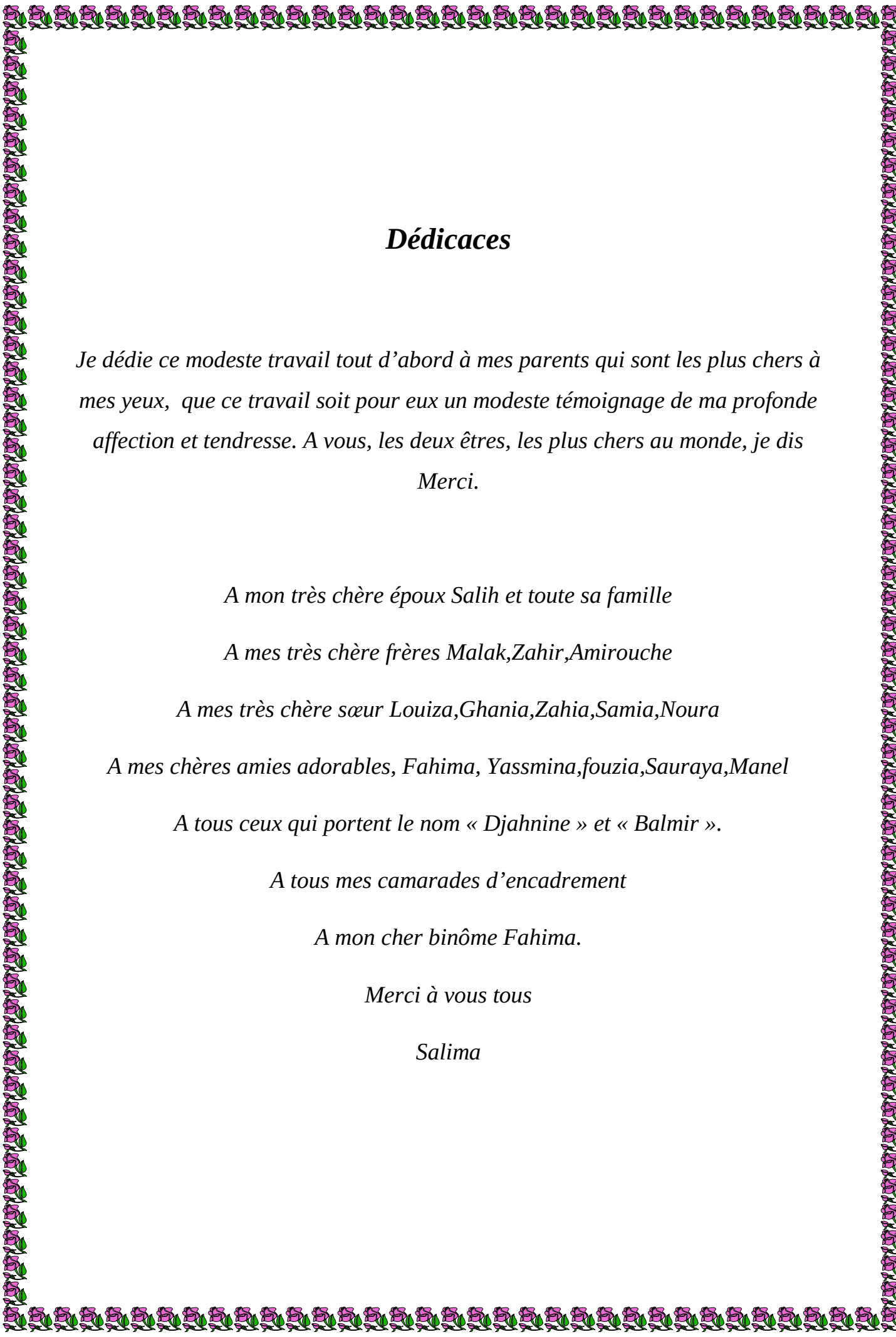
A tous mes copines de chambre , Zahia , Assia , Rima.

A tout qui portent le nom de « GOUGAM ».

A mon cher binôme salima

Merci à vous tous

fahima



Dédicaces

Je dédie ce modeste travail tout d'abord à mes parents qui sont les plus chers à mes yeux, que ce travail soit pour eux un modeste témoignage de ma profonde affection et tendresse. A vous, les deux êtres, les plus chers au monde, je dis
Merci.

A mon très chère époux Salih et toute sa famille

A mes très chère frères Malak,Zahir,Amirouche

A mes très chère sœur Louiza,Ghania,Zahia,Samia,Noura

A mes chères amies adorables, Fahima, Yassmina,fouzia,Sauraya,Manel

A tous ceux qui portent le nom « Djahnine » et « Balmir ».

A tous mes camarades d'encadrement

A mon cher binôme Fahima.

Merci à vous tous

Salima

Sommaire

Introduction

Cadre générale de la problématique	5
---	----------

Partie théorique

Chapitre I : Diabète, clinique et prise en charge.

Préambule :	16
--------------------	-----------

I-L'aspect médical :

1-Historique	16
2-Définition de diabète	17
3-Classification de diabète	18
4-Les symptômes de diabète	19
5-L'insuline	20
6-Le dépistage de diabète type I	21
7-Hémoglobine glyquée (HbA1c)	21
8-Les facteurs favorisant le diabète	22
9-Diabète et complication	22
10-Traitement de diabète	23

II- L'aspect psychologique

1- Aspect psychologique de diabète	24
2-Le vécu psychique des patients atteints de la maladie chronique	24
3-La qualité de vie chez les diabétiques	25

4-Processus d'Acceptation de la maladie chronique	26
5-l'éducation thérapeutique	27
Résumé	29

Chapitre II : Observance thérapeutique

Préambule	32
1-Définition de l'observance thérapeutique	32
2-L'observance thérapeutique comporte différentes nécessites	32
3-L'observance de traitement comporte trois versants	33
4- La non observance thérapeutique.....	33
5-Les causes de non observance thérapeutique	35
6-Les moyens d'évaluations de l'observance	38
7-Les Modèles explicatives de l'observance	39
Résumé	44

Chapitre III : Dépression

Préambule	46
1-Définition de la dépression	46
2-Les types de dépression	46
3-Les symptômes de la dépression	48
4-Les causes de la dépression	50
5-Les critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM- IV	52

6-Le modèle cognitive de Beck -----	54
7-Les thérapies cognitivo –comportementale -----	54
8-La thérapie cognitive de la dépression -----	55
9-Thérapie comportementale de la dépression-----	56
10-Le lien entre dépression et diabète -----	56
11-Traitement -----	57
Résume : -----	58

Partie Méthodologie

Chapitre IV : Méthodologie de recherche.

Préambule -----	61
1-Pré-enquête -----	61
2-Présentation de lieu de recherche -----	61
3-Méthode utilisé -----	62
4-Les outils de recherche -----	63
5-Présentation de groupe de recherche -----	67
6-Déroulement de la recherche -----	68
Résume -----	68

Partie pratique

Chapitre V : Analyse des résultats et discussion des hypothèses.

I-Présentation et analyse des entretiens et de l'échelle de Beck

1-cas d'Habib -----	71
2-cas de Lamine -----	75
3-cas d'Amed -----	78

4-cas de Karima	82
5-cas d'Amina	86
6-cas de Nadia	90
7-cas de Nabila	93
8-cas de Samir	97

II-Discussion des hypothèses	102
-------------------------------------	------------

Conclusion .

Bibliographie.

Annexes.

La liste des tableaux :

Tableau	Titre	Page
N° 1	Les notes seuil au BDI- II	66
N° 2	Présentation de groupe de recherche selon le sexe	67
N° 3	Présentation de groupe de recherche selon l'âge	67
N°4	Présentation de groupe de recherche selon la situation matrimoniale.	67
N°5	présentation des résultats de l'échelle d' Habib	74
N°6	présentation des résultats de l'échelle de Lamine	77
N°7	présentation des résultats de l'échelle d'Ahmed	81
N°8	présentation des résultats de l'échelle de Karima	85
N°9	présentation des résultats de l'échelle de Amina	89
N°10	présentation des résultats de l'échelle de Nadia	92
N°11	présentation des résultats de l'échelle de Nabila	96
N°12	présentation des résultats de l'échelle de Samir	100

Liste des abréviations :

BDI : Echelle de dépression de Beck

DID : Diabète insulino-dépendant.

DIND : Diabète non insulino-dépendant.

Hba1c : Hémoglobine glyquée.

OMS : Organisation mondiale de la santé

Introduction

Introduction :

Le diabète est une maladie chronique et un ensemble de complications métaboliques, qui se caractérise par un taux de sucre (glycémie), dans le sang très élevé. Ce qu'on appelle une hyperglycémie qui est résultante d'une destruction, des cellules B de langerhans , le diabète sucre se présente sous deux grandes formes ,diabète type I et II du à la destruction totale ou partielle des ilots de langerhans, responsable de la sécrétion d'insuline, qui est une hormone hypoglycémiant sécrétée par les cellules du pancréas ,qui a pour rôle de réguler le taux de sucre (glycose)dans le sang .

Les personnes atteintes de diabète sont responsable de la majorité de leurs soins. La plupart des aspects de la vie quotidienne, et notamment des aspects aussi fondamentaux que l'alimentation et l'activité physique, prise de médicament, la présence au rendez-vous médical, ce qu'on appelle l'observance thérapeutique qui est l'adhérence de patient au plan expérimental.

Notre étude sur l'observance thérapeutique chez les adultes diabétiques type I a été choisi à travers plusieurs lectures effectuées sur l'observance et le diabète, et c'est à partir de la que on a focalisé notre attention sur le domaine de la santé précisément sur les déterminantes de l'observance thérapeutique telle que la dépression.

Notre objectif est de souligné qu'il y a un ensemble de facteurs déclenchent d'une mauvaise observance thérapeutique.

Pour réalisé notre étude qui est porte sur l'observance thérapeutique et la dépression chez les adultes diabétiques insulino dépendants, on a choisi comme terrain d'étude la clinique de beau séjour, réservé spécialement pour les diabétiques, Ce travail a pour but d'évaluer la qualité d'observance thérapeutique chez cette catégorie d'âge et aussi les déterminants de celle-ci.

Pour cela on a opté pour l'approche cognitivo-comportementale, qui a servi de cadre référentiel à notre étude, portée sur quatre femmes et quatre

Hommes. Pour effectuer cette recherche on a utilisé les techniques suivantes : l'entretien clinique et l'échelle de dépression de Beck, pour pouvoir vérifier nos hypothèses.

De ce fait notre recherche comporte les éléments suivants : un cadre général de la problématique qui contient la problématique et les hypothèses, la définition et l'opérationnalisation des concepts, et une partie théorique composée de trois chapitres : le premier chapitre sur le diabète, clinique et prise en charge qui contient deux parties : l'aspect médical et l'aspect psychologique. Le deuxième chapitre sur l'observance thérapeutique et le troisième chapitre sur la dépression, et une partie méthodologique qui contiens : la présentation de lieu et de groupe de recherche, la méthode et les techniques utilisés, et le déroulement de la recherche et la partie pratique : qui se limite en la Présentation et l'analyse des cas et la discussion des hypothèses.

On conclue notre travail avec une conclusion générale, et à la fin on a inséré la liste bibliographique et les annexes.

Cadre générale de la problématique

Problématique:

L'homme est une structure complexe qui se compose de psychique et de physique ce qui forme une unité complète, dont chaque déséquilibre organique peut avoir des effets sur le psychisme et vice-versa, ce qui peut provoquer ou engendrer une grande souffrance chez la personne et un changement total (biologique, psychique, sociale.) .Donc la santé de l'homme est bien précieuse sur la qu'elle nous devant veiller soigneusement.

L'organisation mondiale de la santé, définit la santé comme étant « un état complet de bien être psychique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou l'infirmité ». (Quevauvilliers.J, 2007, p822)

Autrement dit la santé est un état de bon fonctionnement de l'organisme est parmi les différents problèmes qui touchent l'être humain on trouve les maladies chroniques qui sont les principales causes de souffrance, et même de décès chez cet être vivant.

Selon L'OMS les maladies chroniques : «sont des affections de longue durée qui en règle générale, évoluent lentement. Responsables de 60% des décès, les maladies chroniques (cardiopathies, accidents vasculaires cérébraux, cancer, affections respiratoires chroniques, diabète...) sont la toute première cause de mortalité dans le monde ».

Le diabète étant défini comme un « terme désignant plusieurs maladies distinctes qui ont en commun un trouble métabolique d'origine génétique ou hormonale dont la nature est définie par l'épithète qui suit le mot diabète employé tout court, il désigne le diabète sucré ».(Delamare. G ,2009, P :243)

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

En Algérie , la pathologie du diabète vient en deuxième position au classement des maladies chroniques derrières l'hypertension ,selon la troisième étude nationale des indications multiples ,le nombre de personne atteinte de diabète est en progression ,passant de 0,3% chez les sujet âgée et de moins de 35ans à4,1% chez les 35-59ans et 12,5%chez les plus de 60ans, Selon l'étude menée par le ministère de la sante de la réforme hospitalière en collaboration avec l'office national des statistique et des représentation des notion unies a Alger .

En Algérie, les femmes sont les plus exposées au diabète que les hommes, avec respectivement un taux de 2.3%contre 1,9%notamment après l'âge de 35ans celles âgées de 60ans ou plus représente 14,1%contre 11%chez les hommes pour la même catégorie d'âge la pathologie du diabète est également plus rependue en milieu urbain avec 2,6% Contre 1,5%en milieu rurale. Le ministre de la population et de la santé a révélé en 2010 que 14% des dialysés sont diabétiques, 21% des rétinopathies sont d'origine diabétiques. 33% des neuropathies sont également des diabétiques, et 25% des amputations sont des artériopathies des membres inférieurs d'origine diabétiques soit entre 8000 et 13000 amputations en moyenne pour causer de diabète. (Chakib.M , 2011, p : 31)

«Les causes de ses syndromes permettant de les classer en différentes catégories ou type, qui repose sur une description épidémiologique clinique immunologique génétique. Dans l'ancienne classification du diabète selon L'OMS des notions thérapeutiques étaient prises en compte, et l'on parlait de diabète insulino dépendante(DID) ou non insulino dépendante (DNID),

actuellement dans la nouvelle classification, le diabète et désormais défini selon son étiologie est la gravité de l'hyperglycémie» .(OMS, 2009, p : 01).

Ce qui nous intéresse dans notre recherche s'est le diabète insulinodépendants : « qui représente 10% des diabètes ,il survient chez un sujet non obèse ,on règle avant l'âge de 30ans ,mais aussi à la maturité ,voire chez les personnes âgées .son début ,variable est souvent apparemment brusque par l'installation soudaine d'un syndrome polyuroglycidiposique ,puis d'un amaigrissement .il se caractérise par une faillite de l'insulino-sécrétion s'accompagnant d'une hypersécrétion des hormones de contre régulation glycémique et aboutissent à l'acidocétose ».(Grimaldi. A et all, 1987, p :04)

L'annonce de diabète insulinodépendant est considérée comme une véritable rupture avec l'état de bien-être antérieur, c'est un véritable bouleversement de la vie, avec des retentissements sur la vie personnelle, professionnelle, familiale et sociale. C'est un temps d'information mais aussi le début du Parcours thérapeutique du patient. Le diabète étant une maladie chronique, l'observance du traitement antidiabétique reste un facteur important pour l'amélioration de la prise en charge du patient.

Selon l'OMS, l'observance thérapeutique appelée aussi« compliance» est : «une concordance entre d'une part, le comportement d'une personne sur sa prise de médicaments, coordonnée à un régime ou changement de comportement et d'autre part, les recommandations d'un soignant». (Bourdon Bruno, 2009/2012,p :16)

Autrement dit l'observance thérapeutique est le degré d'adéquation entre une prescription médicale et sa réalisation par le patient.

L'observance est une problématique aussi ancienne que la Médecine elle-même... Déjà, Hippocrate remarquait que : « Le médecin doit savoir que les patients mentent souvent lorsqu'ils disent suivre leurs traitement».Alors

contrairement à l'observance en à certain patient diabétique qui trouvent des difficultés à suivre leur traitement donc on parle de la non-observance qui est défini comme : « l'absence de concordance entre les comportements des patients et les recommandations médicales ». (Moreau. A ,Queneau. P,2005,p :899-902)

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), seulement 50 % des patients atteints de maladies chroniques seraient bien observant.

Le diabète étant une maladie chronique marque la vie psychologique de patient, ce qui va engendrer certaines pathologies tell que : le stress, anxiété, détresse émotionnel, dépression...Le Diabète et la dépression sont deux pathologies fréquentes et fortement associées.

La dépression Selon le dictionnaire de psychologie et définit comme : « un état morbide, plus ou moins durable, caractérisé essentiellement par la tristesse et une diminution du tonus et de l'énergie. Anxieuse, las, découragé, le sujet déprime est incapable d'affronter la moindre difficulté.il souffre de son impuissance et à l'impression que ses facultés intellectuelles, notamment l'attention et la mémoire, sont dégradés. Le sentiment defferriste qui en résulte augmente encore sa mélancolie ». (SILLAMY Norbert, 1999, p :78)

Selon L'OMS, de 5à10% de la population mondiale présentant des trouble dépressif de l'humeur.

«La symptomatologie dépressive concerne 20 à 60 % des diabétiques. Environ 30 % des diabétiques, et ce indépendamment du type de diabète, présentent un diagnostic d'épisode dépressif majeur (EDM) au cours de leur vie ».

« Selon plusieurs méta-analyses et revues systématiques réalisées au cours de ces dernières années, le risque de développer une dépression est 2,9% fois

plus élevé chez les patients diabétiques (quel que soit le type, 1 ou 2, du diabète) que chez les non-diabétiques». (Courtet .P , 2011, p : 88)

Des études de cohortes, avec un suivi de plusieurs années, retrouvent une élévation persistante de l'HbA1c chez les patients diabétiques présentant un épisode dépressif majeur, renforçant l'hypothèse d'un impact négatif de la dépression sur l'équilibre glycémique. Les mécanismes explicatifs de cet impact négatif sont multiples et agissent probablement en synergie chez le sujet diabétique déprimé. Ainsi, la présence des symptômes dépressifs chez les patients diabétiques, semble être un facteur prédictif de mauvaise observance. La présence d'une dépression caractérisée est donc un frein à la bonne prise en charge du diabète En altérant l'observance médicamenteuse, et le suivi des règles, hygiéno-diététiques, piliers de la Prise en charge.(Magalie Garcia, Caroline Sanz, Laurent Schmitt 2012, p : 105)

Permis les chercheurs qui se sont intéressé à cette problématique, on trouve Beck qui expose sa théorie en disant que le diabète est un maladie organique qui provoque l'apparition de la dépression survenue d'après des idées négatives liées a l'affaiblissement de l'état de santé de ses personnes diabétique ,et qui apparait souvent sous forme de manque d'intérêt a la vie quotidienne et active. (JACOBSON.G, 1993,p :162)

Donc il est important de comprendre les mécanismes et les processus intervenant dans l'acceptation de traitement, pour pouvoir développer des techniques d'intervention qui amènent vers une meilleure observance.

Dans notre recherche on s'intéresse au diabète comme étant une maladie chronique, ou l'observance du traitement antidiabétique reste un facteur important pour l'amélioration de la prise en charge du patient.

Questions :

-Quelle est la qualité d'observance thérapeutique chez les adultes insulino-dépendants ? Quels sont les déterminants de celle-ci ?

Hypothèses:

-La qualité d'observance thérapeutique chez les adultes insulino-dépendants est mauvaise.

- La dépression est l'une des déterminants de la non observance chez les diabétiques ».

Définition des concepts :

Diabète sucré :

Le terme de diabète sucré regroupe tous les états morbides ayant en commun une hyperglycémie chronique consécutive à une insuffisance de sécrétion d'insuline par le pancréas «insulino- carence» ou à des anomalies de l'action de cette insuline au niveau des tissus cibles« insulino –résistance» ou le plus souvent à une interaction des deux anomalies.(Khalfa .S, 2001, p : 03)

Diabète type 1 (insulinodépendant) :

Il s'agit d'une forme de diabète sucrée caractérisé par un déficit majeur de la sécrétion d'insuline, il peut avoir un cause génétique, virale et surtout auto immune, un antigène inconnu serait à l'origine d'une réaction immunitaire aboutissent à la destruction des cellules bêta de pancréas sécrétant l'insuline .(Larousse médicale, 1995/2000, p294)

Observance thérapeutique :

Selon C.Tourette-Tugris et son équipe l'observance thérapeutique désigne «les capacités d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Ces capacités sont influencées positivement ou négativement par des facteurs, cognitifs, émotionnels, sociaux et comportementaux entre eux ».(Moreau A, Queneau P, 2005, p:899-902)

Dépression :

Selon Henriette : «la dépression est un maladie mentale caractérisé par une modification de l'état thymique de l'humeur dans le sens de la tristesse de la souffrance morale et de ralentissement psychomoteur accompagnons parfois d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et l'entraîne parfois à des

rumination délirantes à thème de culpabilité ,d'indignité , d'autodépréciation pouvant le conduire à envisager» . (Henriette B, Ronald C, 2007, p :256)

Opérationnalisation des concepts :

Diabète sucré :

- Hyperglycémie
- Hypoglycémie
- Présence de sucre dans les urines
- Diminution de la quantité produit par l'insuline

Diabète type1(DID) :

- Sujet jeune (avant l'âge de 20 ans).
- Besoin d'uriner plusieurs fois par jour.
- Soif intense
- perte de poids (plusieurs kilos en quelque mois).
- Fatigue intense.
- Sensation de faim intense

Observance thérapeutique :

- Présence aux rendez-vous.
- Suivre son traitement.
- Respecte le régime.
- Faire des activités physiques.

