

**Diabète et qualité de vie, Etude descriptive portant sur 40 diabétiques :type1 et 2, Réalisée à L'hôpital de jour des diabétiques de Oued Athmenia w de Mila.**

**Diabetes and quality of life, Descriptive study on 40 diabetics: type 1 and 2, Carried out at the day hospital for diabetics in Oued Athmenia w de Mila**

Date de réception : 10/05/2022 ; Date d'acceptation : 21/07/2022

**Lakhdar AMRANE** <sup>1\*</sup>

**Bachir LAARIT** <sup>2</sup>

<sup>1</sup> Université de A Mira de Bejaia (Algérie).

<sup>2</sup> département de psychologie Université de Baji Mokhtar de Annaba (Algérie).

**Résumé**

L'objectif de Cette recherche, qui s'inscrit dans le domaine de la psychologie de la santé, est l'étude de la qualité de vie des diabétiques : à travers une évaluation clinique ; objective ( faite par les soignants) et une deuxième ( faite par les patients) dite subjective ou perçue à travers une échelle générique subjective ; l'échelle SF-36 et un entretien directif codifié sous forme d'un questionnaire.

Elle porte sur 40 diabétiques, 20 sujets, de type 1 (insulinodépendant) et 20 de type 2 (non insulinodépendant) ; répartis en 14 femmes et 26 hommes. D'un âge moyen de 40,5 et de niveaux d'instructions et socio économiques variés.

**Mots clés:** Diabète, diabète type 1, diabète type 2, qualité de vie

**Abstract**

The objective of This research is the study of the relationship between the diabetic impairment and the perceived quality of life in diabetics through the use of a generic subjective scale SF-36 scale and a structured interview in the form of survey.

It concerns 40 diabetics of both types : 20 insulin dependent ( type 1) and 20 non insulin dependent ( type 2). Our subjects are divided into :14 women and 26 men varied ages between 25 ans 65 years old (The average age is 40.5) and of various levels socio- economic education.

**Keywords:** diabetes , diabetes type 1, diabetes type 2, quality of life.

**ملخص**

هدف هذا البحث المتموقع في مجال علم النفس الصحي هو دراسة العلاقة بين الإصابة بداء السكري و جودة الحياة من خلال التقدير الموضوعي من قِبَل المختصين و آخر ذاتي من قِبَل المصابين. باستخدام مقياس عام جنيس، هو مقياس SF-36 ، و مقابلة عيادية مقتصة في شكل استبيان.

أجريت الدراسة على 40 سكريا بنمطيه 1 و 2 بمعدل 20 حالة لكل فئة؛ منهم 14 امرأة و 26 رجلا. بمتوسط سن مقداره 40,5 سنة ، يتراوح بين 25 و 65 سنة من مستويات دراسية و اقتصادية مختلفة. و عمر إصابة يتراوح بين 3 إلى 30 سنة.

**الكلمات المفتاحية:** داء السكري ، السكري نمط 1 ، السكري نمط 2 ، جودة الحياة

\* Corresponding author, e-mail:

## Préambule :

Les maladies chroniques par leur caractère irréversible, leurs conséquences et impact sur le malade, dans sa globalité ; bio psycho sociale son entourage familial et social forment l'une des préoccupations majeures des organismes et institutions de la santé.

L'OMS déclare que 60 0/0 des décès, dans le monde sont causés par des maladies chroniques non transmissibles et non contagieuses. En 2005, elles ont causé 35000 sur un ensemble de 58000 décès .

Cette situation alarmante a mobilisé les instances à tirer la sonnette d'alarme en se focalisant sur deux dimensions principales :

- L'une préventive (primaire, secondaire et tertiaire) c'est-à-dire donner importance à la prévention dans ses trois formes.

-Une deuxième thérapeutique en impliquant au maximum les patients comme co-thérapeutes et pas comme simples usagers : dans les évaluations, et la thérapie à travers la mise de programmes et de protocoles : Echelles d'évaluation, éducation thérapeutique et compliance thérapeutiques ...etc

Le diabète, par son caractère insidieux, sa prévalence et incidence ; Un syndrome métabolique polymorphe et dont les complications sont souvent graves, irréversibles coûteuses et mortelles si elles ne sont pas prises au sérieux, est l'une des préoccupations de L'OMS (**l'organisation mondiale de la santé**) et des organismes et institutions.

Les chiffres et les statistiques présentés sont effrayants : L'OMS estime que de 194 million de diabétiques, dans le monde en 2003, on passera à 330 en 2025 .Il s'agit d'un problème de santé et fléau mondial qui suscite réellement l'inquiétude des spécialistes, des chercheurs et des décideurs

En Algérie et selon le ministère de la santé, de la population et de la réforme hospitalière et l'office national des statistiques des nations unies à Alger, le nombre des diabétiques est passé de 0,3 0/0 chez les sujets âgés de moins de 35 ans, à 4,1 0/0 chez les 35 à 59 ans et à 12 0/0 chez les plus de 60 ans. IL touche, aussi les moins de 15 ans avec 16000 nouveau cas par ans.

