

Etude De L'Effet De L'éducation Thérapeutique Sur La Qualité De Vie Des Patients Diabétiques Suivis Dans Le District d'Obala Au Cameroun

Melkior FOBASSO DZEUTA^a

Faculty of Health Sciences, University of Lisala (CIREP-UNILIS), Lisasla, Democratic Republic of the Congo ORCID ID: 0009-0005-2127-7249
melkiordzeuta@yhoo.fr

Léonard LISSOM^c

Université de yaoundé I, Faculté de Médecine et des Sciences Biomedicale, CESSI-Cameroon.
lissomleonar@gmail.com

Fabien MEMONG NDENGUE^b

Faculty of Medicine and Pharmaceutical Sciences Doctoral School of Basic and Applied Sciences University of Douala-Cameroon ORCID ID: 0009-0002-1249-4039
memongf@gmail.com

Félix Désiré SAH TATSING^d

Université Catholique d'Afrique Centrale (UCAC), École des Sciences de la Santé (ESS) de l'UCAC, Yaoundé, Cameroun.
sahfelix@yhoo.fr

Résumé

Objectif : cette étude a pour objectif de vérifier l'effet de l'éducation thérapeutique sur la qualité de vie des patients diabétiques suivis. Contexte : Les personnes diabétiques font l'expérience d'une série de défis psychosociaux au cours de leur maladie incluant l'anxiété, la dépression et les sauts d'humeur répétés (Wu, Liang, Lee, Yu & Kao, 2013). De plus, selon Chen (2005, Cité dans Wu et al, 2013), la prévalence de la dépression chez les personnes diabétiques est plus élevée que chez les personnes vivant sans diabète. Les aspects biomédicaux sont très importants pour les patients parce qu'ils favorisent l'acquisition des compétences et connaissances à l'autogestion. Cependant, mettre l'accent sur l'aspect biologique en oubliant l'aspect psychologique révèle une prise en soin strictement partielle chez les patients en général et les diabétiques en particulier.

Méthode : se servant de la technique d'échantillonnage par choix raisonné, 99 patients diabétiques suivis (56 femmes et 43 hommes) de l'Hôpital de District d'Obala au Cameroun ont remplis un questionnaire portant sur l'éducation thérapeutique (variable indépendante) et la qualité de vie (variable dépendante). Nous avons utilisé la version 26 du logiciel SPSS et JASP sous Windows 10 pour effectuer des analyses descriptives et inférentielles à partir de données recueillies auprès de ces patients. Résultats et interprétation : **Les résultats** révèlent que l'éducation thérapeutique perçue exerce une influence statistiquement significative sur la qualité de vie physique des diabétiques à l'hôpital de district d'OBALA ($\beta = .32$; $p = .001$). Comme on pouvait s'y

attendre, le soutien émotionnel perçu au regard de la valeur du coefficient de régression améliore la qualité de vie. La contribution l'éducation thérapeutique perçue dans l'explication de la qualité de vie physique s'élève à près de 32% (R^2_{aj}). Cette observation va dans le sens de ce qui était prévue par l'hypothèse générale de la présente étude. Ce résultat indique que le personnel en charge des patients diabétiques doit se servir de l'éducation thérapeutique pour améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le diabète. Cette éducation permettra à court terme de réduire les complications du diabète qui augmentent sa mortalité.

INTRODUCTION

En 2011, l'Organisation Mondiale de la Santé indiquait que les maladies chroniques qui non seulement, représentent des affections de longue durée mais aussi qui évoluent en règle générale relativement lente, sont en constante augmentation. Parmi elles figure le diabète, maladie auto-immune qui détruit les îlots de Langerhans et par conséquent la diminution ou augmentation du taux de glucose dans le sang. Même si la conception de cette physiopathologie ne semble pas faire l'unanimité entre les chercheurs ou entre acteurs des systèmes des soins, la charge massique du glucose par litre de sang et le dysfonctionnement des hormones hypo et hyperglycémiantes sont toujours privilégiés dans les différentes considérations. Ainsi, l'OMS en 2010, définit le diabète comme étant un trouble métabolique à l'étiologie multiple, caractérisée par une hyperglycémie chronique accompagnée de perturbations du métabolisme des hydrates de

carbones, des lipides et protéines dues aux désordres dans la sécrétion et/ou l'action de l'insuline.