Dépression :

- Humeur triste
- Perte d'intérêt et de motivation
- Changement marquée de l'appétit et de poids.
- Des idées suicidaires.

- Des troubles de sommeil (l'insomnie ou l'excès de sommeil).
- dysfonctionnement sexuel.

Partie *Théorique*

Chapitre I :

Diabète, clinique et prise en charge

Préambule :

Le diabète est l'une des maladies chroniques fréquentes selon L'OMS qui touche 25% de la population mondiale, est considérée comme un problème majeur de santé publique qui peut affecter toute personne de tout âge, dans ce chapitre on va aborder premièrement le côté médical de diabète puis on deuxième lieu en va aborder le côté psychologique de celle-ci.

I-l'aspect médicale :**1- Historique :**

Depuis très longtemps des hommes se sont penchés sur cette maladie étrange que l'on appelle diabète. En Chine on trouve des livres de médecine très vieux de 4000 ans décrivant des symptômes ressemblant de très près à ceux du diabète : soif et des urines abondantes. Un papyrus égyptien datant de 1500.j. c, dit papyrus d'Ebert, décrit ces mêmes symptômes à la même époque. En grec le nom « diabète » est donné pour la première fois par Aretée : diabète qui signifie « passe à travers ». (Irland.j, 1981,p :32)

La médecine hindoue ou la médecine ayurvédique, ancienne tradition médicale indienne, inventent le terme « urines au miel », un millénaire avant que les européens, n'ajoutent mellites au mot diabète. Jouzier. E, (2007),p :161 le grand Hippocrate n'en parle pas, tandis que Galien va la mentionner en lui attribuant une origine rénale. (Chicouri .MJ ,1983,p :11)

La maladie était connue par le médecin Avicenne (980-1037) il est un des premiers à décrire deux types différents de diabète.

Il a parlé de son association à la gangrène et à divers types d'infection, il a fait une description complète du diabète que nous appelons aujourd'hui diabète sucré et a indiqué le goût sucré des urines. Il appelle cette maladie «Aldulab» qui signifie «roue à eau». (Khiati.M , 2005, p :16)

En 1889 oscar Minkowski et vont Merign étaient les premiers à chercher les sucres dans les urines. (Bloom Anold & Irlande John, 2006,p :12)

En 1893Gustave Laguesse Suggéra que les ilots pancréatiques pouvant produire une sécrétion endocrine, après le développement du concept d'hormone par Ernest Starling.

En 1904 des Chercheurs en Allemagne, en Roumanie et ailleurs concentrent leurs attention sur l'extraction d'insuline de pancréas ...la découverte de l'insuline, un des plus grand succès médicaux du vingtième siècle, conduisant vite à un remède salvateur. Grasse aux travaux de James et de l'industrie pharmaceutique, l'insuline devient disponible pour l'usage médical à travers le monde moins de deux ans après le travail de Banting et le best. (Delloye Damient, 1985, p: 130)

2- Définition de diabète :

Le diabète est une maladie métabolique, elle est décrite dans le dictionnaire médical comme suite : «Toute maladie caractérisé par l'élimination excessive d'une substance dans les urines. En distingue, le diabète insipide, diabète sucre affection chronique caractérise par une glucoserie (présence du sucre dans le sang) par contre le diabète gestationnel forme du diabète sucré survient pendant la grossesse». (Petite Larousse de la médecine, 2010,p277-278)

Le diabète est une maladie chronique qui est définie selon l'OMS comme une « glycémie à jeun supérieure a 1,26 g/L a deux reprise, est suffisante pour affirmer le diagnostique, il n'y a pas lieu de demander une hyperglycémie provoquée orale ».(Grimaldi. A, et all, 2009, p :97).

Lorsqu'il se déclenche, il provoque des symptômes, tel que : soif, perte de poids trouble de vision et glycosurie, à long terme, ce sont les complications qui font la gravité de la maladie.(Perlemuter. L, collin .G ,Hortet .G , 2002,p:79-80)

3- Classification de diabète : on distingue trois formes.

3-1- Le diabète type 1 (DID) : résulte d'une destruction sélective des cellules B des ilots de langerhans, les données expérimentales et celles des observations clinique concordent pour faire de cette maladie une pathologie auto-immune exemplaire, déclenche chez un sujet génétiquement prédisposé, par des facteurs d'entérinement, la destruction auto immune des cellules insulinosécrétrices aboutit progressivement. » (Martin Buysschaert,2006,p :32).

« Il représente 10% des diabètes, il survient chez un sujet non obèse, en règle avant l'âge de 30ans, mais aussi à la maturité, voir chez les sujet âgée .son début, variable est souvent apparemment brusquer par l'installation soudaine d'un syndrome polyuroglydipsique, puis d'un amaigrissement.il se caractérise par) une faillite de l'insulino-sécrétion s'accompagnant d'une hypersécrétion des hormones de centre régulation glycémique et aboutissant à l'acidocétose». (Grimaldi .A, Thervet. F, 1987, p: 4)

3-2- le diabète type 2 (DNID) :

C'est une forme de diabète sucré due à une diminution des effets de l'insuline sur les cellules (insuline-résistance), le diabète de type 2 se révèle à l'âge adulte le traitement fait appel à un régime alimentaire équilibré et à une activité physique régulière.(Isabelle. L et coll.2008, p : 266)

3-3- Le diabète gestationnel :

Le diabète gestationnel est défini « par un degré quelconque d'intolérance au glucose ou d'hyperglycémie franche, observé au cours du développement d'une grossesse Le diabète se développent au cours de la

grossesse surveillé le plus souvent chez une femme en excès pondéral ou obèse et habituellement aux alentours de la vingtième semaine de grossesse, cet état indique un risque élevé de développement de diabète de type 2 plus tard dans l'existence». (Hennen. G, 2001, p : 141)

4 - Les symptômes : les symptômes de diabète se composent de deux catégories :

4-1- Les signes cliniques :

a- La polyurie : C'est le symptôme qui gêne le plus les diabétiques, elle atteint 3 à 4 litres par jour, diurne et nocturne, elle signifie que la glycosurie est massive (1 molécule de glucose entraîne 18 molécules d'eau).

b- L'amaigrissement : Est lié à la fois aux pertes adipeuses et à la diminution de la masse musculaire. Il est constant, atteint plusieurs kilos par mois, s'accompagne d'une asthénie d'effort plus ou moins marquée.

c- La polydipsie : Est en rapport avec une soif vive qui témoigne de la fuite hydrique, l'absorption de boisson compense certains temps la polyurie.

d- La polyphagie : Elle contraste avec l'amaigrissement et est orientée vers le diagnostic de maladie métabolique. Des troubles visuels transitoires aux débuts du diabète ou de son traitement peuvent se voir par changement brutal de l'osmolarité des milieux oculaires.

4-2- Les signes biologiques :

a- L'hyperglycémie : Mise en évidence par la mesure de la glycémie capillaire «au bout des doigts» qui doit être validée par 2 glycémies de laboratoire.

Est constant, dépassant largement 2g/l mais elle peut être modérée dans les rares cas où le diabète est détecté très précocement par hasard à l'occasion d'un examen systématique.

b- Le dosage de la glycosurie : n'a pas d'intérêt particulier, dans l'importance de la perte de glucose qui dépasse facilement 100g par jour.

c- L'ionogramme sanguin : n'est perturbé que lors d'une menace d'acidocétose, aussi il existe presque constamment une hyperlipidémie plasmatique avec hypertriglycémie. (Perlemuter.l et col, 2000, p : 96-97)

5- l'insuline :

« Utilisée pour la première fois en thérapeutique par Frederick Banting et Charles best en 1923 au Canada, c'est une antidiabétique provenant de pancréas, elle abaisse le taux de la glycémie, et favorise l'utilisation du glucose par les tissus en accélérant son passage à travers la membrane cellulaire, possède également une action anti protéolytique et antilipolytique ».(Delamare. G,2009 , p : 460)

5-1- Les différents types d'insuline :

a- Les insulines ultrarapides : sont les plus récentes et celles dont la durée est la plus brève et si rapide qu'elle expose très peu au risque de complication.

b- Les insulines rapides ou ordinaires : agissent une demi-heure après leur administration, puis atteignent le pic d'efficacité en une à deux heures avec une durée d'action qui s'étale sur six à huit heures selon la dose utilisée.

c- L'insuline intermédiaire de type NPH :(association d'insuline rapide ou ultrarapide et de protamine) entraîne une baisse de la glycémie au bout d'environ quarante-cinq à soixante minutes, et sa durée d'action est en moyenne de douze heures selon la dose.

d- Les insulines d'action longue : avec les insulines lentes ou mixte et les insulines ultra lentes (qui ont une durée de 24heures et plus et ne sont quasiment plus utilisées).

e- Les insulines ultra lentes : sont supplantées par l'insuline glargine (un analogue de l'insuline) dont l'effet se manifeste une à deux heures après

l'injection qui est régulier pendant 24heures (sans risque de pic d'hypoglycémique). (André. M, 2006, p : 118-120)

6- Le dépistage de diabète type 1 :

a- Dans le sang : consiste en une prise de sang au laboratoire le matin à jeun, une glycémie normale est plus basse que 1.10g/l à jeun. Mais en parle de diabète si on trouve à deux reprises une glycémie atteignant ou dépassant 1.26g/l, entre ses deux valeurs, il s'agit d'hyperglycémie modérée à jeun, à surveiller de près car elle évolue très fréquemment vers un diabète au fil des années.

b- Dans les urines : consiste à chercher un excès de sucre dans les urines, en y trempant une bandelette réactive : il s'agit de la glycosurie, c'est beaucoup moins précis que la glycémie. (Jean Jacques ALTMAN, Roxane DUCLOUX, Laurance LEVY-DUTEL, 2012, p :96-97)

7- Hémoglobine glyquée (HbA1c) :

Il s'agit à ce jour de la meilleure méthode pour évaluer l'équilibre glycémique. Obtenir un bon taux d'hémoglobine glyquée permet en effet de diminuer le risque de complication à long terme.

L'hémoglobine est contenue dans les globules rouges qui se renouvellent constamment et vivent environ 120 jours soit de 3 à 4 mois, dans le sang avant d'être détruite. La surface de ces globules rouges va se charger en molécules de sucre : plus le sang est sucré, plus le globule rouge est sucré.

En mesurant le taux d'hémoglobine glyquée, on évalue ainsi la quantité de sucre qui a circulé dans le sang durant les 3 à 4 mois avant la prise de sang. Il s'agit en quelque sorte d'une boîte noire qui a enregistré toutes les variations du taux de glycémie pour faire une moyenne. (Jean Jacques ALTMAN et al, 2012, p :164)

L'hémoglobine glyquée est souvent notée HbA1c sur les ordonnances ou les résultats de laboratoire : « H b » pour hémoglobine, « A1c » pour le type d'hémoglobine qui est analysée dans le dosage. (Jean Jacques ALTMAN et al, 2012, p :164)

8 - Les facteurs favorisant le diabète : De nombreux facteurs entrent en ligne de compte dans l'apparition d'un diabète; il faut distinguer :

8-1- Les facteurs héréditaires :

Vrais relevant des lois génétiques, La présence de ces facteurs dans le code génétique d'un sujet le rendrait plus sensible au diabète surtout en cas de rencontre avec le virus dits « diabéto-gènes », tel que le virus des oreillons ou de la rubéole.

8-2- Les facteurs prédisposant :

On regroupe ici toutes les causes relevant du mode de vie de sujets : Obésité, alcoolisme, stress physique ou psychique et infection virales.

8-3- Les facteurs révélateurs ou déclenchant :

La grossesse n'est pas la cause de diabète mais permet son extériorisation franche. Hypoglycémie fonctionnelle ; ce syndrome survient souvent chez des sujets qui développeront plus tard un diabète. (Delly Damient, 1985, p :22-23)

9 - Diabète et complication :

a- Vaisseaux : les troubles circulatoires induisant une difficulté de cicatrisation. Des maladies de cœur, des accidents vasculaires cérébraux, une gangrène des pieds et des mains. des troubles érectiles (impuissance) et d'infections.

b- Yeux : diminution des capacités visuelles et enfin cécité.

c- Rein : trouble de la fonction rénale, insuffisance rénale.

d- Nerfs : faiblesse soudaine, ou progressive d'une jambe .trouble de la sensibilité engourdissement et douleur des mains et des pieds, lésion chronique des nerfs.

e- Systèmes nerveux autonome : oscillations de la pression artérielle gêne à la déglutition et altération des fonctions digestives, avec épisode de diarrhée.

f- Peau : ulcères, infection profondes (ulcère diabétique) mauvaise circulation.

g- Sang : augmentation de la sensibilité aux infections, en particulière de l'appareil urinaire de la peau.(Grimaldi, A et al, 2009, P : 263- 264)

10 - Traitement de diabète :

Il repose sur l'injection d'insuline, cette administration, quotidienne, est obligatoire et vitale. Elle se fait par voie sous cutanée, à raison 2à4injection par jour, à l'aide d'une seringue ou stylos injecteurs pré remplis. Plus rarement une administration continue d'insuline est réalisée à l'aide d'une petite pompe reliée à une aiguille implantée sous la peau.des essais sont en cours concernant une administration d'insuline par voie respiratoire (aérosol).

Mesurer sa glycémie plusieurs fois par jour, à partir de gouttes de sang prélevées au doigt, grâce à un appareil appelé lecteur de glycémie.il en existe aujourd'hui de nombreuses modèles, permettant une mesure très fiable de la glycémie .cette auto surveillance permet d'adapter le traitement de façon à obtenir des variations de la glycémie, au cours de la journée. (Le petit Larousse de la médecine, 2007, p : 266-268)

En outre le patient doit se soumettre à un régime alimentaire équilibré, adapté aux doses d'insuline administrées, consistant en trois repas apportant une ration suffisante de sucre«lents», «sucre rapide »qui est par ailleurs limitée ,et une «activité physique» régulière est recommandée.

En aussi les médicaments par voie oraux : sont prescrit pour le diabète type2 il y a deux familles, les sulfamides (Dia micron, Daonil), et les biguanides (Glucinan, Glucophage). Leurs actions sont différentes puisque les sulfamides stimulent la sécrétion d'insuline par le pancréas (hypoglycémiant) et les biguanides facilitent la fixation de l'insuline par les cellules et a un pouvoir anorexigène. (Le petite Larousse de la médecine, 2007, p : 266-268)

II- L'aspect psychologique :

1- aspect psychologique de diabète :

Pratiquement tous les aspects de la prise en charge du diabète a pour objet de maintenir le contrôle glycémique ainsi l'équilibre psychologique car le diagnostic de diabète peut révéler des problèmes d'adaptation voir de dépression, l'anxiété et l'altération de la qualité de vie, ainsi des idées négative sur leur maladie ce qui peut provoquer ou avoir des répercussions négative sur les soins auto-administrés et sur le contrôle de la glycémie.

Il faut régulièrement chercher les symptômes de détresse psychologique chez toutes les personnes diabétiques, ainsi que chez les membres de leur famille. Fournier.

Des interventions préventives, telles que la participation du patient à la prise des décisions, rétroaction et le soutien psychologique, doivent être intégrées a tous les interventions éducatives en matière de soins primaires et à l'auto traitement afin de faciliter l'adaptation au diabète et de réduire le stress. (Fournier. C et all, 2010), p : 57)

2- Le vécu psychique des patients atteint de la maladie chronique :

Les maladies chronique sont nombreuses et fort différents, qui implique des changements de mode de vie et occasion un sentiment d'impuissance et de perte de maîtrise important comme le montre les travaux de Deccache. il existe une

«perte de sens de sa vie»,«une dévalorisation de l'image de soi »et« un sentiment de continuité, de sécurité et d'identité à l'origine de la situation d'impuissance vécue». (Deccache , 1994, p : 189)

Nous devons à Freud le concept de« travail de deuil», le travail quasi linéaire de ces états psychique s'est largement répandu chez le soignant au point de représenter un modèle presque stéréotype de ce qu'il est connu d'appeler« les stades d'acceptations». Transpose au cas de la maladie de longue durée ce modèle laisse penser que chacun parviendra peu à peu, un jour ou l'autre, à admettre la réalité de son état de santé .c'est sans compter de nombreux patient qui dénie, qui refusent l'idée même de se sentir affectés par la maladie. Le travail de deuil (normal) est une dynamique psychique ou la souffrance est vécue pour être dépassée : tandis que son événement résulte d'un blocage du travail psychique. (Lacroix. A, 2003, p :33-34)

3- La qualité de vie chez les diabétiques:

Une maladie chronique comme le diabète, traité par insuline est forcément liée à une moins bonne qualité de vie, il est très probable que le traitement par insuline reflète la gravité de la maladie et que ce soit cette gravité source des obstacles .A l'opposé de celui traité par un seul médicament, ont une meilleure qualité de vie.

A cet égard, la qualité de vie des diabétiques se différencie de l'un à l'autre, dépend évidemment de la sévérité de la maladie qui touche principalement trois dimensions suivantes :

3-1- physique :

Dont les principaux sont la santé physique et la capacité fonctionnelle. Ainsi la santé physique comprend, l'énergie, la fatigue, le sommeil, l'apparition

des complications. Les capacités fonctionnelles incluent dysfonctionnement de la mobilité du sujet l'échec sur les activités quotidiennes.

3-2- psychologique :

La survenue des émotions et l'affectivité négative chez les diabétiques, qui se manifeste par l'apparition des sentiments de punition.

Le sentiment d'impuissance qui la crainte la plus souvent proférée par les hommes, angoisse de la contre performance peut entraîner des comportements d'évitement. L'atteinte due à un accident hypoglycémiant peut entraîner un sentiment de révolte dont les conséquences sont conduites d'évitement de caractère sociale.

3-3- Sociales :

C'est un soutien social perçu comme insatisfaisant constituer un facteur de vulnérabilité psychologique et un facteur de non adhésion au traitement, ce qui expose en retour à des nouvelles difficultés dans les relations et les activités sociales, marquée par les déceptions et les échecs qui mènent aux conduites d'isolement et au retrait. (Renard E, 1994, p : 119)

4 - Processus d'Acceptation de la maladie chronique :

La survenue d'une maladie chronique est ni un événement ni choisi, ni désiré. Cet événement annonce des interventions, des souffrances et des menaces. Parfois vitales. Le diagnostic de la pathologie signifie l'entrée dans une phase de deuil, « le deuil de la perte de ce qui était familier », il est lié à la perte de quelque chose. Lorsqu'il est annoncé, les réactions émotionnelles sont fréquentes (choc, déni, colère, stress intense, désespoir) et dépendent de la gravité de la maladie. Ce sont des réactions psychiques qui informent que le corps réagit face au « Changement ».

L'acceptation de ce changement est importante, si non ce sont les émotions qui vont prendre le dessus et venir amplifier la maladie.

« Le processus de maturation psychologique prend du temps, c'est le fait que la patient va pouvoir intégrer et accepter la pathologie. Chaque individu passe par certaines phases intermédiaires avant d'accéder à l'acceptation du handicap». (GRIMALDI, 2004,p : 96)

Ces différentes phases vont se retrouver dans le travail de deuil, donc L'individu va être confronté à la **perte de son état de santé antérieur** et devoir faire un deuil de ce dernier.

