

Université du Québec en
Abitibi-Témiscamingue

Etude des besoins
fondamentaux des personnes
diabétiques du secteur de Rouyn-Noranda
selon le modèle de soins de Virginia Henderson

par

Brigitte Gagnon Kiyanda

Rapport de recherche présenté
en vue de l'obtention de la maîtrise en éducation
sous la direction de madame Ginette Rondeau

Décembre 1990





BIBLIOTHÈQUE

Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue
Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue

Mise en garde

La bibliothèque du Cégep de l'Abitibi-Témiscamingue et de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue a obtenu l'autorisation de l'auteur de ce document afin de diffuser, dans un but non lucratif, une copie de son œuvre dans Depositum, site d'archives numériques, gratuit et accessible à tous.

L'auteur conserve néanmoins ses droits de propriété intellectuelle, dont son droit d'auteur, sur cette œuvre. Il est donc interdit de reproduire ou de publier en totalité ou en partie ce document sans l'autorisation de l'auteur.

REMERCIEMENTS

La présente recherche a été rendue possible grâce au concours de nombreuses personnes qui ont toutes le mérite de m'avoir fait confiance jusqu'à ce jour.

Je remercie en premier lieu, mon mari, Gustave Ng. Kiyanda, et mes enfants qui m'ont sans cesse encouragée.

Je remercie mon tuteur, madame Ginette Rondeau, qui, jusqu'à la fin, m'a conseillé judicieusement.

Je remercie les personnes diabétiques qui ont bien voulu répondre à mon questionnaire et l'Association du diabète, section Rouyn-Noranda, sans qui cette recherche n'aurait pas eu lieu.

Je remercie toutes les personnes qui ont contribué de près à cette recherche et qui m'ont souvent conseillé, en particulier Mesdames Suzanne Legault Roy, infirmière et Chantal Rail Laszczewski, diététiste.

Je remercie les pharmaciens de Rouyn-Noranda qui m'ont permis d'entrer en contact avec les personnes diabétiques.

Je remercie également le CRSSS (Conseil régional de la santé et des services sociaux) et le FIR (Fonds institutionnel de recherche) pour l'aide financière indispensable accordée à la recherche.

TABLE DES MATIERES

REMERCIEMENTS.....	ii
TABLE DES MATIERES.....	iii
LISTE DES TABLEAUX.....	vi
LISTE DES FIGURES.....	viii
INTRODUCTION.....	1
CHAPITRE I - LE DIABETE.....	5
A. Définition.....	5
B. Classification clinique.....	7
C. Facteurs de risque.....	8
D. Manifestations d'un diabète non contrôlé.....	10
E. Autocontrôle.....	11
F. Etat actuel de la recherche sur le diabète.....	13
CHAPITRE II - PROBLEMATIQUE ET DEFINITION DU PROBLEME.....	16
A. Problématique.....	16
1. L'étendue et la gravité de la maladie.....	16
2. Les ressources.....	18
3. La clinique d'aide pour diabétiques et leurs familles.....	21
4. Les constatations du comité.....	24
5. L'Association du diabète.....	26
B. Définition du problème.....	27

CHAPITRE III - LE CADRE THEORIQUE.....	29
A. Le domaine de l'éducation.....	30
1. Les programmes.....	31
2. L'analyse des besoins.....	33
3. Le modèle inductif.....	34
B. Le domaine des soins infirmiers.....	35
1. Le modèle de soins de Virginia Henderson.....	35
2. Les besoins fondamentaux et l'individu diabétique.....	43
CHAPITRE IV - METHODOLOGIE.....	69
A. L'instrument de recherche.....	69
1. L'élaboration du questionnaire.....	69
2. La validation du questionnaire.....	72
3. L'administration du questionnaire.....	74
4. Le traitement des questionnaires.....	75
B. L'échantillon.....	76
C. Limites méthodologiques.....	80
1. Limites méthodologiques liées à l'échantillon.....	80
2. Limites méthodologiques liées au questionnaire.....	81
3. Limites méthodologiques liées au modèle d'analyse...	83
CHAPITRE V - ANALYSE DES RESULTATS.....	85
1. Le besoin de respirer.....	87
2. Le besoin de boire et manger.....	90
3. Le besoin d'éliminer.....	96
4. Le besoin de se mouvoir.....	98
5. Le besoin de dormir et de se reposer.....	102
6. Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments.....	104
7. Le besoin de se vêtir et de se dévêtir.....	107
8. Le besoin d'éviter les dangers.....	108
9. Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites normales.....	111
10. Le besoin de communiquer avec ses semblables.....	114
11. Le besoin d'agir selon ses croyances et ses valeurs morales.....	118
12. Le besoin de s'occuper en vue de se réaliser.....	119
13. Le besoin de se recréer.....	121
14. Le besoin d'apprendre.....	123
15. Le résumé de l'analyse des résultats.....	132

CONCLUSION.....	134
BIBLIOGRAPHIE.....	139
LISTE DES ANNEXES.....	143

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1:	Description de l'échantillon selon les variables sexe, âge, et type de diabète.....	80
Tableau 2:	Pourcentage (%) des répondants insatisfaits pour chacun des quatorze besoins fondamentaux.....	86
Tableau 3:	Distribution des répondants selon la satisfaction du besoin de respirer et les douleurs.....	88
Tableau 4:	Répartition des répondants selon les manifestations, toux et expectorations et l'usage du tabac.....	89
Tableau 5:	Répartition des répondants selon qu'ils consomment les 4 groupes d'aliments ou non, au même repas.....	92
Tableau 6:	Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin de s'alimenter et le surplus de poids.....	94
Tableau 7:	Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin de se mouvoir et des douleurs aux fesses.....	99
Tableau 8:	Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin de se mouvoir et des douleurs aux cuisses.....	100
Tableau 9:	Répartition des répondants en fonction de l'apparition de l'hypoglycémie après l'exercice et des mesures de prévention.....	101
Tableau 10:	Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin de dormir et se reposer et les crampes dans les membres inférieurs.....	103
Tableau 11:	Répartition des répondants selon le type de diabète et la présence d'infections.....	105
Tableau 12:	Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin d'être propre et la manifestation "infections".....	106

Tableau 13:	Répartition des répondants selon le type de diabète et la crainte des dangers.....	109
Tableau 14:	Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin d'éviter les dangers et la conscience des dangers liés au diabète.....	110
Tableau 15:	Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin de maintenir sa température et la manifestation "bouffées de chaleur".....	112
Tableau 16:	Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin de maintenir sa température et la manifestation "pieds froids".....	113
Tableau 17:	Pourcentage (%) des répondants selon les trois niveaux de connaissance de l'entourage.....	115
Tableau 18:	Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin de s'occuper et l'occupation.....	120
Tableau 19:	Pourcentage des répondants satisfaits de leurs connaissances en fonction de chacun des thèmes liés à l'enseignement au diabétique.....	124
Tableau 20:	Répartition des répondants selon leurs connaissances relatives aux différents thèmes analysés.....	126
Tableau 21:	Répartition des répondants selon la source d'information et le type de diabète.....	129
Tableau 22:	Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction et leurs connaissances.....	130

LISTE DES FIGURES

Figure A:	Vue d'ensemble.....	42
Figure 1:	Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de respirer.....	90
Figure 2:	Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de boire et manger.....	96
Figure 3:	Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin d'éliminer d'éliminer.....	98
Figure 4:	Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de se mouvoir.....	102
Figure 5:	Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de dormir et de se reposer.....	104
Figure 6:	Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin d'être propre et de protéger ses téguments.....	107

Figure 7:	Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de se vêtir et de se dévêtir.....	108
Figure 8:	Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin d'éviter les dangers.....	111
Figure 9:	Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de maintenir la température du corps dans les limites normales.....	114
Figure 10:	Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de communiquer avec ses semblables.....	117
Figure 11:	Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin d'agir selon ses croyances et ses valeurs morales.....	118
Figure 12:	Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de s'occuper en vue de se réaliser.....	121
Figure 13:	Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de se recréer.....	122

Figure 14:	Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin d'apprendre.....	131
------------	--	-----

INTRODUCTION

L'objet principal de la présente recherche est l'identification des besoins fondamentaux des personnes diabétiques appartenant au secteur géographique de Rouyn-Noranda.

La chercheuse avait dans sa famille, comme dans bon nombre de familles québécoises, une grand-mère diabétique insulino-dépendante. Les problèmes majeurs qu'elle vivait étaient son incapacité à se piquer elle-même et son refus de suivre un régime alimentaire. A cette époque, en 1945, elle était dépendante de ses enfants qui ignoraient eux-mêmes les rudiments des soins aux diabétiques.

La chercheuse a participé en tant qu'infirmière pédiatrique à la mise sur pied du service d'aide aux diabétiques au Centre hospitalier de l'Université Laval (CHUL), en 1970. Un des volets de ce service consistait à aider les parents des enfants diabétiques hospitalisés, principalement en les informant et en les supportant afin de leur permettre de s'occuper adéquatement de leur enfant et d'accepter la maladie. L'équipe multidisciplinaire était composée de l'infirmière, de la diététiste et du médecin.

En 1977, le Centre hospitalier Rouyn-Noranda mettait sur pieds un département de santé communautaire conformément à la politique de réforme des services de santé et services sociaux au Québec. En tant que coordonnatrice du département de santé communautaire, nous prenions conscience de la nécessité de soutenir les efforts des diverses ressources disponibles afin de fournir un support adéquat aux personnes diabétiques. L'Association du diabète, les infirmières de première ligne et quelques médecins et pharmaciens donnaient de l'information aux personnes diabétiques, ceci du mieux qu'ils pouvaient et avec les moyens dont ils disposaient. Il n'existait pas de structure stable à laquelle la personne diabétique et ses proches auraient pu s'adresser pour obtenir des réponses aux besoins.

Le vécu familial, les expériences professionnelles, l'implication dans l'Association du diabète expliquent notre intérêt soutenu pour le sujet de la recherche.

Nous avons la conviction que toute intervention professionnelle auprès des personnes diabétiques devrait favoriser le développement de l'autonomie de ces personnes en matière de santé.

Il y a 70 ans, le Docteur Joslin, pionnier dans le domaine du diabète, réalisait l'importance de l'éducation pour le diabétique et sa famille. L'attitude du Docteur Joslin s'exprimait ainsi: "Le diabétique qui en connaît le plus sur le diabète, vit plus longtemps"¹.

Encore récemment, les experts de l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) affirmaient dans leur rapport sur le diabète sucré que l'éducation doit être la pierre angulaire dans le traitement du diabète ².

La mise sur pied et l'application d'un programme d'éducation passe avant tout par un processus d'identification des besoins de la clientèle. La connaissance des besoins étant l'élément majeur pour la formulation des objectifs d'apprentissage.

Le lecteur trouvera, dans ce rapport, cinq chapitres qui se présenteront comme suit:

Le premier chapitre explique brièvement ce qu'est le diabète et les termes techniques les plus fréquemment utilisés dans le domaine des soins aux diabétiques.

-
1. Traduction personnelle, L.P. Krall, Education: Treatment for diabetics, Joslin's Diabetes Mellitus, 12 ed, 1985, chapitre 23, pp. 465-484.
 2. Comité OMS d'experts du diabète sucré, 2e rapport, no. 646, OMS, Genève, 1980, p. 62.

Le deuxième chapitre expose la problématique de la recherche en termes de méconnaissance des besoins des personnes diabétiques et d'absence de programme pouvant répondre aux besoins.

Le cadre théorique de la recherche fait l'objet du troisième chapitre et s'appuie sur les champs des connaissances des soins infirmiers et de l'éducation.

Le quatrième chapitre explique les aspects de la méthodologie: l'instrument de recherche, l'échantillon et les limites de la recherche.

Finalement, le dernier chapitre analyse les résultats de l'étude.

Nous souhaitons que l'analyse des besoins exprimés, combinée au portrait des ressources existantes permette de développer et d'implanter un programme d'intervention pour les diabétiques et leurs proches et devienne ainsi un outil pour une meilleure qualité de vie.

CHAPITRE I

LE DIABETE

Le chapitre qui suit expose les grandes lignes du diabète: ce qu'il est, sa classification, ses facteurs de risque, ses manifestations. La notion d'autocontrôle est abordée brièvement et sera développée plus longuement dans la description du cadre théorique de la recherche. L'objectif du chapitre est de définir les principaux termes techniques reliés à la maladie, afin de faciliter la lecture et la compréhension de la recherche.

A. Définition

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par une élévation¹ anormale du taux de sucre dans le sang. Le terme glycémie ou niveau de sucre dans le sang vient du grec par ses racines: "glucus", pour glucose (sucre) et "haima" pour "sang".

L'insuline, produite par les cellules Beta de la glande du pancréas permet à l'organisme d'utiliser le glucose en circulation dans le sang; elle abaisse, par le fait même, la glycémie.

1. Claude Cattelier, Le diabète sucré, St-Hyacinthe, Edisem Inc., 1984, p. 7.

L'action harmonieuse de l'insuline et des autres hormones du pancréas, dont le "glucagon", maintient la glycémie dans les limites normales, c'est-à-dire, entre 80 et 120 mg/dl (milligrammes par décilitres de sang).

Chez le diabétique, l'insuline n'est plus sécrétée ou n'est pas sécrétée en quantité suffisante pour répondre aux besoins de l'organisme. Sans insuline, le glucose ne peut être utilisé et il s'accumule dans le sang. Au delà de la valeur glycémique supérieure, 120 mg/dl, il y a hyperglycémie. Une hyperglycémie légère et passagère, à la suite d'un repas comportant des mets sucrés, n'est pas signe de diabète.

C'est le caractère persistant de l'hyperglycémie qui caractérise le diabète. Le diabétique doit suppléer à l'absence ou à la pénurie d'insuline en ayant recours à des injections quotidiennes d'insuline ou encore à des médicaments oraux qui vont stimuler la production d'insuline là où elle est encore présente. Dans certains cas, le régime alimentaire seul peut suffire à contrôler le diabète.

B. Classification clinique

L'OMS a classifié, en deux principaux groupes, les personnes souffrant de diabète ².

1° les diabétiques de type I, ou dépendants de l'insuline: diabétiques insulino-dépendants.

2° les diabétiques de type II, ou non-dépendants d'une source d'insuline extérieure à l'organisme: diabétiques non insulino-dépendants.

Les diabétiques de type I sont toujours traités avec des injections d'insuline. Les diabétiques de type II peuvent, dans certains cas, contrôler leur diabète avec, uniquement, un régime alimentaire approprié, ou, dans d'autres cas, avoir besoin de médicaments dits "hypoglycémifiants". Il peut arriver, dans certaines circonstances, comme lors d'une chirurgie, que les diabétiques de type II aient recours à l'insuline. Quel que soit le type de diabète, le régime alimentaire est toujours l'élément majeur du contrôle du diabète.

Sans vouloir entrer dans le détail de cette maladie et de sa classification, laquelle inclut quelques autres catégories, il est

2. Comité OMS d'experts du diabète sucré, deuxième rapport, OMS, Genève, 1980, p. 14.

important de souligner que certaines personnes ignorent le fait qu'elles sont diabétiques. Parmi les raisons qui expliquent ce phénomène, il faut citer les problèmes d'interprétation des valeurs de la glycémie par les professionnels de la santé.

La gravité de la maladie, d'une part, et les facilités dont nous disposons pour le contrôle de cette maladie, d'autre part, doivent inciter les professionnels de la santé à ne pas ignorer les individus chez qui les valeurs glycémiques ne sont encore qu'à la limite de la normalité.

En effet, selon le docteur Catellier, en présence de valeurs glycémiques "ni franchement normales, ni franchement anormales, la sagesse commande de se comporter comme si on était en présence d'un diabétique vrai (...), surtout si le sujet est jeune, à fortiori obèse, s'il présente des facteurs de risques de devenir diabétique (...)"³.

C. Facteurs de risque

Le diabète n'est plus, de nos jours, considéré uniquement comme une maladie d'origine héréditaire. En effet, le docteur Catellier affirme

3. Catellier, op. cit., p. 13.

que "dans la majorité des cas, le diabète sucré résulte de l'interaction, en proportions variables, de facteurs génétiques et de facteurs de l'environnement" ⁴.

Des virus, des agents chimiques spécifiques et des traumatismes physiques ou émotionnels peuvent provoquer l'apparition d'un diabète type I. Parmi les facteurs de risques liés au diabète type II, il faut souligner l'importance du facteur nutritionnel, en particulier l'obésité, et du facteur héréditaire.

L'étude anglaise de Barker ⁵ a d'ailleurs mis en évidence la relation entre les mauvaises conditions socio-économiques des individus (le chômage, le faible niveau de vie, les mauvaises conditions de logement) et les taux d'incidence du diabète type II chez les 18-50 ans.

Les connaissances actuelles sur le rôle que jouent les facteurs environnementaux et génétiques dans l'apparition du diabète encouragent le dépistage précoce des individus à haut risque de développer la maladie. Ces connaissances permettent également d'envisager des mesures de prévention du diabète.