Pour le comité d'experts des lignes directrices de pratiques cliniques de l'association canadienne du diabète (2013, p12), le diabète comme « un trouble métabolique caractérisé par la présence d'une hyperglycémie attribuable à un défaut de la sécrétion d'insuline et ou de l'action de l'insuline ». Cette maladie et ses complications constituent un problème de santé aujourd'hui, face à cela l'organisation du deuxième congrès Africain sur le diabète à Yaoundé en 2004 a aidé à la prise de conscience de l'ampleur du diabète par l'Etat Camerounais [3], ce qui sera donc à l'origine de la création d'un programme de lutte contre le diabète et l'hypertension artérielle [4].

Le diabète représente une urgence de santé publique sous-estimée. » [5]. Faisant partie de ces troubles chroniques, on estime environ 366 millions cas diabète dans le monde d'ici 2030 [1]. Cette maladie est inscrite dans les stratégies prioritaires aussi bien à l'échelle nationale et internationale. Dans le monde, selon (l'OMS, 2015) les estimations, environ 382 millions de personnes, soit 8,3% des adultes sont atteintes de diabète. Si cette tendance se poursuit, d'ici 2035, environ 592 millions de personnes, soit un adulte sur dix seront atteintes du diabète. Ces chiffres correspondent à environ trois nouveaux cas toutes les dix secondes, soit près de 10 millions par l'OMS et un groupe d'épidémiologistes internationaux [6], sur la base des enquêtes et études épidémiologiques récentes, portant sur 370 pays et 2,7 millions de personnes, ont révisé les chiffres du diabète dans le monde : de 153 millions en 1980, le nombre de diabétiques est passé à 347 millions en 2008 (les prévisions de l'OMS étaient de 285 millions), donc 138 millions se trouvent en Chine et en Inde, deux pays comportant le plus grand nombre de personnes diabétiques [7]. Les complications du diabète sont une cause majeure de handicap, de diminution de la qualité de vie et décès. Elles peuvent en outre toucher diverses parties de l'organisme et se manifester de différentes façons selon les personnes. Le diabète constitue un lourd fardeau pour les familles et les personnes parce que son incidence financière, son coût psychologique et sa chronicité pèsent sur la personne ainsi que sa famille et ainsi s'impose l'accompagnement.

Une augmentation de la prévalence du diabète dans le monde en général et particulièrement en Afrique où le taux est passé de 3,1 en 1980 à 7,1 en 2014 soit une hausse de 4% en 34 ans. L'Afrique est comptée parmi les trois régions les plus touchées au monde par ce fléau. En premier, l'Asie du sud-est avec un taux de 7,8%, la région méditerranéenne avec 4,5% des cas.

Si la prise en charge est le socle des états de santé morbide, le respect hygiéno-diététique pour un diabétique est la pierre angulaire de la prévention des complications, mais son éducation est aussi capitale pour l'acquisition d'un comportement lui permettant de s'épanouir malgré son diabète.

A l'Hôpital de District d'Obala au Cameroun, Nous avons rencontré au sein des services de diabétologie un patient, Mr X retraité, âgé de 80 ans hypertendu et diabétique depuis plus d'un an ayant un membre inférieur amputé. A l'entrée, ce Mr venait pour perte de mémoire et AVC suspecte, mais par la suite, il lui a été diagnostiqué et confirmé qu'en plus d'être diabétique il est victime d'un AVC ischémique. Au début il semblait être bien portant mais au fil du temps, malgré le fait qu'il a repris conscience, le personnel soignant ne se centrait pas sur ce Mr ni à sa famille et à son entourage. Elle ne l'écoutait pas ni l'encourager, l'accompagner, le tenir dans les moments difficiles, lui apprendre à se détendre, l'aider à comprendre sa maladie et à rétablir son équilibre interne. Elle se limitait dans la plupart de temps sur les soins médicaux et démontrait des réactions de rejet. Face à l'annonce de tous ces événements désagréables, ce Mr était envahi par cette préoccupation. Il craignait d'ennuyer les autres avec ses problèmes et du coup se renfermait sur lui-même refusait de manger, avançait parfois des propos incohérents et quelques jours plus tard il a rendu l'âme. Fort de tout ce qui suit, il se dégage le problème du non prise en compte de la dimension psychosocial. Nous avons posé donc la question, comment est-ce que le personnel soignant accompagne ces PVD.