Le docteur Elisabeth Kübler-Ross a identifié les réactions émotionnelles des patients en fin de vie. Ce modèle est largement répandu chez les soignants et on le retrouve sous le terme de stade d'acceptation :

- a- **Phase de refus ou d'isolement** : cette phase doit être respectée, car elle sert«d'amortisseur» à la perception ou à la connaissance de l'aspect fatale ou gravissime de la maladie.
- b- **phase de colère (irritation)** : elle est liée à la question pourquoi moi ? Et peut amener à des projections agressives, pouvant amener la rupture médecin –malade.
- c- **phase de marchandage** : « le patient essaie de diminuer comme il le peut les contraintes de la maladie et du traitement ».
- d- **phase de dépression** : elle a deux aspects, la dépression réactionnelle due aux pertes de sa perception de soi et aux autres et le chagrin préparatoire d'acceptation de son destin.
- e- **phase d'acceptation** : phase pendant laquelle la personne est vide de sentiment.
- f- **phase d'espoir** : l'espoir est présent dans toutes les phases de la maladie et demeure jusqu'aux derniers instants.(Lacroix.A ,1996, p : 78-79)

5 - l'éducation thérapeutique :

Selon la définition de l'OMS-Europe en 1996 : "L'ETP vise à aider les patients à acquérir ou maintenir les compétences dont ils ont besoin pour gérer

au mieux leur vie avec une maladie chronique. Elle fait partie intégrante, et de façon permanente, de la prise en charge du patient.

Elle comprend des activités organisées, y compris un soutien psychosocial, conçu pour rendre les patients conscients et informés de leur maladie, des soins, de l'organisation et des procédures hospitalières, et des comportements liés à la santé et à la maladie.

Ceci a pour but de les aider (ainsi que leurs familles) à comprendre leur maladie et leur traitement, collaborer ensemble et assumer leurs responsabilités dans leur propre prise en charge, dans le but de les aider à maintenir et améliorer leur qualité de vie."

L'éducation thérapeutique s'adresse à un patient atteint d'une maladie chronique, elle satisfait à des objectifs de prévention secondaire (prévention des complications de la maladie), ou tertiaire (prévention de l'aggravation des complications).

5-1- Parler d'éducation thérapeutique du patient souligne deux points :

a- L'éducation ainsi dénommée est reconnue comme faisant partie des moyens de traitement.

b- Les actions d'éducation mises en place par les soignants ne sont pas standardisées, mais sont adaptées et personnalisées pour un patient donné, en prenant en compte le contexte global de ce patient et les objectifs de son traitement. C'est pourquoi l'éducation thérapeutique est un acte de soin dont le rôle revient aux soignants, médicaux paramédicaux, et nécessite une formation spécifique.(Sylvie Lemozy–Cadroy , Juillet 2008, p : 1-2)

5-2- Les enjeux de l'éducation thérapeutique concernent les patients, les soignants, et la société :

a- Le patient : devient partenaire des soignants dans la prise en charge de sa maladie au quotidien. Acteur, il acquiert des compétences pour s'impliquer dans la gestion de son traitement. Ex. : Dans le cas du diabète, l'enjeu essentiel est la prévention des complications à long terme, conséquences de l'hyperglycémie

chronique. La difficulté n'est pas tant l'obtention en milieu médical d'une norme glycémie, toujours possible grâce à un traitement intensifié, que son maintien en ambulatoire et au long cours.

Cette gestion de l'équilibre glycémique nécessite la coordination au jour le jour plusieurs paramètres (alimentation, activité physique, adaptation du traitement).

b- Le soignant : fait l'expérience d'une nouvelle relation d'adulte à adulte avec le patient. Expert à l'écoute du patient, il l'accompagne dans cette prise en charge au long cours.

c- La société : l'éducation thérapeutique permet des économies de santé. Par exemple, dans le cas du diabète, une économie est générée par des actions d'éducation thérapeutique via la réduction de fréquence et de durée des hospitalisations, ou la réduction de la fréquence des amputations.(Sylvie Lemozy–Cadroy , Juillet 2008, p : 1-2)

Résumé :

Le diabète est une maladie chronique, qui résulte d'une insuffisance de production ou d'action d'insuline, tout dépend de type de diabète (type 1 ou type2) divers facteurs peuvent être en cause ou déclenchant de celle-ci. Le diabète peut entraîner de graves complication (aigue ou chronique) dont les symptômes se manifeste au niveau (clinique ou biologique) aux le traitement repose sur (l'injection d'insuline les médicaments, régime alimentaire, activité physique).

Quelque soit la maladie chronique il a un impact sur la vie psychologique de patient. Ou leur poids dépend de la maladie de la personne et le contexte familial .ce qui nécessite une prise en charge psychologique de la réalité psychique de ce patient et la nécessité de favoriser cette approche. Et de prendre en compte Le rôle de l'équipe soignante qui est primordial dans

l'accompagnement psychologique et dans l'éducation thérapeutique du nouveau patient.

Chapitre II :

L'observance thérapeutique

Préambule :

La prise en charge d'un patient diabétique implique l'adoption de comportements de sante appropriée, dont l'observance thérapeutique est une nécessité absolue pour préserver la santé. Dans ce chapitre en va aborder la définition de l'observance et le non observance thérapeutique, et les causes et les modèles explicative de celle-ci.

1-Définition de l'observance thérapeutique :

Selon L'OMS Le terme de « compliance thérapeutique » ; est née dans le champ médical anglo-saxon qui définit selon L'OMS comme : « la mesure selon laquelle le comportement d'une personne, la prise de médicament, le suivi d'un régime et/ou l'exécution de changement de style de vie, correspond aux recommandations d'un professionnel de santé ».

Haynes1979 définit « l'adhérence » qui était nommé auparavant observance comme : «le degré auquel le comportement du patient (par rapport à la prise du traitement, au suivi des régimes ou à d'autres changement apportés au style de vie) s'accorde avec l'avis médicale ou sanitaire ». (C. Tarquinio, M.P. Tarquinio, 2007, p :03)

Dans cette vision le patient est placé dans une passivité manifeste : ce sont les prescriptions médicales, les injonctions (ordonnances), qui fixent le cadre de l'observance ; la situation des patients, le niveau de compréhension qu'ils vont avoir de leur maladie et de leur traitement, ou encore les conséquences psychologiques et sociales, ne sont pas pris en compte par le soignant. (Jane Ogden, 2014, p :312)

2-L'observance thérapeutique comporte différentes nécessités :

- se soumettre à un dépistage.
- commencer et poursuivre un traitement.
- se rendre aux rendez vous médicaux.
- prendre les thérapeutiques selon la prescription.

- pratiquer une auto surveillance.
- respecter les recommandations impliquant un changement du mode de vie.
- éviter les comportements à risque
- réaliser les examens complémentaires et les suivis recommandés. (REACH. G, 2006, p : 12)

3-L'observance de traitement comporte trois versants :

a- L'observance médicamenteuse (concerne la thérapie) :

Qui inclut le nombre de prises, le respect de la dose, des horaires, les précautions d'emploi et les interactions médicamenteuses. Le pharmacien d'officine a un rôle très important pour permettre au patient de respecter son traitement en lui apportant les éléments pour une bonne compréhension du traitement et donc une bonne adhésion.

b- L'observance hygiène -diététique (concerne l'hygiène de vie) :

L'observance nutritionnelle lorsque le patient, en plus de son traitement médicamenteux, doit suivre un régime particulier. Exemple : sucre limité pour les diabétiques.

c- L'observance du suivi médical (concerne le suivi en structure et/ou avec des professionnels compétents) : c'est-à-dire la capacité du patient à se rendre aux rendez-vous pour la prescription et le contrôle du traitement, qui comporte les consultations mensuelles, les éventuels bilans et investigations médicales. (Scheen .AJ, D. Giet , 2010,p :240)

4-La non-observance thérapeutique:

A fin de comprendre pourquoi les gens ne suivant pas la recommandation les chercheurs en définissent la non observance thérapeutique comme : « l'absence de concordance entre les comportements des patients et les

recommandations médicales.»L'absence d'observance, au cours d'un essaie, peut se présentée de déférant manière en a quatre type :

- a- Les arrêts « définitifs »** : qui est la plus aigue, comportement non observant les plus visibles : « perdus ».
- b- Les arrêts « momentanés »** : comportements décidés par les patients (par exemple pendant quelque semaines), difficile à mesurer pour le médecin.
- c- Les « oublies »** : les comportements les plus fréquents et difficilement visible à mesurer pour les médecins quasi-totalité des patients avoue oublie fréquemment ou occasionnelles médicaments.
- d-Les prises « groupées »** : comportement moins fréquents prise des médicaments en une ou deux par jour au lieu de trois.

Les oublis de prise restent tout à fait occasionnels pour les patients observant. Ainsi que les Prises groupées. Ces comportements sont néanmoins fréquents chez les patients qui décident D'adapter, de leur propre initiative, la prescription initiale à leur façon de vivre. Ils respectent Alors le nombre de médicaments à prendre par jour mais sans tenir compte des délais et des Fréquences de prises.

De tels comportements peuvent avoir des effets désastreux sur la santé Et réduire l'efficacité du traitement. Les arrêts momentanés sont généralement révélateurs D'une difficulté à suivre un traitement, voire d'une baisse de la motivation à se soigner.

D'autres patients enfin, vont prendre un nombre plus important de médicaments que celui qui Est prescrit par le médecin. Cette décision se fait généralement en fonction des effets secondaires et des améliorations constatées, Le traitement est donc en quelque sorte reconstruit par le Patient qui s'aménage un traitement individualisé.

Cette maîtrise retrouvée n'est pas sans conséquence sur le plan psychologique parce qu'elle permet au patient de retrouver du Contrôle là où justement la maladie et l'entrée dans le rôle de malade l'en ont dépossédé. En Outre, l'observance des patients doit être considérée comme évolutive et dynamique, il n'existe Pas de patient « strictement » observant ou non observant. Ainsi, l'observance n'est ni acquise Pour le médecin, ni définitive pour le patient.(Tarquinio.C, Tarquinio.M, 2007, p :03)

5-Les causes de non observance thérapeutique :

En fait, plusieurs facteurs peuvent influencer l'adhésion au traitement parmi lesquels les caractéristiques du patient, les particularités de la maladie, les modalités du traitement, les attitudes du médecin et l'organisation des soins de santé.

5-1 -Le patient :

De multiples caractéristiques du patient, à la fois cognitives, comportementales, sociales et émotionnelles, conditionnent l'observance thérapeutique. L'âge ne doit pas être négligé et des problèmes spécifiques de non-observance concernent aussi bien la personne âgée (difficultés fonctionnelles diverses limitant l'adhésion au traitement) que la personne jeune (dépendance des enfants vis-à-vis des parents, psychologie particulière de l'adolescent) . La problématique est particulièrement grave et fréquente chez le sujet vieillissant en raison des particularités de la pharmacothérapie dans ce groupe d'âge : performance diminuée des processus d'élimination ou de métabolisation des médicaments, répercussions plus marquées liées à des erreurs thérapeutiques. Diverses contraintes socioprofessionnelles peuvent constituer une entrave au bon suivi du traitement comme les horaires de travail ou le coût des médicaments. Le niveau d'anxiété et le statut émotionnel peuvent induire un décalage entre l'information donnée par le prescripteur et celle reçue par le patient Il est connu, par exemple, que les patients souffrant de dépression ont

une moins bonne adhésion à leur médicament. D'une façon générale, que les patients non déprimés.

Enfin, les connaissances et les croyances (éventuellement religieuses) du patient, mais aussi de son entourage, peuvent également jouer un rôle important dans l'observance thérapeutique : conviction que le traitement n'est pas nécessaire ou qu'il est dangereux, prise en compte d'échecs ou de manifestations indésirables antérieurs, intégration inadéquate des informations véhiculées par les médias ...

5-2-La maladie : Les caractéristiques de la maladie peuvent également influencer l'observance thérapeutique.

Il va de soi que l'adhésion au traitement sera meilleure si le patient peut en vérifier immédiatement les effets bénéfiques (grâce à la disparition des douleurs), la gravité de la maladie et son pronostic semblent jouer un rôle moins évident, ainsi qu'en témoigne la faible adhésion au traitement.

Par contre, la durée du traitement joue certainement un rôle important et la prise en charge d'une maladie chronique est beaucoup plus difficile à assurer par les patients et ce, pour deux raisons essentielles :

- 1) une lassitude bien compréhensible face à la prise au long cours d'un ou plusieurs médicaments quotidiennement, conduisant à un défaut de «persistance».
- 2) un manque de perception de l'impact bénéfique du traitement, dont les effets positifs ne se marqueront qu'avec retard alors que les contraintes (voire les éventuelles manifestations indésirables) sont immédiates. Enfin, la nature même de la pathologie peut influencer comme c'est le cas pour certaines maladies psychiatrique. (Scheen. AJ, Giet.D, 2010, p: 241-145).

5-3- Le traitement :

Il ne fait aucun doute que le traitement lui-même influence grandement l'observance du patient. Il va de soi qu'un traitement sera d'autant mieux suivi que le patient le ressent comme efficace et bien toléré, à tel point que le niveau d'observance et de persistance d'un traitement peut être considéré comme un critère de satisfaction. Les manifestations indésirables, davantage encore que le manque d'efficacité, paraissent être un obstacle majeur à l'observance et il peut être utile d'anticiper le problème et de discuter avec le patient des effets indésirables éventuels de façon à éviter l'effet de surprise. Dans certains cas, le recours à une titrations progressive en début de traitement permettra d'améliorer la tolérance.

D'autres points doivent également être pris en compte comme la forme galénique (taille des comprimés, saveur des sirops, ...), la durée et la régularité du traitement (nombre de prises par jour), enfin, le coût du traitement. Le recours à des molécules à longue durée d'action ou à des formes retard, autorisant une seule prise par jour, ou encore à des combinaisons fixes, limitant le Nombre de préparations pharmaceutiques quotidiennes, permettent parfois d'améliorer l'adhésion au traitement. En ce qui concerne l'aspect financier, il est intéressant de noter que le coût peut être, selon les cas, source de motivation ou d'abandon. (Scheen. AJ, Giet.D, 2010, p: 241-145)

5-4-Le médecin :

La relation médecin-malade participe à l'élaboration, la mise en place et le suivi de la thérapeutique. L'acte de prescrire est un acte relationnel et la qualité de la relation va indiscutablement influencer l'observance thérapeutique. La littérature prouve que la communication soignant-soigné joue un rôle important dans l'adhésion thérapeutique : la capacité d'empathie, d'écoute, de partage des informations avec le patient et la confiance que ce dernier accorde à

son médecin sont associés de manière significative à une bonne adhésion. (Scheen. AJ, Giet.D, 2010, p: 241-145)

5-5 -Le système de soigne :

Il apparaît de plus en plus que le manque de coordination entre les différents partenaires de santé représente un obstacle majeur à la bonne observance des mesures thérapeutiques de la part des soignés.

Une des clés dont nous disposons pour favoriser l'observance thérapeutique est l'amélioration de l'organisation du système des soins.

Les facteurs sur lesquels nous devons nous pencher sont : la disponibilité des médecins, la Coordination des informations entre les soignants, le temps passé à donner des explications dans une consultation où le temps est compté, le délai des rendez-vous médicaux, la fréquence des consultations, l'intérêt des médecins pour l'observance. Actuellement, la démographie médicale et le système de tarification à l'acte ne vont pas dans le sens de l'amélioration de l'ensemble de ses facteurs.

Dans les maladies chroniques et notamment le diabète, il a été démontré que la hausse de la Fréquence des consultations améliorerait l'observance thérapeutique et diminuait le taux d'HbA1c des patients diabétiques. (Scheen. AJ, Giet . D, 2010, p: 241-145)

6- Les moyens d'évaluation de l'observance :

Jauger l'observance est complexe. L'une des difficultés étant de comprendre les processus psychologiques, comportementaux et affectifs mis en jeu. En outre, elle évolue pour un même patient au fil du temps. De manière générale, le médecin surestime l'observance de son patient, et ce dernier cache souvent son inobservance pour ne pas contrarier son généraliste.

6-1- Mesure objective :

a- L'échantillon de sang ou d'urine : ceux-ci peuvent être récoltés pour évaluer le niveau sanguin du médicament, ou de marqueurs Biologiques dans le

sang ou les urines, pour vérifier la bonne prise du traitement. C'est une donnée objective mais vécue comme intrusive, avec une fiabilité discutable, Étant donnée la variabilité métabolique interindividuelle. Dans notre recherche le marqueur biologique pris en considération pour mesure l'observance thérapeutique, c'est l'hémoglobine glyquée (HBA1C).

Dans notre recherche le marqueur biologique pris en considération pour mesure l'observance thérapeutique, c'est l'hémoglobine glyquée (HBA1C). qui est le reflet d'un traitement équilibré par rapport a la quantité de sucre pris pendant les 3 dernier mois avant l'examen et donc le reflet des prises médicamenteuses).

b- Le comptage des pilules : il est demander aux patient de ramené les pilules qui leurs restent pour qu'elle soit compté, de plus les patients peuvent jeter les pilules pour apparaitre adhérents. (Exemple : le diabète type 2, qui prenant des médicaments).

c- Suivre les ordonnances : un enregistrement peut être fait au moment ou le patient demande un nouvelle ordonnance, ce la suppose que les patients ont consommé leur traitement.

6-2- Mesures subjective :

Les entretiens semi-directifs : Elle permet d'observer l'état émotionnel du patient, ainsi que ses croyances et son comportement vis à vis de la maladie. Cette méthode est fréquemment associée à d'autres techniques comme le questionnaire ou l'observation.(Jane Ogden, 2014, p : 314-316)

7- Les Modèles explicative de l'observance :

Nous allons faire référence a des modèles spécifique à la santé : le Modèle des Croyances sur la Santé de Rosenstock (1974) ou le Modèle d'Autorégulation de (Leventhal 1993, & Contrad 1998) sont spécifiques au domaine de la santé alors que d'autres- la Théorie Sociale Cognitive de Albert Bandura (1977, 1986), la Théorie de l'Action Raisonnée (Fishbein & Ajzen,

1975), la Théorie du Comportement Planifié (Ajzen,1955),sont issues des travaux de la psychologie sociale.

7-1- Le Modèle des croyances sur la santé de Rosenstock (1974) :

C'était la première théorie à s'intéresser au problème de comportement d'observance. Ce modèle a été développé par Rosenstock dans le but de prédire les comportements de précautions et les réponses comportementales au traitement chez les patients atteints de maladie chronique et aiguë, plus récemment, ce modèle a été utilisé pour prédire une grande variété de comportement de santé.

Selon ce modèle la probabilité pour qu'un individu adopte un comportement préventif serait déterminée par quatre types de perceptions ou de croyances :

a- De la vulnérabilité perçue : se sentir plus ou moins vulnérable vis-à-vis d'une ou de plusieurs maladies exemple : « je cours un risque important d'avoir un cancer de poumon ».

b- la gravité perçue : évaluer une ou des maladies comme plus ou moins sérieuses par exemple : le cancer de poumon est une maladie très grave.

c- Les bénéfices perçus : croire que certains avantages sont associés à l'adoption d'un comportement sain exemple : « Arrêter de fumer va me faire des économies ».

d- les obstacles ou obstacles perçus : croire que certains inconvénients sont associés à l'adoption d'un comportement sain exemple : « Arrêter de fumer va me rendre très nerveux ».

Ce modèle initial s'est révisé et complété : Becker et Mainman (1975) y ajouteront le rôle des attitudes motivationnelles des individus vis-à-vis de la santé en générale.

Sorte de cinquièmes facteurs : Becker et Rosenstock (1984) y adjoindront deux catégories d'antécédents : sociodémographique et individuel. (Marilou Bruchon -Schweitzer, Emile Boujut,2014,p :405)

7-2 - Le Modèle d'Autorégulation de (Leventhal 1992) :

Ce modèle repose le postulat que l'individu est un agent actif dans la résolution de son problème. Le modèle de Leventhal intègre cinq dimensions dominant de la représentation de la maladie :

a- Identité :(un ensemble de symptôme associe a la maladie).**b- cause :** attribuer à la maladie.

c- Conséquence perçue :(physique, sociale, économique).**d- temporalité :** (chronique à l'aigue).

e- Contrôlabilité : de la maladie par le traitement au par son comportement (Cameron & Leventhal ,2003).

Exemple de diabète type 1:est durables, porteuse de facteurs génétique ou environnementaux et dont les conséquences sont perçue comme invalidants, et relativement incontrôlable).Ces représentations guidant un processus d'autorégulation consistant en l'identification et l'utilisation de procédure afin de s'ajuter a la maladie. Deux voies sont concomitantes, l'une est centré sur la menace objective de la maladie (ou le danger) et l'autre sur l'émotion ressentie (ou la peur)...ces deux processus cognitif et émotionnel agissant ainsi en parallèle de manière indépendante. (Marteau & Weinman, 2006.)

(Exemple : un patient diagnostiqué avec un diabète de type 1 va non seulement devoir faire face que cette maladie est chronique et durable, mais également à l'état dépressif consécutif à l'annonce du diagnostic.