4. Catellier, op. cit., p. 103.

5. Barker et al., Incidence of diabetes amongst people aged 18-50 in nine British Towns, in Diabetologia, 1982.

D. Manifestations d'un diabète non contrôlé

Les deux principales manifestations d'un diabète mal contrôlé sont l'hyperglycémie et l'hypoglycémie, que le diabétique doit apprendre à reconnaître et à corriger.

L'hyperglycémie, ou l'élévation de la glycémie au-delà des valeurs normales, est causée par une carence en insuline ou par un apport alimentaire trop important. Elle se manifeste principalement par les symptômes suivants: une soif importante (polydipsie), l'envie fréquente d'uriner (polyurie), une faim intense (polyphagie).

Les manifestations physiques de l'hyperglycémie apparaissent lentement; en leur présence, la glycémie est souvent très élevée (180 mg/dl et plus).

L'hyperglycémie, qui apparaît fréquemment et qui persiste durant plusieurs années, entraîne de graves complications. Les lésions de la rétine de l'œil, les troubles rénaux, les maladies vasculaires des membres inférieurs, les infections, comptent parmi les complications les plus sérieuses du diabète non contrôlé ou de l'hyperglycémie.

L'hypoglycémie est la chute de la glycémie bien en dessous des valeurs normales. Elle est causée par une trop forte dose d'insuline ou une prise d'aliments insuffisante pour les besoins de l'organisme. Elle

se manifeste rapidement par des symptômes tels que des troubles de la vision, des sueurs, des palpitations, des tremblements, la faiblesse et la faim.

Chaque diabétique a ses propres symptômes qui sont toujours à peu près les mêmes d'un épisode hypoglycémique à un autre. Le diabétique doit être en mesure de corriger rapidement la situation, en avalant un jus sucré par exemple.

L'hypoglycémie non corrigée peut conduire au "coma hypoglycémique" et nécessiter l'intervention médicale ou celle d'une personne bien préparée. Des comas à répétition ont un effet néfaste sur l'organisme, en particulier sur le cerveau.

En présence d'hyperglycémie ou d'hypoglycémie, le diabétique ne se sent pas bien et il a besoin pour son bien-être immédiat de corriger la situation le plus rapidement possible.

E. Autocontrôle

Le docteur J.L. Chiasson définit l'autocontrôle comme "la capacité que peut acquérir le diabétique de contrôler lui-même sa maladie" ⁶ . L'objectif de l'autocontrôle est le maintien de la glycémie entre 80 et

6. J.L., Chiasson, La maîtrise de son diabète par l'autocontrôle, Plein Soleil, vol. 27, no. 2, p. 18.

120 mg/dl et ceci à toute heure du jour et de la nuit, tout au long de l'année. Bien qu'il s'agisse là d'un objectif dont l'atteinte exige énormément d'efforts, le docteur Pirart affirme: "n'épargnez aucune peine pour éviter l'hyperglycémie prolongée: nos efforts (...) seront largement payés en retour, en terme de bien-être, d'aptitude physique, professionnelle, sportive, sexuelle, etc..."⁷.

Le diabétique, même s'il ressent des signes d'hypoglycémie et d'hyperglycémie, ne peut pas se fier à ses seules impressions pour obtenir un contrôle strict de sa glycémie. Le principal outil de l'autocontrôle est la connaissance des valeurs glycémiques et leur interprétation. La glycémie est mesurée soit à l'aide d'appareils spéciaux réunis sous le vocable "réflectomètres" ou soit à l'aide de bandelettes réactives (utilisées sans réflectomètre) qui, au contact de gouttelettes de sang, vont se colorer selon le niveau de sucre sanguin. Ces appareils, ou bandelettes, fournissent des indications précises du taux de sucre dans le sang, dans la mesure où ils répondent à certains critères d'utilisations et de surveillance technique.

Les tests urinaires qui permettent de connaître le taux de sucre dans les urines ont été déclassés par l'apparition des réflectomètres "domestiques". Ils n'en demeurent pas moins très utiles pour grand nombre de diabétiques qui ne peuvent avoir accès aux réflectomètres

7. Jean Pirart, N'épargnez aucune peine pour éviter l'hyperglycémie prolongée, Plein Soleil, vol. 27, no. 2, p. 13.

encore très coûteux. Ils fournissent également des informations très pertinentes et ne peuvent pas être ignorés totalement.

La lecture et la compréhension des résultats des tests permettent au diabétique de prendre des décisions qui ont pour but de maintenir la glycémie dans les limites normales. La prise de décision concerne les éléments majeurs du contrôle: le régime alimentaire, l'exercice physique, le dosage de l'insuline et les hypoglycémifiants oraux.

L'apprentissage de l'autocontrôle déborde largement le champ des connaissances et des habiletés purement techniques des tests et de leur interprétation. Il suppose une volonté d'agir, de maîtriser la situation; il nécessite un entourage bien informé qui supporte le diabétique; il oblige les professionnels de la santé à faire confiance au diabétique et à lui donner tous les outils dont il a besoin.

F. Etat actuel de la recherche sur le diabète

Les gouvernements et les associations de diabétiques comprennent qu'investir dans la recherche est une excellente façon d'aider les diabétiques. Selon le National Diabetes Advisory Board,⁸ l'investissement économique en recherche est rentable. Dans le domaine

8. Commission d'étude sur l'ADQ, op. cit., p. 13.

de la compréhension de la maladie et de son traitement, les chercheurs ont fait des progrès énormes depuis la découverte de l'insuline en 1921. Les recherches sur le rôle des composantes immunologiques et génétiques dans le développement du diabète de type I, sur la production d'insuline humaine, sur le développement des pompes à insuline, sur les traitements oculaires au laser (photocoagulation), pour ne citer que celles-là, ont eu des répercussions bénéfiques sur la qualité de vie des diabétiques.

Nous pouvons constater dans la littérature de même que dans les exposés présentés lors des congrès sur le diabète, à quel point les études portant sur les aspects biologiques de la maladie sont nombreuses par rapport aux études portant sur les questions d'ordre éducatif.

Bien que l'éducation des diabétiques soit considérée comme la "pierre angulaire" dans le traitement du diabète, plusieurs auteurs dont Brown⁹ reconnaissent que les techniques pédagogiques utilisées pour l'éducation des diabétiques ne font pas preuve de leur efficacité et que pas plus de "50 % des malades se conforment aux prescriptions du médecin, même avec un programme intensif d'éducation..."¹⁰, les chercheurs commencent à peine à aborder des questions liées au processus éducatif.

9. G. Brown, Autres approches à la promotion de la santé, La vie médicale vol. 6, mai 1977, p. 515.

10. Ibid.

A titre d'exemple, nous pouvons citer les travaux de S. Schncebeli et Ass.,¹¹ "L'impact de l'éducation sur l'équilibre du diabète et la survenue des complications...", les travaux de A. Colbert et Ass.,¹² l'étude de l'intérêt des réunions de groupe dans l'éducation diététique de patients obèses"; les travaux de F. Elgrably,¹³ les "Relations entre connaissances et comportements diabétologiques et la fréquence et la sévérité des hypoglycémies chez 238 diabétiques insulino-dépendants". Bien que peu nombreuses encore, ces recherches ouvrent des portes à la compréhension des problèmes liés à l'éducation des diabétiques.

11. Résumés des communications présentées à la réunion scientifique conjointe de l'ALFEDIAM, de la SNDLF, de l'ADQ, Diabète et Métabolisme, 2 au 4 juin 1987, Montréal.

12. Ibid.

13. Ibid.

CHAPITRE II

PROBLEMATIQUE ET DEFINITION DU PROBLEME

A. Problématique

Le diabète est un problème de santé répandu dont la gravité ne fait pas de doute. Malgré cela, peu de ressources sont mises à la disposition des diabétiques. Pourtant les problèmes découlant du diabète sont nombreux et touchent tous les diabétiques. La recherche, c'est là l'avis des gouvernements et des associations de diabétiques, propose des solutions au diabète et à son contrôle, mais bien peu d'efforts ont été consentis, jusqu'à maintenant, dans le but d'identifier les besoins des personnes diabétiques.

1. L'étendue et la gravité de la maladie

La présence de diabète sur le globe varie considérablement d'une population à une autre. Selon l'OMS ¹, environ 6 % de l'ensemble des adultes américains sont atteints de diabète. Ce taux est sensiblement le même pour l'Europe et nettement inférieur dans les pays en voie de développement, ce qui ne signifie nullement que cette maladie y est

1. Comité OMS d'experts du diabète sucré, op. cit., p. 17.

moins répandue puisque plusieurs facteurs influencent les données statistiques liées à la maladie: la tolérance, par les professionnels, de valeurs glycémiques plus élevées, par exemple.

Ce phénomène explique en partie, même au Québec, un taux élevé de diabétiques méconnus.

Au Québec, bien que les études épidémiologiques réalisées sur le sujet soient peu nombreuses, les auteurs² s'entendent pour dire que 4 à 5 % de la population totale est diabétique.

Selon ces statistiques, 8 000 personnes seraient atteintes du diabète, en Abitibi-Témiscamingue et, dans le seul secteur de Rouyn-Noranda, 1 600 personnes seraient diabétiques.

Plusieurs maladies graves sont le résultat d'un diabète mal contrôlé et leur fréquence est plus grande chez les diabétiques que dans la population en général: les maladies cardiaques et celles des vaisseaux du cerveau sont deux à trois fois plus élevées, la cécité est dix fois plus fréquente, la gangrène et l'amputation sont vingt fois

2. Commission d'étude sur l'Association du diabète du Québec, le diabète: Etat de la situation, Plein Soleil, vol. 26, no. 3, 1984, p. 10.

plus répandues. Le diabète est également la deuxième cause majeure des maladies rénales fatales et il conduit à d'autres maladies chroniques telles que les neuropathies, les infections et les problèmes sexuels³.

Les coûts engendrés par le diabète sont énormes: coûts des hospitalisations, absentéisme, pertes d'emploi, coûts des médicaments, etc.

2. Les ressources

Les ressources spécifiques mises à la disposition des diabétiques sont peu nombreuses. Il n'y a que quelques centres d'enseignement au Québec; la plupart sont situés dans des centres hospitaliers des régions métropolitaines. Nous avons consulté quelques guides de référence rédigés par des professionnels qui oeuvrent dans ces centres d'enseignement. Bien documentés, la plupart de ces guides sont des recueils d'information à l'intention des infirmières et autres personnes qui travaillent auprès des diabétiques. Ces guides permettent d'uniformiser le contenu de l'enseignement au diabétique et abordent les sujets des tests, du régime alimentaire, des médicaments, etc. Cependant, ils ne parlent pas de la cueillette d'informations qui

3. Ibid.

devrait précéder l'identification des objectifs, des étapes à suivre dans l'enseignement, des stratégies d'intervention et des critères d'évaluation des programmes.

Les statistiques hospitalières nous indiquent à quel point il est urgent de développer des programmes d'intervention pour les diabétiques. Puisque des progrès énormes ont été réalisés au plan de la compréhension des mécanismes de la maladie et de son traitement, il est donc possible de réduire sensiblement la durée moyenne des hospitalisations. En effet, aux Etats-Unis, en 1980, la durée nationale moyenne des hospitalisations était de 5,4 jours alors que dans un centre hospitalier qui applique un programme d'enseignement pour diabétiques, elle était de 1,2 jours ⁴.

A titre d'exemple, au "Los Angeles County - University of Southern California Medical Center", ⁵ l'on a réussi à réduire de façon sensible la durée des hospitalisations des personnes diabétiques en implantant un programme sur toutes les unités de soins, internes comme externes, et en accordant beaucoup d'importance au processus d'évaluation du programme.

4. G. Steiner, P. Lawrence, Educating Diabetic Patients, Springer Publishing Company Inc., New York, 1981, pp. 349-359.

5. Ibid.

Au Québec, nous n'avons pas pu obtenir des données récentes sur l'hospitalisation des personnes diabétiques. Nous savons cependant que, en 1962, la durée moyenne provinciale des hospitalisations pour diabète était de 21 jours ⁶.

A Rouyn-Noranda, nous avons compilé les données d'hospitalisations disponibles pour les années 1982-83 et nous avons constaté que la durée moyenne des hospitalisations des personnes diabétiques était élevée, soit 15,4 jours ⁷.

Tout comme certains hôpitaux américains l'ont démontré, nous estimons que le développement et l'implantation de programme d'interventions à l'intention des personnes diabétiques devrait nous permettre de réduire la durée des hospitalisations et par le fait même les coûts qui s'y rattachent.

6. L. Davignon, Rapport sur la campagne de dépistage du diabète, Union Médicale du Canada, vol. 96, no. 10, (octobre 1967), p. 1227.

7. MAS, Données concernant l'hospitalisation des personnes diabétiques résidant dans le secteur Rouyn-Noranda, année 1982-83.

3. La clinique d'aide pour diabétiques et leurs familles

De 1985 à 1986, grâce à une subvention du Conseil régional de la santé et des services sociaux de l'Abitibi-Témiscamingue (CRSSSAT), et en tant que projet "d'intervention, d'étude et d'analyse en santé communautaire", une clinique d'aide aux diabétiques et à leurs familles a offert des services à pas moins de 150 personnes diabétiques.

C'est grâce à l'action du "Comité pour la bonne marche du projet: clinique d'aide aux diabétiques et leurs familles", comité mis sur pieds et géré par l'auteure de cette recherche, que la subvention a pu être obtenue.

L'action du comité se basait sur le fait qu'il était impérieux de développer des services pour les personnes diabétiques résidant dans le secteur de Rouyn-Noranda.

De l'avis de l'Association du diabète du secteur de Rouyn-Noranda et de certains groupes de professionnels en contact fréquent avec les diabétiques, les problèmes rencontrés par les personnes diabétiques et leurs proches étaient nombreux: manque d'information, manque de support, manque d'aide dans les moments les plus difficiles de la maladie, hospitalisations fréquentes et prolongées, complications sévères, etc.

Le "Comité pour la bonne marche du projet: Clinique d'aide aux diabétiques et à leurs familles" était composé de six personnes au début de son mandat (février 1984) et d'une douzaine de personnes vers la fin de son mandat (février 1986). L'Association du diabète, le CRSSSAT, le Centre hospitalier Rouyn-Noranda, des professionnels tels que infirmières, diététistes, travailleuse sociale, médecins, y étaient représentés.

Dans le procès-verbal de la réunion du 17 juin 1985, c'est en ces termes que le comité définit ses objectifs:

- "1- Promouvoir l'idée de la clinique d'aide et son importance par le biais des moyens tels que la transmission d'informations dans les médias et dans les différents milieux (professionnels, organismes sociaux, etc.).
- 2- Déterminer les orientations actuelles et futures de la clinique d'aide.
(...)
- 4- Veiller à la qualité des intervenants et des interventions posées dans le cadre du projet.
(...)
- 7- Susciter des projets innovateurs en intervention et/ou en recherche.

- 8- Envisager la permanence de la clinique dont le budget actuel sera épuisé vers avril 1986.
- 9- Collaborer étroitement avec l'Association du diabète ⁸.

Sous la "direction" du Comité et du Centre hospitalier Rouyn-Noranda à qui avait été accordée la subvention, une infirmière et une diététiste ont offert les services suivants: les personnes diabétiques ont bénéficié d'informations et de support, les professionnels de la santé ont bénéficié de rencontres de sensibilisation et d'information sur le diabète. Bon nombre d'activités de sensibilisation au diabète, s'adressant à la population en général, ont été réalisées.

Au terme de ses activités, le comité chargé de la bonne marche de la clinique a soumis un rapport aux organismes de santé et de services sociaux de Rouyn-Noranda.

Ce rapport avait pour but de "communiquer les résultats de l'évaluation portant sur les objectifs fixés et les moyens utilisés" et de "susciter l'intérêt des organismes et des établissements concernés

8. Procès-verbal du comité, 17 juin 1985.

par la santé de la population en vue d'obtenir un budget pour le maintien des services aux diabétiques et à leurs familles" ⁹.

Jusqu'à ce jour, ce rapport a suscité de l'intérêt et il est permis de croire que des services seront offerts, dans un avenir rapproché, aux personnes diabétiques et à leurs familles. De plus, l'Association du diabète a la volonté d'obtenir des services et son action est nettement dirigée dans ce sens.

Nous présentons ici quelques observations faites par le comité, dans son rapport, et ayant trait à la clientèle diabétique qui avait fréquenté la "clinique d'aide aux diabétiques et à leurs familles".

4. Les constatations du comité

Les nouveaux diabétiques ont besoin d'aide et de temps pour traverser les différentes étapes de l'acceptation de leur maladie. Pourtant, à leur sortie de l'hôpital, il n'y a personne pour les aider à moins que la clinique n'ait été avisée, ce qui n'est pas toujours le cas.