Il est reconnu que la prise en charge routinière du diabète conduit soignant et patient à des relations régulières pour un suivi comprenant, pour l'essentiel et en dehors de toute complication, des prises en charge de glycémie, le relevé des données anthropométriques cliniques (poids, taille, hypertension), des prescriptions de médicaments et une prise en charge diététique permettant de ramener la glycémie proche de sa valeur normale. Cette dernière composante du processus de prise en charge revêt une dimension particulière ; elle convoque à la fois, et de façon spécifique, du social et du culturel (commensalité, habitude alimentaire), de l'individuel (habitude, gourmandise). La lutte contre cette maladie, repose d'une part sur la prise en charge multidisciplinaire, et d'autres part sur l'accompagnement psychosocial. En effet, l'accompagnement psychosocial est donc une nécessité absolue dans la prise en soin des maladies chroniques, dont le diabète. Cette discipline favorise l'autonomie du patient pour vivre de manière optimale, afin de réaliser ses projets personnels et professionnels, malgré les contraintes de la maladie et du traitement.

Au Cameroun, les centres de prises en charge du diabète sont situés au sommet du système de santé. Au sein de ces centres, nous avons constaté que généralement, l'accent est mis uniquement sous l'aspect du traitement et la diététique. Ces aspects biomédicaux sont très importants pour les patients parce qu'ils favorisent l'acquisition des compétences et connaissances à l'autogestion. Cependant, mettre l'accent sur l'aspect biologique et oublier l'aspect

psychologique signifie prendre en soin partiellement la personne. C'est d'ailleurs, pour cela que Dorothy Johnson le démontre en prenant l'homme comme un tout individu où les éléments sont en interaction et en interrelations. Or les observations empiriques nous révèlent la prévalence de la prise en charge de la dimension biologique.

Les symptômes du diabète, les limitations physiques ainsi que la prise régulière de médicaments ne sont pas sans effets sur la qualité de vie des patients. De plus, les difficultés spécifiques telles que les ressources, les difficultés d'insertion sociale et professionnelle ainsi que les difficultés face aux représentations de la maladie sont des problématiques qui nuisent à la qualité de vie des patients atteints de diabète.

Cette étude transversale analytique avait pour objectif d'étudier l'effet de l'éducation thérapeutique sur la qualité de vie des diabétiques suivis à l'hôpital d'Obala. Pour atteindre cet objectif nous nous sommes posé la question de recherche suivante : Quel est l'effet de l'éducation thérapeutique sur la qualité de vie des patients diabétiques suivis au service de diabétologie de l'hôpital de district d'Obala ?

Hypothèse

De nombreuses recherches ont été faites pour comprendre le vécu psychosocial des victimes de souffrances corporelles. Il ressort de ces études que le vécu de la personne diabétique par exemple, est influencé par de nombreuses difficultés parfois contraignant à la vie de celui-ci et celle de son entourage. En plus des répercussions physiques, le diabète a aussi un impact sur l'état psychologique des personnes qui en sont atteintes. Whitemore, Melkus & Grey (2005, cité dans Wu et al 2013) indique que si les professionnels de santé pouvaient fournir un soutien psychologique et une assistance pour résoudre les problèmes psychosociaux, la motivation et la confiance des patients pourraient être augmentée et le contrôle de la glycémie serait plus efficace.