En ce qui est des complications, il suffit de savoir que 14 0/0 des dialysés, 21,8 0/0 des rétinopathies et 25 0/0 des amputés sont des diabétiques, pour réaliser réellement l'impact négatif de ce trouble sur le malade sur le plan physique, psychique, social et financier.

C'est dans cette perspective et approche globale, multidimensionnelle que se situe l'intérêt de notre modeste recherche.

## Problématique :

Le diabète est une maladie polymorphe et multidimensionnelle qui altère l'humain dans sa totalité et demeure une effraction de l'unité bio psycho sociale. Son apparition est souvent vécue par un choc qui suscite tout un travail de deuil en face d'une perte d'un état physique, moral et social impossible à récupérer.

Par son caractère contraignant et exigeant ; bilan, observance aux traitements et régime, il est souvent vécu comme un traumatisme bouleversant du mode de vie de la personne de son image du corps et de soi. L'adaptation imposée à ce changement obligatoire diffère d'une personne à autre et reste liée à un ensemble de facteurs comme la personnalité du sujet, ses capacités d'adaptation, l'âge d'apparition de la maladie, l'information disponible sur la maladie, la représentation du trouble et le rôle de l'entourage médical et familial.

Devant l'ampleur des chiffres qui ne cessent de s'accroître, les efforts des chercheurs, des spécialistes, des autorités et des associations se focalisent sur la prévention primaire des populations à risque, secondaire et tertiaire pour retarder au maximum les complications polymorphes et néfastes à la santé du malade, à son quotidien et sa vie entière. Quant aux traitements, ils se limitent à préserver un équilibre glycémique car la guérison est loin d'être possible , pour le moment.

*La spécificité du diabète, ses complications et ses contraintes causées, par un mode de vie strict imposé par les traitements et les conduites à suivre et à respecter ont poussé les spécialistes à modifier leurs pratiques en impliquant le malade dans l'évaluation de l'état du patient et de sa prise en charge ainsi qu'à s'intéresser à la dimension psychologique et sociale pour préserver une qualité de vie satisfaisante.*

« *Qualité de vie* » ; concept natif des sciences politiques et économiques est utilisé dans le domaine de la santé, dans un sens bien précis. L'OMS (1994) le décrit comme "la perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes.

Il s'agit d'un large champ conceptuel, englobant de manière complexe la santé physique de la personne, son état psychologique, son niveau d'indépendance, ses relations sociales, ses croyances personnelles et sa relation avec les spécificités de son environnement ».

Notre intérêt porte sur la mesure subjective de la qualité de vie des diabétiques, dans ses différentes dimensions ; physique, psychique, relationnelle et sociale. De ce fait, notre problématique se situe autour d'un ensemble de questions : Comment peut-on qualifier la qualité de vie des diabétiques ? Qu'est-il de celle des diabétiques de type I et des types II ? Y'a-t-il une différence significative de la qualité entre les deux types ou non ? Y'a-t-il une différence entre la qualité de vie des diabétiques sans complications et celle des malades compliqués ? Enfin y'a-t-il ou non relation entre la situation matrimoniale et la qualité de vie autrement dit y'a-t-il différence de la qualité de vie des mariés et celle des célibataires ?

Dans l'objectif de trouver des réponses à ces questions, nous nous situons dans une approche globale d'ENGEL (1992), à travers une méthode descriptive et un ensemble d'outils tel que : entretien dirigé et échelle de mesure de qualité de vie générique ; SF (short form)-36 –V2.

### **Intérêt du thème**

- Il s'inscrit dans un domaine récent de la psychologie : la psychologie de la santé avec son apport dans le domaine de la connaissance et la prise en charge du malade
- Il aborde une problématique réelle, posée par les praticiens avec peurs de connaissances et carences de la formation : la compréhension du malade chronique surtout le diabétique et l'amélioration de la qualité de sa prise en charge.
- L'implication effective de la psychologie et des psychologues dans les soins dans le domaine de la santé somatique.
- Installer une culture de recherche dans le domaine de la psychologie de la santé en Algérie.

### **Définition des concepts :**

#### **1- diabète :**

Le diabète est une maladie chronique qui survient lorsque le pancréas ne produit pas assez d'insuline ou lorsque l'organisme n'est pas capable d'utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. Il en résulte une concentration accrue de glucose dans le sang (hyperglycémie).

**Définition opérationnelle :** toute personne ayant un taux de glycémie supérieur à 1,26g/l avec des symptômes pathognomoniques pendant une durée de 3 ans et plus et d'un âge qui varie entre 25 et 65 ans.

**2- Le diabète de type 1 :** (connu auparavant sous le nom de diabète insulino-dépendant ou diabète juvénile) se caractérise par une production d'insuline insuffisante.

**3- Le diabète de type 2 :** (appelé jadis diabète non insulino-dépendant ou diabète adulte) résulte de l'utilisation inadéquate de l'insuline par l'organisme. Il est souvent la conséquence d'un excès pondéral et de l'inactivité physique.