9. Comité pour la bonne marche de la clinique d'aide aux diabétiques et à leurs familles, Rapport aux organismes de santé et services sociaux de Rouyn-Noranda, février 1986, p. 1.

Au moment de l'hospitalisation des diabétiques connus, les professionnels de la santé s'occupent des problèmes les plus urgents. On semble prendre pour acquis que les diabétiques possèdent suffisamment d'informations, ce qui n'est pas toujours le cas, pour prendre en main leur situation, aussi repartent-ils chez eux avec les mêmes connaissances et préjugés qu'ils avaient à leur arrivée au centre hospitalier. Les auteurs du rapport questionnent: "Est-il normal qu'un diabétique qui se pique depuis plusieurs années ne sache pas quand et comment ses insulines agissent? Est-il normal qu'il ne fasse pas le lien entre son alimentation et ses glycémies?"¹⁰. Il n'est pas rare de voir des diabétiques sans autres problèmes de santé et encore en âge de travailler recevoir de l'aide sociale parce qu'ils font trop souvent des épisodes d'hypoglycémie.

Faute de temps pour aider les personnes âgées diabétiques, il est impossible de développer des plans d'interventions adéquats et des réseaux d'entraide qui permettraient à ces personnes de conserver leur autonomie et, dans le cas des personnes âgées atteintes d'un handicap visuel, d'avoir recours aux "aides visuelles" disponibles dans certains centres de santé du Québec.

Les diabétiques de type II sont les plus démunis. Ils sont rarement hospitalisés pour le diagnostic. On leur dit "vous êtes juste

10. Ibid., p. 18.

un petit peu diabétique". Ils suivent leur régime quelques semaines et retournent à leurs habitudes antérieures faute de connaissances et de support professionnel.

Les auteurs du rapport affirment: "tous les organismes du réseau disposent de ressources humaines dynamiques et de structures qui peuvent être mises au service des diabétiques" ¹¹. Cette conviction des auteurs du rapport abonde dans la même voie que les propos du professeur J.P. Assal ¹² qui affirme que la présence d'une structure stable regroupant des gens formés pour s'occuper des diabétiques est un des éléments majeurs qui favorisent l'adhésion (ou la "compliance") du diabétique à son traitement.

5. L'Association du diabète

L'Association du diabète du Québec fut fondée en 1954 par un groupe de médecins. Elle a pour but principal de regrouper les personnes diabétiques et de leur permettre une meilleure compréhension de la maladie. Depuis sa fondation, l'association s'est constamment développée en offrant de nouveaux services: information aux membres, formation des professionnels, subvention à la recherche, support financier à des camps d'été pour enfants diabétiques, etc.

11. Ibid., p. 9.

12. J.P. Assal, L'enseignement au malade sur sa maladie et son traitement, un succès thérapeutique, un échec du corps médical, pp. 193-207.

L'Association du diabète du secteur de Rouyn-Noranda compte 300 membres et elle fonctionne depuis 1975. L'association a toujours réclamé des services pour ses membres et plus que jamais, aujourd'hui, elle est au coeur des débats sur les services à offrir et à développer en vue de répondre aux besoins des personnes diabétiques.

Dans le contexte de cette recherche, l'association a soutenu le projet dès ses débuts: elle a participé activement aux activités du comité de la clinique d'aide aux diabétiques et plusieurs de ses membres ont collaboré étroitement lors de l'administration du questionnaire de la recherche.

B. Définition du problème

Les connaissances sur le diabète et les constatations du "Comité pour la bonne marche de la clinique" nous indiquent que le diabète est un grave problème de santé et il engendre de nombreuses difficultés chez les diabétiques et leur entourage. Les services de santé, centres hospitaliers, centres locaux de services communautaires ont la responsabilité de fournir de l'aide aux diabétiques. L'aide professionnelle s'inscrit généralement dans des programmes qui s'expriment par des objectifs, des contenus, des activités et des procédés d'évaluation de l'atteinte des objectifs.

Tous les auteurs consultés s'accordent pour dire que la connaissance des besoins des individus est un des intrants essentiels à la planification d'un programme d'intervention, au même titre que les ressources humaines et financières, ou que le temps dont nous disposons.

A notre connaissance, aucune recherche portant sur l'identification des besoins des personnes diabétiques n'a été réalisée jusqu'à maintenant.

Afin de fixer les objectifs et de déterminer le contenu d'un programme d'intervention s'adressant aux personnes diabétiques du secteur de Rouyn-Noranda, il est primordial de répondre aux deux questions suivantes:

- Quels sont les besoins des personnes diabétiques?
- Quel est l'ordre de priorité de ces besoins?

Répondre à ces questions est là l'objet principal de la présente recherche.

CHAPITRE III

LE CADRE THEORIQUE

Le cadre théorique de la recherche s'appuie sur un ensemble de connaissances issues principalement des domaines de l'éducation et des soins infirmiers.

Au domaine de l'éducation, nous empruntons une vision élargie du concept d'autocontrôle, ainsi que des connaissances sur l'évaluation des besoins et la mesure des écarts.

Au domaine des soins infirmiers, nous empruntons le modèle de soins de Virginia Henderson: une définition de l'individu à qui sont destinés les soins infirmiers, les difficultés inhérentes à l'atteinte de son indépendance, la nature du service professionnel rendu. Plusieurs auteurs, infirmières, médecins, psychologues, fournissent également des données précises sur les différentes manifestations de la maladie chez la personne diabétique.

A. Le domaine de l'éducation

L'éducation du diabétique et de sa famille est la pierre angulaire dans le traitement du diabète. Elle a pour but le contrôle du diabète par le diabétique lui-même avec le concours de ses proches et des professionnels. C'est ce que les auteurs ¹ appellent l'autocontrôle.

Le diabète affecte l'ensemble des activités des personnes diabétiques et son contrôle touche, selon Steiner, ² les aspects les plus intimes de la vie: les relations humaines, l'alimentation, le travail, le jeu, etc.

Les avantages que l'individu diabétique peut retirer de l'autocontrôle sont nombreux: il peut vivre plus longtemps et plus heureux, il peut éviter les complications du diabète, il peut s'adapter aux problèmes de la vie moderne, il peut avoir une vie utile et productive et il peut amoindrir le fardeau économique de la maladie ³.

-
1. Dossier: l'autocontrôle et le diabète, Plein Soleil, vol. 27, no. 2, mai 1985.
 2. G. Steiner, Educating diabetic patients, Springer Publishing Compagny, New York, 1981.
 3. Ibid.

D'après S. Strowig,⁴ il doit être clair, pour l'individu diabétique, qu'il est lui-même en charge de son diabète. Le plan de traitement, l'exécution du plan, le niveau de bien-être obtenu sont la responsabilité de l'individu. Quant au professionnel, son rôle est de faciliter le processus d'autocontrôle, qui exige, de la part du diabétique, l'acquisition de nouvelles connaissances, le développement d'habiletés, l'adoption de comportements ou d'attitudes requis par la maladie et ses exigences. A cette fin, les professionnels mettent au service des personnes diabétiques, des structures, des compétences et des programmes éducatifs. Ce sont ces programmes qui sont au coeur des préoccupations de la recherche.

1. Les programmes

Les programmes d'intervention consultés et s'adressant aux professionnels qui enseignent aux diabétiques⁵ sont le plus souvent axés sur des contenus d'ordre pratique: comment enseigner l'injection d'insuline, comment enseigner les tests sanguins. En fait, ils sont basés, selon O'Neill sur l'équation suivante:

Enseignement = modification ou acquisition des comportements.

-
4. Strowig, Patient Education: A model for autonomous decision making and deliberate action in diabetes self - Management, Medical Clinics of North America, vol. 66, no. 6, novembre 1982.
 5. S. Boismenus et coll., Bâtir sa santé, enseignement aux diabétiques, Guide d'information destiné aux professionnels de la santé, Cité de la santé de Laval, 1982, p. 84.

Selon l'auteur, "l'approche des changements linéaires à partir des connaissances jusqu'au comportement, en passant par les attitudes, est trop simpliste pour planifier la plupart des interventions" ⁶. C'est, selon O'Neill, à ce cadre conceptuel qu'intuitivement un grand nombre de professionnels de la santé se rattachent.

Selon Nadeau, un programme est "un ensemble organisé de buts, d'objectifs spécifiques, de contenu organisé de façon séquentielle, de moyens didactiques, d'activités d'apprentissage et de procédés d'évaluation pour mesurer l'atteinte de ces objectifs"⁷.

Cette définition, selon Nadeau, ⁸ permet de dégager un certain nombre de décisions qui doivent être prises par les responsables de développement de programmes. La première étape de la définition d'un programme, celle de la détermination des buts et des objectifs spécifiques, est basée sur la connaissance des besoins de la clientèle visée par le programme. Aucune décision ne peut être prise quant à la formulation des autres éléments du programme, le contenu, les activités d'apprentissage, etc., si les besoins ne sont pas connus.

6. M. O'Neill, La modification des comportements liés à la santé, Revue critique de la littérature théorique et suggestions pour l'organisation des programmes de santé communautaires, Montréal, octobre 1979, p. 28.

7. M.A. Nadeau, L'évaluation des programmes d'études, théorie et pratique, Les Presses de l'Université Laval, Québec, 1981, p. 174.

8. Ibid.

2. L'analyse des besoins

Selon le dictionnaire Robert, un besoin est une "exigence née de la nature ou de la vie sociale" ⁹. Cette définition permet, selon Nadeau "de distinguer deux types de besoins, les besoins innés et les besoins acquis (...)" ¹⁰. Les besoins innés sont associés aux besoins physiologiques de Maslow ¹¹ et aux besoins fondamentaux de Henderson ¹², dont nous parlerons longuement un peu plus loin. Les besoins acquis font apparaître la notion de "valeur": ce qui est besoin chez l'un ne l'est pas nécessairement chez l'autre. Dans notre démarche, les aspects innés et acquis de chaque besoin seront considérés comme inséparables. Les besoins seront identifiés à partir des perceptions exprimées par les personnes diabétiques.

Plusieurs auteurs dont Mager, Nadeau, Kaufman, ... définissent le terme besoin comme la situation née de "l'écart entre une situation idéale et une situation concrète entre "ce qui est (what is) et ce qui devrait être (what should be)" ¹³.

9. Nadeau, op. cit., p. 138.

10. Ibid.

11. Ibid.

12. E. Adam, Etre infirmière, Les Editions HRW Ltée, Montréal, 1979, p. 114.

13. R. Kaufman, Needs Assessment, Concept and application, educational technology publications, Englewood Cliffs, New Jersey, 1979, p. 8.

Analyser les besoins, c'est donc mettre en oeuvre un processus de mesure des écarts: plus les écarts sont grands, plus les besoins sont urgents et importants.

Kaufmann propose deux modèles de saisie des besoins. 1^o Le modèle déductif nécessite des données préalables: des programmes-cadres, des objectifs précis et des résultats de performance comme nous l'avons exprimé un peu plus haut, les "programmes" d'enseignement actuels ne contiennent pas les éléments énumérés ci-dessus pour pouvoir utiliser le modèle déductif. 2^o Le modèle inductif tire son nom du fait que les buts, les attentes et les résultats de l'éducation sont obtenus des membres des groupes et sous-groupes sociaux d'une communauté et que le programme est basé sur ces données" ¹⁴. Ce dernier nous permet d'identifier les comportements actuels et d'élaborer le processus d'analyse des besoins des personnes diabétiques.

3. Le modèle inductif

Le modèle inductif propose, comme point de départ, l'observation des comportements présents et les compare aux comportements souhaités. Voici, tel que présenté par Nadeau, ¹⁵ les quatre premières étapes du modèle inductif.

14. Nadeau, op. cit., p. 150.

15. Ibid., p. 151.

- 1° Identifier les comportements actuels.
- 2° Compiler et classifier les comportements attendus par les groupes.
- 3° Comparer les attentes aux buts et réconcilier tout écart de manière acceptable aux divers sous-groupes.
- 4° Énoncer les objectifs détaillés susceptibles de produire les changements souhaités.

L'identification se fera à partir des 14 besoins fondamentaux de Virginia Henderson et la classification des comportements attendus selon les auteurs sur le diabète.

Les étapes 1 et 2 appliquées à un seul groupe constituent la partie la plus substantielle de notre recherche. L'étape 3 n'a pas été réalisée compte tenu que seuls les diabétiques sont interrogés, l'étape 4, bien que ne faisant pas l'objet de la recherche, sera abordée éventuellement par un comité qui sera formé par le Conseil régional de la santé et des services sociaux, pour étudier cette question.

B. Le domaine des soins infirmiers

1. Le modèle de soins de Virginia Henderson

Un modèle de soins infirmiers est une représentation mentale de la profession d'infirmière. Le modèle explique clairement la nature des soins infirmiers et permet de canaliser les interventions dans un but

conscient. Plusieurs auteurs en soins infirmiers ont élaboré des modèles en soins infirmiers, Orem,¹⁶ Johnson,¹⁷ Roy,¹⁸ Henderson,¹⁹ pour ne nommer que les plus connus. Leurs modèles reposent sur des bases théoriques qui définissent l'être humain et la nature des services qu'il reçoit.

Le modèle de D. Johnson est basé sur l'approche systémique. L'être humain est composé de huit sous-systèmes interreliés et interdépendants qui doivent être en équilibre. Le rôle du professionnel en est un de régulateur, de contrôleur et de facilitateur. Il y a très peu de publications sur le sujet, ce qui aurait rendu difficile l'utilisation de ce modèle.

Le modèle de C. Roy présente l'être humain en tant que système réagissant à des stimuli de l'environnement et qui doit constamment s'adapter. Le professionnel est un agent qui facilite l'adaptation en manipulant les stimuli. Ce modèle n'est pas encore utilisé dans les unités de soins et la majorité des infirmières ne le connaît pas très bien. Nous l'avons délaissé pour ces raisons.

-
16. Dorothea, E. Orem, Soins infirmiers: Les concepts et la pratique, Montréal: Décarie, Paris, Maloine, 1987, 359 pages.
 17. Joan P. Riehl, Callista Roy, Conceptual models for nursing practice, Second Edition, New York, Appleton-Century Crofts, 1980, pp. 217 à 289.
 18. Callista Roy, Conceptual Models for nursing practice, Second Edition, New York: Appleton-Century-Crofts, 1980, pp. 179 à 206.
 19. Virginia Henderson, Principles and Practice of Nursing, Gladys Nite, 6 th ed., London: Macmillan, 1978.

Le modèle Orem est basé sur les concepts d'autonomie et d'auto-soin. L'individu a la capacité de prendre des décisions et d'accomplir des actions requises au maintien de la santé, du bien-être et de la vie, soit pour lui-même ou pour ses dépendants. Le professionnel assiste l'individu dans l'atteinte de son autonomie. Bien que ce modèle soit extrêmement intéressant pour aborder une problématique telle que la nôtre, il a été rejeté parce qu'il est encore peu connu et qu'il nous semblait moins facile à utiliser, dans l'élaboration du questionnaire, par exemple, que le modèle de Virginia Henderson.

Henderson, quant à elle, définit l'individu comme un tout composé de 14 besoins fondamentaux. L'individu recherche l'indépendance dans la satisfaction de ses besoins. Cependant, il peut en être empêché par un manque de connaissances, un manque de force physique ou un manque de volonté. L'action du professionnel est d'agir sur ces sources de difficultés en vue de permettre le retour à l'indépendance.

Bien que tous les modèles de soins présentent beaucoup d'intérêt, nous avons opté pour le modèle de Virginia Henderson pour de multiples raisons. Nous l'avons choisi pour sa conception globale et explicite de l'individu: l'être humain est un tout composé de 14 besoins fondamentaux, chaque besoin est en interrelation avec les autres besoins et leur satisfaction dépend d'un ensemble de facteurs bio-psycho-sociaux. La dimension bio-physiologique d'un besoin est liée à l'héritage génétique, au sexe, à l'âge, au fonctionnement des organes; la dimension psychologique réfère au tempérament, aux émotions, aux

sentiments; la dimension socio-culturelle réfère aux phénomènes sociaux, à la famille, aux groupes de référence, à la culture.

Ce modèle déborde donc largement la seule question des soins physiques et permet une vision élargie du rôle de l'infirmière, à laquelle adhère la chercheuse.

De plus, Henderson est un des premiers auteurs à avoir défini les soins infirmiers et son modèle est connu de la plupart des infirmières, lesquelles seront les premières concernées par la présente recherche. La chercheuse connaissait le modèle pour l'avoir utilisé en santé communautaire, ce modèle se prête bien à l'évaluation "clinique" des besoins et à la formulation de plans d'intervention. Il convient très bien, également, à la définition d'un instrument de recherche sur les besoins des personnes diabétiques. Nous décrivons ici les éléments majeurs du modèle qui a servi de cadre d'analyse à la recherche.