Les représentations sont considérait comme dynamique elles peuvent évoluer avec le traitement ou en fonction de vécu des personnes, de plus, les personnes malades sont active dans la résolution de problème de leur propre santé. (Serge SULTAN, Isabelle VARESCON,2012 ,p :79-80).

Les représentations de la maladie ont monté une influence sur plusieurs issue de santé incluant les traitements médicaux, les réactions émotionnelles

face aux symptômes des maladies, l'engagement dans les comportements de soins ou d'adhérence thérapeutique et la reprise de travail.

Ce modèle représente une tentative originale pour penser les processus implique dans l'adaptation à la maladie et notamment de compréhension des principes d'adhésion au traitement ou de comportement hygiéno-diététiques des patients. (Serge SULTAN, Isabelle VARESCON, 2012, p : 79-80)

7-3- La Théorie Socio- Cognitive de Albert Bandura (1977, 1986) :

Il s'agit d'une psychologie sociale par l'importance accordée aux interactions réciproques qui relient la personne, son comportement et son environnement. La théorie d'Albert Bandura est également une psychologie cognitive car elle accorde un rôle central aux processus cognitifs, vicariants, autorégulateurs et autoréflexifs dans l'adaptation et le Changement humain.

Cette théorie suggère que le comportement des individus dépend de divers attente, motifs et cognition sociale : attentes d'efficacité, les attentes concernant les conséquences de comportement, les motifs qui concernant le divers renforcement associes au comportement. (Marilou Bruchon-schweitzer, 2002, p : 36)

1- l'auto-efficacité (ou le sentiment d'efficacité personnel) :

Est la croyance en sa propre capacité à faire face à une situation en organisant et exécutant les réponses adaptées ou la confiance qu'une personne possède en ses capacités à adopté un comportement :Exemple le faite d'arrêté de fumer est liées a la croyance d'une personne sur sa capacité à arrêté de fumer, et manger d'avantage de légumes est associe à la croyance selon l'laquelle«Je me sens capable de manger plus de légume». (Jane Ogden, 2014, p : 64)

L'efficacité personnel : est la croyance des individus en leur propre capacité à mobilisé les ressource nécessaire pour maitrisé certain situation y réussir , est considérait dans cette théorie comme un fondement majeur de l'action(1998),il peut affecté le comportement de santé de façon direct ou

indirecte par l'intermédiaire des attentes des résultats ou de ce que Bandura nomme les facteurs socioculturelles (statuts socioéconomique, niveau de scolarité, origine ethnique et familiales...).

Mais avant d'aller plus avant, il est important de préciser ce concept de l'auto-efficacité défini par Bandura: « L'efficacité personnelle perçue concerne la croyance de l'individu en sa capacité d'organiser et d'exécuter la ligne de conduite requise pour produire.

D'après Bandura, une personne porte des jugements personnels sur ses propres capacités d'action, à la fois sur elle-même et sur son environnement (physique et humain), et cela en fonction de ses croyances sur elle-même. Il précise par ailleurs, que le SEP n'est jamais global mais s'applique spécifiquement à une situation ou une tâche précise (effectivement on ne s'estime pas compétent pour tout, ni tout le temps). (BANDURA .A, (2003), p : 12)

7-4- la Théorie du Comportement Planifié (Ajzen, 1955) et la Théorie de l'Action Raisonnée (Fishbein & Ajzen, 1975) :

La théorie du comportement planifier complète le modèle de la théorie de l'action Raisonnée. Pour cette théorie l'intention des individus d'adopter un comportement donné en constitue le prédicateur principal. L'intention comportementale reflète la décision d'un individu de faire un effort dans l'adoption d'un comportement (Ajzen, 1991).

Elle serait elle-même déterminée par trois variables relativement indépendantes :

a- L'attitude générale vis-à-vis d'un comportement : qui dépend à la fois de l'évaluation de ce comportement (plus ou moins favorable) et des croyances relatives à ses conséquences (par exemple : c'est agréable de pratiquer une activité physique et cela peut améliorer mon état de santé.

b- Les normes subjectives : qui dépend à la fois des normes sociales (pression incitant l'individu à adopter ce comportement) et de l'adhésion de

l'individu à ces normes (par exemple mon entourage me pousse à perdre du poids et j'attache de l'importance à son avis).

c- Le contrôle comportementale perçue : qui consiste à croire que l'on pourra adopter un comportement sain ou de prévention .ce contrôle perçu dépend de facteurs interne (capacité, informations, efforts) et externe (occasions, obstacles).il pourrait affecter le comportement indirectement (par la médiation de l'intention), mais aussi directement. (Serge SULTAN, Isabelle VARESCON, 2012, p : 72)

Résumé :

L'observance thérapeutique consiste au fait que le patient mis tout en œuvre pour obtenir le meilleur état de bien être et un phénomène complexe et difficile à mesuré, par ce qu'il n'existe pas à l'heure actuelle de règle standard pour évaluer exactement celle-ci.

Ainsi les causes de la non-adhésion thérapeutique sont multiples et variées, pour améliorer l'adhérence et ainsi comprendre et prédire les comportements de santé, les chercheurs ont développée des modèles explicatif à fin de changer les cognitions, les représentations, les émotions lie à la maladie.

Chapitre III :

La dépression

Préambule :

La dépression est un état pathologique caractérisé par une modification profonde de l'humeur, dans le sens de la tristesse de la souffrance morale et de ralentissement psychomoteur. Dans ce chapitre en va aborder la définition de la dépression les symptômes et les déférant type de dépression selon le DSM, ainsi le traitement.

1- Définition de la dépression :

La dépression clinique : «est un ensemble de symptômes émotionnels, cognitifs, comportementaux et somatiques. Le syndrome dépressif comprend des affects négatifs(découragement ,tristesse, craintes ,soucis, et parfois hostilité et méfiance),des cognition particulière (idée d'indignité ,dévalorisation de soi, culpabilité ,sentiment d'échec ,idée de suicide),des troubles comportementaux (retrait, fuite, isolement ,fatigabilité, ralentissement ,expression triste ou figée...) et somatique(fatigue, faiblesse, trouble de sommeil et de l'appétit ,céphalées ,vertiges ,trouble digestifs...). (Marilou Bruchon-Schweitzer, Emile Boujut , 2014 ,p :242)

2- Les types de dépression: selon L'Association American de psychiatrie DSM :

2-1- Trouble dépressif majeur : qui est caractérisé par un ou plusieurs épisode dépressif majeur (c.à.d. une humeur dépressif ou une perte d'intérêt pendant au moins deux semaine associes à au moins quatre autre symptômes de dépression).

2-2- Le trouble dysthymique : qui est caractérisé une humeur dépressive présente la majeure partie du temps pendant au moins deux ans, associée à des symptômes dépressifs qui ne remplissent pas les critères d'un épisode dépressif majeur. (DSM- IV, 2003, p : 399)

2-3- Le trouble dépressif non spécifique : a été introduit afin de pouvoir coder des troubles de caractère dépressif qui ne répond pas aux critères de troubles dépressif majeur, Trouble dysthymique, Trouble de l'adaptation avec humeur dépressif ou Trouble de l'adaptation avec humeur mixte anxieuse et dépressive(ou des symptômes dépressif pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

2-4- Le Trouble bipolaire I : est caractérisé par un ou plusieurs épisodes maniaques ou mixtes habituellement accompagnés d'épisode dépressif majeurs.

2-5- Le Trouble bipolaire II: est caractérisé par un ou plusieurs épisodes dépressifs majeurs accompagnés par au moins un épisode hypomaniaque. (DSM- IV, 2003, p : 399)

2-6- Le Trouble cyclothymique : est caractérisé par de nombreuses périodes d'hypomanie ne répondant pas aux critères d'un épisode maniaque et de nombreuses périodes dépressives ne remplissant pas les critères d'un épisode, dépressif majeur pendant une période d'au moins deux ans.

2-7- Le Trouble bipolaire non spécifique : a été introduit afin de pouvoir coder des troubles avec caractéristique bipolaires qui ne répondent aux critères d'aucun Trouble bipolaire spécifique déjà défini dans cette section (ou des symptômes bipolaire pour lesquels l'information est inappropriée ou contradictoire).

2-8- Le Trouble de l'humeur dû à une affection médicale générale : est caractérisé par une perturbation thymique marquée persistant évaluée comme étant la conséquence physiologique directe d'une affection médicale générale.

2-9- Le Trouble de l'humeur induit par une substance : est caractérisé par une modification marquée et persistance de l'humeur jugée comme étant la

conséquence physiologique direct d'une substance donnant lieu à abus, d'un médicament, d'un autre traitement somatique de l'état dépressif ou de l'exposition à un toxique.

2-10- Le Trouble de l'humeur non spécifique : a été introduit afin de pouvoir coder des troubles comportant des symptômes thymique qui ne répondant à aucun des troubles de l'humeur spécifique et trouble bipolaire non spécifique (p. ex, crise d'agitation). (DSM- IV, 2003, p : 400)

2- Les symptômes de dépressions :

3-1- Le syndrome de ralentissement moteur et psychique :

A) l'activité motrice est plus moins modifiée, habituellement dans le sens d'un ralentissement, symptômes souvent couplé avec la modification du fonctionnement psychique évoqué ci-dessous .le ralentissement touche l'ensemble de la mobilité du corps, et plus particulièrement, la démarche, la mimique, le débit verbale.

B) l'activité psychique est souvent altérée dans le sens d'un ralentissement, on parle volontiers d'inhibition psychique pour décrire le ralentissement générale des processus intellectuels, la diminution de l'intensité des pulsions instinctuelles normales.

Ainsi, en pratique, le syndrome de ralentissement psychomoteur s'exprime par la lenteur des gestes et de la démarche, la diminution de la mobilité, la monotonie de l'expression et du discours, le ralentissement psychique, d'ailleurs douloureusement ressenti, les troubles de la mémoire et de la concentration. (Evelyn Pewzner, 2003, p : 88)

Le ralentissement peut aboutir à un monoïdéisme (comme dans la mélancolie), qui correspond à la stagnation sur une idée unique, ou au mandéisme, qui correspond l'élimination de tout contenu idéique .la fatigue, ou

asthénie, fait aussi partie de ce syndrome, expriment la perte de l'élan vital qui appartient en même temps à l'humeur dépressive.

3-2- L'humeur dépressive : dans la dépression, l'humeur est caractérisée par la tristesse, tristesse malgré soi, persistante, incontrôlable, inconsolable.

S'exprimant souvent par un sentiment d'épuisement (« je n'en peux plus »), elle peut être longtemps contenue, cachée, voir déniée. La mimique le ton de la voix expriment souvent mais pas toujours l'abattement, le découragement. La perte d'intérêt pour les autres, soi même, le monde extérieur fait parler de désinvestissements général.

Les expressions « hyperthymie douloureuse », « humeur dysphorique » sont volontiers employées. Le terme « dysphorie » désigne en fait une humeur instable, irascible, revêche, entrecoupée parfois de colères agressives. (Evelyne Pewzner, 2003, p : 88)

3-3-Les manifestations somatiques : l'asthénie est habituellement. Fatigabilité pénible, intense, impliquée, elle donne lieu à de multiples plaintes. La difficulté à agir entretient le vécu dépressif. Tout dans la tenue et la mimique du déprimé traduit la lassitude et l'épuisement : traits tirés, regard éteint, visage las. Les troubles sexuels sont fréquents, liés à la baisse de la libido. Les troubles de l'appétit sont habituels, s'exprimant le plus souvent par l'anorexie, qui a bien ici le sens de « perte de l'appétit ». Le sommeil est toujours perturbé : ils agitent parfois d'hypersomnie, mais l'insomnie est le trouble le plus souvent rencontré.

Cette insomnie peut prendre des formes variables : les difficultés d'endormissement se voient surtout dans les dépressions anxieuses ; il peut s'agir aussi d'une insomnie du milieu de la nuit ; l'insomnie de fin de nuit, avec réveil douloureux, ruminations morbides, parfois suicidaires, est caractéristique

de la dépression mélancolique. Souvent, l'insomnie est mixte, associant difficultés à l'endormissement, réveil nocturnes et réveil précoce, au petit matin. (Evelyne Pewzner, 2003, p : 89)

4- Les causes de la dépression :

4-1- Les facteurs d'environnements familiaux ou sociaux :

Des événements extérieurs à l'individu peuvent contribuer au développement d'une dépression, comme le décès d'un être cher, une séparation, la perte d'un emploi, des problèmes financiers, une blessure ou une maladie invalidante ex : certaines maladies peuvent influencer l'humeur et ainsi conduire à une dépression. Les pathologies qui touchent le cerveau comme la maladie de Parkinson ou Alzheimer sont de très bons exemples. Aussi, lorsque le système immunitaire ou hormonal est atteint comme c'est le cas lors de maladies du cœur ou de diabète, il y a plus de risque de vivre une dépression.), comme il peut être reliées à des situations stressantes.

Les études montrent une interaction entre événement de vie et fonctionnements psychologique singulier de l'individu. Dans la dépression, un mécanisme élémentaire d'impuissance amènerait l'être humain à une conduite d'inhibition qui empêcherait son adaptation à l'événement de vie. En temps habituel, l'individu aurait trouvé dans son répertoire de comportement une réponse possible à la situation. (BARTHA Christina et al, 1999, p : 316)

4-2- Les facteurs biologiques : Une des principales théories est que la dépression est provoquée par un déséquilibre de substances naturellement présentes dans le cerveau et la moelle épinière, que l'on appelle les neurotransmetteurs. La sérotonine et la noradrénaline sont deux neurotransmetteurs dans le cerveau qui semblent jouer un rôle dans les symptômes de la dépression.

La survenue des symptômes de la dépression est liée à une perturbation du fonctionnement cérébral. C'est bien le fonctionnement du cerveau qui est atteint, non sa structure. Cette distinction est importante car elle permet de bien comprendre que cette maladie peut être réversible. Ce dysfonctionnement du cerveau se traduit notamment par des anomalies dans la fabrication, la transmission et la régulation de certaines substances chimiques : les neuromédiateurs. (CHRISTOPHE André, 2008, P : 22)

4-3- Les facteurs génétiques (ou héréditaires) :

Toutefois, il est possible que des facteurs génétiques peuvent affecter le fonctionnement du cerveau peuvent rendre une personne plus fragile à la dépression par exemple, les personnes dont les parents proches ont souffert d'une dépression ont 15 % de risque d'en développer une aussi alors que chez les personnes dont les parents proches ne sont pas dépressifs les risques sont de seulement 2 à 3 %. De plus, des enfants nés de parents ayant des antécédents de dépression mais adoptés par des parents ne souffrant pas de cette maladie risquent malgré tout de faire une dépression dans 15 % des cas. Chez les jumeaux identiques (donc possédant exactement les mêmes gènes), les probabilités pour un des jumeaux de vivre une dépression si l'autre en a vécu une montent à 70 %.

4-4- les facteurs psychologiques :

Des mécanismes psychologiques particuliers sont également impliqués dans la dépression : sentiment de perte, conflit moraux, croyances négatives, mauvaise estime de soi (« Je ne peux rien faire de bon », « Je ne vau rien »...). Certains de ces mécanismes trouvent leur origine dans l'enfance (plus ou moins bonne qualité des premières relations avec les parents, première expérience associées à un sentiment de perte, de solitude, d'impuissance, de culpabilité ou de honte...), d'autres peuvent être liés à des éléments plus

actuels (traumatismes, deuils liés à la perte d'une personne, d'un idéal ou d'une image de soi).

Ainsi, certaines personnes souffrant de dépression expriment des croyances négatives (elles se croient par exemple « incapables » ou « indignes » de faire certaines choses...), ou n'envisagent que des perspectives pessimistes, à la fois pour le monde qui les entoure et pour elle-même. Chez ces personnes, certains événements de la vie quotidienne, analysés sous leur angle le plus négatif, peuvent déclencher automatiquement des pensées dépressives, sans qu'il leur soit possible de faire appel à d'autres expériences plus positives. (BRIFFAULT Xavier et al, 2007, P : 23)

5- Les critères diagnostiques d'un épisode dépressif majeur selon le DSM- IV :

A- Au moins cinq des symptômes suivantes doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur : au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt au de plaisir.

N-B : Ne pas inclure des symptômes qui sont manifestement imputables à une affection médicale générale, à des idées délirantes ou à des hallucinations non congruentes à l'humeur.

(1) Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (p. ex., se sent triste ou vide) ou observée par les autres (p. ex., pleure).

N-B. : Éventuellement irritabilité chez l'enfant et l'adolescent.

(2) Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(3) Perte ou gain rie poids significatif en l'absence de régime (p. ex., modification du poids corporel en un mois excédant 5 %), ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours.

N -B : Chez l'enfant, prendre en compte l'absence de l'augmentation de poids attendue.

(4) Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.

(5) Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur).

(6) Fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours.

(7) Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).

(8) Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).

(9) Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

B. Les symptômes ne répondent pas aux critères (l'Épisode mixte).

C. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans l'autre domaine important.

D. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance (p. ex., une substance donnant lieu à abus, un médicament) ou d'une affection médicale générale (p. ex, hypothyroïdie).

E. Les symptômes ne sont pas mieux expliqués par un Deuil, c.-à-d : après la mort d'un être cher, les symptômes persistent pendant plus de deux mois ou s'accompagnent d'une altération marquée du fonctionnement, de préoccupations

morbides de dévalorisation, d'idées suicidaires, de symptômes psychotiques ou d'un ralentissement psychomoteur. (DSM-IV, 2003, p : 411)

6-Le modèle cognitive de Beck :

Pour Beck la dépression résulte d'une interprétation négative des perceptions, ceci mis en rapport avec la rigidité des structures cognitives de déprimé, qui s'attribue la responsabilité des événements concéderait comme négatifs.

L'hypothèse centrale est que le sujet dépressif présentent des schémas cognitif inconscient, située dans la mémoire à long terme qui filtre l'information en ne retenant que les aspects négatifs de l'expérience vécue .les schémas contiennent un ensemble de règles inflexible ou postulats silencieux qui se présentant sous une forme impérative : par exemple « je dois tout le temps et toujours réussir ».

Ce postulats sont implicites, rarement conscient et guident les jugements que le sujet port sur lui même .la perte de l'estime de soi, l'indécision, le pessimisme, le désespoir. (Cottraux .J , 1999,p :50)

7-Les thérapies cognitivo -comportementale :

Le programme de cette psychothérapie s'étale sur un période de 3à6mois et comprend une vingtaine de séance, à une fréquence d'une ou deux fois par semaine. Cette thérapie vise à restructure les dysfonctionnements cognitifs à travers une mise à l'épreuve de la réalité du système de croyance chez un sujet déprimé : elle permet donc à l'individu d'apprendre à faire tri entre les faits objectives et leur interprétation subjective.

A chaque science le thérapeute et le patient s'accordent sur un agenda précisant les problèmes à traiter : d'une part, il est important pour les deux acteurs de la thérapie de bien organisé le temps, d'autre part, l'établissement

commun d'un agenda favorise le développement d'une expérience positive de plaisir et de maîtrise. Ainsi le thérapeute à un rôle actif et il met l'accent sur le problème concret et actuel de patient et effectue régulièrement des feedback portant sur les aspect soulevés au cour de l'entretien, essentiel dans la compréhension de la problématique du patient et l'orientation de la thérapie, Ainsi que sur l'ensemble de la séance. (Charles-Siegfried Peretti, 2013, p :198-199)

8-La thérapie cognitive de la dépression :

La thérapie cognitive selon Beck, part du principe que le mode de pensée du sujet dépressif est marqué par la triade dite cognitive, soit une image négative de soi, de l'entourage et de l'avenir. Le mode de pensée dépressif est déterminé par des idées négatives rigides, itératives est automatiques, appelées «distorsions cognitives», qui sont entretenues à leur tour par une interprétation simpliste, généralisatrice, arbitraire ou illogique de l'information (un sujet déprimé Pensera par exemple: «Tout le monde me rejette, je ne vauX rien». Ces distorsions cognitives typiques des états dépressifs sont considérées comme étant antérieures à la dépression et non comme des facteurs causaux; elles s'inscrivent dans des schémas dépressifs dysfonctionnels et des présupposés irrationnels tels que «si on ne m'aime pas, c'est que je ne mérite pas de l'être» et peuvent être déclenchées par un événement traumatisant. Le rejet par un être aimé peut Provoquer une pensée automatique négative telle que «personne ne m'aime», et favoriser l'apparition d'une humeur et attitude dépressives. La dépression est considérée beaucoup plus comme un trouble de la cognition que comme un trouble de l'humeur. Le trouble cognitif est déclenché par une situation de perte, un événement traumatisant, une maladie, une perte de contrôle ou toute autre expérience pénible et peut être activé par un état de stress. (Charles-Siegfried Peretti, 2013, p : 198-199)

9- Thérapie comportementale de la dépression:

La thérapie comportementale des états dépressifs repose sur les théories de l'apprentissage de Skinner et Pavlov. Les premiers concepts ont été élaborés par Ferster, lequel a postulé que La dépression résulterait de la perte du renforcement positif et serait donc un comportement appris, La dépression serait due à :

- 1- l'absence d'un renforcement positif contingent du comportement et à la prédominance d'expériences aversives.
- 2- Un manque d'habiletés sociales (conséquence: renforcement positif insuffisant).
- 3- des contraintes du moment (conséquence: diminution du renforcement positif).