#### 4- Qualité de vie :

Selon L'OMS : qualité de vie « Perception qu'a un individu de sa place de l'existence dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel, il vit et en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes »

Qualité de vie liée à la santé : Perception d'un individu de sa place, de son existence par rapport à son état de santé.( diabète)

#### Présentation de la recherche :

Notre recherche s'est déroulée à l'hôpital de jour pour diabétique situé à l'EHS des « frères Boukhecham » à Oued Athmenia W de Mila durant une période de 03 ans (2006-2009).

Notre groupe de recherche est composé de 40 diabétiques (type I et II), 26 hommes et 14 femmes dont l'âge varie entre 25 et 65 ans. De son côté l'âge de la maladie varie entre 3 à 30 ans. Les niveaux d'instruction et socio économique ne sont pris en considération.

#### Les outils utilisés sont :

1- Un entretien dirigé sous forme d'un questionnaire ou protocole : inspiré des travaux réalisés par des laboratoires et associations des diabétiques tel que : ENTRED et DIABOLO en France.

2- Une échelle de mesure de qualité de vie générique : SF-36 dans sa forme courte composée de 36 items répartis en 8 dimensions.

Pour la cotation et l'analyse des données on a utilisé le logiciel du SPSS (14) .

#### Recueil des données :

Notre pratique s'est déroulée en 02 temps :

**Phase préparatoire des outils ( pré-enquête )** ; guide d'entretien ou protocole qui se compose de 40 questions.

Traduction de l'échelle en langue arabe avec rectification de quelques items non conformes à la société Algérienne.

Présentation de la version arabe à un comité d'experts composé de 10 spécialistes : (psychologues, psychiatres médecins internistes et enseignants à l'université (bilingues) pour validation.

Mesure de la fiabilité à travers la technique de passation et repassations, après une semaine ( test et re-test) avec les mêmes personnes ( 10 diabétiques), puis calcul de la coefficient de corrélation de Person ( 0,75 signifiant à une valeur de 0,05).

Au service : Après prise de contact et présentation des objectifs et accord des sujets, les entretiens et la passation de l'échelle sont réalisés au niveau du bureau de la psychologue. Enfin la phase d'analyse des données que nous allons présenter ultérieurement.

#### Présentation et analyse des résultats :

Récapitulation des caractéristiques des sujets de recherche :

Se sont 40 diabétiques des deux types (20 pour chacun) :

#### Genre :

| Catégorie | hommes | femmes | Total |
|-----------|--------|--------|-------|
| Type I    | 14     | 06     | 20    |
| Type II   | 12     | 08     | 20    |
| Total     | 26     | 14     | 40    |

#### Age : Entre 25 et 65 ans :

| catégorie | Hommes | femmes | Moyenne |
|-----------|--------|--------|---------|
| Type I    | 40,3   | 40,4   | 40,3    |
| Type II   | 52,5   | 57,5   | 54,5    |
| Moyenne   | 46,4   | 48,9   | 47,4    |

**Niveau d'instruction :**

|                   |          |         |            |               |
|-------------------|----------|---------|------------|---------------|
| Jamais scolarisés | Primaire | Moyen   | Secondaire | Universitaire |
| 12 cas .          | 08 cas.  | 15 cas. | 04 cas     | 01 cas.       |

**Situation matrimoniale :**

|                                 |        |
|---------------------------------|--------|
| Célibataires                    | Mariés |
| 08 dont 04 diabétique de type I | 32.    |

**Situation professionnelle :**

|                 |                       |               |          |
|-----------------|-----------------------|---------------|----------|
| Sans profession | Ouvrier professionnel | Fonctionnaire | Retraité |
| 08.             | 15                    | 08            | 09       |

**Age ou expérience de la maladie :**

L'âge moyen est de 11,5 ans : dont 14,2 ans pour les diabétiques de type 1 et 8,8 ans pour ceux du type 2.

**Découverte de la maladie :**

|                 |        |         |       |        |
|-----------------|--------|---------|-------|--------|
| Découverte      | Type I | Type II | Total | 0/0    |
| symptômes       | 08     | 13      | 21    | 52,5   |
| Suite à un Choc | 09     | 05      | 14    | 35 0/0 |
| Manière brutale | 03     | 02      | 05    | 12 0/0 |

**Complications :**

Elles varient entre absence, simple, sévères et graves. Nos sujets se répartissent en deux catégories :

|                               |                    |
|-------------------------------|--------------------|
| Sans complications apparentes | Avec complications |
| 15                            | 25                 |

Ces complications sont variées et multiples, les plus remarquées sont :

**Complications cardiovasculaires :**

|                                      |                                    |  |
|--------------------------------------|------------------------------------|--|
| HTA (hypertension artérielle)        | Maladies coronariennes             | AVC (accident vasculaire et cérébrale) |
| 17 dont 07 de type 1 et 10 de type 2 | 3 cas de type 1 et 5 cas de type 2 | Chez 04 cas de type 2                  |

**Maladies des yeux :**

|                             |               |
|-----------------------------|---------------|
| Baisse de l'acuité visuelle | Rétinopathies |
| 09 cas                      | 03 de type I  |