Dans le modèle humaniste des soins infirmiers, la personne correspond au bénéficiaire de soins infirmiers. Il peut donc s'agir d'un individu, une famille, une communauté ou une population. Elle est un tout et comprend plusieurs dimensions interdépendantes et indissociables (biologique, physique, psychologique, développemental, social, culturel, spirituelle...). Elle possède un potentiel et un pouvoir d'agir tout en étant en inter relation contenu, réciproque et dynamique avec l'environnement dans lequel il se trouve.

Les théories de l'éthologie suggèrent que des facteurs biologiques innés et acquis, influent sur la structure et la motivation du comportement humain. Elle considère la personne comme un système comportemental comprenant différents sous système qui doivent s'effacer de trouver et de maintenir un équilibre entre eux en s'ajustant et en adaptant aux composants extérieurs tel que l'environnement et les composantes physique, interpersonnelles et sociaux culturels. Dans

le même ordre d'idée et largement appliquée dans la pratique des soins infirmiers, la théorie des systèmes et des sous-systèmes de Johnson (1977, 1980) soutient qu' « Un système est un ensemble qui fonctionne en vertu de l'interdépendance de ses parties » [12]. C'est-à-dire si l'un des parties est défaillant tout le système sera affecté et la personne n'atteindra pas un état de bien être optimal.

L'éducation thérapeutique correspond à l'accompagnement global de la personne ayant une maladie chronique. Ce processus de changement et de développement pour « devenir autrement le même » vise à ce que la personne trouve un autre équilibre de vie, de satisfaction de ses besoins de santé, et une autre qualité de vie satisfaisante. Cette forme d'éducation consiste donc à aider les patients à renforcer leurs compétences nécessaires à la gestion pratique du traitement et leurs compétences d'adaptation (compétences psychosociales transversales). Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concerné et les comportements recentrés et les maladies du patient. Ces activités visent à aider les sujets patients à devenir le premier acteur de ses soins [11].

Notre étude défend l'idée selon laquelle l'éducation thérapeutique a pour effet d'améliorer la qualité de vie des patients diabétiques suivis à L'hôpital de district d'Obala.

METHODOLOGIE

Patients diabétiques

L'Hôpital de District d'Obala est situé en plein cœur de la ville d'Obala dans la région du centre département de la LEKIE, arrondissement d'Obala à une quarantaine de kilomètres de Yaoundé sur la nationale n°1 et a une cinquantaine de kilomètres de MONATELE chef-lieu du département. Nous nous sommes intéressés aux patients internés dans les services de diabétologie de cette formation sanitaire où nous avons préalablement mené des observations préliminaires. Ainsi, suivant les recommandations de [13], un patient diabétique pour nous, était toute personne internée, chez qui les analyses biologiques ont confirmé l'existence d'un diabète et donc les conséquences de cette maladie ont un impact dans la vie de tous les jours et affectent sa qualité de vie. Nous avons enquêté auprès de 99 patient au total. Le tableau suivant indique quelques informations relatives aux profils des patients diabétiques rencontrés.

Tableau 1 :

Récapitulatif des données sociodémographiques des patients

	Min	Max	% Min	%Max
ÂGE	15-20	35-40	3%	40%
Genre	H	F	44%	56,6%
Profession	Mng	Coms	8%	32%
Religion	Mlm	Chrt	11,1%	42,4%
Status	Veuf.ve	Marié.e	2,5%	51,5%
Type	Type 1	Type 2	35%	65%
Durée(mois)	0-6	6-12	19,2%	56,6%

Selon la tranche d'âge, il ressort de ce tableau que la majorité des patients, 40 personnes soit 40% de nos répondants, ont un âge compris entre 35-40 ans. Suivant le genre, 56 personnes soit 56,6% sont de sexe féminin. 32 personnes soit 32% des enquêtés sont commerçant. 42 personnes, enquêtés soit 42, 4% des personnes enquêtés étaient chrétiens. 51 enquêtés soit 51,5% des participants à cette étude sont mariés. Quant au type de diabète, 65 enquêtés soit 65, 7% souffrent du diabète de type 2.