L'être humain, selon Henderson, ²⁰ est un tout composé de 14 besoins fondamentaux d'ordre biologique, psychologique et social. Aux yeux d'Henderson, ces besoins ont une importance égale. Ce sont les besoins:

1° De respirer.

2° De boire et manger.

20. Adam, op. cit.

- 3° D'éliminer.
- 4° De se mouvoir.
- 5° De dormir et de se reposer.
- 6° D'être propre et de protéger ses téguments.
- 7° De se vêtir et de se dévêtir.
- 8° D'éviter les dangers.
- 9° De maintenir la température du corps dans les limites normales.
- 10° De communiquer avec ses semblables.
- 11° D'agir selon ses croyances et ses valeurs morales.
- 12° De s'occuper en vue de se réaliser.
- 13° De se récréer
- 14° D'apprendre.

Les besoins sont en interrelation ou en relation réciproque. La satisfaction des uns dépend de la satisfaction des autres. Par exemple, le besoin de se recréer peut être relié à la capacité de se mouvoir, le besoin de s'alimenter peut être relié à la capacité d'apprendre. Selon Bizier, "la satisfaction d'un besoin spécifique ou la résolution d'un problème de dépendance peut être reliée à la satisfaction d'un ou de plusieurs besoin-s fondamental-aux" ²¹.

21. M. Bizier, De la pensée aux gestes, un modèle conceptuel en soins infirmiers, 2e édition, Décarie Editeur Inc., Montréal, 1987, p. 58.

L'individu tend vers l'indépendance dans la satisfaction de ses besoins fondamentaux et la désire, mais certaines situations, comme la maladie, viennent perturber certains besoins ou l'ensemble des besoins fondamentaux. Selon l'auteur, trois sources de difficultés peuvent rendre l'individu dépendant par rapport à la satisfaction de ses besoins:

- 1^o Un manque de force physique. "On entend par manque de force physique un manque de force musculaire, une incapacité physique ou un fonctionnement bio-physiologique déficient ou absent qui empêche l'individu de satisfaire ses besoins et cause l'apparition du problème de dépendance".
- 2^o Un manque de connaissances. "On désigne par manque de connaissances le manque de savoir qui occasionne de la dépendance. Il peut s'agir de savoir (connaissance), de savoir-faire (habiletés) ou de savoir-être (connaissance de soi et conscience de soi et de ses comportements). Le type de connaissances qui manque est relié au stade de croissance et de développement".
- 3^o Un manque de volonté. "On désigne par manque de volonté le manque de motivation, d'intérêt, mais il ne doit jamais être interprété comme étant de la mauvaise volonté".

En pratique il s'avère parfois difficile de se limiter uniquement au terme "manque de volonté". Certains auteurs (Riopelle, Grondin, Phaneuf) ont élargi le concept de source de difficulté afin qu'il soit plus facile à utiliser. Elles ajoutent que la dépendance dans la satisfaction d'un besoin peut être causée par des facteurs d'ordre psychologique (atteinte à l'intégrité du moi) et sociologique (atteinte à l'intégrité sociale) ²².

L'infirmière, qui adhère à la conception des soins infirmiers de Virginia Herderson, recherche, dans un premier temps, les zones de dépendance de l'individu: quels besoins ne sont pas entièrement satisfaits? quelles sont les manifestations de dépendance?

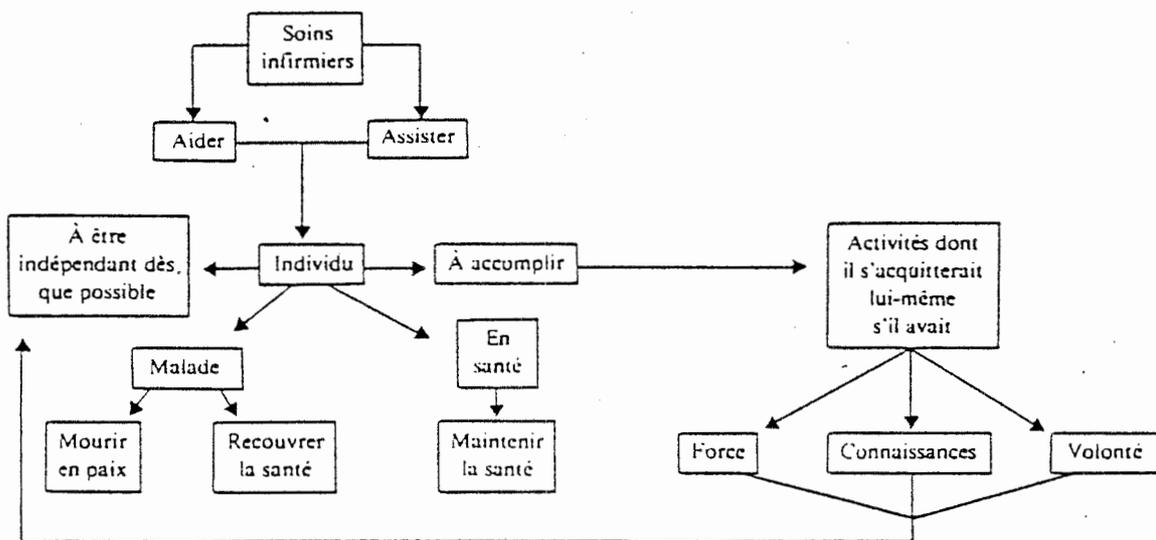
Dans un deuxième temps, l'infirmière identifie les sources de difficultés liées à l'insatisfaction: s'agit-il d'un manque de connaissances? d'un manque de force physique? d'un manque de motivation?

L'intervention de l'infirmière, centrée sur les zones de dépendance de l'individu, vise l'augmentation de l'indépendance dans la satisfaction des 14 besoins fondamentaux. L'infirmière aide et assiste l'individu afin qu'il conserve ou retrouve son indépendance.

22. Ibid., p. 27.

L'identification des besoins perturbés de l'individu diabétique et des sources de difficultés qui nuisent à l'indépendance dans la satisfaction des besoins font essentiellement l'objet de cette recherche.

La figure A suivante ²³ représente une vue d'ensemble du modèle de Henderson et permet de mieux saisir l'intégration et les interrelations des différents éléments du modèle.



Vue d'ensemble du modèle de Henderson⁴.

Figure A: Vue d'ensemble.

23. Ibid., p. 25.

2. Les besoins fondamentaux et l'individu diabétique

Le terme "besoin" selon V. Henderson est une nécessité ou quelque chose d'indispensable. Le besoin de communiquer, par exemple, est aussi essentiel que le besoin de respirer.

Les quatorze besoins fondamentaux, tels que définis par Virginia Henderson, sont décrits succinctement dans le texte qui suit. Chaque besoin a fait l'objet d'une revue de littérature spécifique afin d'identifier les principales manifestations bio-psycho-sociales chez l'individu diabétique.

1^o Respirer

La respiration permet l'oxygénation de l'ensemble des tissus de l'organisme. Selon Adam, "l'aspect bio-physiologique du besoin de respirer se manifeste dans la respiration pulmonaire et cellulaire, ainsi que dans la relation de l'appareil respiratoire avec les réseaux vasculaire, nerveux, musculaire et autres" ²⁴. La dimension psychosocio-culturelle est liée au besoin de respirer normalement. A titre d'exemple, les émotions peuvent augmenter le rythme et l'amplitude respiratoire. Les facteurs d'environnement, d'air ambiant, d'altitude modifient les paramètres de la respiration.

24. Adam, op. cit., p. 14.

Toute altération de la fonction respiratoire a des répercussions sur l'ensemble de l'organisme humain et, la plupart du temps, sur le contrôle glycémique.

Les infections, y compris les infections pulmonaires, provoquent l'hyperglycémie. Selon le docteur Catellier "la plus grande sensibilité aux infections des diabétiques s'explique par l'altération des défenses"²⁵. Le tabac, à titre d'exemple, est responsable de la destruction du système de défense muco-ciliaire des voies respiratoires et son usage favorise les infections respiratoires. Il altère également les parois vasculaires et est considéré comme un facteur de risque sérieux dans l'apparition de l'hypertension artérielle (HTA) et de l'infarctus du myocarde.

L'usage du tabac ne fait qu'augmenter les risques d'apparition des troubles vasculaires au niveau des yeux, des reins, des membres inférieurs, etc. Ceci aura comme conséquence d'affecter la plupart des besoins, dont les besoins d'éliminer et de se mouvoir.

2 ° Boire et manger

L'alimentation adéquate assure la croissance et l'entretien des tissus, elle fournit l'énergie indispensable au bon fonctionnement de

25. C. Catellier, op. cit., p. 444.

l'organisme. L'alimentation est un des facteurs déterminants pour le contrôle de la glycémie et le bien-être de la personne.

Les modalités de l'alimentation et de l'hydratation sont nombreuses. L'indépendance dans le besoin de boire et manger est fonction de plusieurs variables: biologiques, psychologiques et socio-culturelles. Ce besoin est lié à plusieurs autres besoins: éliminer, communiquer, éviter les dangers, dormir et se reposer, etc.

Le régime alimentaire est l'élément-clé dans le contrôle de la glycémie, "the sine qua non of diabetic therapy"²⁶. Le régime permet aux diabétiques de contrôler leur glycémie ainsi que de maintenir et d'atteindre un poids idéal.

Le régime alimentaire des personnes diabétiques devrait fournir tous les éléments nutritifs nécessaires pour une bonne santé. Le Guide Alimentaire est un "modèle d'alimentation proposé aux Canadiens pour qu'ils puissent satisfaire adéquatement leurs besoins nutritifs. Ses recommandations servent toujours de fondement à l'élaboration d'un plan d'alimentation pour diabétique"²⁷. Cette affirmation semble faire

26. Susan Kaufmann, Diet: Enforcing the sine qua non, New Nursing Skillbook, managing Diabetes Properly, Springhouse Corporation, Springhouse, 1985, p. 27.

27. M. Poissant, La nouvelle cuisine-santé, Stanké, Montréal, 1982, p. 244.

l'unanimité chez les spécialistes en nutrition. Le mode alimentaire des diabétiques est "bien proche de l'alimentation normale, c'est-à-dire recommandable pour tous" ²⁸.

Les quatre groupes du guide alimentaire ²⁹ sont les suivants: le lait et les produits laitiers (groupe 1), le pain et les céréales (groupe 2), les fruits et les légumes (groupe 3), la viande et les substituts (groupe 4).

Trois repas par jour et des collations sont indispensables pour maintenir un bon contrôle glycémique. Un repas pris en retard, une collation oubliée, un exercice physique important et imprévu sont autant de facteurs qui peuvent provoquer des épisodes d'hypoglycémie. L'hypoglycémie fréquente, c'est-à-dire plusieurs fois par mois, est un signe de mauvais contrôle glycémique. Lors des manifestations d'hypoglycémie, "la règle est de demander une vérification de la glycémie..." ³⁰. La majorité des épisodes hypoglycémiques peuvent être prévenus. Selon le docteur Catellier, "tout diabétique doit avoir l'équivalent d'au moins 20 grammes de sucre sur lui..." ³¹ ceci afin de corriger une situation urgente d'hypoglycémie.

28. Catellier, op. cit., p. 93.

29. M. Poissant, op. cit., pp. 10-11.

30. Catellier, op. cit., p. 287.

31. Catellier, op. cit., p. 290.

Le régime alimentaire est souvent une source de frustration pour les diabétiques. J.P. Assal ³² voit trois dimensions principales dans l'alimentation:

- 1^o La dimension nutritionnelle: les éléments nutritifs doivent répondre aux besoins physiologiques;
- 2^o La dimension sociale: les repas favorisent les rencontres, les discussions;
- 3^o La dimension esthétique: les aliments sont beaux et réjouissent le cœur, il suffit de penser aux variétés de pâtes ou de pain, à la tarte au sucre arrosée de crème! Chacune de ces trois dimensions peut être l'objet de frustrations.

Non seulement le diabétique est-il concerné par son alimentation, mais son entourage, sa famille et ses amis le sont également. Le docteur Catellier croit que "rares sont les cas où le milieu familial ou l'entourage socio-professionnel, particulièrement motivés ou compréhensifs, favorisent spontanément l'adhésion du malade au régime par leur sollicitude ou leurs encouragements" ³³. Le besoin de s'alimenter est grandement perturbé par l'apparition du diabète. Toutes

32. Congrès de l'Association francophone internationale du diabète, 2 au 4 juin 1987, Montréal.

33. Catellier, op. cit., p. 72.

les dimensions de l'alimentation, y compris la dimension financière, ont des répercussions sur l'adhésion de la personne diabétique à son régime alimentaire et sur le contrôle glycémique.

3 ° Eliminer

Le besoin d'éliminer comprend l'élimination rénale, intestinale, respiratoire et cutanée. Par l'élimination, l'organisme se débarrasse des "substances nuisibles et inutiles qui résultent du métabolisme"³⁴.

Les reins sont des organes vitaux et ils sont particulièrement vulnérables lors d'un mauvais contrôle glycémique. Une des complications majeures du diabète est l'insuffisance rénale qui empêche les reins de jouer leur rôle et qui peut conduire jusqu'à la transplantation rénale ou à la dialyse. Les manifestations physiques telles que la douleur au moment d'uriner, les urines troubles et les douleurs lombaires doivent être considérées comme sérieuses.

Les tests d'urine permettent d'observer la présence de glucose et de corps cétoniques dans l'urine. Les corps cétoniques sont des produits de dégradation des protéines, et leur présence doit être recherchée dans certaines situations. La mesure du sucre dans l'urine est moins utilisée par les diabétiques depuis que les réflectomètres sont apparus sur le marché.

34. Riopelle, Grondin, Phaneuf, Soins infirmiers, Un modèle centré sur les besoins de la personne, McGraw-Hill, Editeurs, 1984, p. 19.

Les diabétiques devraient inscrire, dans un carnet de surveillance, tous les résultats des tests urinaires et sanguins. En effet, "la tenue raisonnée du carnet permet à un diabétique (...) d'en apprendre plus sur son diabète en trois semaines qu'il n'en apprendrait en trois ans avec d'autres méthodes" ³⁵.

L'insatisfaction du besoin d'éliminer a des répercussions sur de nombreux autres besoins: boire et manger, dormir et se reposer, être propre, s'occuper de façon à se sentir utile, etc.

4 ° Se mouvoir

C'est une nécessité pour tout être vivant "d'être en mouvement, de mobiliser toutes les parties de son corps par des mouvements coordonnés et de les garder bien alignées pour permettre l'efficacité des différentes fonctions de l'organisme" ³⁶.

L'indépendance dans la satisfaction du besoin de se mouvoir est fonction de l'intégrité des systèmes musculaire, squelettique, cardiovasculaire, nerveux.

35. Catellier, op. cit., p. 161.

36. Riopelle, op. cit., p. 24.

L'exercice physique, tout comme le régime alimentaire et les médicaments (insuline et hypoglycémifiants) est l'un des trois éléments majeurs du traitement du diabétique: "L'exercice physique contribue à diminuer la glycémie des diabétiques bien contrôlés" ³⁷. Pratiquer une activité physique "2 à 3 fois par semaine pendant un minimum de 20 minutes" ³⁸ est souhaitable. Certaines personnes craignent de faire une hypoglycémie ou un infarctus ³⁹ alors qu'elles pratiquent une activité physique, c'est une raison qui les incitent, parfois à tort, de s'abstenir. Cependant, la mesure de la glycémie faite avant, pendant et après l'exercice ⁴⁰ permet d'observer les réactions glycémiques et de réagir en conséquence.

La neuropathie, ou l'atteinte des nerfs, est "la plus précoce et la plus fréquente des complications du diabète sucré" . "Le bon équilibre du diabète est proposé comme moyen d'améliorer la neuropathie" ⁴¹. Les neuropathies des membres inférieurs se manifestent par des douleurs fréquentes qui prennent différentes formes et qui sont exacerbées durant la nuit dans quatre cas sur cinq ⁴². Elles atteignent surtout les personnes âgées et affectent leur besoin de dormir et de se reposer.

37. C. Rowan, L'entraînement physique, Plein Soleil, automne 1983, p.8.

38. Ibid.

39. Sue Popkess-Vawter, The Adult living with diabetes mellitus, The Nursing Clinics of North America, december 1983, p. 785.

40. Catellier, op. cit., p. 166.

41. Ibid., p. 393.

42. Ibid., p. 400.

Une des complications majeures du diabète est l'amputation d'un ou des deux membres inférieurs. Les problèmes d'insuffisance artérielle des membres inférieurs se manifestent par la douleur qui est particulièrement présente à la marche. "La distance (...) qui provoque la douleur et le temps nécessaire pour faire disparaître la douleur à l'arrêt (...)",⁴³ sont deux paramètres qui doivent être évalués chez un diabétique. Une période de temps qui excède cinq minutes avant de voir la douleur disparaître peut signifier des problèmes sérieux d'insuffisance artérielle.