Le comportement dépressif lui-même a pour effet de restreindre le registre des comportements, entraînant de ce fait une diminution des renforçateurs positifs. Souvent, l'entourage renforce le comportement dépressif du patient, par exemple par un regain d'attention et d'affection. (Walter Zogg , 2000, p : 2094).

10- Le lien entre le diabète et dépression :

L'une et une maladie physique, l'autre et une maladie psychique, pour autant le diabète et la dépression son deux maladie que l'on retrouve souvent chez une même personne. Un rapport important a démontré que les personnes atteintes de diabète étaient au moins deux fois plus susceptibles de développer une dépression par rapport aux personnes non atteintes de la condition. Les recherches les plus récentes sur le diabète et la dépression indiquent que la combinaison de ces deux conditions augmente le risque de développer des complications du diabète, notamment des troubles cardiovasculaires.

La dépression peut également avoir un effet considérable sur le contrôle glycémique, la surveillance autonome du diabète et la qualité de vie en général.

Les personnes atteintes de diabète et de dépression sont également plus souvent victimes d'une mort précoce. En outre, dans certains cas, la dépression clinique réapparaît plus fréquemment, les crises durent plus longtemps et le taux de guérison à long terme est beaucoup plus bas. Un rapport international récent a clairement montré que l'impact sur la qualité de vie était le plus significatif en cas de coexistence du diabète et de la dépression par rapport à la présence de diabète ou de dépression ou même par rapport à d'autres conditions chroniques.

Les personnes atteintes de diabète et de dépression sont plus exposées aux complications du diabète et à une mort précoce. La dépression pourrait être liée au contrôle glycémique soit en raison d'un dérèglement Hormonal, soit plus probablement en raison de ses effets négatifs sur la prise en charge autonome du diabète, notamment l'augmentation du sédentarisme, du tabagisme et de la consommation d'alcool et le mauvais contrôle glycémique. Ces statistiques marquantes et l'inquiétude pour le bien-être mental des personnes atteintes de diabète ont conduit à la rédaction de directives nationales et internationales pour la détection de la dépression et à la formulation de recommandations pour sa prise en charge et son traitement. (Cathy Lloyd, 2008, p : 23-24)

11-Traitement :

La dépression est une maladie qui se traite à l'aide de médicaments antidépresseurs, souvent combinés à la psychothérapie. Les antidépresseurs traitent les symptômes et améliorent l'humeur. La psychothérapie permet de travailler les aspects psychologiques et sociaux qui pourraient être reliés à l'épisode dépressif.

Un sujet déprimé est, du fait de sa souffrance, peu accessible dans l'immédiate à la relation psychothérapeutique, le premier temps de la thérapeutique est donc d'apaiser la douleur dépressif par l'administration de

médicament antidépresseur, associés ou non à d'autre médicament assurant un meilleur confort surtout dans la première semaine.

L'hospitalisation s'avère souvent nécessaire pour protéger le patient de risque suicidaire et pour que le traitement soit effectué dans les meilleures conditions. D'autant que son efficacité ne peut être attendue avant un délai de trois semaines, de tels traitements sont efficaces dans 70% des cas, permettant de relayer l'approche thérapeutique par une psychothérapie de soutien, ou par des thérapies plus structurées qui seront choisies en fonction des attentes du patient et de ses capacités à investir une relation. Ainsi l'approche cognitive qui propose dans une atmosphère stimulante, de structurer le fonctionnement cognitif du patient afin qu'il retrouve ainsi des possibilités de changement. (Guy-Besançon, 2005, p :58)

Résumé :

Donc la dépression fait partie des maladies les plus graves, mais qui sont guérissables ils sont pris en charge, ou son apparition peut être liée à plusieurs facteurs : comme biologique, environnementaux, héréditaire, familiaux et qui se caractérise par différents symptômes qui touchent le côté physique, comportemental, émotionnel, cognitif du patient.

Partie
Méthodologique

Chapitre IV :

Méthodologie de recherche

Préambule :

Cette partie méthodologique nous a permis d'organiser notre travail de recherche, qui comprend la méthode clinique qui est nécessaire en psychologie clinique, ainsi les techniques et les outils de collecte de donnée qui sont l'entretien clinique et l'échelle de Beck.

1- Pré -enquête :

La pré-enquête est une étape préparatoire pour l'enquête, qui nous permet d'avoir des informations et d'avancer des hypothèses sur le thème de recherche. Ça nous aide à désigner notre population d'étude avec laquelle, nous vérifierons nos hypothèses avancées préalablement.

Le but de cette pré-enquête c'est d'avoir un contact et se familiarisé avec le terrain de notre recherche, et aussi de vérifie la disponibilité de notre échantillon qui concerne les adulte insulinodépendant, et vérifie la fusibilité de notre hypothèse a partir de notre présence en consultation chez le médecin spécialiste en diabétologie, et le psychologue, et la validité de notre guide d'entretien après l'avoir testé sur quelque patient. Comme en a prêté la vie favorable de médecin chef pour accéder au dossier médicaux de chaque patient interrogé pour vérifier les trois dernier résultats de Hba1c, pour éviter les problèmes qui peuvent être comme obstacle pour la réalisation de notre recherche.

2- Présentation du lieu de la recherche :

Notre stage s'est déroulé au cours du début du mois mars au 20Avril 2016, dans la clinique de beau séjour, cette clinique est la première structure médicale qui s'occupe des diabétiques, dans la Wilaya de Bejaia.

Située en plein centre ville, elle a ouvert ses portes en 1995, est prend en charge tous les types de diabète, aujourd'hui cette clinique s'occupe de 8000

patients diabétique, tous soumis a un contrôle médicale chaque trois mois, est il reçoit environ 60 patient par jour.

2-1- Infrastructure :

La clinique de beau séjour, elle dispose de Quatre salle de consultation :

- deux salles pour diabétologie.
- une pour néphrologie
- une salle pour la pédiatrie

2-3- Le personnel sanitaire :

La prise en charge de ses patient, nécessite une équipe pluridisciplinaire qui est composé de :

- Deux médecins spécialistes en diabétologie.
- Deux médecins spécialistes en néphrologie.
- Deux spécialistes en pédiatre (diabète).
- Un médecin généraliste.
- Un nutritionniste.
- Un psychologue.
- Deux infirmières.

3- La méthode utilisée :**3-1- La méthode descriptive :**

Les recherches en psychologie clinique font principalement appel aux méthodes descriptives (étude de cas, observation systématique ou naturaliste...),elles interviennent en milieu naturel et tentent de donner à travers

cette approche une image précise d'un phénomène ou d'une situation particulière. L'objectif de cette approche n'est pas d'établir des relations de cause à effet comme c'est le cas dans la démarche expérimentale mais plutôt d'identifier les composantes d'une situation données et parfois, de décrire la relation qui existe entre ces composantes.

3-2- L'étude de cas :

L'étude de cas sert à accroître les connaissances concernant un individu donné, elle permet de regrouper un grand nombre de données issues de méthodes différentes (entretien, tests projectifs, questionnaires, échelles cliniques...), afin de comprendre mieux le sujet de manière globale en référence à lui-même, à son histoire et à son contexte de vie. Il s'agit de mettre en évidence les logiques de l'histoire d'un individu pour comprendre de manière dynamique ce qui a conduit à telle ou telle difficulté de vie importante. Cette description précise de la situation complexe d'un sujet permet de formuler des hypothèses étiologiques sur la nature, les causes, le développement et l'évolution d'un trouble. (Khadija Chahraoui et Hervé Bénony, 2003, p:125-126)

4-Les Outils de la recherche :

4-1- L'entretien clinique :

L'entretien peut être défini dans un premier temps, ainsi que le propose la petite Roberte : «comme l'action d'échange de parole avec un ou plusieurs personnes ». Clinique est à l'origine un terme médical issu du grec Kliné qui signifie lit. L'entretien clinique est un des outils de la méthode clinique, il est une technique de choix pour accéder à des informations subjectives (histoire de vie, sentiment, émotion, expérience) témoigne de la complexité du sujet. La spécificité de l'entretien clinique réside dans l'établissement d'une relation asymétrique, où un sujet adresse une demande à un clinicien, ce dernier étant identifié par sa fonction et par sa position durant l'échange.

L'entretien clinique peut être mis en œuvre dans différents contextes et répond à des objectifs différents : diagnostique, thérapeutique, recherche.

L'entretien clinique psychologique se définit en référence à un sujet, un contexte (recadrage des données dans l'histoire singulière), et la valeur de conseil, d'aide, de l'intervention psychologique.

Il implique une position asymétrique des interlocuteurs en présence, du fait de la prise en considération de la demande de l'un se référant à l'attribution d'un savoir pour l'autre : le travail de psychologue, dans l'entretien clinique, consiste à savoir recevoir et écouter le discours, mais aussi, à le susciter et à permettre son développement. (Lydia FERNANDEZ et Agnès BONNET, 2007, p : 23-25)

Dans notre travail nous avons opté pour l'entretien semi-directif :

4-1-1 L'entretien semi directif :

« Le chercheur dispose ici d'une guide d'entretien avec plusieurs questions préparées à l'avance mais non formulées d'avance : elles sont posées à un moment opportun de l'entretien clinique, par exemple à la fin d'une séquence d'association ».

Donc dans ce type d'entretien, le clinicien dispose d'un guide d'entretien, il a en tête quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels, il se propose de mener son investigation. Ces questions ne sont pas posées de manière hiérarchisée ni ordonnée, mais aux moments opportuns de l'entretien clinique la fin d'une association du sujet, par exemple, le clinicien pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet, il interrompe pas le sujet, laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé. (Khadija Chahraoui & Hervé Bénony, 2003, p : 143)

4-1-2 Notre guide d'entretien et composé de trois Axe :

Axe 1 : Les Caractéristiques personnelles.

Axe 2 : La Qualité d'observance thérapeutique

Axe 3 : La dépression

4-2- Echelle de dépression de Beck : c'est le deuxième outil utilisé dans notre recherche.

4-2-1 L'utilisation clinique :

Le BDI-II est largement utilisé pour mesurer la gravité de dépression chez les adolescents et les adultes à partir de l'âge de 16. Le BDI-II a été révisé en 1996 pour être plus conforme aux critères du DSM-IV pour la dépression. Par exemple, les individus sont invités à répondre à chaque question sur la base d'une période de deux semaines plutôt que d'une semaine sur le calendrier BDI. Le BDI-II est largement utilisé comme un indicateur de la gravité de la dépression, mais pas comme un outil de diagnostic, et de nombreuses études fournissent des preuves pour sa fiabilité et la validité dans différentes populations et les groupes culturels.

4-2-2 Présentation de l'échelle :

Ce questionnaire comprend 21 groupes d'énoncés précédés d'un thème (tristesse, pessimisme, attitude critique envers soi, etc.). Pour chacun de ces groupes d'énoncés, le sujet doit choisir l'énoncé qui décrit le mieux, comment il s'est senti au cours des deux dernières semaines, incluant la journée où il passe le test. Tous les énoncés suivent une gradation de 0, qui signifie l'absence du symptôme dépressif identifié, à 3 qui signifie la présence insoutenable et continue du symptôme. La cotation des réponses se fait simplement en

additionnant le score donné par le sujet à chaque groupe d'énoncés.
(hhh/ :www.BDI-II.com consulté le 19/04/2016 à 12 :34)

4-2-3 La consigne :

Ce questionnaire comporte 21 groupe d'énoncés. Veuillez lire avec soins chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez- vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe N°16 (modification dans les habitudes de sommeil) et le groupe N° 18 (modification de l'appétit). (Martine Bouvard et Jean Cottraux, 1996, 1998,2002, p : 186)

Note Totale	Niveau
[0-11]	pas de dépression
[12-19]	Dépression léger
[20-27]	Dépression modéré
>27	Dépression Sévère

Tableau 1 : Les notes seuils au BDI- II.

5- Présentation de groupe de recherche :

Notre groupe de recherche est composé de quatre Femme et quatre Homme atteint de diabète insulino-dépendant. Leur âge varie entre 19 à 55ans, dont trois de nos sujets sont mariés : deux femmes et un Homme et cinq célibataires : deux femmes et trois Hommes.

Sexe	Effectif
M	4
F	4
Total	8

Tableau 2 : Présentation de groupe de recherche selon le sexe.

Age \ Sexe	M	F
[19- 38]	4	1
[39-58]	0	3
Total	4	4

Tableau 3 : Présentation de groupe de recherche selon le l'âge.

Sexe \ S.M	F	M
Marie	2	1
Célibataire	2	3
Veuf	0	0
Divorcée	0	0
Total	4	4

Tableau4 : Présentation de groupe de notre recherche selon l'état matrimoniale.

6- Déroulement de la recherche :

Notre stage pratique a duré 50 jour au centre de Beau séjour .Au début de notre recherche nous avons été accueilli par le psychologue de la clinique, qui nous a présenté l'équipe soignante qui travaille dans la maison des diabétiques. Nous avons choisir notre groupe de recherche à partir de la consultation de leurs dossiers médicaux lors des consultations, après avoir choisir les sujets et expliquer à ces derniers notre objectif et le but de notre recherche, en leurs assurant que les informations recueillies vont être utilisées à des fins de recherche. On a informé les sujets de la démarche à suivre, faire un entretien et la passation de l'échelle, qui dure environ 30minute.

Afin d'effectuer notre entretien et faire passer l'échelle de dépression de Beck, nous avons eu à notre disponibilité le bureau du psychologue.

Vu le niveau intellectuel de nos sujets nous étions obligé de traduire nos entretien en kabyle.

Pour la réalisation et la passation de l'échelle on a été obligé d'intervenir pour clarifier les questions, la passation est faite l'après midi, par ce que les consultations médicales se font la matinée. Généralement notre stage s'est déroulé dans des bonnes conditions.

Résumé:

Dans ce chapitre, nous avons retracé les différentes étapes que nous avons mené, pour avoir un travail organisé et un bon déroulement de notre recherche, afin d'arriver à des résultats fiables qu'on peut analyser et interpréter pour pouvoir vérifier notre hypothèse.

Partie
Pratique

Chapitre V :

Analyse des résultats et discussion des hypothèses

Préambule :

Dans cette partie, nous allons faire l'interprétation et l'analyse des résultats de l'entretien et l'échelle de dépression de Beck dans le but de confirmer ou d'infirmer nos hypothèse.

I- Présentation et analyse des résultats des entretiens et de l'échelle de dépression de Beck (BDI-II).**1- Le cas d'Habib :****1-1- Présentation du cas :**

Habib est un jeune adulte âgé de 19ans, Il est lycéen en première année, il a deux sœurs plus grandes que lui, et deux petits frères, Il a découvert sa maladie de diabète type 1 depuis 6ans. Après avoir effectué un bilan sanguin demandé par son médecin, il fut hospitalisé trois fois au début de sa maladie à cause d'une hyperglycémie car il refusait le traitement. Maintenant il souffre d'une complication liée au diabète qui est la rétinopathie. En consultation Habib est venu seul. Il a été très calme et il a pu parler.

1-2- Analyse de l'entretien :

La qualité d'observance thérapeutique chez Habib est mauvaise, le patient respect les rendez-vous médicaux et effectue les analyses : « il dit je ne rate jamais les rendez-vous, je Viens chaque trois mois et j'amène avec moi les bilans demandés par le médecin mais j'obtiens toujours de mauvais résultats, le taux de glycémie est toujours élevé ». En ce qui concerne les examens complémentaires je les ai pas fait, ils sont chers est je n'ai pas les moyens ».

Habib ne suit pas littéralement son traitement il dit : « l'insuline est nécessaire pour moi, normalement je dois le prendre quatre fois par jour, mais moi je le fais trois fois, et je le fais juste pour éviter le malaise, donc je suis obligé de la prendre ». D'après ses dires, on a constaté qu'il ne fait pas l'injection de 12heurs parce qu'il est au lycée et il ne veut pas que ses amis sachent qu'il a le diabète».Il ajoute aussi, « le faite de devoir prendre le traitement plusieurs fois par jour et quotidiennement me dégoûte, c'est toujours la routine je suis toujours dépendant à lui, je ne suis pas libre».

On constate que Habib fait les injections parce qu'il a peur d'avoir les symptômes liés à une hyper ou hypoglycémie. Le patient possède un glucomètre : « il dit que le médecin lui a demandé d'effectuer cinq tests, chaque jour, et tous les jours, mais lui il le fait trois fois par jour, et environ trois tests par semaine parce que son doigt s'enflamme et il n'arrive pas à écrire ». Pour le régime alimentaire, « il affirme qu'il ne suit pas son régime puisque lorsqu'il sort avec ses amis il mange tout » il dit : « je ne peux pas refuser et je ne peux pas leur dire aussi que je suis malade et à la maison tout le monde s'enfiche personne ne s'intéresse à ce que je mange ou ce que je dois manger. En plus notre niveau économique est très bas donc je n'ai pas le choix », Habib affirme que l'activité physique fait partie du traitement il dit: « Mais moi je fais le sport même avant ma maladie au moins deux a trois fois par semaine en dehors du lycée, parce qu'au lycée je ne fais pas le sport, j'ai peur d'avoir une hyper ou hypoglycémie donc si ça arrive tout le monde sera au courant ».

D'après l'entretien et les réponses obtenues on a constaté que Habib vit un malaise psychologique, une dépression légère qui se manifeste par, les pleurs le patient dit : « des fois ça m'arrive de pleurer, surtout lorsque je suis seul et je pleure parce que je me rappelle ma maladie et que je ne vais pas guérir je serai toujours obligé de prendre le traitement et le régime... ». Il dit : « lorsque je suis avec mes amis ou je fais le sport je suis occupé j'oublie ma maladie ». On a un autre indicateur de dépression Habib dit : « qu'il a remarqué un changement dans son sommeil il dit: « ses derniers temps, je dors trop, et lorsque je veux me réveiller je ne peux pasen plus j'arrive toujours en retard au lycée », d'après ses dires on a constaté qu'il préfère dormir au lieu de se réveiller parce que c'est le seul moment où il est loin de la réalité. Concernant son appétit il dit : « je mange tout sans exception, je n'arrive pas à me contrôler surtout lorsque que je suis stressé, et puis ça me pose un problème parce que j'ai toujours un taux de glycémie élevé ».

Pour la fatigabilité il dit : je me sens, la plus part de temps, fatigué, surtout lors d'une hypoglycémie ». Donc la fatigabilité de Habib est liée à sa maladie, l'autre indicateur de la dépression est la diminution de ses activités il dit : « auparavant je fais beaucoup plus de sport qu'aujourd'hui ». D'après ses dires on a constaté qu'il fait le sport mais qu'il n'éprouve pas aussi de plaisir. En plus il a des difficultés à se concentrer : « il affirme qu'il n'arrive pas à suivre le prof lorsqu'il parle »...« je perds le fil, j'ai toujours la tête ailleurs je pense à ma maladie au traitement, il y'a plusieurs choses qui tournent dans ma tête », on a constaté que toutes ses pensées, ses préoccupations sont liées à sa maladie. Quand aux idées suicidaires il dit : « non je n'ai jamais pensé à me suicider ».

1-3- Présentation des résultats de l'échelle d'Habib:

Le sujet souffre d'une dépression légère avec une note de T= 12 située entre (12-19) sur l'échelle de Beck.

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I		x								
II	x									
III	x									
IV		x								
V		x								
VI	x									
VII	x									
VIII	x									
IX	x									
X		x								
XI		x								
XII		x								
XIII	x									
XIV	x									
XV		x								
XVI			x							
XVII		x								
XVIII				x						
XIX		x								
XX		x								
XXI	x									

Les résultats expriment dans la majorité des items des signes indicateurs de dépression mais avec des notes relativement faibles. Dans la moitié des items,

Indiquent une dépression mais à un degré léger, on trouve que **12 items** sont coté à (1).

Les items indicateurs de dépression :le **N°1**, et **l'items N°4** sur La perte de plaisir, **le N°5** sur le sentiment de culpabilité, **le N°10** sur les pleurs, **le N°11** sur l'agitation, **l'items N°12** sur la perte d'intérêt ,**le N°15** sur la perte d'énergie ,**le**

N°17 sur l'irritabilité, le N° 19 difficulté de concentration ,le N°20 sur la fatigue , sont marqués par un score très faible avec un score (1).