Matériel et procédure d'enquête

Il a été question d'entretenir les patients diabétiques sur l'intérêt de l'étude tout en les sensibilisant. Après l'obtention de leur consentement, un questionnaire leur a été remis. La collecte des données a été faite à l'aide d'un questionnaire au format papier-crayon remis aux patients. Chaque questionnaire comportait trois parties : l'éducation thérapeutique et la qualité de vie perçue munies des échelles de type Likert à 4 pas de réponses (1= Non totalement à 4= Oui totalement). La dernière section de ce questionnaire était réservée aux données sociodémographiques. Les participants ont été invités à lire le feuillet d'information sur la note d'introduction du questionnaire avant de répondre à celui-ci.

Par la suite, les participants qui manifestaient leur consentement à participer à l'étude ont répondu au questionnaire et le retourner.

Considérations éthiques

L'anonymat et le respect de la confidentialité des informations recueillies ont été préservés suivant le texte de loi n° 2020/010 du 20 juillet 2020 signé par le président de la république encadre les procédures de collecte des données statistiques au Cameroun.

Procédure d'analyse des résultats

Les deux variables ayant été mesurées à l'aide d'échelles numériques, les données collectées se présentent sous la forme de scores continus. Nous

avons logiquement choisi de solliciter la technique statistique de régression suivant la méthode des moindres carrés linéaires simple pour effectuer le test d'hypothèse.

Nous avons logiquement choisi de solliciter la technique statistique de régression suivant la méthode des moindres carrés linéaires simple pour effectuer ce test.

Les données ont été simplement saisies sur CSPRO 2013. L'analyse des données a été effectuée sur le logiciel SPSS (Version 26) et JASP sous Windows 10.

RESULTATS

Dans ce travail, nous avons effectué deux types d'analyses statistiques. Premièrement, les analyses descriptives ont d'abord été faites suivies des analyses inférentielles.

a) Analyse descriptive

Le tableau ci-dessous indique les résultats en rapport avec les dimensions de la qualité de vie des patients diabétiques rencontrés.

Tableau 2 :

Statistiques descriptives en rapport aux dimensions de la qualité de vie perçue.

	PHY	PSY	RSP	RSP
Moyenne	2,4	2,4	2,8	3,1
Ecart-type	0,5	0,8	0,7	0,7
Minimum	1,0	1,0	1,0	1,0
Maximum	4,0	4,0	4,0	4,0

Le tableau ci-dessus montre que le score moyen de la dimension physique de la qualité de vie perçue par les 99 diabétiques interrogés s'élève à 2,425. Ce score est inférieur à la moyenne théorique d'une échelle à 4 points. La dispersion des scores autour de cette moyenne semble faible au regard de la valeur de l'écart-type (E-T = 0,52). On note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 1,000) et le score maximum (max = 4,000) enregistrés sur cette échelle.

Concernant la dimension psychologique de la qualité de vie perçue, ce tableau montre que le score moyen de par les 99 diabétiques interrogés s'élève à 2,46. Ce score est légèrement inférieur à la moyenne théorique d'une échelle à 4 points. La dispersion des scores autour de cette moyenne semble faible au regard de la valeur de l'écart-type (E-T = 0,81). On note également un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 1,000) et le score maximum (max = 4,000) enregistrés sur cette échelle.

Pour ce qui est de la dimension relation sociale dans la qualité de vie perçue par les 99 diabétiques interrogés, le score moyen de la dimension s'élève à 2,86. Ce score est légèrement supérieur à la moyenne théorique d'une échelle à 4 points. La dispersion des scores autour de cette moyenne semble faible au regard de la valeur de l'écart-type (E-T = 0, 74). On note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 1,000) et le score maximum (max = 4,000) enregistrés sur cette échelle. Le même tableau renseigne que le score moyen de la dimension **Environnement** de la qualité de vie perçue par les 99 diabétiques interrogés s'élève à 2,93. Ce score est supérieur à la moyenne théorique d'une échelle à 4 points. La dispersion des scores autour de cette moyenne semble faible au regard de la valeur de l'écart-type (E-T = 0, 66). On note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 1,000) et le score maximum (max = 4,000) enregistrés sur cette échelle.