Selon le niveau de dépendance de l'individu dans la satisfaction de son besoin de se mouvoir, tous les autres besoins seront plus ou moins satisfaits: le besoin de s'alimenter, de s'habiller, de dormir et de se reposer, de se protéger contre les dangers, etc.

5 ° Dormir et se reposer

Le sommeil et le repos sont indispensables pour permettre à l'organisme de récupérer et de donner son plein rendement.

La satisfaction du besoin de dormir et de se reposer varie avec l'âge et l'état de santé. Le sommeil est réparateur. Cependant, la nuit est souvent une source d'inquiétudes pour les diabétiques. Les

43. Ibid., p. 422.

symptômes d'hypoglycémie sont fréquents à cette période de la journée et la crainte, non justifiée, de ne pas s'éveiller le lendemain matin est courante. Les crampes ou les douleurs dans les membres inférieurs affectent la qualité du sommeil,⁴⁴ et, par conséquent, l'état général.

Se lever à une heure régulière est indispensable pour les diabétiques, particulièrement s'ils prennent de l'insuline, puisque les calculs des doses d'insuline de base se font sur des périodes de 24 heures. Des variations importantes dans l'heure du lever peuvent occasionner des carences en insuline, ou l'inverse, et générer des problèmes d'hyper ou d'hypoglycémie.

L'insatisfaction du besoin de dormir et de se reposer influence les autres besoins: le besoin d'apprendre, de se protéger contre les dangers (ex: la douleur), d'éliminer, etc...

6 ° Etre propre et protéger ses téguments

Un organisme propre en plus de procurer une sensation de bien-être, protège contre les infections.

Le corps humain est enveloppé et protégé par des téguments, dont la peau et les muqueuses. Les phanères, soit les poils, les cheveux, les

44. Ibid., p. 400.

ongles et les dents, servent aussi à protéger le corps, en plus de jouer des rôles bien spécifiques.

L'indépendance dans la satisfaction du besoin d'être propre et de protéger ses téguments, est fonction des capacités physiques de l'individu, ainsi que de certains facteurs biologiques, comme l'âge et le sexe. Selon Adam, "lorsque la santé est altérée, de nouveaux besoins concernant l'hygiène apparaissent..."⁴⁵.

La satisfaction de ce besoin varie selon les individus et leur niveau d'exigence. Le contrôle glycémique et l'utilisation de mesures d'hygiène rigoureuses sont indispensables dans la prévention des infections, auxquelles sont sujets les diabétiques.

Selon Boshell,⁴⁶ les bactéries sont plus actives dans la bouche que nulle part ailleurs dans l'organisme. Il recommande des soins attentifs de la bouche et des dents, y compris la visite au dentiste au moins deux fois par année. De cette façon, les lésions des gencives, la carie dentaire, les abcès, peuvent être évités.

45. Adam, op. cit., p. 19.

46. B. Boshell, the diabetic at work and play, 2e édition, Springfield, 1979, p. 102.

Chez la femme, "un diabète mal contrôlé (...) expose plus particulièrement cette dernière aux infections génitales (vaginites)"⁴⁷. Jean Mailhot affirme que "la femme diabétique ne saurait vivre continuellement avec cette infection (...) sous prétexte qu'elle est diabétique"⁴⁸. Chez l'homme, l'inflammation du gland et du prépuce est fréquente.

Les pieds des personnes diabétiques doivent faire l'objet d'une attention quotidienne et scrupuleuse: lavage, inspection, soins adéquats des ongles, consultation immédiate dans les cas de problèmes même mineurs. Catellier rapporte l'expérience éloquent de l'hôpital cantonal universitaire de Genève: "Depuis l'introduction des mesures de prévention active, la fréquence des amputations a baissé de plus de 60 % chez les diabétiques de cet hôpital. Si une opération devait tout de même être faite, deux fois sur trois, elle s'était faite à minima (orteil ou transmétatarsienne), ce qui n'avait pas été le cas lorsque le malade n'avait pas été entraîné à une prévention efficace"⁴⁹.

La peau peut être le siège d'infections et de lésions multiples. Les diabétiques de type I peuvent présenter des lésions au site

47. D. Brouillette, La sexualité de la femme diabétique, Plein Soleil, été 1983, p. 5.

48. J. Mailhot, La reproduction et le diabète: beaucoup de mythes, Plein Soleil, été 1983, p. 4.

49. Catellier, op. cit., p. 429.

d'injection d'insuline, particulièrement si les techniques d'injection ne sont pas bien appliquées.

La présence de lésions ou d'infections perturbe le niveau de satisfaction du besoin d'être propre et peut perturber d'autres besoins: s'alimenter, éliminer, communiquer, se vêtir, se mouvoir, etc. Par exemple, une infection vaginale, chez la femme, peut occasionner des malaises dans la communication du couple.

7 ° Se vêtir et se dévêtir

Les vêtements tout en protégeant le corps, témoignent des goûts individuels, de l'appartenance aux groupes, voire même des relations qu'entretient l'individu avec les autres.

Les manifestations d'indépendance dans la satisfaction du besoin de se vêtir et de se dévêtir varient énormément d'un individu à un autre.

Certaines conditions associées au diabète, l'obésité, des lésions ou allergies cutanées, le port d'une pompe à insuline, peuvent nécessiter des changements importants dans les habitudes vestimentaires.

La qualité des souliers, des bas et des supports plantaires font l'objet de nombreuses recommandations de la part des thérapeutes. Ils doivent être adaptés aux pieds et être l'objet d'une surveillance régulière ⁵⁰.

L'indépendance dans la satisfaction du besoin de se vêtir est fonction de l'intégrité neuro-musculaire et est donc particulièrement liée au besoin de se mouvoir. Le besoin d'éviter les dangers, au niveau des pieds particulièrement et le besoin de communiquer avec ses semblables, ne sont que deux exemples des relations qu'entretient le besoin de se vêtir avec les autres besoins. A titre d'exemple, le port de souliers appropriés permettra de réduire les risques de blessures aux pieds.

8 ° Eviter les dangers

L'être humain se protège contre toute agression interne ou externe, et ceci afin de maintenir son intégrité biologique, psychologique et sociale.

L'indépendance dans la satisfaction du besoin d'éviter les dangers ou d'être en sécurité nécessite l'utilisation de moyens très variés. A ses moyens naturels de défense, l'individu ajoute des mesures préventives et des mécanismes de défense pour se protéger.

50. Ibid., pp. 428 et 438.

Les diabétiques sont menacés par des dangers spécifiquement liés à leur maladie: l'hypoglycémie, les hémorragies de la rétine, les infections, l'insuffisance artérielle, et d'autres encore. A plus long terme, d'autres dangers menacent tels que les troubles vasculaires et les amputations, la cécité, l'insuffisance rénale. Chez l'homme, en particulier, les difficultés sexuelles sont appréhendées. Le risque de perdre son emploi ou de se voir refuser une promotion au travail n'est pas à négliger.

Selon le docteur Catellier, "il est indispensable d'avertir les diabétiques des dangers qu'ils courent, de la manière de les prévenir, et de la façon de traiter certains épisodes aigus" ⁵¹.

Le besoin d'éviter les dangers est lié aux autres besoins tels que s'alimenter, se vêtir, s'occuper, se récréer.

9 ° Maintenir la température du corps dans les limites normales

L'organisme cherche à maintenir sa température corporelle à un degré à peu près constant, soit entre 36,1° C et 38° C chez l'adulte en santé, pour se maintenir dans un état de bien-être.

51. Ibid., p. 180.

La satisfaction de ce besoin est fonction des composantes bio-physiologique et psychique de l'individu. Les variations de température dépendent des facteurs bio-physiologiques: l'âge, la tolérance aux changements de température ambiante, les vêtements, l'état d'hydratation de l'individu,⁵² etc. Les variations de température dépendent aussi de facteurs psychiques, tels que l'anxiété et les émotions.

Certaines personnes diabétiques peuvent se plaindre d'avoir les pieds froids, en particulier si elles présentent des problèmes vasculaires dans les membres inférieurs. L'usage de bouillottes aux pieds ou de coussins électriques est à proscrire à cause des risques de brûlures de la peau; les chaussettes de laine sont plutôt à conseiller.

La fièvre est signe d'infection, il faut localiser le siège de cette infection et la traiter rapidement. Les bouffées de chaleur dues à l'hypoglycémie sont à distinguer de celles qui sont liées à la ménopause, chez la femme. Selon le cas, la personne diabétique n'interviendra pas de la même façon.

La satisfaction du besoin de maintenir la température du corps dans les limites normales est particulièrement lié au besoin de se vêtir et d'éviter les dangers. Par exemple, le choix approprié des vêtements selon les saisons favorise le maintien de la température corporelle.

52. Adam, op. cit., p. 18.

10 ° Communiquer

La communication verbale et non verbale permet aux individus de mettre en commun des sentiments, des informations, des expériences, des opinions.

La satisfaction du besoin de communiquer se manifeste par les échanges au niveau de la famille, de l'entourage, du couple, des rapports avec les professionnels de la santé, des collègues de travail...

Le diabète est une maladie dont le diabétique préfère ne pas trop parler, pour ne pas inquiéter son entourage, pour ne pas perdre son emploi, parce que certains croient encore qu'être diabétique signifie être porteur d'une tare, d'un "stigma"⁵³ qu'il faut cacher à tout prix.

Dans un couple, la réaction au diabète peut être confuse chez le partenaire non-diabétique "who has his or her own anger and fear to deal with"⁵⁴. Le diabétique peut se sentir honteux, en colère, incapable d'accepter que le partenaire prenne soin de lui. Communiquer au sujet de ses sentiments l'aidera énormément.

53. J. Searle, Stress and diabetes... a complex interaction, Diabetes Dialogue, 1981, p. 32.

54. M. Berger, By keeping the communication channels open, you can stop a lot of problems before they begin, Diabetes Forecast, march 1980, p. 11.

Les problèmes sexuels du couple dans lequel l'un des partenaires est diabétique, peuvent être réglés avant d'atteindre un niveau intolérable. Certains problèmes peuvent disparaître si on a pris soin de s'en occuper à temps.

Selon Blevins, "Another essential factor influencing a diabetic patient's adjustment is the existence or no existence of a support system of family and friends" ⁵⁵ . Il faudra, dans certaines situations, rechercher de façon systématique, les personnes qui pourraient supporter efficacement le diabétique.

L'entourage immédiat devrait être en mesure de reconnaître les signes d'hypoglycémie légère et sévère et être capable d'intervenir: "le diabétique doit savoir choisir les personnes de son entourage, éventuellement à son travail, à qui il peut faire suffisamment confiance" ⁵⁶ .

Les professionnels font partie de l'entourage du diabétique. Le médecin et la diététiste doivent être vus régulièrement: deux fois par année si le contrôle est très bon; beaucoup plus souvent s'il y a des problèmes et dans la période qui suit le diagnostic; à la demande, si le diabétique en sent le besoin. L'infirmière joue un rôle déterminant

55. Blevins, op. cit., p. 49.

56. Catellier, op. cit., p. 292.

dans les centres d'éducation ou les cliniques pour diabétiques. Le pharmacien est souvent consulté parce qu'il est plus accessible que d'autres professionnels de la santé.

Le besoin de communiquer influence tous les autres besoins, s'alimenter, apprendre, se sentir utile, pour ne nommer que ceux-là.

11 ° Agir selon ses croyances et ses valeurs morales

Tout individu pose des gestes en fonction de ses valeurs et ses croyances, de sa notion personnelle du bien et du mal, de la poursuite d'une idéologie.

Le rôle que jouent la religion et les "croyances magiques", telles que les appellent Blevins,⁵⁷ dans l'ensemble des efforts qui sont déployés pour vivre avec une maladie n'est pas à négliger. La pratique d'une religion peut aider certaines personnes diabétiques à accepter plus facilement leur diabète.

Blevins rapporte⁵⁸ que certains professionnels croient qu'avec toute la surveillance possible, les complications arriveront tôt ou tard. Ce genre de croyance, qui va totalement à l'encontre des

57. Blevins, op. cit., p. 24.

58. Ibid.

connaissances scientifiques actuelles, encourage l'adhésion de certains diabétiques au concept de la fatalité. Cette conception décourage les efforts qu'exige l'autocontrôle.

L'indépendance dans la satisfaction de ce besoin peut nécessiter que d'autres besoins, tels celui de se mouvoir ou celui de communiquer avec les autres soient satisfaits.

12 ° S'occuper en vue de se réaliser

L'être humain a besoin de se réaliser s'il veut atteindre son plein épanouissement. L'indépendance, dans la satisfaction de ce besoin, permet à l'individu de développer au maximum ses potentialités, son sens créateur et d'être utile à son entourage. Selon Adam, "un problème de santé peut enlever au sujet, temporairement ou de façon permanente, les moyens dont il dispose pour se sentir utile" ⁵⁹.

Un des modes de réalisation de l'individu adulte est le travail. Les diabétiques non insulino-dépendants (type II) n'ont pas de restrictions particulières au niveau de l'emploi. Cependant, comme

59. Adam, op. cit., p. 21.

l'explique Steiner, "they do have a responsibility to inform their employers of their diabetes and to be prepared to explain their management and/or control" ⁶⁰.

Par ailleurs, "Certains métiers sont interdits aux diabétiques insulino-dépendants en raison du danger que les hypoglycémies pourraient entraîner pour eux-mêmes et pour autrui" ⁶¹: les métiers exposant à des chutes, les métiers comportant des risques de blessures graves.

Certains employeurs, craignant l'absentéisme, sont réticents à embaucher des diabétiques, "mais de nombreuses enquêtes (...) ont révélé que l'absentéisme et l'adaptation au travail des diabétiques étaient comparables à ceux des non-diabétiques" ⁶².

Si le diabète est associé à des complications, il peut être nécessaire que le diabétique envisage de changer de métier ou de profession, ou de quart de travail. Le travail de nuit n'est jamais souhaitable.

La satisfaction du besoin de s'occuper afin de se rendre utile nécessite souvent que l'individu ait satisfait ou cherche à satisfaire son besoin de communiquer.

60. Steiner, op. cit., p. 59.

61. Catellier, op. cit., p. 244.

62. Ibid., p. 245.

L'appartenance à un groupe procure de nombreux avantages particulièrement si les membres du groupe supportent la personne diabétique. A titre d'exemple, les associations de diabétiques, dont l'Association du diabète du Québec, facilitent les échanges entre les membres. Ces associations s'apparentent, dans certaines situations, à des groupes de thérapie, lorsqu'elles permettent l'expression des émotions, des difficultés, des craintes et qu'elles aident à trouver des solutions. Selon Searle, "talking about our problems to others (...) can help us rebalance ourselves both physically and emotionally" ⁶³.

La satisfaction de ce besoin dépend donc en bonne partie du besoin de communiquer, mais aussi des autres besoins, tels que les besoins de se mouvoir, et d'apprendre.

13 ° Se récréer

Les loisirs sont bénéfiques pour la santé, ils favorisent la détente physique et mentale. Les facteurs biologiques, l'âge et les capacités physiques par exemple, les facteurs psychologiques, comme les goûts, les émotions, et les facteurs sociaux, tel que l'accès à certains équipements de loisirs, influencent la satisfaction de ce besoin.

63. Searle, op. cit., p. 32.

Dans son article sur le stress et le diabète, Searle affirme ce qui suit: "recreation, a vacation, a complete change of pace, and rest are and helpfull and necessary for us to balance the stress we face from day today" ⁶⁴.

Le diabète ne devrait pas empêcher un individu diabétique de prendre des vacances ailleurs, dans une autre ville ou un autre pays par exemple, bref dans des conditions différentes de celles qu'il vit tous les jours. Le niveau de satisfaction du besoin de se récréer est, dans bien des cas, fonction des connaissances acquises sur le diabète et son contrôle.

A cause des vertus de l'exercice dans le contrôle du diabète, la personne diabétique aurait avantage à pratiquer des loisirs qui nécessitent une dépense d'énergie. Certains sports peuvent cependant présenter des risques pour les diabétiques, la pratique du deltaplane par exemple, et ils ne sont pas conseillés.

La satisfaction de ce besoin revêt encore plus d'importance lorsque la maladie chronique, comme le diabète, vient s'ajouter aux autres exigences de la vie.

64. Ibid.

14 ° Apprendre

Acquérir des connaissances, adopter des attitudes, développer des habiletés en vue de modifier des comportements ou d'en adopter de nouveaux est essentiel pour l'être humain.

Le besoin d'apprendre, c'est "le besoin de découvrir, de satisfaire sa curiosité, d'ajouter à ses connaissances..."⁶⁵. La satisfaction de ce besoin est fonction de l'intégrité des sens (la vue, l'ouïe, etc). Elle est fonction également des capacités intellectuelles de l'individu. Mc Cormick suggère d'évaluer ce qu'elle appelle le "readiness"⁶⁶ d'un client à participer à un programme. "Experiential readiness" réfère aux expériences antérieures, aux capacités physiques et mentales, au "pattern" (forces et faiblesses) du milieu familial, etc. "Emotional readiness" réfère à la motivation à agir, elle est influencée par l'environnement, les priorités de l'individu et plusieurs autres facteurs.