**Nb :** 08 sujets du type I ont fait un fon d'œil versus 13 du type II (durant l'année).

**Maladies du pied :**

|                                   |                                   |                         |
|-----------------------------------|-----------------------------------|-------------------------|
| Infections répétées               | Amputation de la jambe            | Amputations des orteils |
| 03 cas du type I et 09 du type II | 3cas (01jambe) et 01 cas les deux | 02 cas.                 |

**Les reins :** 04 cas dont 01 est hémodialysé.

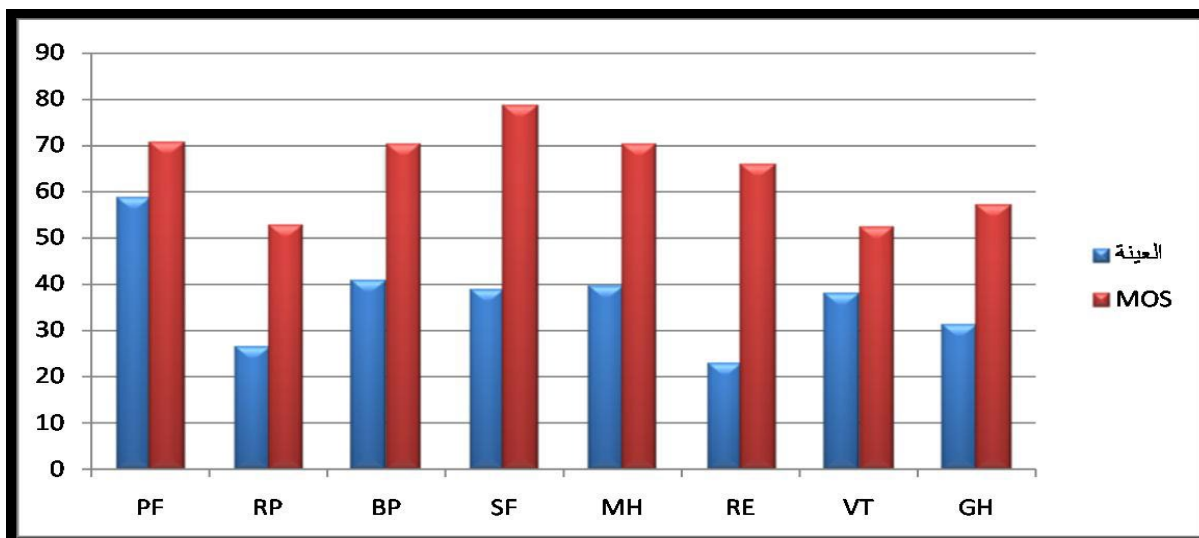
**Type de traitement :**

|                        |        |         |       |          |
|------------------------|--------|---------|-------|----------|
| traitement             | Type I | Type II | Total | 0/0      |
| Insuline               | 20     | 13      | 33    | 82,5 0/0 |
| Comprimés (voie orale) | 00     | 07      | 07    | 17,5 0/0 |
| Régime                 | 20     | 20      | 40    | 100 0/0  |

## Analyse des données :

## 1- Qualité de vie des diabétiques type I et II :

|        | Dimensions |       |       |       |       |       |       |       |       |
|--------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|        | PF         | RP    | BP    | SF    | MH    | RE    | VT    | GH    | QOL   |
| Groupe | 58,87      | 26,36 | 40,92 | 38,67 | 39,44 | 22,68 | 37,86 | 31,39 | 33,80 |
| MOS    | 70,61      | 52,92 | 70,38 | 78,77 | 70,38 | 65,78 | 52,15 | 56,93 | 64,30 |



Pf : Activité physique

RP: Limitation liée à l'état physique.

BP : Douleur physique.

SF : Vie et relation avec les autres.

MH : Santé et état psychique.

RE : limitation liée à l'état psychique.( la dimension la plus altérée) .

VT : vitalité.

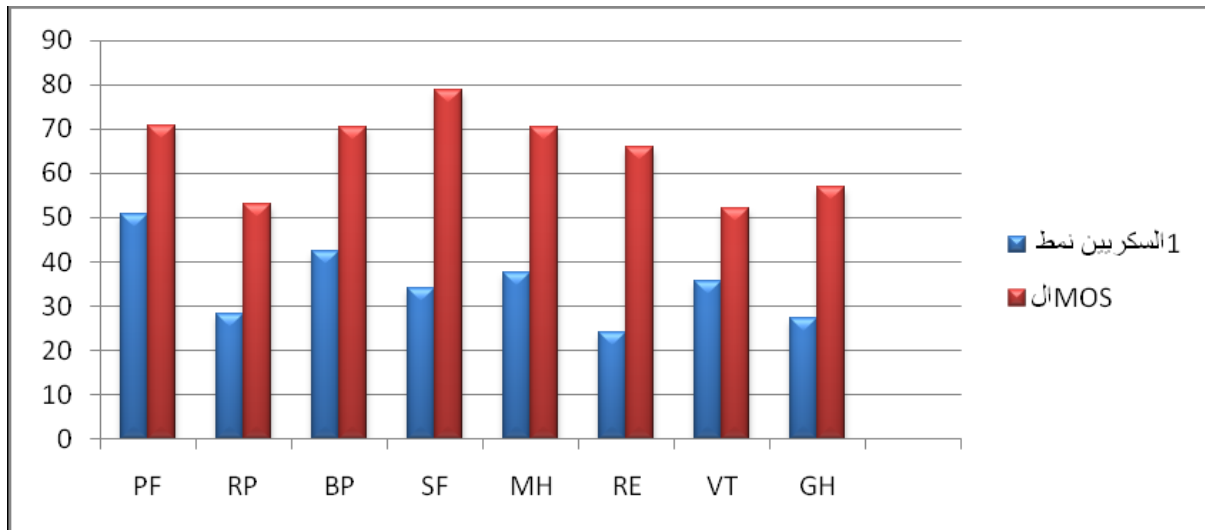
GH : santé perçue.