Le score moyen de la satisfaction de l'éducation thérapeutique globalement perçue par les 99 diabétiques interrogés s'élève à 3,14. Ce score est supérieur à la moyenne théorique d'une échelle à 4 points. La dispersion des scores autour de cette moyenne semble faible au regard de la valeur de l'écart-type (E-T = 0, 72). On note néanmoins un écart non négligeable entre le score minimum (Min = 1,000) et le score maximum (max = 4,000) enregistrés sur cette échelle.

b) Analyse inférentielle

Tableau 3 :

Résultats de la régression simple de l'éducation thérapeutique sur la qualité de vie.

	R ² ajusté	Béta	t	P
QLV	0,099		3,434	.001
ETH		0,32		

L'objectif de l'analyse présentée dans le tableau est de vérifier l'idée selon laquelle l'éducation thérapeutique améliore la qualité de vie physique des diabétiques à l'hôpital de district d'OBALA. Les résultats révèlent que l'éducation thérapeutique perçue exerce une influence statistiquement significative sur la qualité de vie physique des diabétiques à l'hôpital de district d'OBALA ($\beta = .32$; $p = .001$). Comme on pouvait s'y attendre, le soutien émotionnel perçue au regard de la valeur du coefficient de régression améliore la qualité de vie. La contribution l'éducation thérapeutique perçue dans l'explication de la qualité de vie physique s'élève à près de 32% (R^2_{aj}). Cette observation va dans le sens de ce qui était prévue par l'hypothèse générale de la présente étude.

DISCUSSION

Dans le cadre de cette étude, l'effet de l'éducation thérapeutique sur la qualité de vie des patients diabétiques suivit au service de diabétologie de l'hôpital de district d'OBALA a été étudié sous un angle analytique.

La qualité de vie des patients a été évaluée en quatre dimensions à savoir la dimension physique, la dimension psychologique, la relation sociale, la dimension environnementale selon le World Health Organization Quality of Life (2000). [22] Les indices de tendance de centrale (moyenne) et de dispersion (écart-type) rapportent les valeurs suivantes : la dimension de la qualité de vie physique perçus (moyenne= 2,425; E-T = 0,52). Il faut dire que les patients que nous avons interrogés ont une qualité de vie insuffisante, leur permettant de faire face à la maladie.

Ce résultat indique qu'il faut plusieurs implications pratiques de la part du personnel prenant en charge ces patients, notamment l'amélioration du contrôle de la glycémie. La sensibilisation sur les mesures d'hygiène de la vie déictique. Promouvoir les programmes de réadaptation physique pour les diabétiques. Dans la présente étude d'autres variables interviennent dans la détérioration de la qualité de vie notamment l'âge car 59 de nos enquêtés soit 59% ont un âge au-dessus de 35 ans, c'est dans cette tranche que se situe les personnes du troisième âge. Il est reconnu que l'âge est un facteur de risque pour les personnes diabétiques, surtout de type 2 cela se vérifie dans cette étude car 65 enquêtés soit 65,7% souffrent du diabète de type 2. Il est reconnu que la qualité de de vie varie en fonction du type de diabète, ainsi les enquêtés de cette étude dont la majorité souffrent du diabète de type 2 doivent faire face aux contraintes liées au régime alimentaire et à l'exercice physique. En outre, ils doivent aussi faire face au risque de complication chronique telle que les néphropathies, neuropathies, rétinopathies. Les besoins en médicament oraux ou insuline, mais nous devront retenir que la dégradation de la qualité de vie physique peut varier d'une personne à l'autre selon que l'on a le meilleur facteur individuel (bon contrôle de la glycémie) un bon soutien social. Face à s'est défis, l'on comprend pourquoi PIERRE YVES TRAYNARD médecin diabétologue disait que parmi toute les maladies chronique le diabète est celle par laquelle l'éducation thérapeutique du patient a été la plus développer a favorise et évaluer, selon lui il est reconnu d'une étude que la réduction des accidents aigus a été possible à la suite de la mise sur pied d'un programme de conseil a des patients en situation de précarité. [23]

La dimension de la qualité de vie psychologique dont le score est inférieur à la moyenne dans la présente étude nous fait savoir que les enquêtés ont une qualité de vie psychologique insuffisante. En effet, la gestion du diabète peut être source de stress et d'anxiété, en particulier ce qui concerne le contrôle de la glycémie et les complications potentielles. Ses personnes peuvent

aussi être dépressives en raison de la capacité à gérer la maladie.