65. Adam, op. cit, p. 22.

66. R.-M. Mc Cormick, Patient and Family Education: Tools, Technics and Theory, Gilson-Parkevich, John Wiley and Sons, New York, 1979, p. 23.

Le diabète fait apparaître des besoins d'apprentissage particuliers. L'autocontrôle nécessite l'acquisition de connaissances sur la nature du diabète, le régime alimentaire, l'injection, le soin des pieds, les tests, la prévention des complications,⁶⁷ etc. Les programmes d'éducation pour les diabétiques doivent aller au delà des éléments cognitifs.

Les connaissances sont souvent transmises à l'hôpital, bien que, selon Steiner⁶⁸ ce ne soit pas l'endroit idéal ou que ce ne soit pas le bon moment pour apprendre. Au moment où la personne diabétique reçoit l'information, il peut lui arriver de ne pas comprendre le langage des professionnels, de ne pas avoir eu le temps de parler de ses besoins, de ses craintes ou de se sentir incapable de poser des questions.

Nombreuses sont les personnes qui ne savent pas lire et qui chercheront, de différentes façons, à camoufler cette réalité. Les professionnels doivent être conscients de ce phénomène et doivent en rechercher la présence⁶⁹.

67. Catellier, op. cit., p. 176.

68. Steiner, op. cit., p. 357.

69. Linda Longhrey, Dealing with the illiterate patient... you can't read him like a bool, Nursing 1983, vol. 13, p. 65.

Chaque individu a ses modes privilégiés pour apprendre. Blevins propose toute une gamme de moyens d'apprentissage, tels que la lecture, les discussions en petits groupes, l'instruction programmée, les jeux de rôles, l'emploi de moyens audio-visuels, etc ⁷⁰.

Keith Neuber propose, dans son "Community Oriented Needs Assessment Model" ⁷¹ d'interroger les utilisateurs des services actuels sur le type de services qui pourraient les aider davantage à solutionner leurs problèmes.

Selon E. Adam, l'indépendance, dans la satisfaction du besoin d'apprendre, peut être la condition essentielle pour la satisfaction de tous les autres besoins ⁷².

Nous avons décrit les 14 besoins fondamentaux de l'être humain, selon Virginia Henderson, en insistant particulièrement sur les éléments qui ont un rapport étroit avec les manifestations de dépendance qu'engendre le diabète. Les différents éléments du cadre théorique de la recherche ont permis de structurer le questionnaire de telle sorte qu'il nous permette d'identifier les besoins des personnes diabétiques.

70. Blevins, op. cit., p. 260.

71. Keith Neuber, Needs assessment a model for community planning, Sage Publications Inc., London, 1980, p. 16.

72. Adam, op. cit., p. 23.

CHAPITRE IV

METHODOLOGIE

Le but de la recherche est d'identifier les besoins des personnes diabétiques afin d'élaborer éventuellement un programme de formation. La revue de la littérature a fourni des éléments théoriques reliés aux besoins globaux. Notre démarche vise à cerner les besoins spécifiques devant générer les objectifs d'un programme. Au plan méthodologique, nous avons adopté la démarche d'analyse des besoins de Kaufman¹. Cette démarche a fait ses preuves et elle est largement utilisée dans le cadre d'élaboration des programmes de formation.

Le présent chapitre traite des aspects méthodologiques liés à la recherche: l'instrument de recherche, l'échantillon et les limites méthodologiques de la recherche.

A. L'instrument de recherche

1. L'élaboration du questionnaire

L'instrument de recherche se compose essentiellement d'un questionnaire qui s'adresse aux diabétiques et qui porte sur leurs

1. Kaufman, R. Needs Assessment, Concept and Application, Education Technologie Publications, Englewood Cliffs, New Jersey, 1979, p. 8.

besoins. Les items du questionnaire ont été élaborés à partir de la revue de littérature présentée au chapitre précédent et portant sur les manifestations du diabète en regard de chacun des besoins fondamentaux, tels qu'énoncés par Virginia Henderson.

L'information disponible a fourni des indicateurs précis qui ont permis l'élaboration de questions fermées.

Le questionnaire est composé de deux parties. La première partie comprend les treize premières questions qui portent sur les caractéristiques générales ou les variables indépendantes liées au répondant: l'âge, le sexe, le type de diabète, etc.

La deuxième partie du questionnaire est composée des questions 14 à 193 portant sur l'ensemble des quatorze besoins fondamentaux de l'individu. A chaque besoin correspond une section du questionnaire. Chaque section se présente de la même façon:

- 1^o une série de questions axées sur les manifestations de la maladie en regard d'un besoin spécifique (le nombre de questions et leur nature varient d'un besoin à un autre).
- 2^o trois questions spécifiques au modèle théorique qui portent sur le niveau de satisfaction du besoin, les sources de difficultés inhérentes à l'insatisfaction du besoin et les mesures prises par le répondant pour améliorer la satisfaction du besoin.

La question 14, "Que signifie pour vous être diabétique?" a pour but d'introduire le sujet et d'établir le contact entre l'interviewer et le répondant, cette question fait le lien entre les deux parties du questionnaire.

Afin de mieux comprendre la structure du questionnaire, examinons les questions ayant trait au besoin de respirer. Les questions no. 15 à 18 portent sur les manifestations liées à la respiration. Ainsi la question 15 se formule ainsi "Considérez-vous que votre respiration est en général confortable au repos?" Cette question et les autres (no 15 à 18) portant sur les manifestations tant physiques, que psychologiques ou sociales de la maladie ont pour but de nous renseigner sur l'ampleur des principaux problèmes liés à la maladie et de permettre à la personne diabétique de porter un jugement éclairé sur le niveau de satisfaction de son besoin de respirer.

La question 19 demande à la personne diabétique, de situer, sur une échelle ordinale allant de 1 (très insatisfait) à 5 (très satisfait), le niveau de satisfaction de son besoin de respirer. Pour la personne incapable de répondre, le chiffre 0 est indiqué.

La réponse à cette question indique un écart entre la situation actuelle et la situation souhaitée. En fait, la personne diabétique porte un jugement sur son niveau actuel de satisfaction en tenant compte des autres états possibles: elle pourrait être plus satisfaite ou moins satisfaite.

Les personnes qui considèrent que leur besoin est très satisfait ne répondent pas aux deux questions suivantes (questions 20 et 21). A celles qui ne sont pas entièrement satisfaites de leur besoin de respirer, nous demandons de préciser ce qu'elles font pour améliorer la satisfaction de leur besoin (question 20). Aux personnes qui répondent ne rien faire pour améliorer leur satisfaction, nous demandons alors d'en préciser les raisons (question 21): est-ce par manque de connaissance (ne sait pas quoi faire, ne sait pas comment faire), ou par manque de force physique (n'est pas assez en santé, ne se sent pas capable), ou par manque de volonté (n'est pas intéressé, ne se sent pas assez motivé). Ce sont là, selon Virginia Henderson, les trois empêchements majeurs à la satisfaction des besoins. Les réponses aux questions 19, 20, 21 ainsi qu'aux autres groupes de questions portant sur la satisfaction des besoins sont présentées, au chapitre de l'analyse, dans quatorze groupes de trois figures.

La plupart des questions sont fermées. Les questions ouvertes ont été compilées sans être codifiées au préalable.

2. La validation du questionnaire

Afin de nous assurer que l'instrument de recherche, le questionnaire, mesure bien ce qu'il doit mesurer, nous l'avons soumis au jugement de six juges spécialistes des soins infirmiers et/ou du diabète. La liste des juges figure à l'annexe no VIII. Ceux-ci se sont prononcés sur l'importance et sur la pertinence de chacune des questions

formulées dans la première version du questionnaire. Chaque juge a donc attribué deux cotes à chacune des questions, soit une cote de pertinence allant de 1 (non pertinent) à 5 (très pertinent) et une cote d'importance allant de 1 (non important) à 5 (très important). Les consignes aux juges figurent à l'annexe no. VII.

La cote de pertinence consistait à déterminer si la question posée était appropriée ou en relation avec le sujet de l'étude. La cote d'importance consistait, quant à elle, à déterminer la valeur de la question en elle-même (est-elle essentielle ou non) à la connaissance du sujet à l'étude.

Deux critères ont permis de retenir ou de rejeter les questions:

- 1° Pour chacune des questions, au moins quatre juges sur six devaient accorder une cote de 4 et plus et ceci sur les deux échelles, de pertinence et d'importance.
- 2° Le total des points obtenus sur chaque échelle, pour une même question, devait être égal ou supérieur à 21 points.

A la suite de l'évaluation des juges, 30 questions ont été éliminées. Le questionnaire final comporte 193 questions. De façon unanime, les juges ont trouvé le questionnaire trop long.

Nous n'avons éliminé aucune des quatorze séries de trois questions portant sur la satisfaction des besoins, même si leur score total était, dans quelques cas, légèrement inférieur à vingt points. En effet, ces questions sont trop intimement liées au cadre théorique de la recherche pour être éliminées du questionnaire. Il est intéressant de noter que des scores élevés ont été accordés à ces questions par les juges spécialistes du modèle de soins infirmiers.

Afin de vérifier la compréhension des questions par les répondants et la durée de l'entrevue, trois questionnaires ont été administrés, à titre de pré-tests, à trois personnes diabétiques. Par la suite, des modifications visant à clarifier les questions ont été apportées au questionnaire.

3. L'administration du questionnaire

a) Préparation des interviewers

Trois interviewers ont administré le questionnaire à un total de trente-sept personnes diabétiques. Les interviewers présentaient beaucoup d'intérêt pour le sujet de la recherche. Une période de quatre heures a été consacrée à leur formation qui a porté sur les sujets suivants: la nature du diabète, la structure du questionnaire, la façon de contacter les répondants, la façon de poser les questions et le mode d'enregistrement des résultats.

b) Conduite des entrevues

Au moment d'un premier contact téléphonique l'interviewer fixait, en accord avec le répondant, la date, l'heure et le lieu de l'entrevue. Les entrevues se sont déroulées soit au domicile du répondant, soit dans un bureau du CLSC. Elles ont duré en moyenne deux heures et les répondants ont, en général, très bien collaboré.

Etant donné la petite taille de l'échantillon, beaucoup d'efforts ont été consentis pour rencontrer toutes les personnes composant l'échantillon; par exemple, si une personne ne se présentait pas au premier rendez-vous, l'interviewer fixait un deuxième rendez-vous. La période d'entrevues s'est déroulée au printemps 1986 et elle a duré un mois.

4. Le traitement des questionnaires

Les questionnaires ont été traités par le service informatique de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue, à l'aide du logiciel SPSS.

Dans un premier temps, toutes les questions ont été compilées. Par la suite, une lecture attentive a permis de retenir les réponses qui semblaient plus révélatrices de certaines tendances. Ceci a permis de préciser les questions qui devraient faire l'objet d'une analyse bi-variée. Des tableaux à deux variables ont été obtenus et analysés.

B. L'échantillon

L'étude des besoins des personnes diabétiques doit questionner un échantillon représentatif de la population diabétique. Nous ne connaissons pas le nombre précis de personnes diabétiques qui habitent Rouyn-Noranda et les localités environnantes soit, le territoire desservi par le CLSC Le Partage des Eaux.

Nous ne possédons que des données non-exhaustives sur le sujet, les auteurs ² s'entendent cependant pour dire qu'il y a entre 4 % et 5 % de la population québécoise totale qui est diabétique. Pour Rouyn-Noranda, cela signifie environ 1 600 personnes. Pour des raisons liées au mode d'expression de la maladie, environ la moitié ignore leur condition de diabétique. Il y aurait donc, approximativement, 800 personnes diabétiques connues sur le territoire de l'étude.

A partir de cet ensemble de 800 personnes, un échantillon représentatif simple doit être choisi selon l'âge, le sexe et le type de diabète (I et II).

2. Commission d'étude sur l'Association du diabète du Québec, le diabète: Etat de la situation, Plein Soleil, vol. 26, no. 3, 1984, p. 10.

Afin de respecter, dans l'échantillon, le portrait de la population de référence,^{3,4} il nous faut:

- 1° plus de femmes que d'hommes soit 1,4 femme pour 1 homme.
- 2° 1/10 de l'échantillon de type I et 9/10 de l'échantillon de type II.
- 3° Une plus forte proportion de diabétiques plus âgés, une plus faible proportion de diabétiques plus jeunes.

Afin d'obtenir un échantillon représentatif des diabétiques nous avons envoyé une lettre (annexe no. II) à chaque médecin omnipraticien de Rouyn-Noranda, demandant de bien vouloir nous fournir une liste anonyme complète de leurs clients diabétiques. Après quelques trois mois d'attente et de relances téléphoniques, nous avons constaté que les médecins ne pouvaient pas contribuer à faire avancer cette étape de la recherche. Seulement six médecins, sur une trentaine, ont répondu à la demande d'informations.

A partir de la suggestion d'un médecin, membre du comité pour l'ouverture d'une clinique pour diabétiques, nous avons demandé aux pharmaciens de la ville de nous fournir les informations (annexe no. III). Un de ces pharmaciens nous a assuré de la faisabilité de cette

3. Comité OMS d'experts du diabète sucré, op. cit., p. 21.

4. Enquête Nutrition Canada (1978-1979) dans des problèmes prioritaires, p. 94.

démarche. Selon lui, tous les pharmaciens sont équipés d'ordinateurs qui permettent d'identifier rapidement tous leurs clients diabétiques. En nous adressant aux pharmaciens, nous étions conscientes de limiter l'échantillon aux diabétiques qui consomment des médicaments.

Quelques pharmaciens, pour diverses raisons, n'ont pas pu fournir, dans des délais raisonnables, des listes de leurs clients diabétiques. De plus, certains pharmaciens, malgré les garanties de confidentialité que nous leur avons fournies, ont refusé de fournir leurs listes. Un pharmacien nous a proposé de concevoir une carte (annexe no. I) que nous pourrions laisser à la disposition de la clientèle diabétique, dans les pharmacies, et qui permettrait aux diabétiques de s'identifier eux-mêmes en tant que diabétiques.

Après quelques mois, nous disposions de deux sources d'informations: des cartes remplies par les personnes elles-mêmes et des listes fournies par les pharmaciens. Au total 190 noms ou indications anonymes figuraient sur les cartes et les listes.

Etant donné que la population totale, à ce moment de la recherche (190 personnes) était faible par rapport à la population estimée (700 à 800 personnes environ), nous avons décidé de rejoindre toutes les personnes figurant sur les listes et les cartes, plutôt que de construire un échantillon sur la base des variables âge, sexe et type de diabète et de nous retrouver éventuellement avec un échantillon trop restreint.

A partir des listes et des cartes, nous avons à nouveau sollicité la collaboration des pharmaciens. Ceux-ci devaient signer la lettre (annexe no. IX) que nous leur remettions et l'envoyer par la poste à leurs clients. Nous avons fourni, bien sûr, les lettres et les enveloppes affranchies. Au total, 42 personnes ont répondu à la lettre de leur pharmacien.

Après avoir contacté les personnes, cinq d'entre elles se sont montrées incapables de participer à l'étude. En mars 1986, nous disposions d'une liste de 37 personnes, toutes rejointes au téléphone par la chercheuse et toutes consentantes à répondre à un questionnaire sur leurs besoins.

Au terme de cette démarche, l'échantillon est composé de personnes diabétiques qui consomment des médicaments et qui s'approvisionnent dans l'une ou l'autre des six pharmacies de Rouyn-Noranda. L'étude ne rejoint pas les personnes diabétiques qui ne consomment pas de médicaments ou qui s'approvisionnent ailleurs qu'à Rouyn-Noranda.

L'échantillon est composé de 25 femmes et 12 hommes, qui ont entre 17 et 72 ans. Vingt-trois personnes ont un diabète de type I et 14 ont un diabète de type II.

Tableau no. 1: Description de l'échantillon selon les variables sexe, âge, et type de diabète.

		Type 1	Type 2	Total
Sexe	Masculin	10	2	12
	Féminin	13	12	25
Age	0-19 ans	1	0	1
	20-29 ans	2	0	2
	30-39 ans	4	1	5
	40-49 ans	2	3	5
	50-59 ans	7	7	14
	60-69 ans	6	1	7
	70-79 ans	1	2	3
Total		23	14	37

C. Limites méthodologiques

Les limites méthodologiques sont principalement de trois niveaux, liées à l'échantillon, liées au questionnaire, liées au modèle d'analyse des besoins.