Selon ces données et en déférences aux critères du Mos la qualité de vie de nos sujets diabétiques est très basse plus particulièrement aux dimensions RP, BP SF MH RE ET GH.

## 2- Qualité de vie des diabétiques de type I :

|           | Dimensions |       |       |       |       |       |       |       |       |
|-----------|------------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|-------|
|           | PF         | RP    | BP    | SF    | MH    | RE    | VT    | GH    | QOL   |
| DID (T 1) | 50,60      | 28,32 | 42,50 | 34,08 | 37,50 | 24,16 | 35,63 | 27,15 | 33,78 |
| MOS       | 70,61      | 52,92 | 70,38 | 78,77 | 70,38 | 65,78 | 52,15 | 56,93 | 64,30 |

### Score des diabétiques (Type I) et MOS

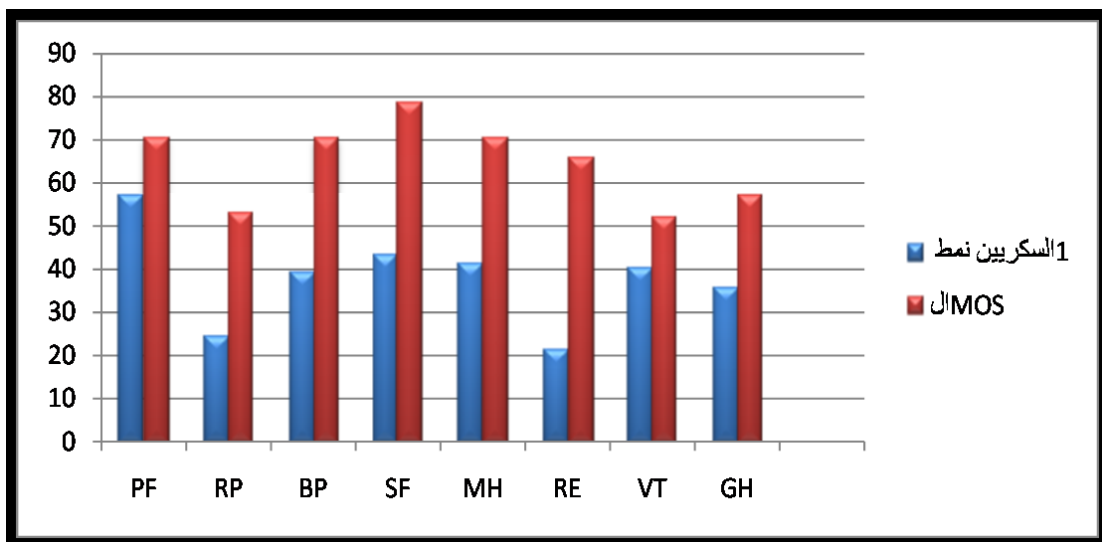


Le score de 33,78 est très bas comparativement avec celui du MOS les dimensions les plus touchées sont RP (limitations dues à l'état physique) BP SF RP et GH.

### 3- Qualité de vie des diabétiques de type II :

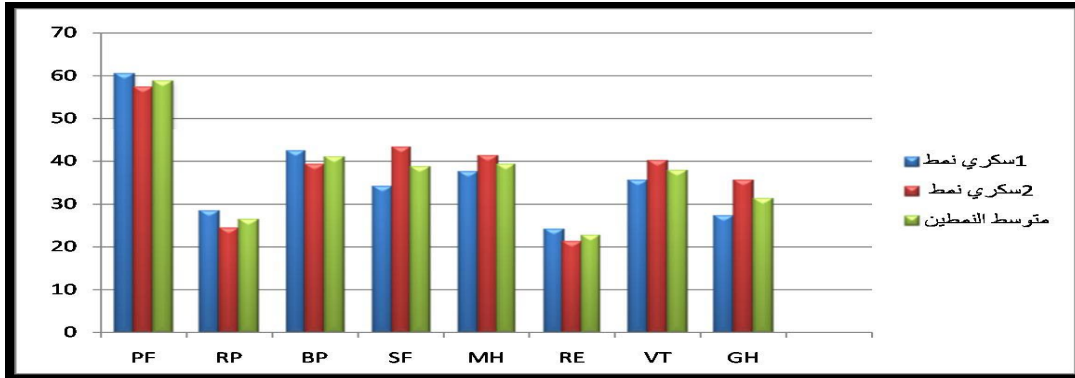
|          | Dimensions |              |              |       |       |              |       |       | QOL          |
|----------|------------|--------------|--------------|-------|-------|--------------|-------|-------|--------------|
|          | PF         | RP           | BP           | SF    | MH    | RE           | VT    | GH    |              |
| DIND(T2) | 57,25      | <b>24,31</b> | <b>39,35</b> | 43,25 | 41,33 | <b>21,19</b> | 40,10 | 35,64 | <b>35,90</b> |
| MOS      | 70,61      | 52,92        | 70,38        | 78,77 | 70,38 | 65,78        | 52,15 | 56,93 | 64,30        |