Ainsi les modifications dans les habitudes de sommeil le N°16, et le N°18 sur la modification de l'appétit qui sont des signes de dépression chez le sujet.

On remarque chez Habib que tous les indicateurs de dépression sont à un score très faible, avec un score de (1).

Synthèse:

D'après les données de l'entretien: Habib manifeste une mauvaise observance thérapeutique par rapport au suivi médical, et du dosage d'hba1c de 12,36%, Habib est connu comme non observant, en lien avec un manque de soins et l'attention de la part de sa famille ainsi son niveau économique.

L'échelle de dépression de Beck avec un score de T=12 indique que le sujet souffre d'une dépression légère, qui peut être liée d'après l'entretien à la non acceptation de la maladie

2- Le cas de Lamine :

2-1- Présentation de cas :

Lamine est un jeune adulte âgé de 38 ans célibataire, il est commerçant, il a un niveau d'instruction CEM, il a trois frères plus petits que lui ,il a découvert sa maladie de diabète de type 1 à partir d'un bilan sanguin demandé par son médecin après l'apparition de certains symptômes de diabète depuis 17 ans, il souffre d'une complication liée au diabète qui est rétinopathie .En consultation Lamine était souriant, calme, et s'est facilement exprimé.

2-2- Analyse de l'entretien:

La qualité d'observance thérapeutique de lamine est bonne, le patient respecte les rendez-vous médicaux et effectue les analyses. Il dit : « je consulte toujours mon médecin et je ne rate pas mes rendez-vous et chaque trois mois je fais les analyses sanguines, je suis obligé de les faire : c'est ma santé qui est en jeu ». On constate que le patient fait des efforts pour améliorer sa santé. Lamine suit littéralement son traitement il dit : « au début de ma maladie ça m'arrive de ne pas le prendre mais maintenant, je respecte l'horaire de prise d'insuline et je ne l'oublie jamais, ça fait partie de ma vie quotidienne ». Le patient possède un glucomètre : « il dit je fais 03 fois par jour au lieu de cinq et chaque jour ». Pour le régime alimentaire il dit « je respecte le régime je mange pas n'importe quoi, j'évite tout ce qui est sucré comme les pâtes, les fruits, les gâteaux, je mange pas beaucoup ». On constate que lamine s'intéresse beaucoup à sa santé, et il possède assez d'informations sur sa maladie.

Quant à l'activité physique il dit « je fais le footing chaque jour, parce que le fait de faire le sport ça diminue le glucose dans le sang ».

D'après l'entretien et les réponses obtenues on a constaté que lamine vit un malaise psychologique qui est une dépression légère, qui se manifeste par les pleurs le patient dit : « des fois ça m'arrive de pleurer, parce que ça a changé toute ma vie... ». On a un autre indicateur de dépression lamine dit qu'il a remarqué un changement dans son sommeil : « je me réveille plusieurs fois pendant la nuit car je fais trop de cauchemars et je trouve des difficultés pour me redormir ».

Concernant son appétit il dit : « qu'il n'a pas changé, seulement il mange des quantités limitées », donc il est lié à son régime alimentaire.

Pour la fatigabilité il dit : « je me fatigue souvent surtout lorsque je travaille ou lors d'une hyper ou hypoglycémie ». Donc cette fatigue fait preuve de l'impact de sa maladie. En plus il a des difficultés à se concentrer : « il dit je n'arrive pas à

me concentré pour longtemps, parce qu'il ya certains choses qui me viens à la tête, j'imagine que je suis marié, j'ai des enfants et une famille et je pense aussi à ma maladie ». J'ai constaté qu'il a peur que son état de santé s'aggrave, Quand aux idées suicidaires il dit : « auparavant sa m'arrive de pensé à se suicider, mais maintenant non jamais ».

2-3- Présentation des résultats de l'échelle de Lamine:

Le sujet souffre d'une dépression modérer avec une note T=14 située entre (12-19) sur l'échelle de Beck.

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I	x									
II		x								
III	x									
IV	x									
V		x								
VI	x									
VII	x									
VIII		x								
IX	x									
X		x								
XI		x								
XII		x								
XIII					x					
XIV	x									
XV		x								
XVI				x						
XVII		x								
XVIII	x									
XIX					x					
XX		x								
XXI	x									

Les résultats expriment dans la majorité des items des signes indicateurs de dépression mais avec des notes relativement faibles, dont la moitié des items,

indiquent une dépression mais à un degré léger, on trouve que **10 items** avec des scores de (1).

Les items indicateurs de dépression : le **N°2**, **le N°5** sur le sentiment de culpabilité, **le N° 8** et **le N° 10** sur les pleurs , **le N°11** sur l'agitation, **l'items N°12** sur le perte d'intérêt ,**le N°15** sur le perte d'énergie , modifications dans les habitudes de sommeil **le N°16** ,**le N°17** sur l'irritabilité ,**le N°20** sur la fatigue ,sont marqués par un score très faible avec un score **(1)**.

Ainsi les **N°13** sur l'indécision, et le **N°19** sur les difficultés de concentration avec un score de (2).

On remarque chez Lamine que tous les indicateurs de dépression sont à un score très faible, avec un score de (1).

Synthèse:

D'après les données de l'entretien: Lamine manifeste une bonne observance thérapeutique par rapport au suivi médical, et avec un dosage d'hba1c de 5,6 %, Lamine est connu comme observant, en lien avec l'acceptation de son diabète et ses connaissances sur sa maladie.

L'échelle de dépression de Beck avec un score de T=14 indique que le sujet souffre d'une dépression légère qui peut être causée par sa maladie donc ces signes sont en lien avec les symptômes de diabète.

3- Le cas d'Ahmed :

3-1- Présentation de cas :

Ahmed est un homme âgé de 37 ans, célibataire, son niveau d'instruction est de 3^{ème} année lycée. Il est chauffeur de camion, il est issu d'une petite famille ; il a deux petits frères, il a découvert son diabète depuis 18 ans. Il a été hospitalisé une fois à Oran, lors de la découverte de sa maladie. Maintenant il souffre de

complications liées au diabète qui est la rétinopathie et la tension artérielle. En consultation Ahmed était souriant, et il s'est facilement exprimé.

3-2- Analyse de l'entretien :

La qualité d'observance thérapeutique de Ahmed est bonne, Le patient respecte les rendez-vous médicaux et effectue les analyses. Il dit : « je Viens toujours en consultation chaque trois mois, et j'amène avec moi les résultats des analyses sanguins même les examens d'ophtalmo », Ahmed suit convenablement son traitement : « il dit je prend toujours avec moi mon traitement, je le fais trois fois par jour, je ne l'oublie pas, et lorsque je sors de la maison pour aller au travail je le prend avec moi ». Il dit aussi : « le fait de devoir prendre l'insuline trois fois par jour ça me pose pas de problème car il est toujours devant moi ,mais chaque jour c'est un peu fatigant c'est trop, et le fait d'arrêter de le prendre ce n'est pas possible, et puis si je veux resté vivant je doit vivre avec, car c'est une maladie chronique qui non guérisse pas ,je prend le traitement juste pour éviter les complications », j'ai remarqué que Ahmed possède des connaissances sur sa maladie, ce qui lui permet d'agir d'une façon correcte. Pour ce qui est de régime alimentaire il affirme qu'il ne suit pas un régime strict, mais il mange une quantité limitée, et qu'il essaye d'éviter les aliments et les boissons sucrées au maximum.

D'après ses dires on a constaté que Ahmed à assister à des séances d'éducatons thérapeutiques. Le patient possède un glucomètre : «il dit je l'utilise trois à quatre fois par jour et quotidiennement, et quand je voyage je le prends avec moi sans oublier l'insuline, je sais qu'il est nécessaire pour vivre » .on a constaté qu'il est conscient de sa maladie et comment faire pour rester en bonne santé. Pour l'activité physique ; « il dit je sais que l'activité physique est nécessaire, moi je ne le fait pas, mais je marche au moins 30 à 45 minutes chaque jour. »

D'après l'analyse de l'entretien on a constaté que Ahmed ne souffre d'aucun malaise psychologique ni d'une dépression, pour ce qui concerne les pleurs il

dit : « oui je pleurais au début de ma maladie pendant quelques jours, et lorsque le médecin m'a annoncé que j'ai le diabète », je pense que ses pleurs étaient réactionnel face à cette annonce. Pour son sommeil et son appétit il dit : « je n'ai pas remarqué un changement par rapport à mon sommeil des fois je dors la nuit, des fois dans la journée, tout dépend des horaires de mon travail, car je me déplace trop ». Quand à son appétit il dit : « tout à fait normal, seulement, je mange moins qu'avant, et à des quantités limitées, par ce que il fait partie de traitement, pour garder une valeur glycémique normale et être en bon santé ». Donc le changement des horaires de sommeil est en relation avec les horaires de son travail, et la diminution de la quantité des aliments est en lien avec son régime. Ainsi il affirme qu'il se sent un peu fatiguer à cause de ses déplacements et puis le diabète joue aussi un rôle surtout en cas d'hypoglycémie. Pour ses activités et ses loisirs : « il dit rien n'a changé, je n'ai pas d'autres activités à part mon travail, je n'ai pas le temps pour faire d'autres chose ».

Concernent les difficultés de concentration et les idées suicidaires il affirme : « qu'il n'a pas de difficulté de concentration, je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant ». Pour les idées suicidaires, il a dit : « au début de ma maladie ça m'arrive de penser à suicider mais je ne l'ai pas fait », d'après ses dires j'ai constaté que Ahmed au début de sa maladie a certains signes de dépression qui peuvent être réactionnels face à l'annonce de diagnostic.

3-3- Présentation des résultats de l'échelle d'Ahmed:

Le sujet ne souffre pas d'une dépression avec une note de T=04 située entre (0-11) sur l'échelle de Beck.

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I	x									
II	x									
III	x									
IV	x									
V	x									
VI	x									
VII	x									
VIII	x									
IX	x									
X	x									
XI		x								
XII	x									
XIII	x									
XIV	x									
XV		x								
XVI	x									
XVII		x								
XVIII										
XIX	x									
XX		x								
XXI	x									

Les résultats expriment dans la majorité des items que le patient ne souffre pas de dépression, dans presque l'ensemble des items, on trouve que **17 items** sont cotés à **(0)** et **4 items** sont cotés à **(1)**.

Les items qui indiquent l'absence de dépression chez le sujet sont **items** N°1, le N°2, et le N°4 sur La perte de plaisir, **le N°5** sur le sentiment de culpabilité, **le N°6** sur le sentiment d'être punie, **le N°7** sur le sentiment négatif envers soi-même , **le N°8**, **le N°9** sur les pensées ou désirs de suicider , **le N°10** sur les pleurs, et le N°13, le N°14, le N°16 sur les habitudes dans les habitudes de sommeil , **le N**

° **19** difficulté de concentration , **le N°20** sur la fatigue , **le N°21**, sont marqué par un score de **(0)**.

Quand à l'agitation dans **l'items N°11**, et la perte d'énergie dans **l'items N°15**, et **le N° 17** sur l'irritabilité, et la fatigue dans **le N°20** ,ce sont des signes de dépression chez le sujet avec un score de **(1)** ,mais qui ne permet pas d'affirmer le diagnostic de dépression .

Synthèse :

D'après les données de l'entretien : Ahmed manifeste une bonne observance thérapeutique par rapport au suivi médical, et du dosage d'hba1c de 6,09%, Ahmed est connu comme observant, qui peut être lié à ses connaissances sur sa maladie, et L'échelle de dépression de Beck avec le score T= 04 indique que le sujet ne souffre pas d'une dépression, qui peut être lié d'après l'entretien à l'acceptation et l'ancienneté de sa maladie.

4- Le cas de Karima :

4-1- Présentation de cas :

Karima est une femme âgée de 45 ans, célibataire, elle n'a jamais étudié, sans profession, elle a trois frères plus grands qu'elle et deux sœurs plus petits, elle à découvert son diabète depuis 19 ans lors de l'apparition de certain symptôme de diabète, elle a consulté un médecin qui lui a demandé de faire un bilan sanguin.

Karima a été hospitalisée quatre fois à cause d'une hyperglycémie parce qu'elle ne suivait pas les recommandations de son médecin, Maintenant elle souffre d'une complication liée au diabète qui est la rétinopathie et le goitre. En consultation Karima est venu seul, elle été triste, fatigué, mais s'est facilement exprimé.

4-2- Analyse de l'entretien :

La Qualité d'observance thérapeutique de Karima est mauvaise ,la patient ne respect pas les rendez vous médicaux : « elle dit auparavant je Viens chaque trois mois mais cette fois , je suis venu en retard , même pour le bilan sanguin ,parce que mes frères ne me laissent pas venir ,même pour les analyses complémentaires chez l'ophtalmo, je ne les ai pas fait parce que je n'ai pas d'argents mes frères refusent de me donner et mon père et ma mère sont mort , je suis fatiguée je ne peux plus ». D'après ses dires j'ai constaté que Karima ne respecte pas les recommandations de son médecin car ses frères exercent une impression sur elle chaque fois qu'elle veut venir en consultation, même son niveau économique joue un rôle. Karima suit littéralement son traitement : « elle dit je fais trois injection par jour, je ne l'oublie jamais, parce qu'il est important pour moi pour survivre, malgré que ses fatigant ».

La patiente possède un glucomètre : « il affirme qu'auparavant, je le fais toujours et plusieurs fois par jour mais maintenant je suis fatiguée, je l'utilise seulement lorsque je me sens pas bien ». Je pense que l'ancienneté de sa maladie influence négativement ses comportements de santé. Pour ce qui est du régime alimentaire, elle dit : « je ne suis pas un régime stricte comme avant, parce que je n'ai pas remarqué une amélioration par rapport à ma santé. » Peut être elle est désespérait de fait que le diabète est une maladie chronique qui ne guérisse pas.

Quant à l'activité physique elle dit : « premièrement je n'ai pas le temps en plus mes frères m'empêchent de sortir de la maison, mais je fais des activités légères même des fois forcée ». D'après ses dires j'ai constaté que ses frères son très rigides et qu'ils la traite mal.

D'après les résultats obtenu de l'échelle et de l'entretien on a constaté que Karima vit une souffrance psychologique , une dépression légère qui ce manifeste par les pleurs elle dit : « je pleur trop, lorsque je pense à ma maladie que j'ai le

diabète depuis 19 ans ,et que maintenant j'ai 45ans est je suis célibataire même si je me marie je ne peux pas avoir des enfants c'est trop , et mes parent qui sont morts, et mes frères qui me traitent mal ,oui je pleure ,même des fois j'ai l'impression que je ne sert à rien dans cette vie et je me demande pourquoi je suis vivante ». J'ai remarqué dans son discours une sorte de dévalorisation et même de désespoir. Nous avons un autre indicateur de dépression qui est un changement de l'appétit : «elle dit j'ai moins d'appétit qu'avant, je ne mange pas bien». Ainsi : « dix fois sa m'arrive d'être très triste au point où je n'ai envie de rien, ni de manger, ni de parler, je veux seulement être seule ».

Pour son sommeil : « elle dit que ses derniers temps, je dors trop « je dors tout la nuit je me réveille pas, même le matin c'est mon frère qui me réveille, si non je ne me réveille pas». Quand à la fatigabilité il dit : « je peux rien faire, je suis tout le temps dégoûté et fatigué ».D'après ses dires elle se sent fatiguée parce qu'elle travaille beaucoup. « Elle dit des fois je me sens comme une esclave qui travaille sans arrêt et pour rien et je suis aussi fatiguée moralement mes frères d'un côté et ma maladie de l'autre côté ». Pour ce qui concerne les difficultés de concentration d'après ses dires, Karima n'a aucun problème, on a un autre indicateur de la dépression qui est les idées suicidaires elle dit : « oui ça m'arrive de pensée à se suicider, même j'ai fait deux tentative de suicide une fois j'ai fais l'insuline puis je dormais sans mangé, l'autre fois je n'ai pas fais l'insuline toute la journée puis il mon hospitalisé ». J'ai constaté que Karima a fait ses deux tentative de suicidé pour fuir à sa réalité ou pour attirer leur attention par ce que elle dit : «lorsque je suis hospitalisé ses le seul moment où je sens que j'ai une famille et elle dit aussi la vie ne m'apporte rien de bon, la vie n'a pas de valeur pour moi».j'ai remarqué dans son discours qu'elle est vraiment désespérée.

4-3- Présentation des résultats de l'échelle de Karima:

Le sujet souffre d'une dépression légère avec une note de **T= 16** située entre **(12-19)** sur l'échelle de Beck.

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I		x								
II		x								
III	x									
IV		x								
V		x								
VI		x								
VII	x									
VIII	x									
IX		x								
X		x								
XI	x									
XII	x									
XIII		x								
XIV		x								
XV		x								
XVI						x				
XVII	x									
XVIII						x				
XIX		x								
XX		x								
XXI	x									

Les résultats expriment dans la majorité des items des signes indicateurs de la dépression mais avec des notes relativement faibles, dont plus de la moitié des items, indiquent une dépression mais à un degré léger, on trouve que **11 items** avec des scores de (1) et **2items** avec un score de (2).

Les items indicateurs de dépression : **le N°1**, et **le N°2**, le **N°4** sur La perte de plaisir, le **N° 5**, **le N°6** sur le sentiment d'être punie, **le N°7** sur le sentiment négatif envers soi-même , **le N°9** sur les pensées ou désirs de suicidé , **le N°10** sur les

pleurs, le N°13, le N°14, le N°15 sur la perte d'énergie , le N ° 19 difficulté de concentration , le N°20 sur la fatigue ,sont marqués par un score très faible avec un score (1).

Ainsi les modifications dans les habitudes de sommeil l'item N°16, et l'item N°18 sur la modification de l'appétit qui sont des signes de dépression chez le sujet avec un score de (2a).

Synthèse :

D'après les données de l'entretien: Karima manifeste une mauvaise observance thérapeutique par rapport au suivi médical, et du dosage d'hba1c de 10,35%, Karima est connue comme non observant, qui peut être liée d'après l'entretien à l'impression exercée sur elle de la part de sa famille et son niveau sociaux-économique faible,

L'échelle de dépression de Beck avec un score de T=16 indique que le sujet souffre d'une dépression légère qui peut être liée d'après l'entretien qui peut être lié à l'ancienneté de sa maladie et son âge et le fêta qu'il est célibataire.

5- Le cas d'Amina :

5-1- Présentation du cas :

Amina est une femme de 55ans, mariée, sa profession est femme au foyer, elle a un niveau d'instruction CEM, elle a deux frères et deux sœurs plus petits qu'elle, Amina a découvert sa maladie de diabète de type1 à partir d'un bilan sanguin depuis 21 ans, elle a été hospitalisée a cause d'une complication liée au diabète qui est la néphropathie. En consultation Amina était un peu stressé, et fatigué, mais s'est facilement exprimé.

5-2 Analyse de l'entretien:

La qualité d'observance thérapeutique de Amina est mauvaise ,la patiente respecte les rendez-vous médicaux ,elle a dit : « je consulte toujours mon médecin ,pour rester toujours en bonne santé elle ajoute aussi : je fait les analyses sanguins demandés par mon médecin chaque 3 mois ,j'ai rien qui m'empêche de venir».En trouve d'après ce qu'elle dit que Amina respecte les recommandations de son médecin , elle ajoute : « tellement mon mari est à mes cotés, il m'aide ,il me fait beaucoup de courage ,et j'ai pas des problèmes » .En comprend que Amina n'a pas des difficultés financiers et qu'elle reçois un soutien de la part de son mari. Pour ce qui est de traitement elle affirme qu'elle ne suit pas régulièrement son traitement ; Amina dit : « je fais l'insuline chaque jour, mais quelque fois sa m'arrive d'oublier celle de soir avant dormir ». La patiente possède un glucomètre qu'elle utilise trois fois par jour et environ trois jours par semaine ».D'après ses dires on a constaté qu'elle n'a pas le temps et puis sa lui fait mal.

Pour ce qui est du régime la patiente ne respecte pas son régime, elle a dit : « je ne respecte pas le régime, je mange beaucoup, surtout les pates, les sucres malgré que je suis consciente qu'ils ne sont pas bon pour ma santé ». Quant à l'activité physique Amina ne fait pas le sport elle a dit : « je ne pratique pas le sport, malgré qu'il est nécessaire pour moi, le médecin ma demander de le faire ...». On a remarqué que Amina possède assez d'informations sur sa maladie et aussi par rapport au comportement de santé mais elle ne le respecte pas, peut être Amina et désespérait ou l'ancienneté de sa maladie l'influence d'une manière négative.