1. Limites méthodologiques liées à l'échantillon

L'échantillon obtenu comporte plus de femmes que d'hommes, soit deux femmes pour un homme, un peu plus que dans la population diabétique en général où le rapport est de 1,4 femme pour 1 homme.

Les diabétiques de type I sont trop nombreux par rapport aux diabétiques de type II. En effet, il y a presque deux fois plus de diabétiques de type I que de diabétiques de type II alors que le rapport est de 1 diabétique de type I pour 9 diabétiques de type II, dans la population diabétique en général.

L'échantillon ne comporte pas de diabétiques de type II qui ne consomment pas de médicaments, à cause de la limite imposée par notre source principale d'information qu'étaient les pharmaciens.

Par ailleurs, la distribution des diabétiques, par groupes d'âge, est intéressante. En effet, tout comme dans l'ensemble de la population diabétique, le nombre de diabétiques augmente avec l'âge. Dans notre échantillon, les 2/3 des diabétiques ont plus de 40 ans, ce qui est très près des données statistiques auxquelles nous nous sommes référées.

Le mode de participation volontaire des répondants, la composition de l'échantillon ainsi que sa taille ne nous permettent pas de généraliser nos observations à l'ensemble de la population diabétique. Les réponses nous indiquent des tendances plutôt que des certitudes au plan statistique.

2. Limites méthodologiques liées au questionnaire

Le questionnaire était très long et malgré la collaboration des diabétiques, certaines personnes étaient fatiguées et moins attentives à

la deuxième heure d'entrevue. Une personne a refusé de poursuivre, alors qu'elle était rendue à la question no. 147. Une autre personne a demandé de faire l'entrevue en deux temps.

Aux questions "si vous n'êtes pas entièrement satisfait de votre besoin de (...), quelle sont les raisons qui empêchent la satisfaction de ce besoin?" Plusieurs personnes n'ont pas voulu répondre, particulièrement si leur degré de satisfaction était de niveau quatre ou satisfait.

Pour cette raison et également parce que la taille de l'échantillon était très limitée, nous avons décidé de regrouper nos répondants en deux catégories (satisfaits et insatisfaits) afin de pouvoir mieux identifier les tendances du groupe, en regard de chaque besoin.

Nous avons regroupé les répondants de la façon suivante:

Première catégorie: les répondants satisfaits et très satisfaits.

Deuxième catégorie: les répondants plus ou moins satisfaits, insatisfaits et très insatisfaits.

Nous avons choisi de placer les répondants plus ou moins satisfaits avec les répondants insatisfaits, puisqu'ils n'ont pas exprimé d'opinion claire de satisfaction.

Nous sommes conscients que ce regroupement en deux catégories nous a fait perdre quelques informations, mais la petite taille de l'échantillon ainsi que le grand nombre de variables nous a obligées à agir ainsi.

3. Limites méthodologiques liées au modèle d'analyse

Henderson propose un modèle conceptuel très détaillé en ce qui a trait à la définition de l'individu. Pour être en accord avec le modèle, nous avons élaboré une grille d'analyse (questionnaire) portant sur les 14 besoins fondamentaux de l'individu. Le grand nombre d'éléments aurait exigé un échantillon de grande taille afin d'être en mesure d'analyser les interrelations entre toutes les dimensions de l'instrument, ceci n'a pas été possible dans le cas de la présente recherche, et constitue une première limite imposée par le choix du modèle.

Selon l'auteur du modèle, les sources de difficultés qui empêchent l'individu de satisfaire ses besoins sont le manque de connaissances, le manque de force physique et le manque de volonté. En pratique, il est parfois difficile de se limiter à ces trois sources de difficultés qui n'expliquent pas toutes les difficultés qu'éprouvent les diabétiques dans la recherche d'indépendance.

Certains auteurs, tel Riopelle ⁵, ont élargi le concept de difficulté en y intégrant des facteurs d'ordre psychologique (atteinte à l'intégrité du moi) et sociologique (atteinte à l'intégrité sociale) mais cet ajout au modèle aurait rendu encore plus difficile son application dans le cas d'un petit échantillon. Notre instrument de recherche s'est donc limité aux trois sources de difficultés définies par Henderson.

5. Riopelle, Grondin, Phaneuf, Soins infirmiers, un modèle centré sur les besoins de la personne, Montréal, Mc Graw-Hill Editeurs, 1984.

CHAPITRE V

ANALYSE DES RESULTATS

Nous exposons, dans ce chapitre, les résultats du questionnaire. Pour chacun des besoins, quelques tableaux seront présentés (s'il y a lieu) sur les aspects les plus significatifs des réponses. Les niveaux de satisfaction des 14 besoins fondamentaux seront exprimés dans une série de 14 tableaux portant sur chaque besoin. Le lecteur pourra toujours se référer aux résultats détaillés du questionnaire qui se trouvent à l'annexe XI du document.

Afin d'aborder la lecture de l'analyse, nous proposons un tableau des 14 besoins fondamentaux et des pourcentages d'insatisfaction *, ceci pour l'ensemble de la population diabétique interrogée.

* Compte tenu de la taille de l'échantillon, les pourcentages obtenus représentent une tendance et non une certitude quant à la satisfaction des besoins.

Tableau no. 2: Pourcentage (%) des répondants insatisfaits pour chacun des 14 besoins fondamentaux.

Besoins fondamentaux	% des répondants insatisfaits
1- Respirer	46 %
2- Boire et manger	38 %
3- Eliminer	32 %
4- Se mouvoir et maintenir une bonne posture	32 %
5- Dormir et se reposer	46 %
6- Etre propre, soigné et protéger ses vêtements	8 %
7- Se vêtir et se dévêtir	11 %
8- Eviter les dangers	42 %
9- Maintenir la température du corps dans les limites normales	36 %
10- Communiquer avec ses semblables	33 %
11- Agir selon ses croyances et ses valeurs	11 %
12- S'occuper en vue de se réaliser	17 %
13- Se récréer	38 %
14- Apprendre	46 %

La répartition, par répondant, des scores de satisfaction pour chacun des besoins, se retrouve à l'annexe XIV. Pour un même individu, les scores de satisfaction sont différents d'un besoin à un autre; chaque individu a fait preuve de discrimination dans ses réponses. Cette observation nous permet de dire que la compréhension des questions portant sur la satisfaction des besoins était bonne dans l'ensemble. Nous proposons ici une analyse des résultats de chacun des 14 besoins.

1. Le besoin de respirer *

La plupart des diabétiques interrogés, soit 75 %, sont satisfaits de leur respiration, alors qu'ils sont au repos. A la question plus globale portant sur la satisfaction de leur besoin de respirer, 54 % répondent qu'ils sont satisfaits. Bien qu'une forte proportion de diabétiques se dise satisfaite, une plus forte proportion présente des problèmes respiratoires. L'essoufflement, le problème le plus fréquent, est présent chez 62 % (23) des diabétiques.

La douleur, présente chez 19 % des individus, est reliée à l'insatisfaction du besoin de respirer, ainsi que le démontre le tableau 3.

* Afin de se conformer au modèle emprunté et afin de faciliter la lecture du document nous utiliserons les nombres de 1 à 14 pour désigner les besoins.

Tableau no. 3: Distribution des répondants selon la satisfaction du besoin de respirer et les douleurs.

	Présence de douleurs	Absence de douleurs	Total
Individus moins satisfaits	6	11	17
Individus satisfaits	1	19	20
	7	30	37

La présence des autres manifestations tels que la toux, les expectorations, l'essoufflement, même si elle exerce une certaine influence sur le niveau de satisfaction du besoin, n'entraîne pas nécessairement l'insatisfaction.

Les fumeurs représentent 40 % des personnes diabétiques interrogées. Les manifestations respiratoires, en particulier la toux et les expectorations, sont plus fréquentes chez les fumeurs que chez les non-fumeurs. Le tableau no. 4 nous fournit les précisions à ce sujet.

Tableau no. 4: Répartition des répondants selon les manifestations, toux et expectorations et l'usage du tabac.

	Toux et Expectoration	Absence de toux et expectoration	Total
Fumeurs	11	4	15
Non-fumeurs	4	18	22
Total	15	22	37

Les principaux moyens qui permettent une plus grande satisfaction du besoin de respirer sont, par ordre d'importance, les exercices de plein air, les mesures d'hygiène, le sommeil avec plusieurs oreillers et les médicaments. Un seul fumeur a l'intention de cesser de fumer. Les personnes qui ne font rien pour améliorer leur situation disent qu'elles n'en sentent pas le besoin ou qu'elles en sont incapables.

La figure qui suit résume les réponses aux questions portant sur le niveau de satisfaction du besoin, les moyens utilisés pour améliorer

le niveau de satisfaction et les raisons qui empêchent l'action chez ceux qui ne font rien pour améliorer la satisfaction de leur besoin de respirer.

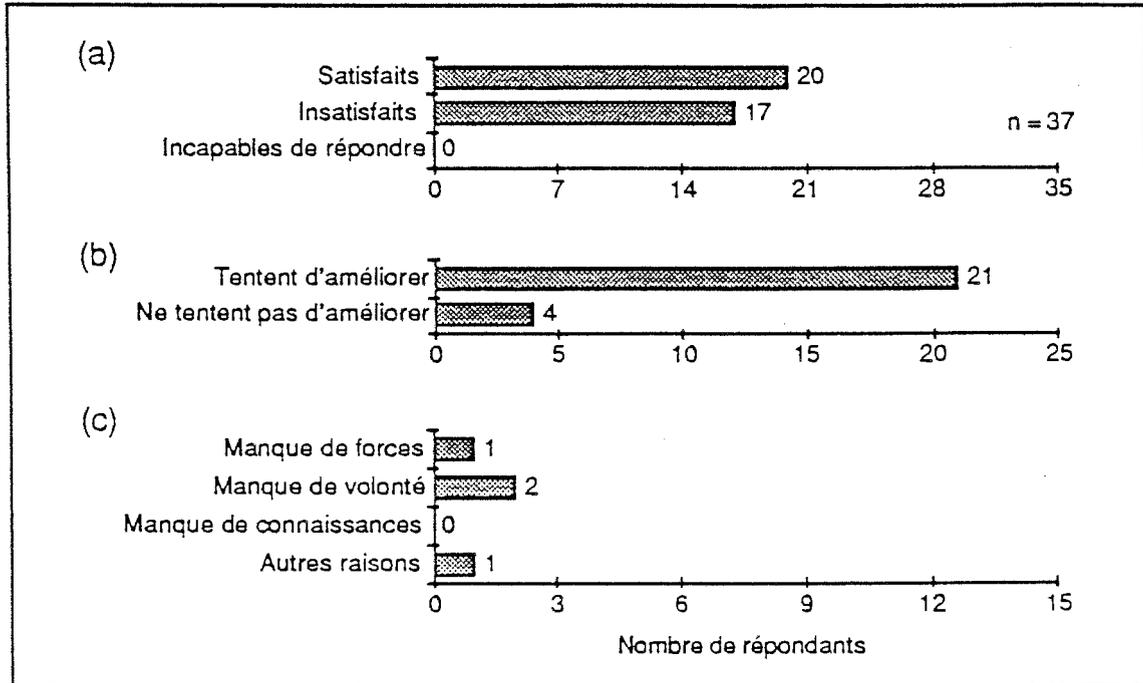


Figure 1: Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de respirer.

2. Le besoin de boire et manger

La moitié des personnes interrogées considèrent qu'elles s'alimentent convenablement, c'est-à-dire selon les règles établies pour les diabétiques. Ces personnes se disent également satisfaites de leur alimentation.

Bien que le régime alimentaire soit primordial dans le contrôle glycémique, 22 % des diabétiques n'en suivent pas. Chez les diabétiques qui suivent un régime, celui-ci est la plupart du temps recommandé par la diététiste.

Seulement 27 % des diabétiques consultent la diététiste une fois par année ou plus souvent. Les autres personnes ne voient que très rarement ou encore jamais la diététiste. Les diabétiques qui ne consultent pas la diététiste n'en voient pas l'importance ou affirment contrôler eux-mêmes leur régime.

Les diabétiques consomment en général trois repas par jour et prennent leurs repas à des heures régulières, le plus souvent à la maison. Cependant, 21 % des diabétiques ne consomment pas trois repas par jour. Le groupe des produits laitiers est le plus absent de l'alimentation.

Bien que la moitié des diabétiques disent qu'ils s'alimentent convenablement, 80 % des diabétiques ne consomment jamais, à aucun des repas de la journée, les quatre groupes d'aliments ensemble (au même repas). Seulement 5 % des diabétiques consomment, à chacun des repas, les quatre groupes d'aliments réunis. C'est ce que nous pouvons observer dans les trois tableaux suivants:

Tableau no. 5: Répartition des répondants selon qu'ils consomment les 4 groupes d'aliments ou non, au même repas,
 a) déjeuner - dîner
 b) déjeuner - souper
 c) dîner - souper

a) Déjeuner- dîner

	4 groupes	3 groupes et moins	Total
4 groupes	2	1	3
3 groupes et moins	3	31	34
Total	5	32	37

b) Déjeuner- souper

	4 groupes	3 groupes et moins	Total
4 groupes	2	1	3
3 groupes et moins	2	32	34
Total	4	33	37

c) Dîner - souper

	4 groupes	3 groupes et moins	Total
4 groupes	2	3	5
3 groupes et moins	3	29	33
Total	5	32	37

Compte tenu du rôle que joue l'alimentation adéquate dans la stabilité de la glycémie, il n'est pas étonnant de constater que 46 % des diabétiques présentent fréquemment, c'est-à-dire au moins une fois par mois, des symptômes d'hypoglycémie.

Lors d'épisodes d'hypoglycémie, seulement la moitié des diabétiques ont l'habitude de vérifier leur glycémie. Ceux-ci sont, pour la plupart, des diabétiques de type I. Ceux qui, dans de tels cas, ne vérifient pas leur glycémie, disent qu'ils n'ont pas l'équipement pour le faire.

Les diabétiques affirment, dans 62 % des cas, avoir un surplus de poids. La majorité d'entre eux évaluent leur surplus de poids à 9 kilos et plus. Il y a un peu plus de gens insatisfaits en regard de leur alimentation chez ceux qui ont un surplus de poids supérieur à 9 kilos, tel que l'indique le tableau no. 6.

Tableau no. 6: Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin de s'alimenter et le surplus de poids.

Surplus de poids	Moins satisfaits	Satisfaits	Total
Supérieur à 9 kilos	11	8	19
Inférieur à 9 kilos	0	5	5
Total	11	13	24

Les diabétiques ont répondu de la même façon aux questions portant sur les connaissances en alimentation* : la plupart, soit 75 % disent que leurs connaissances sont suffisantes.

A la question qui vérifie la relation qui existe entre la consommation d'aliments et la glycémie, 70 % des diabétiques ont répondu correctement.

Le régime alimentaire ne laisse personne indifférent: il est une source de frustrations chez 43 % des personnes, il donne "l'envie de tricher" dans 51 % des cas et occasionne des difficultés financières à 27 % des diabétiques.

* Ce sont les questions nos 48 et 183 du questionnaire.

Globalement les diabétiques qui sont satisfaits de leur besoin disent qu'ils s'alimentent convenablement. Il n'y a, cependant, que 5 % des diabétiques qui consomment les quatre groupes d'aliments ensemble à chacun des repas. Les diabétiques consultent peu leur diététiste; ils considèrent généralement que leurs connaissances en alimentation sont suffisantes; ils ont, dans 62 % des cas, un surplus de poids; ils font souvent des épisodes d'hypoglycémie. Dans 37 % des cas ils ne sont pas satisfaits de leur alimentation, tel qu'illustré à la figure 2.

Le manque de motivation est la principale raison qui empêche les diabétiques peu satisfaits (37 %) de poser des gestes ou d'entreprendre les actions requises pour améliorer le niveau de satisfaction de leur besoin.