### Score des diabétiques (Type II) et MOS



UN score faible et bas 35,90 versus 64,30 avec scores faibles aux GH RE BP RP ce qui confirme une mauvaise qualité de vie.

4- Comparaison des scores des deux types :



L'étude statistique des données avec un score de 33,78 du type I versus 35,90 pour le type II et un écart type de 17,92 versus 19,26 et un score de T test évalué à 0,36 confirment l'inexistence d'une différence de l'évaluation bien que la maladie n'est pas vécue de la même manière. Les diabétiques du type I vivent le trouble comme un élément destructeur de la vie alors que pour ceux du type II ils le considèrent comme début d'une dégradation de l'état de santé.

5- Complications et qualité de vie :

| Catégorie       | Dimensions |              |              |              |       |              |       |              | QOL          |
|-----------------|------------|--------------|--------------|--------------|-------|--------------|-------|--------------|--------------|
|                 | PF         | RP           | BP           | SF           | MH    | RE           | VT    | GH           |              |
| Complicqués     | 40,80      | <b>13,50</b> | <b>30,58</b> | <b>29,77</b> | 35,15 | <b>12,91</b> | 29,13 | <b>24,34</b> | <b>24,90</b> |
| Non complicqués | 79         | 46,92        | 58,16        | 53,50        | 46,61 | 38,97        | 52,43 | 43,16        | 51,40        |

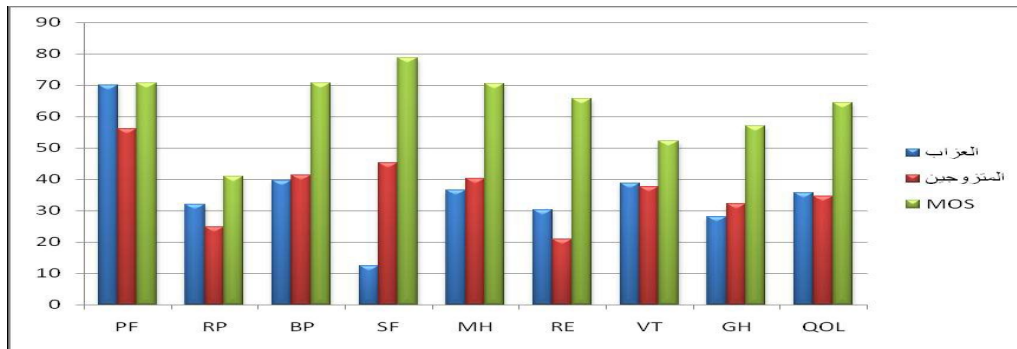
Scores des sujets ayants des complications et non complicqués

Il y a différence entre les scores des deux catégories dans toutes les dimensions. L'analyse statistique confirme que les diabétiques sans complications avec un score de 51,40, un écart type de 17,28 versus 24,90 et 10,08 à l'écart type et un score de T test de 6,14 signifiant à 0,01 bénéficient d'une qualité de vie meilleure que celle des diabétiques ayant des complications. Ceci se croise avec les résultats de la recherche de Shen.Madignan (2001).

6-Qualité de vie et situation matrimoniale :

| catégorie    | Dimensions |              |       |              |       |              |       |              | QOL   |
|--------------|------------|--------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|--------------|-------|
|              | PF         | RP           | BP    | SF           | MH    | RE           | VT    | GH           |       |
| Célibataires | 70,00      | 32,03        | 39,68 | <b>12,50</b> | 36,56 | 30,20        | 38,75 | <b>27,96</b> | 35,56 |
| Mariés       | 56,09      | <b>24,90</b> | 41,23 | 45,21        | 40,16 | <b>20,79</b> | 37,64 | 32,25        | 32,25 |
| MOS          | 70,61      | 40,78        | 70,38 | 78,77        | 70,38 | 65,78        | 52,15 | 56,99        | 64,30 |





Une différence dans la dimension sociale et relationnelle ; basse chez les diabétiques célibataires 12,50 versus 45,21 des diabétiques mariés.