D'après cet entretien et les réponses obtenues on constate que Amina, vit un malaise psychologique, qui est une dépression légère, qui se manifeste par des modifications au niveau de son appétit et son sommeil la patiente dit : « j'ai presque deux mois, je mange trop surtout lors d'une hypoglycémie, et pour mon

sommeil, je dors un peu moins que d'habitude, parce que la nuit lorsque tout le monde dort je commence à penser à mes enfants, ma maladie ... ». Quant à la fatigabilité elle dit : « je me fatigue plus facilement que d'habitude » j'ai constaté que ces changements dans son appétit et la fatigabilité sont en relation avec sa maladie, quand elle pleure Amina dit : « je pleure trop et pour la moindre des choses, par exemple lorsque je réalise que quelqu'un est mort, ou l'un de mes enfants tombe malade, et aussi au fait que j'ai 21 ans et que je suis malade et maintenant j'ai 55 ans mais rien n'a changé par rapport à ma santé ». D'après ses dires j'ai constaté qu'elle a peur de mourir ou l'un de ses enfants souffre de diabète à cause d'elle par ce que la majorité des diabétiques type 1 est héréditaire. Quand à l'idée suicidaire il dit : « non je n'ai jamais pensé à me suicider, je ne peux pas laisser mes enfants seuls ». Pour la concentration elle affirme : « qu'elle parvient à se concentrer toujours aussi bien qu'avant ».

5-3- Présentation des résultats de l'échelle d'Amina:

Le sujet souffre d'une dépression légère avec une note de total T=18 située entre (12-19) sur l'échelle de Beck.

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I								x		
II		x								
III					x					
IV		x								
V		x								
VI		x								
VII	x									
VIII	x									
IX	x									
X					x					
XI					x					
XII					x					
XIII	x									
XIV	x									
XV	x									
XVI				x						
XVII	x									
XVIII				x						
XIX	x									
XX		x								
XXI	x									

Les résultats expriment dans la majorité des items des signes indicateurs de la dépression mais avec des notes relativement faibles, plus d'une moitié des items indiquent une dépression, mais à un degré léger on trouve que 08 items avec des scores **(01)**.

Les items indicateurs de dépression sont : le N°2 le pessimisme, le N°4 sur la perte de plaisir, le N°5 sur le sentiment de culpabilité et le N°6 sur le sentiment

d'être punie, le N°16 sur les modifications dans les habitudes de sommeil et items N°18 sur modification de l'appétit et items N°20 sur la fatigue, sont marqués avec un score très faible avec un score (01).

Pour l'échec dans le passé est considérablement marqué par le sujet avec des scores élevés sa correspond au N°3 ou aussi les pleurs le N°10, et l'agitation N°11, perte d'intérêt N°12, qui compte un score(02), et le N°1 sur la tristesse avec un score de (3).

Synthèse :

Après L'analyse de l'entretien : Amina manifeste une mauvaise observance thérapeutique par rapport au suivez médical, et avec un dosage d'hba1c de 9,06 %, Amina est connu comme non observant, qui peut être liée à l'ancienneté de sa maladie.

L'échelle de dépression de Beck avec un score de T=18 indique que le sujet souffre d'une dépression légère qui peut être liée d'après l'entretien, à un sentiment de désespoir et son inquiétude pour l'état de santé de ses enfants.

6- Le cas de Nadia :

6-1- Présentation de cas:

Nadia est une jeune femme âgée de 36ans, mariée, elle a un niveau d'instruction 3^{ème} année au lycée, elle est coiffeuse, elle a deux sœurs, Nadia est diabétique insulino-dépendant depuis 19ans, la patiente ne souffre d'aucune complication liée au diabète, en consultation elle était souriante, motivée, et elle s'est facilement exprimée.

6-2- Analyse de l'entretien :

La qualité d'observance chez Nadia est mauvaise, la patiente respecte les rendez-vous médicaux elle dit : «je consulte toujours mon médecin et je ne ratte

jamais les rendez-vous, en plus je fais toujours les examens demandés par mon médecin, car j'ai peur que mon état de santé s'aggrave, mais malheureusement j'obtiens à chaque fois des mauvais résultats». Pour ce qui concerne son traitement elle dit : « je respecte les horaires de prise d'insuline mais pas comme avant, je fais trois injection par jour, je ne l'oublie jamais, elle ajoute c'est vrai que sa me dégoûte, mais je ne peux rien faire, surtout depuis mon mariage dans notre maison tous le monde s'occupe de moi mais là non ». J'ai constaté que ses changements sont liés à un manque d'attention de la part de sa nouvelle famille, la patiente possède un glucomètre mais elle ne fait pas les testes glycémiques quotidiennement elle dit : « auparavant je l'utilise chaque jour et plusieurs fois, mais maintenant j'ai d'autres occupations et d'autres responsabilités ». Concernent le régime alimentaire elle dit : «je mange, mais à des quantités limités, parce que le médecin me la demander, pour éviter les complications ».

Pour ce qui est de l'activité physique elle dit: « quand j'étais célibataire je fais le sport, mais maintenant mon mari refuse, mais je marche chaque jour ».

D'après l'entretien et les réponses obtenues on a constaté que Nadia vit un malaise psychologique qui est une dépression légère, qui se manifeste par les pleurs la patiente dit : « oui sa m'arrive de pleurer parce que, je suis loin de mes parents j'ai juste deux mois de mariage, en plus j'ai peur pour mon futur bébé ». J'ai constaté que ses pleurs ont un lien avec sa séparation avec ses parents, et son inquiétude par rapport à son futur bébé. On a un autre indicateur de dépression qui est le changement dans son sommeil elle dit : « je dors un peu plus que d'habitude ». D'après ses dires j'ai constaté que ses changements sont en lien avec la fatigabilité qui est un autre indicateur de dépression. Nadia dit : « je me sens un peu fatiguée ces derniers temps peut être c'est liée à ma grossesse ». Concernant les difficultés de concentration elle dit : « je trouve des difficultés à me concentrer surtout lorsque je suis au travail, je pense surtout à mon futur enfant, j'ai peur qu'il soit diabétique et ou qu'il souffre comme moi ». Quant à l'idée suicidaire elle

dit : « non je ne pense pas à me suicidée, tant que mon mari est à mes cotés, et ce petite fœtus me donne l'espoir ».

6-3- Présentation des résultats de l'échelle de Nadia:

Le sujet souffre d'une dépression modérer avec une note de T=14 située entre (12-19) sur l'échelle de Beck.

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I		x								
II	x									
III	x									
IV		x								
V		x								
VI	x									
VII	x									
VIII		x								
IX	x									
X		x								
XI		x								
XII		x								
XIII		x								
XIV	x									
XV		x								
XVI				x						
XVII		x								
XVIII	x									
XIX		x								
XX		x								
XXI		x								

Les résultats expriment dans la majorité des items des signes indicateurs de dépression mais avec des notes relativement faibles, dans la moitié des items, indiquent une dépression mais à un degré léger, on trouve que **14 items** avec des scores de (1).

Les items indicateurs de dépression :le N°1 sur la tristesse, et l'items N°4 sur la perte de plaisir, le N°5 sur le sentiment de culpabilité, , le N° 8 , le N°10 sur les pleurs, le N°11 sur l'agitation, l'items N°12 sur la perte d'intérêt , , le N° 13, le N°15 sur la perte d'énergie , , le N° 16 ,le N°17sur l'irritabilité, le N ° 19 difficulté de concentration ,le N°20 sur la fatigue , le N° 21 ,sont marqués par un score très faible avec un score (1). On remarque chez Nabila que tous les indicateurs de la dépression sont à un score très faible, avec un score de (1).

Synthèse:

D'après les données de l'entretien: Nadia manifeste une mauvaise observance thérapeutique malgré qu'elle respect les recommandations de son médecin, soit avec un dosage d'hba1c de 8,10%, Nabila est connue comme non observant, en lien avec un manque de soin de la part de la famille de son marie, comme elle est trop occupée par son travail.

L'échelle de dépression de Beck avec un score de T=14indique que le sujet souffre d'une dépression léger qui peut être liée d'après l'entretien à son inquiétude sur sa santé ou peut être en lien avec sa grossesse.

7- Le cas de Nabila :

7-1- Présentation de cas :

Nabila est une femme âgée de 42 ans, célibataire, qui n'a jamais étudié, sans profession, elle a quatre sœurs plus petites qu'elle. Elle à découvert son diabète, après son hospitalisation pendant 15 jour à cause d'une hyperglycémie, sa fait maintenant 2ans, elle suit aussi un traitement psychiatrique, Nabila était accompagnée par sa sœur. En consultation Nabila avait l'air triste et timide, fatiguée, et elle a peu parlée.

7-2- Analyse de l'entretien :

D'après ses dires et celle de sa sœur en consultation chez le médecin Nabila présente une mauvaise observance par rapport au suivi médical : « elle dit je Viens chaque trois moi, est je fais les analyses, mais c'est ma sœur qui m'oblige à les faire et de venir en consultation ». Lorsque je lui demandais pourquoi elle ma répondu, je suis fatiguée, si je reste vivante ou je meurs sa ne change rien pour moi, j'ajoute juste de responsabilité pour mon père qui ne travaille pas ». On a constaté que Nabila refuse de venir en consultation et de faire les analyses sanguins à cause de son niveau sociaux-économique, par rapport à son traitement : « elle dit normalement je dois faire quatre injection par jour ,mais moi je fais seulement trois fois ,je ne fais pas celle du matin ,parce que je ne me réveille pas tôt et je ne prends pas le petit-déjeuner , je lui pose la question à qu'elle heure vous vous réveillez ? Elle ma répondu : « je me réveille à 11heure » ,et même sa lui arrive d'arrêter le traitement lorsqu'il lui fait mal l'hors de l'injection ou quand elle se sens mieux et que le fait de devoir le prendre chaque jour sa le dégoute »,

Même sa sœur a confirmé ses paroles lors de sa consultation chez le médecin .La patiente possède un glucomètre elle dit : « c'est ma sœur qui m'oblige à le faire, la preuve que le médecin lui a demandé de remplir un courbe en mentionnant les résultats de taux de glycémie le matin et après deux heures de repas de midi et le soir ,mais en consultation elle ne la pas remplit ». On a remarqué que Nabila s'enfiche complètement ou peut être essaye de diminuer comme elle peut la contrainte de sa maladie et de traitement .Pour le régime alimentaire : « elle dit que je mange tous sans exception ,c'est ce que sa sœur affirme au médecin en lui demandant d'expliquer à sa sœur le risque et la gravité de sa maladie ». Je pense que Nabila n'a pas assez d'informations sur sa maladie, pour agir d'une façon optimale. Quant à l'activité physique, Nabila ne fait ni sport, ni marche, ni activité légère à la maison, pour elle tout sa s'est

fatigant elle a dit : « moi je fais rien je me réveille je mange puis je rentre dans ma chambre et je dors depuis que je suis malade c'est la seule chose que je fais ».

D'après l'entretien et les réponses obtenues on a constaté que Nabila vit un malaise psychologique, une dépression modérée qui se manifeste par les pleurs la patiente dit : « je pleure presque tout le temps et pour la moindre des choses, surtout lorsque je me rappelle que je suis malade et que je prend un traitement psychiatrique et aussi j'ai frappé mon père avec le faire à repassé, et qu'il a été hospitalisé pendant 15 jours dans le coma, et ma sœur avec un miroir, oui je pleure parce que j'aurais pas dû faire ça ». On a remarqué que la patiente regrette, et elle se sent coupable et elle me raconte et les larmes dans ses yeux. On a un autre indicateur de dépression Nabila remarque un changement dans son appétit est dit : « je mange trop surtout ces derniers mois ».

Lorsque je lui ai dit pourquoi elle m'a répondu : « presque je suis tout le temps dégoûtée, et je ne sors pas de la maison, donc j'ai rien à faire à part manger et dormir ». Quant à ses activités et loisirs elle a dit : « je ne fais rien, je suis toute le temps à la maison, parce que je suis tout le temps fatiguée ».

Qui est un autre indicateur de dépression, pour les difficultés de concentration elle m'a répondu : « J'ai des difficultés à me concentrer je me dis pourquoi je suis malade, pourquoi je ne suis pas mariée, pourquoi je n'ai pas étudié comme le reste de mes sœurs ». Donc ici on a un autre indicateur qui est un sentiment d'échec dans le passé, et un sort de colère. Pour les idées suicidaires elle dit : « oui j'ai certaines idées c'est pour cela je suis toujours accompagné par ma sœur et ne me laisse pas sortir seule de la maison, parce que je pense si l'occasion se présente je le ferais pour la troisième fois ». Lorsque je lui ai posé la question que voulez-vous dire par cela elle m'a dit : « j'ai essayé de me suicider deux fois au début de ma maladie une fois chez mes grands parents et l'autre fois dans notre maison,

où il mon hospitalisé pendant un mois dans un hôpital psychiatrique .d'après ses dires est les symptômes décrites par la patiente après l'annonce de sa maladie ,on a constaté qu'elle souffrez d'une dépression .

7-3- Présentation des résultats de l'échelle de Nabila:

Le sujet souffre d'une dépression modéré avec une note de **T= 23** située entre **(12-19)** sur l'échelle de Beck.

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I		x								
II		x								
III		x								
IV		x								
V		x								
VI		x								
VII		x								
VIII		x								
IX								x		
X					x					
XI		x								
XII		x								
XIII		x								
XIV		x								
XV		x								
XVI						x				
XVII		x								
XVIII		x								
XIX		x								
XX		x								
XXI	x									

Les résultats expriment dans la majorité des items des signes indicateurs de la dépression mais avec des notes relativement faibles. Dont la majorité des items, Indiquent une dépression modérée, on trouve que **16 items** sont coté à **(1)**.

Les items indicateurs de dépression : le N°1, et le N°2, le N°4 sur La perte de plaisir, le N°5 sur le sentiment de culpabilité, le N°6 sur le sentiment d'être punie, le N°7 sur le sentiment négatif envers soi-même, le N°8, le N°11, le N°12 sur la perte d'intérêt, le N°13, le N°14, et la perte d'énergie dans le N°15, et l'irritabilité dans le N°17, le N°18 sur la modification de l'appétit, le N°19 sur les difficultés de concentration, le N°20 sur la fatigue, sont marqués par un score de (1).

Pour ce qui concerne le N°16 sur les modifications dans les habitudes de sommeil, et les pleurs dans le N°10 avec un score de (2), et les pensées ou désir de suicide dans le N°9 avec un score de (3), ce sont les grands scores et des signes de dépression chez la patiente. On remarque chez Nabila que presque tous les indicateurs de dépression sont manifestés par la patiente.

Synthèse :

Après l'analyse de l'entretien : Nabila manifeste une mauvaise observance thérapeutique par rapport au suivi médical, et du dosage d'hba1c de 10,3%, Nabila est connue comme non observant, qui peut être liée à son niveau socio-économique faible, manque de connaissance sur sa maladie.

L'échelle de dépression de Beck avec un score de T=23 indique que le sujet souffre d'une dépression modérée qui peut être liée d'après l'entretien, au fait qu'elle n'a pas encore accepté sa maladie.

8- Le cas de Samir :

8-1- Présentation de cas :

Samir est un homme de 36ans, marié, il est le 3^{ème} de fratrie, il est commerçant, il a un niveau d'instruction CEM, il a découvert son diabète type 1 après avoir effectué un bilan sanguin depuis 14ans, il ne souffre d'aucune complication liée au diabète, il a été hospitalisé une fois à cause d'hypoglycémie. En consultation Samir était souriant, très calme et s'est facilement exprimé.

8-2- Analyse de l'entretien de cas :

La qualité d'observance thérapeutique de Samir est mauvaise, le patient respecte les rendez-vous médicaux et effectue les analyses : « il dit je consulte toujours mon médecin et je ne rate pas mes rendez-vous et chaque 03 mois je fais les analyses sanguines ,est que rien m'empêche de venir ». Samir ne suit pas littéralement son traitement il dit : « je fais trois injections par jour ,mais je ne respecte pas les horaires de prise d'insuline parce que je ne suis pas libre, je travail tous le temps et je me déplace toujours ». Il ajoute «dix fois, j'oublie mon traitement surtout ses dernier temps parce que ma femme est hospitalisé, malgré que je sais qu'il est important pour rester en bonne santé». Donc ses changements et les oublies dans la prise de traitement son liés à son travail et très occupé par sa femme qui est malade. Le patient possède un glucomètre, il dit « je fais une fois par jour ou lieu de cinq tests et cinq fois par semaine parce que c'est toujours la routine c'est fatigant, même je n'ai pas le temps ».

Pour le régime alimentaire il dit : « je ne respecte pas le régime parce que je mange toujours ailleurs, je Connais très bien les aliments interdits lorsqu'on est diabétique, mais je n'ai pas le choix ». Quant à l'activité physique il dit : « je ne fais pas le sport toujours, mais je marche chaque jour pour aller au travail ». On a constaté que Samir possède assez d'informations sur sa maladie et son traitement, mais il les Suits pas en lien avec sa situation familiale et économique ainsi que son travail. D'après l'analyse de l'entretien on a constaté qu'Ahmed souffre d'un malaise psychologique qui est une dépression légère. Qui se manifeste par les pleurs il dit : « je pleur dis foi, surtout ses dernier temps j'ai peur, que l'état de santé de ma femme s'aggrave en plus ses la seul qui s'occupe de moi, et même dis fois je me sens triste surtout lorsque je suis seul ». Pour son sommeil et son appétit il dit : « pour mon sommeil, je me réveil plusieurs foi pendant la nuit, pour uriné et même je fais plusieurs cauchemar ». concernant son appétit il dit : « je ne mange pas trop ses derniers temps, je n'ai pas le gout, surtout le soir, même sa

m'arrive dis moi de ne pas manger ». Ainsi il affirme qu'il se sent un peu fatiguer à cause de ses déplacements et puis le diabète joue aussi un rôle important.

Concernant ses activités et ses loisirs il dit : « auparavant je faisais la musculation, mais ça fait environ un an, j'ai arrêté parce que je n'ai pas le temps et même, je suis presque tout le temps fatigué ». Qui est un autre indicateur de dépression il dit : « je suis très fatigué pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant ». On a constaté que cette fatigabilité illustre l'impact considérable de la maladie sur le sujet. Quant à la difficulté de concentration il dit : « oui surtout lors d'une hyperglycémie, je ne parviens pas à me concentrer ».

Concernant les idées suicidaires il dit : « non peut-être au début de ma maladie j'ai pensé à me suicider, mais maintenant non, parce que j'ai une famille qui a besoin de moi, et qui me donne l'espoir et l'envie de vivre ». Donc la majorité des signes de dépression sont liés à l'impact de diabète sur le sujet, ainsi à sa situation familiale.

8-3- Présentation des résultats de l'échelle de Samir:

Le sujet souffre d'une dépression légère avec une note de total T=13 située entre (12-19) sur l'échelle de Beck.

	0	1	1a	1b	2	2a	2b	3	3a	3b
I		x								
II	x									
III	x									
IV		x								
V	x									
VI	x									
VII	x									
VIII	x									
IX	x									
X		x								
XI		x								
XII		x								
XIII		x								
XIV	x									
XV		x								
XVI				x						
XVII		x								
XVIII		x								
XIX		x								
XX					x					
XXI	x									

Les résultats expriment dans la majorité des items des signes indicateurs de dépression mais avec des notes relativement faibles, dont la moitié des items, indiquent une dépression mais à un degré léger, on trouve que **11 items** avec des scores de (1).

Les items indicateurs de dépression :le N°1, et l'items N°4 sur La perte de plaisir, le N°10 sur les pleurs, le N°11 sur l'agitation, le N°12 sur la perte d'intérêt ,le N° 13 sur l'indécision ,le N°15 sur la perte d'énergie ,le N° 16 , le

N°17 sur l'irritabilité, le N°18 sur la modification de l'appétit, le N°19 difficulté de concentration, le N°20 sur la fatigue, sont marqués par un score très faible avec un score (1).

Ainsi le N°19 sur les difficultés de concentration, qui est un autre signe de dépression chez le sujet, avec un score de (2).

Synthèse:

D'après les données de l'entretien: Samir manifeste une mauvaise observance thérapeutique par rapport au suivi médical, et du dosage d'hba1c de 10,01%, Samir est connu comme non observant, en lien avec son travail et ainsi son niveau économique.

L'échelle de dépression de Beck avec un score de T=13 indique que le sujet souffre d'une dépression légère qui peut être liée à l'impact des symptômes de diabète sur le sujet.

II- Discussion des hypothèses:

Dans cette partie nous allons vérifier nos hypothèses sur la qualité d'observance thérapeutique et la dépression pour pouvoir les discuter selon les résultats obtenus dans notre pratique.