En outre, si la personne affectée se sent limitée dans les activités ou si elle éprouve des difficultés à contrôler leur glycémie, elles peuvent perdre de l'estime de soi et voir le sentiment de perdre le contrôle de sa vie Selon LARAQUI HOSSINI et HAL [24] l'amélioration de la qualité de vie des diabétiques nécessitent une prise en charge globale (autant psychologique, métabolique, physiologique), que sociale. Les deux autres dimensions étudiées à savoir la dimension relation sociale dans la qualité de vie perçue des enquêtés donc le score est de 2,86 et la dimension environnementale de la qualité de vie avec 2,95 sont tous supérieurs à la moyenne théorique. Cela nous laisse croire que nos enquêtés bénéficient d'une qualité de vie relationnel et environnemental acceptable.

La présente étude dont l'hypothèse centrale est formulée ainsi qu'il suit : l'éducation thérapeutique améliore la qualité de vie des patients diabétiques suivis à l'hôpital de district d'obala nous a obligé à évaluer le niveau de satisfaction de l'éducation thérapeutique perçue par le patient dans ce service. Les scores moyens de cette évaluation qui s'élève à 3,14 sont suffisamment supérieurs à la moyenne théorique. Ce résultat rend compte du travail effectué par le personnel soignant de cette unité pour améliorer la qualité de vie des patients dont ils ont la charge.

Les tests d'hypothèse générale de cette étude montrent que, l'éducation thérapeutique entretient une relation statistiquement significative avec la qualité de vie physique des patients enquêtés. ($\beta = .32$; $p = .001$). La contribution l'éducation thérapeutique perçue dans l'explication de la qualité de vie physique s'élève à près de 32% (R^2_{aj}). Cette observation va dans le sens de ce qui était prévue par l'hypothèse générale de la présente étude.

Ce résultat indique lorsque les patients reçoivent une éducation thérapeutique centrée sur la maladie le traitement de la prévention des complications leur qualité de vie augmente.

REFERENCES

1. Abride, J. (1994). Présentation sociale et représentations. Paris
2. Bridges. (2006). Adhésion au traitement d'une personne atteinte d'une maladie chronique et le reflet du vécu expérientiel des transitions.
3. -Gaspers, & Godin, (2012). Prévenir le diabète : au plus près du patient, Courbevoie ; Ardin médical.
4. -(HAS), H. A. (2007). Éducation thérapeutique du patient (définition, traitement), organisation et recommandation. France.
5. -Hunt, K & Schuller. (2013). Prévention du diabète sucré (rapport d'étude de l'OMS).

6. -Mbanya, J.A (2012). Néo insight on diabetes mellitus and obesity in Africa.
7. -Nkoum, B, A. (2012). Initiation à la recherche : une nécessité professionnelle.
8. Noëlla, B, & Armand C. (2007). Dictionnaire de philosophie.
9. Soignante, C. (2013). Représentation du soignant dans la société.
10. Lacroix, A, & Assal, J. (2012). L'éducation thérapeutique des patients. Paris : Malouine.
11. Phaneuf. M. (2011). Relation d'aide et utilisation thérapeutique de Sol. Montréal : Chênevière.
12. Phaneuf. M. (2016). La relation d'aide-soignant-soigné : l'accompagnement thérapeutique. M : Montréal.
13. Terquem, C & Tarquinia, M. (2016). L'observance thérapeutique : déterminant et module théorique.
14. COHEN S., WILLS T.H. (1985), Stress, social support and the buffering hypothesis, Psychological Bulletin, vol. 98, p. 310-357
15. Sabine chiné (2012)