La dimension d'état physique PF ; 70 (célibataires) versus 56,09(mariés)

Une différence légère aux limitations dues à l'état physique RP 32,03 versus 24,90

Le score de 36,06 (QOL) avec un écart type de 17,02 pour les célibataires versus 34,65 , 18,98 pour les mariés et un T test de 0,36 ne confirment aucune différence significative quantitativement bien que qualitativement le vécu diffère : L'impact négatif sur la sexualité et la libido est bien perçu chez les célibataire et vécu dans le silence et la douleur ( le diabète a détruit ma virilité ) . Quant aux mariés, une baisse est perçue et mal vécue par certains mais demeure une blessure à surmonter, car mentalisée autrement (je suis déjà marié et j'ai des enfants, la sexualité n'est pas une priorité à mon âge, pour certains)

### Conclusion :

Ce modeste travail de recherche avec ses limites et carences nous a permis de cerner l'importance de la dimension psycho sociale dans la prise en charge des diabétiques ainsi de leur implication dans l'évaluation et l'application des schémas thérapeutiques.

Les enjeux de l'état du malade et de sa qualité de vie sont liés à plusieurs facteurs : la disponibilité relationnelle du soignants, l'acceptation de la maladie par le patient liée à des facteurs tels que : l'information disponible, les stratégies de coping , l'absence ou la présence des complications , sont des variables qui ouvrent des opportunités de recherche qui peuvent enrichir la recherche et participer à l'amélioration de la qualité de prise en charge :

Il nous semble indispensable d'encourager ce type de recherche qui s'inscrit dans le domaine de la psychologie de la santé pour rendre utile leurs données aux praticiens et usagers.

Il importe, aussi de penser à des thématiques lors des créations des laboratoires et des équipes de recherche pour participer à la promotion de la santé dans sa dimension globale et globalisante.

### Bibliographie :

- 1- ANNE BERTRAND DE BALANDA, (2001), Une approche psychosomatique du diabète, Harmattan, paris.
- 2- A. DUMART et J BOURNEF, (1989), Nouveau Larousse médical, Larousse, Paris.
- 3- ANNE FOGAT-LARGEAULT, diversité humaine et qualité de vie, conférence à l'université de tous, Sorbonne, juillet 2002.
- 4- ANNE FRANCOIS et all(2007), Qualité de vie des personnes atteintes de maladies chroniques, Urmel, France.
- 5- A.JACOBSSON et all, (2007), *Mesure de la qualité de vie de diabète, Centers For minority research.*
- 6- A. LEPLEGE, (1993), Les mesures de la qualité de vie, Que sais-je ? Paris.

- 7- Axel HIIRSCH, SOINS du diabète en Allemagne ; nouveaux rôles pour des professionnels et des patients, in spectre du diabète, vol 13, 2000.
- 8- BEATRICE BUAUFILS, (2007), La qualité de vie, analyse bibliographique, CRIFS, université de Paris 8.
- 9- CATHERINE CYSSAU, (1998), L'entretien en clinique, Press édition, Paris.
- 10- CELINE COHONNER et all, (2006), Evaluation externe du réseau diabolo, Orléans.
- 11- CELINE MERCIER et JOCELYNE FILION, La qualité de vie ; perspectives théoriques et empiriques, in santé mentale en Québec, 1987, 1,155-143.
- 12- Claudine HERELICH,(2005), Santé et maladie, Ecole des hautes études en sciences sociales, Paris.
- 13- CORTEN, *La qualité de vie est-elle un concept ?*, in *l'information psychiatrique*, 9 ; 922-932,1996.
- 14- COLETE CHILAND, (1992), L'entretien clinique, PUF, Paris.
- 15- CYRYL CROZET et JEAN FRANCOIS D'ivernois, L'apprentissage de la perception des symptômes par des patients diabétiques ; capacités utiles pour la gestion de leur maladie, congrès international, AREF, 2007.
- 16- DARIUS ROZAVI et NICOLE DELVAUX, (2002), Psycho -oncologie ; le cancer, le malade et sa famille, Masson, Paris.
- 17- DELF, journal, Qualité de vie et maladies chroniques, santé éducation, n : 1, vol 16,2006.
- 18- ETIENNE JULIEN, (2007), Les déterminants de l'observance du plan alimentaire chez les adultes qui souffrent du diabète type 2 : une analyse de la motivation et de l'adaptation au stress, thèse de doctorat, Faculté de psychologie, université de Québec.
- 19- FAYE.A LUSCOMBE, Heath-related quality of life measurement in type2 diabètes, value in Heath, vol 3,supp 1, 2000.
- 20- F. CLOUET et all, évaluation de la qualité de vie des diabétiques de type 2 par l'échelle SF-36, Paris, 27, 711-717,2001.
- 21- FRANF J et all, Qualité de vie ; un regard plus étroit sur la mesure du bien être des patients, spectre diabétique, vol 13, 2000.
- 22- GWENOLA. LEVASSEUR, A propos de la maladie-du malade du diabète de type 2 ; éducation du patient et enjeux de santé, vol 22, n : 3,2003.
- 23- JEAN GILLES BOULA, (2002), La qualité de vie du patient, université de Paris 13.
- 24- JEAN-MARIE TOULON, (2005), Dépression et diabète type2 0 propos d'une étude prospective concernant 41 patients, thèse, faculté de médecine et de pharmacie de Besançon.
- 25- JEAN MICHEL BENOIT, Coup d'œil critique sur les échelles de qualité de vie, progrès en urologie, 10, 1258-1266, 2001.
- 26- JOHN. E.WARE, J R, (2007), SF-36, Heath survey update.
- 27- KACEM M et all ( ), Rétinopathie diabétique et qualité de vie, service de néphropathie, hôpital de Sousse, Tunis.
- 28- LAILA SIOUFI et AZZA SHALTOUT, Améliorer la qualité de vie des jeunes atteints de diabète en Egypte, Diabète Voice, vol 59, n : 2, 2005.
- 29- LAURANT CHNEIWEISS et JEROME DISCHAMPS, (1999), Les soignants face à la psychologie des malades, Lamare, France.
- 30- LAURANT MORASZ, (2003), Prendre en charge la souffrance à l'hôpital ; patients, soignants, familles, Dunod, Paris.
- 31- LEON FESTINGER et DANIEL KATZ, (1974), Les méthodes de recherche dans les sciences sociales, Puf, Paris.