Notre première hypothèse est : « la qualité d'observance thérapeutique chez les adultes insulino-dépendants est mauvaise ».

D'après l'analyse des données de l'entretien et on se basant sur deux éléments choisis : comportement de santé et résultat bioclinique, il semble que notre hypothèse est confirmée par rapport à six cas sur huit, que nous pouvons diviser en deux groupes : sujets non observant et observant.

Pour le premier groupe qui comprend : Karima, Samir, Habib, Nabila, Amina, Nadia. Les cinq premiers cas, manifestent une mauvaise observance thérapeutique qui se traduit par des comportements d'abandons ou d'oubli de traitement et un taux d'HbA1c qui varie entre 9,06% à 12,37% et un taux moyen de 9,97%.

Pour le cas de Nadia, même si elle respecte les recommandations de son médecin et les rendez-vous médicaux, elle est classée comme étant non observant parce que le taux d'hémoglobine est très élevé 8,10%.

D'après les données de l'entretien on a constaté que divers contraintes peuvent contribuer une entrave au bon suivi de traitement qui : peut être lié à la qualité des relations avec la famille, l'aspect financier, il est intéressant de noter que le coût peut être source de motivation ou d'abandons, la durée de traitement joue certainement un rôle important.

La prise en charge d'une maladie chronique est beaucoup plus difficile à assurer par les patients, les horaires de travail, manque de connaissances sur la maladie pour agir d'une façon correcte, la non acceptation ou le déni de la maladie.

Pour le second groupe comprend : Ahmed, Lamine .Ces derniers manifestent une bonne observance par rapport au rendez-vous médicaux et les recommandations de leur médecin.

Leurs comportements de santé sont justifiés par les résultats d'Hba1c Ahmed 6,09%, Lamine 5,60% qui est lié selon les propos de sujet à l'ancienneté et l'acceptation de leur maladie et la compréhension de traitement.

Notre deuxième hypothèse : «La dépression est l'une des déterminants de la non observance chez les diabétiques »

D'après l'analyse des données de l'entretien et l'échelle de dépression de Beck, il semble que notre hypothèse est confirmée par rapport à six cas sur huit ces sujets sont : Karima, Habib, Nadia, Amina, Samir, Nabila.

Pour les cinq premiers cas présentant une mauvaise observance et une dépression légère avec une note qui varie entre 12et19sur l'échelle de dépression et un score moyen de14, 6%.

Concernant le cas de Nabila, elle présente une dépression modérée avec une note de 23, qui est marquée par les idées suicidaires avec un score de (3). Notre hypothèse est infirmée par rapport à un seul cas : Ahmed qui présente une bonne observance thérapeutique et ne souffre d'aucun malaise psychologique en relation avec l'ancienneté et l'acceptation de sa maladie.

D'après les données recueillies on remarque un mauvais contrôle glycémique chez les sujets déprimés, comme il semble être un facteur prédictif de mauvaise observance, plus particulièrement médicamenteux et des règles

hygiéno-diététiques, piliers de la prise en charge. La présence d'une dépression caractérisée est donc un frein à la bonne prise en charge du diabète en altérant l'observance thérapeutique.

Les résultats obtenues dans le cadre de notre recherche on a pu confirmer notre hypothèse de recherche par rapport à six cas sur huit, ces résultats méritent d'être pris en considération avec un échantillon plus large afin qu'on puisse généraliser les résultats.

Conclusion

Conclusion :

Ce travail sur l'observance thérapeutique chez les adultes insulinodépendants nous a permis, d'enrichir nos connaissances sur cette maladie chronique, qui affecte le côté physique par ces complications et le côté psychique par les pathologies liées à celle-ci, comme la dépression, l'anxiété, le stress... Qui sont des sources de souffrance chez ce patient. Comme il nous a permis d'appliquer les informations et les connaissances que nous avons apprises durant les cours théoriques à l'université, et aussi de vérifier nos hypothèses.

Pour réaliser notre recherche, on a opté pour la méthode descriptive qui est utilisée dans le domaine de la psychologie, et qui englobe un ensemble de techniques et d'outils qui permet d'avoir des informations sur le sujet et qui se concentrent sur le cas.

Dans notre recherche on a utilisé l'entretien clinique semi directif et l'échelle de dépression de Beck, pour avoir des résultats fiables.

D'après l'analyse des résultats on a pu confirmer notre hypothèse par rapport à six cas sur huit, sur notre hypothèse qui concerne : la qualité d'observance thérapeutique chez les adultes diabétiques insulinodépendants est mauvaise et ses déterminants c'est la dépression.

Nous espérons par le biais de cette recherche, que nous avons contribué à ouvrir des nouveaux ports pour d'autres recherches.

Bibliographie

La liste des ouvrages :

- 1-André.M (2006), «**j'ai de diabète**», paris, édition First.
- 2-American psychiatric Association DSM-IV(2003), « **Manuel diagnostique et statistique des Troubles mentaux** », Paris, 4^{eme} édition Masson.
- 3-Bloom Anold et Irland John (2006), « **Atlas en couleurs du diabète** », Paris, Maloine S.A. éditeur 27 de l'école de médecine 75006.
- 4-Chicouri M. J (1983), « **Diabète** », Paris, édition Masson.
- 5-Cottraux .j (1999), « **Thérapie cognitivo-comportementale** », Paris, édition Masson.
- 6-Charles-Siegfried Peretti (2013), « **comprendre et soigner la dépression** », Paris, édition Elsevier Masson.
- 7-Christophe André(2008), « **le guide de psychologie de la vie quotidienne** », Odile Jacob.
- 8-Delly Damient (1985), « **diabète et nutrition** »,vigot ,Ed :MSN.
- 9-Evelyne Pewzner (2003), « **Introduction à la psychopathologie de l'adultes** », Paris, édition Armand colin.
- 10-Grimaldi. A et Thervet .F(1987), «**les diabètes et les hyperglycémies**», paris, édition médicale internationales 62 rue des Mathurine.
- 11-Guy Besançon (2005), « **Manuel de psychopathologie** », Paris, édition Dunod.
- 12-Grimaldi. A. et all (1987),« **Le diabète et les hypoglycémies** », Paris, édition Médicales Internationales(EMI).

- 13-Grimaldi. A, et all, (2009), « **Guide pratique de diabète** », Paris, 4^{eme} Edition Elsevier, Masson
- 14-Hennen. G (2001), « **Endocrinologie** », édition de Boeck
- 15-Jane Ogden (2014) «**psychologie de la santé**»,2^{eme} édition, copyright, groupe de Boeck.
- 16-Jean-Louis PEDINIELLI (2005), «**introduction a la psychologie clinique** », Paris, édition Armand colin.
- 17-Jean Jacques ALTMAN et Roxane DUCLOUX et Laurence LEVY-DUTEL (2012), « **le grand livre du diabète** », Paris, édition EYROLLES
- 18-Khadija Chahraoui et Hervé Bénony(2003), « **Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique** », Paris, édition Dunod.
- 19-Khalifa.S (2001), « **le diabète sucré** », Alger : office des publications universitaires, édition INESSM.
- 20-Khiati.M (2005), « **le diabète sucré chez l'enfant** », Alger : office des publications universitaire, édition INESSM.
- 21-Lacroix.A (2003), «**autour du vécu psychique des patients atteint d'une maladie chronique**», paris.
- 22-Lydia FERNANDEZ et Agnès BONNET(2007), « **les méthodes et la pratique en psychopathologie et en psychologie clinique** », Paris, édition INPRESS.
- 23-Marilou Bruchon-Schweitzer et Emile Boujut (2014) ,«**psychologie de la santé**»,Paris,2^{eme} édition Dunod .
- 24-Martin Buysschaert (2006), «**Diabétologie clinique**», canada, édition Boeck.

25-Martine Bouvard et Jean Cottraux (2002), « **protocole et échelles d'évaluation en psychiatrie et en psychologie** », Paris, édition Masson.

26-OMS :(2009), « **Diabète** », Genève, aide-mémoire N° :312.

27-Perlemuter. L et Collin. G et Hortet. G (2002), « **diabète et maladie métabolique** », Paris, édition Masson.

28-Renard. E(1994), « **le diabète au quotidien** », Paris, édition Jacob.

29-Serge SULTAN et Isabelle VARESCON (2012) , «**psychologie de la santé**»,Paris,1^{ere} édition puf .

Article et Revue :

1-BANDURA A. (2003), « **Le sentiment d'efficacité personnelle** », Bruxelles ,1^{ere} édition de Boeck,p :12.

2-Bourdon Bruno (2009/2012), «**un patient, son diabète, ses représentations**», Institut de Formation en Soins Infirmiers, VAL DE LYS –ARTOIS SAINT VENANT,p :16.

3-Bartha Christina et al (1999), « **La dépression : Guide a l'intention des personnes déprimées et leur famille** », canada, Camh ,p :316.

4-Briffault et Xavieret al (2007), « **La dépression en savoir plus pour en sortir** », édition Inpes , p:23.

5-Cathy Lloyd (Mars 2008), « **l'impact de diabète sur la dépression et de la dépression sur le diabète** », Diabète Voice, Volume 53, Numéro 1,p :23-24.

6-Chakib. M (Décembre 2011), « **Santé** », in Mag- n°01,p :31.

7-Courtet.P (2011), « **diabète et dépression** », La Lettre du Psychiatre, Vol. VII - n° 3,p :88.

8-Fournier. C (Septembre, 2010), « **Le diabète un problème de la société** », in Le médecin de Québec, Vol.45, n°9, p : 57.

9-Jacobson .G(1993), « **Dépression et diabète** », care vol, 16, numéro 08,p :162

10-Jouzier. E (2007), « **L’histoire de diabète** », in Laboratoire de biochimie fondamentale et clinique, Faculté des sciences pharmaceutiques, Université Victor- Segalen Bordeaux2, 146, Rue-Léo-Soignat.

11-Lacroix.A (1996), « **D’éducation du patient**», Bulletin, Genève, unité de traitement et d’enseignement pour diabétiques, Hôpital cantonal universitaire, vol .15, n°3,p :78-79.

12-Magalie Garcia et Dr Caroline Sanz et Pr .Laurent Schmitt (2012), « **Dépression et diabète : Quelles influences réciproques ?**», vol. 7 • numéro 57,p :105.

13-Moreau. A et Queneau .P(2005), «**la décision thérapeutique personnalisée, observance médicamenteuse**», la revue de praticien : 55,p :899-902.

14-REACH. G (2006), « **Clinique de l'observance, l'exemple des diabètes** », Editions John Libbey Eurotext,p :12.

15-Scheen. AJ et D. Giet (2010), «**NON-observance thérapeutique: causes, conséquences, solutions**», Edition Rev Med Liège,p :240-245.

16-Sylvie Lemozy–Cadroy(Juillet 2008),« **l’éducation thérapeutique :place dans les maladie chronique exemple de diabète** »,p :1-2.

17-Walter Zogg (2000), « **Revue de quelques psychothérapies utilisées dans le traitement des états dépressifs** », édition EMH,p :2094.

1-Deccache (1994), « **compliance aux traitements des maladies chroniques : approche éducative globale** », UCL, Ecole de sante publique, Education pour la sante, Louvain-en Woluwe.

Dictionnaire :

1-Delamare. G(2009), « **Dictionnaire illustré des termes de médecine** »,Malouine, Edition Elsevier Masson .

2-Dictionnaire (2007), « **le petite Larousse de la médecine** », Madrid, édition Larousse.

3-Henriette B et Ronald Cle (2007), « **grand dictionnaire de psychologie** », Edition Larousse.

4-Larousse médicale (1995/2000), « **Larousse bordas** », édition Larousse.

5-Quevauvilliers. J (2007), « **Dictionnaire médicale** », Paris, 5^{eme} Edition Masson.

6-SILLAMY Norbert(1999) « **dictionnaire de psychologie** », Paris, Edition Larousse.

Site :

hhh/ :www.BD I-II.com consulté le 19/04/2016 a 12 :34

Annexes

ANNEXE : 1

Guide d'entretien :

Axe 1 : les caractéristiques personnelles.

- Prénom :
- Age :
- Niveau d'instruction :
- Situation familiale :
- Profession :
- Depuis quand vous avez su que vous êtes malade ?

Axe 2 : Qualité d'observance :

- Consultez -vous régulièrement votre médecin traitant ?
- Faites vous les analyses sanguines demandées par votre médecin ?
- Quelle est la valeur des trois derniers tests d'hémoglobine ?
- Faites vous les examens complémentaires recommandés par votre médecin ?
- Respectez-vous les horaires de prise d'insuline? Comme bien prenez vous par jour ?
- Avez-vous un glucomètre ?si oui, Comme bien de test glycémique faites vous par jour et par semaine ?
- Vous arrive-t-il parfois d'être contrarié(e) par le fait de devoir prendre l'insuline quotidiennement et plusieurs fois par jour ?
- Quant vous, vous sentez mieux, vous arrive-t-il d'arrêter de prendre votre traitement?
- Respecter vous les régimes alimentaires que votre médecin vous a prescrits ?
- Pratiquez-vous une activité physique ?

Axe 3: dépression

- Est-ce que vous avez remarqué un changement au niveau de votre appétit ?
- Avez-vous remarqué un changement par rapport à votre sommeil ?
- Est-ce que vous sentez fatigué dernièrement ?
- Vous arrive t-il d'avoir envie de pleurer ?
- Quel sont vos activités et vos loisirs ?
- Avez-vous des difficultés de concentration ?
- Est-ce que l'idée de suicide vous est déjà venu à l'esprit ?

ANNEXE N°2))

Situation de
famille :

Nom :

Âge :

Sexe :

☐ marié(e)☐ divorcé(e)☐ séparé(e)

Niveau d'études :

☐ vivant maritalement☐ Veuf (ve)☐ célibataire

Consigne: Ce questionnaire comporte 21 groupes d'énoncés. Veuillez lire avec soin chacun de ces groupes puis, dans chaque groupe, choisissez l'énoncé qui décrit le mieux comment vous vous êtes senti(e) **au cours des deux dernières semaines, incluant aujourd'hui**. Encerclez alors le chiffre placé devant l'énoncé que vous avez choisi. Si, dans un groupe d'énoncés, vous en trouvez plusieurs qui semblent décrire également bien ce que vous ressentez, choisissez celui qui a le chiffre le plus élevé et encerclez ce chiffre. Assurez-vous bien de ne choisir qu'un seul énoncé dans chaque groupe, y compris le groupe n° 16 (modifications dans les habitudes de sommeil) et le groupe n° 18 (modifications de l'appétit).

1- Tristesse

- 0 Je ne me sens pas triste.
- 1 Je me sens très souvent triste.
- 2 Je suis tout le temps triste.
- 3 Je suis si triste ou si malheureux (se), que ce n'est pas supportable.

2- Pessimisme

- 0 Je ne suis pas découragé(e) face à mon avenir.
- 1 Je me sens plus découragé(e) qu'avant face à mon avenir.
- 2 Je ne m'attends pas à ce que les choses s'arrangent pour moi.
- 3 J'ai le sentiment que mon avenir est sans espoir et qu'il ne peut qu'empirer.

3- Échecs dans le passé

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'avoir échoué dans la vie, d'être un(e) raté(e).
- 1 J'ai échoué plus souvent que je n'aurais dû.
- 2 Quand je pense à mon passé, je constate un grand nombre d'échecs.
- 3 J'ai le sentiment d'avoir complètement raté ma vie.

4- Perte de plaisir

- 0 J'éprouve toujours autant de plaisir qu'avant aux choses qui me plaisent.
- 1 Je n'éprouve pas autant de plaisir aux choses qu'avant.
- 2 J'éprouve très peu de plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.
- 3 Je n'éprouve aucun plaisir aux choses qui me plaisaient habituellement.

5- Sentiments de culpabilité

- 0 Je ne me sens pas particulièrement coupable.
- 1 Je me sens coupable pour bien des choses que j'ai faites ou que j'aurais dû faire.
- 2 Je me sens coupable la plupart du temps.
- 3 Je me sens tout le temps coupable.

6- Sentiment d'être puni(e)

- 0 Je n'ai pas le sentiment d'être puni(e).
- 1 Je sens que je pourrais être puni(e).
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

7- Sentiment négatifs envers soi-même

- 0 Mes sentiments envers moi-même n'ont pas changé.
- 1 J'ai perdu confiance en moi.
- 2 Je suis déçu(e) par moi-même.
- 3 Je ne m'aime pas du tout.

8- Attitude critique envers soi

- 0 Je ne me blâme pas ou ne me critique pas plus que d'habitude.
- 1 Je suis plus critique envers moi-même que je ne l'étais.
- 2 Je me reproche tous mes défauts.
- 3 Je me reproche tous les malheurs qui arrivent.

9 - Pensées ou désirs de suicide

- 0 Je ne pense pas du tout à me suicider.
- 1 Il m'arrive de penser à me suicider, mais je ne le ferais pas.
- 2 J'aimerais me suicider.
- 3 Je me suiciderais si l'occasion se présentait.

10- Pleurs :

- 0 Je ne pleure pas plus qu'avant.
- 1 Je pleure plus qu'avant.
- 2 Je pleure pour la moindre petite chose.
- 3 Je voudrais pleurer mais je n'en suis pas capable.

11- Agitation :

- 0 Je ne suis pas plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 1 Je me sens plus agité(e) ou plus tendu(e) que d'habitude.
- 2 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que j'ai du mal à rester tranquille.
- 3 Je suis si agité(e) ou tendu(e) que je dois continuellement bouger ou faire quelque chose.

12- Perte d'intérêt :

- 0 Je n'ai pas perdu d'intérêt pour les gens ou pour les activités.
- 1 Je m'intéresse moins qu'avant aux gens et aux choses.
- 2 Je ne m'intéresse presque plus aux gens et aux choses.
- 3 J'ai du mal à m'intéresser à quoi que ce soit.

13- Indécision :

- 0 Je prends des décisions toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Il m'est plus difficile que d'habitude de prendre des décisions.
- 2 J'ai beaucoup plus de mal qu'avant à prendre des décisions.
- 3 J'ai du mal à prendre n'importe quelle décision.

14- Dévalorisation :

- 0 Je pense être quelqu'un de valable.
- 1 Je ne crois pas avoir autant de valeur ni être aussi utile qu'avant.
- 2 Je me sens moins valable que les autres.
- 3 Je sens que je ne vaudrais absolument rien.

15- Perte d'énergie :

- 0 J'ai toujours autant d'énergie qu'avant.
- 1 J'ai moins d'énergie qu'avant.
- 2 Je n'ai pas assez d'énergie pour pouvoir faire grand-chose.
- 3 J'ai trop peu d'énergie pour faire quoi que ce soit.

16- Modifications dans les habitudes de sommeil :

- 0 Mes habitudes de sommeil n'ont pas changé.
- 1a Je dors un peu plus que d'habitude.
- 1b Je dors un peu moins que d'habitude.
- 2a Je dors beaucoup plus que d'habitude.
- 2b Je dors beaucoup moins que d'habitude.
- 3a Je dors presque toute la journée.
- 3b Je me réveille une ou deux heures plus tôt et je suis incapable de me rendormir.

17 Irritabilité :

- 0 Je ne suis pas plus irritable que d'habitude.
- 1 Je suis plus irritable que d'habitude.
- 2 Je suis beaucoup plus irritable que d'habitude.
- 3 Je suis constamment irritable.

18-Modifications de l'appétit :

- 0 Mon appétit n'a pas changé.
- 1a J'ai un peu moins d'appétit que d'habitude.
- 1b J'ai un peu plus d'appétit que d'habitude.
- 2a J'ai beaucoup moins d'appétit que d'habitude.
- 3a Je n'ai pas d'appétit du tout.
- 3b J'ai constamment envie de manger.

19 -Difficulté à se concentrer :

- 0 Je parviens à me concentrer toujours aussi bien qu'avant.
- 1 Je ne parviens pas à me concentrer aussi bien que d'habitude.
- 2 J'ai du mal à me concentrer longtemps sur quoi que ce soit.
- 3 Je me trouve incapable de me concentrer sur quoi que ce soit.

20- Fatigue :

- 0 Je ne suis pas plus fatigué(e) que d'habitude.
- 1 Je me fatigue plus facilement que d'habitude.
- 2 Je suis trop fatigué(e) pour faire un grand nombre de choses que je faisais avant.
- 3 Je suis trop fatigué(e) pour faire la plupart des choses que je faisais avant.

21-Perte d'intérêt pour le sexe :

- 0 Je n'ai pas noté de changement récent dans mon intérêt pour le sexe.
- 1 Le sexe m'intéresse moins qu'avant.
- 2 Le sexe m'intéresse beaucoup moins maintenant.
- 3 J'ai perdu tout intérêt pour le sexe.