- 32- *LY, THANK. HUE(2008)*, Penser l'esprit à travers la matière ; une problématique singulière ; le diabète, Université de médecine Angers.
- 33- *MARILOU BRUCHON- SCHWEITZER, (2002)*, PSYCHOLOGIE de la santé, Dunod, Paris.
- 34- *MARILOU BRUCHON-SCHWEITZER et ROBERT DANTZER, ((1994)*, Introduction à la psychologie de la santé, Puf, Paris.
- 35- *MARIE SANTIAGO-DELFOSE, (2002)*, Psychologie de la santé perspectives qualitatives et cliniques, Mardaga, Belgique.
- 36- *M. BOUVARD et J. COTTAUX, (2002)*, Protocoles et échelles en psychiatrie et en psychologie, Masson, Paris.
- 37- *M. BUSS SHAAERT et F. D JROLO, le diabète type1 ; définition et prise en charge, Louvain Med, 119 :S251-S258, 2002.*
- 38- *NICOLAS LETZELTER, (2001)*, Les études de qualité de vie en ophtalmologie, thèse, laboratoire chauvin, Lyon France.
- 39- *OMS, (2004)*, Le rapport entre la santé physique et la santé mentale ; troubles concomitantes.
- 40- *PH. JEAMET et all, (1980)*, Psychologie médicale, Masson, Paris.
- 41- *PIERRE MARTY, (1980)*, L'ordre psychosomatique, Payot, Paris.
- 42- *ROBYNE HOULDEN et all, Aspects psychologiques du diabète, Annal interne Med, 1998 ; 129 :613-621.*
- 43- *ROSINE DEBRAY, (1983)*, L'équilibre psychosomatique ; organisation mentale des diabétiques, Dunod, Paris.
- 44- *SAMI ALI, (1998)*, Le corps, l'espace et le temps, DUNOD,PARIS.
- 45- *SAMI ALI, ((2000)*, L'impasse relationnelle, DUNOD, Paris.
- 46- *SAMI ALI et All, (2001)*, Manuel des thérapies psychosomatiques, Dunod, Paris.
- 47- *SANDRINE BERCIER(2003)*, Qualité de vie, caractéristiques socio démographiques et évaluation des examens complémentaires chez les femmes traitées ou non par TSH, thèse, université de Paris Val de Marne.
- 48- *S FRIEDMAN, (1999)*, Diabète insulino dépendant, stress et troubles psychiatriques, C.M .M.E, Hôpital Sainte –Anne, Paris.
- 49- *SHERI. L MADIGAN et all, Understanding the déterminants of quality of life for people whith type2 diabète, Américain journal of public Heath, A 6, Vol6 n : 9, 2006.*
- 50- *STEPHANE OUNPUN et all, Validité du questionnaire sur la qualité de vie liée à la santé, maladies chroniques au canada, vol 13.*
- 51- *TESTA DE MARICA A, Evaluation de la qualité de vie du diabète dans la recherche, spectre du diabète, vol 13, 2000.*
- 52- *THOMAS T BURROUGHS et all, Développement and validation of the diabètes quality of life, brief clinical inventory, diabètes specter, vol 17, 2007.*
- 53- *T.R HARISSON, (1995)*, Médecine interne, Arnette BLACH WILL, Paris.
- 54- *Université populaire de Caen, La mesure de qualité de vie, séminaire biotechnique, 2007.*
- 55- *UWE BOLT et all, Validation of diabetes specific of life scale for patient whith type1 diabète ; diabète, vol 21, 1998.*
- 56- *XAVIER ZELONGHI, (2007)*, glaucome et qualité de vie, clinique basse vision ? Paris.
- 57- *WARE J.C, The Mos-36. Item short form Heath Survey (SF-36), Medical care, 3, N : 5, 473-483, 1992.*