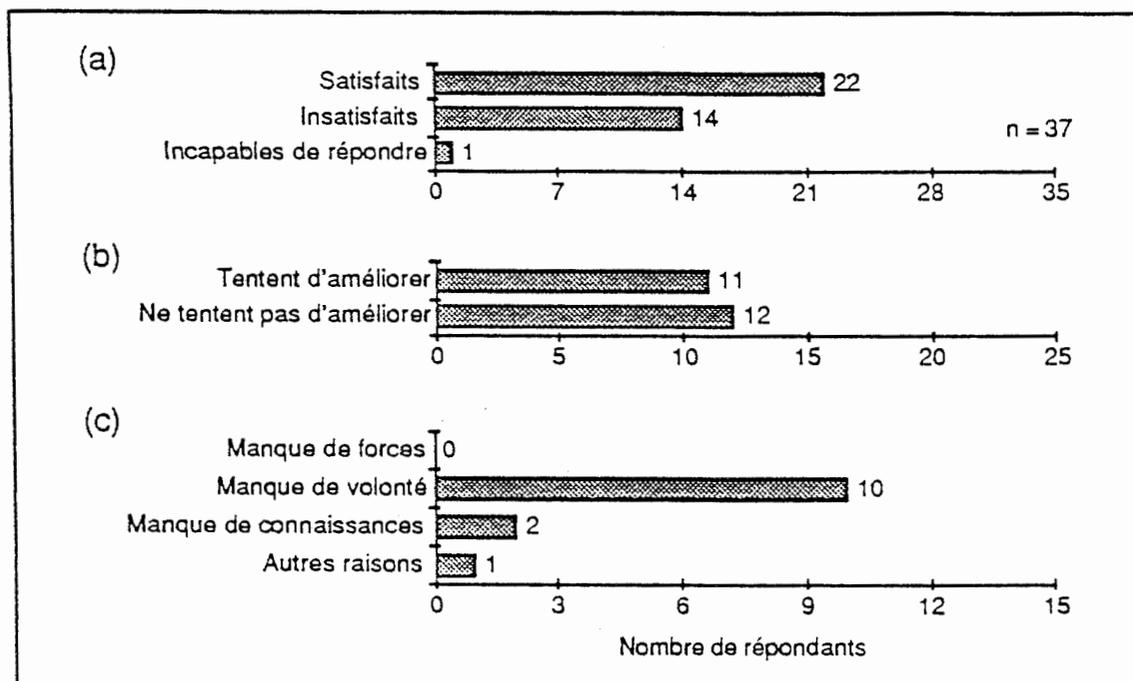


Figure 2: Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de boire et manger.

3. Le besoin d'éliminer

Les perturbations physiologiques liées à la fonction d'élimination sont fréquentes. Les sueurs abondantes sont citées chez 51 % des répondants, les douleurs lombaires et les oedèmes des membres inférieurs sont présents dans 43 % des cas, la constipation est présente dans 35 %

des cas, l'hypertension artérielle dans 27 % des cas. Ces observations font appel, bien souvent, à des complications du diabète, ou tout au moins, à un mauvais contrôle de la glycémie.

Les symptômes de polyurie, polyphagie et polydipsie sont présents, tous à la fois, chez 19 % des diabétiques. Cette triade signifie manifestement un déséquilibre glycémique.

Il n'y a pas de relation franche entre la présence d'oedème dans les membres inférieurs et le niveau de satisfaction du besoin; ni entre la présence de la triade "polyurie, polyphagie et polydipsie" et le niveau de satisfaction du besoin d'éliminer.

La majorité des gens, soit 81 %, ne font aucun test d'urine et 27% ne font ni tests sanguins, ni tests d'urine. La plupart des personnes qui font des tests d'urine n'enregistrent jamais leurs résultats parce qu'ils n'en perçoivent pas l'utilité.

Bref, 68 % des diabétiques interrogés sont satisfaits et ceci malgré la présence, chez plusieurs, de perturbations physiologiques. Ceux qui sont insatisfaits trouvent habituellement des moyens afin d'améliorer leur niveau de satisfaction. La figure 3 illustre ces informations.

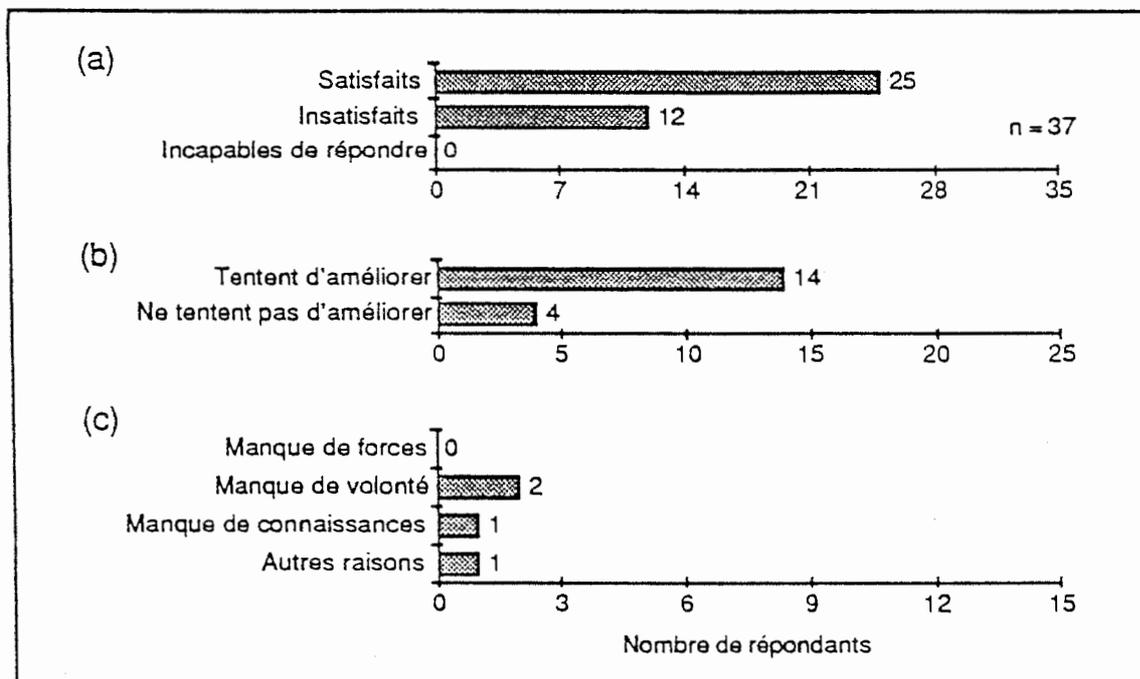


Figure 3: Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin d'éliminer.

4. Le besoin de se mouvoir

Les diabétiques interrogés pratiquent généralement un ou plusieurs sports ou font de l'exercice. Cependant, 33 % d'entre eux ne font ni sport, ni exercice. La marche est pratiquée par 67 % des diabétiques. La majorité des diabétiques qui font de l'exercice en font trois fois par semaine et depuis plus d'un an. Tous disent qu'ils ressentent un

bien-être en faisant de l'exercice, mais la moitié d'entre eux sont essoufflés, plusieurs ressentent des douleurs dans la poitrine, dans les jambes, etc. Seuls quelques individus (3) craignent de faire de l'hypoglycémie durant l'exercice.

A la marche, 25 % des diabétiques ressentent des douleurs aux pieds, 32 % ressentent des douleurs aux mollets, 32 % ressentent des douleurs aux cuisses, 8 % ressentent des douleurs aux fesses. Les personnes qui présentent ce dernier symptôme sont moins satisfaites quant à leur besoin de faire de l'exercice. Tout comme pour la respiration, la présence de douleurs incite les gens à se considérer comme moins satisfaits. En l'absence de ces douleurs, la majorité des gens est satisfaite.

Tableau no. 7: Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin de se mouvoir et des douleurs aux fesses.

	Douleurs aux fesses	Absence de douleurs	Total
Moins satisfaits	3	9	12
Satisfaits	0	23	23
Total	3	32	35

Tableau no. 8: Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin de se mouvoir et des douleurs aux cuisses.

	Douleurs aux cuisses	Absence de douleurs	Total
Moins satisfaits	6	6	12
Satisfaits	6	17	23
Total	12	23	35

Les douleurs des membres inférieurs semblent liées à l'âge: aucune personne de l'échantillon, en bas de 48 ans, ne présente les symptômes et les douleurs aux pieds et aux mollets apparaissent chez les individus qui ont 48 ans et plus.

Les douleurs aux cuisses sont déclarées par les personnes de 49 ans et plus et les douleurs aux fesses sont présentes à 51 ans et plus. Ce sont sensiblement les mêmes personnes qui présentent plus d'un symptôme, elles ont un diabète de type I et II en proportion égale. Plus de la moitié des gens qui ont des douleurs à la marche, mettent plus de 10 minutes avant de voir disparaître leurs douleurs.

Pour l'ensemble de l'échantillon, 40 % (15) des diabétiques ont déjà ressenti les symptômes de l'hypoglycémie à la suite d'une activité physique. Cependant, 48 % (18) des diabétiques ne prennent aucune mesure de prévention des hypoglycémies avant de faire de l'exercice.

Tel qu'illustré dans le tableau suivant, il y a davantage de gens qui prennent des mesures de prévention de l'hypoglycémie lorsqu'elles ont déjà présenté des manifestations d'hypoglycémie après l'exercice.

Tableau no. 9: Répartition des répondants en fonction de l'apparition de l'hypoglycémie après l'exercice et des mesures de prévention.

	Hypoglycémie après exercice	Absence hypoglycémie après exercice	Total
Mesures de prévention	9	4	13
Absence de mesures de prévention	6	9	15
Total	15	13	28

Plusieurs personnes n'ont pas répondu à cette question parce qu'elles ne font aucun exercice. L'effet hypoglycémiant de l'exercice n'est pas connu de la moitié des diabétiques.

La majorité des diabétiques, soit 64 % (24) sont satisfaits quant à leur besoin de faire de l'exercice. Ceux qui sont moins satisfaits et qui ne font rien pour améliorer leur situation disent qu'ils ne se sentent pas assez en santé (manquent de force physique). La figure qui suit illustre ces informations.

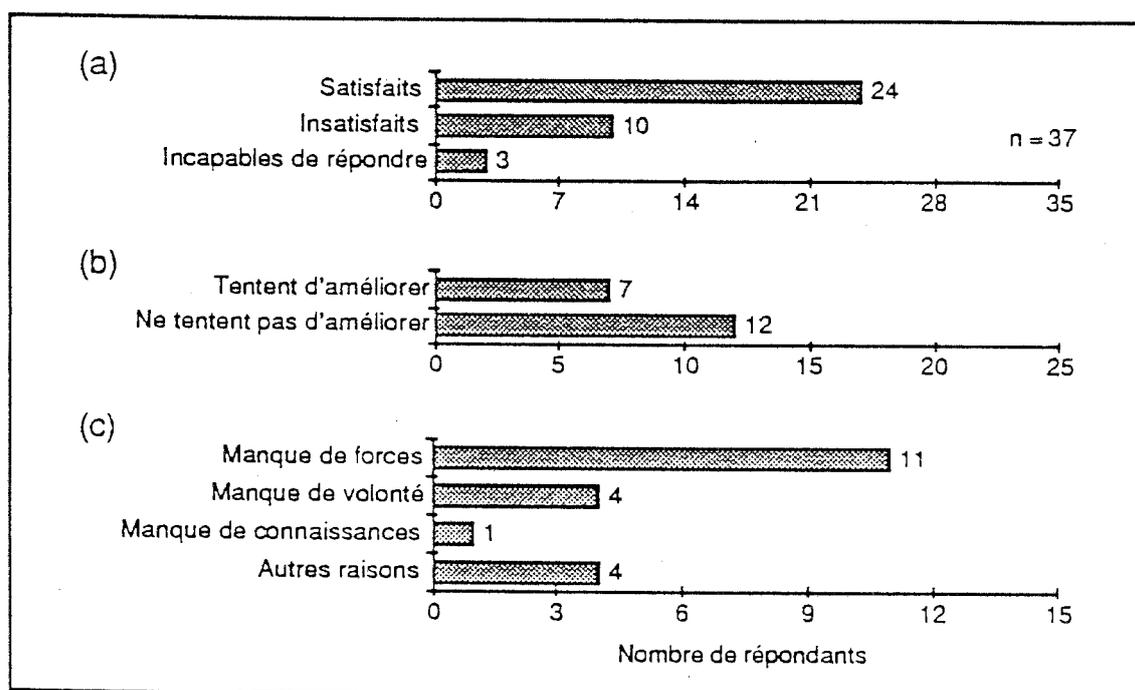


Figure 4: Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de se mouvoir.

5. Le besoin de dormir et de se reposer

Chez les diabétiques interrogés, les problèmes sont fréquents durant le sommeil: 54 % (20) des diabétiques ont des crampes dans les

membres inférieurs, 64 % (24) ont envie d'uriner, 48 % (18) ont un sommeil agité, 37 % (14) ont une soif intense, 32 % (12) présentent des signes d'hypoglycémie.

Les crampes dans les membres inférieurs sont reliées à l'insatisfaction du besoin. Ici encore c'est la douleur qui semble jouer un rôle plus important que les autres variables.

Tableau no.10: Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin de dormir et se reposer et les crampes dans les membres inférieurs.

	Crampes	Absence de crampes	Total
Moins satisfaits	13	4	17
Satisfaits	7	13	20
Total	20	17	37

Globalement, 54 % des gens sont satisfaits quant à leur besoin de dormir et de se reposer. Le niveau de satisfaction est moins élevé que dans les besoins précédents (respiration, alimentation, élimination, exercice). Ceci pourrait s'expliquer par la présence d'un facteur plus répandu: les crampes dans les membres inférieurs. De plus, ce dernier

facteur est douloureux. Les diabétiques insatisfaits font quelque chose pour améliorer leur situation. Ceux qui ne font rien n'ont pas les connaissances, manquent d'intérêt ou ne sont pas en santé, ainsi que nous le voyons dans la figure suivante:

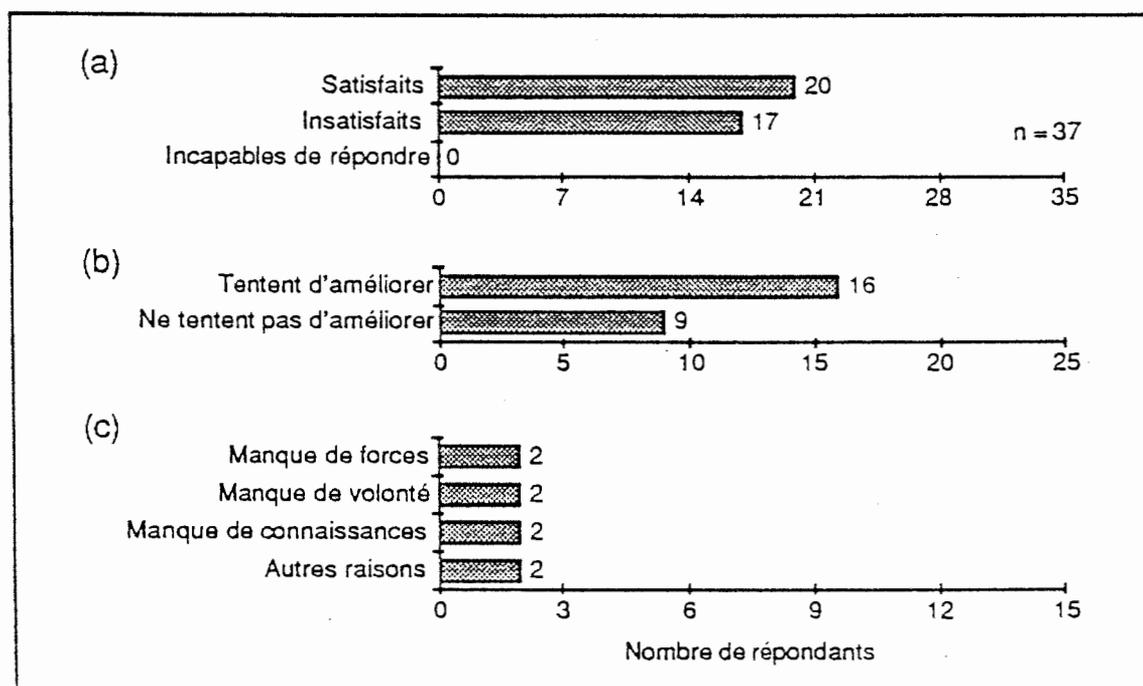


Figure 5: Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de dormir et de se reposer.

6. Le besoin d'être propre et de protéger ses téguments

Parmi l'ensemble des mesures d'hygiène buccale recommandées, c'est l'usage de la soie dentaire par 14 % (5) des diabétiques, le massage des gencives par 8 % (3) ainsi que le brossage de la langue par 10 % (4) qui

sont les mesures les plus délaissées. Seulement 16 % (6) des diabétiques voient leur dentiste aux six mois.

Les infections vaginales ou du gland ont affecté ou affectent encore 32 % (12) des diabétiques, qu'ils soient de type I ou II.

Tableau no. 11: Répartition des répondants selon le type de diabète et la présence d'infections

	Infection	Pas d'infection	Total
Type I	9	14	23
Type II	3	11	14
Total	12	25	37

Il n'y a pas de relation significative entre la présence d'infections et le degré de satisfaction du besoin d'être propre, mais en l'absence d'infection, presque tous sont satisfaits.

Tableau no. 12: Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin d'être propre et la manifestation "infections"

	Infections	Pas d'infections	Total
Moins satisfaits	2	1	3
Satisfaits	10	24	34
Total	12	25	37

Malgré l'importance extrême que revêt le soin des pieds, 35 % (13) des diabétiques, seulement, disent qu'ils inspectent quotidiennement leurs pieds. Seulement 19 % (7) consultent un podiatre. Les plaies aux pieds affectent ou ont déjà affecté 35 % des diabétiques. Tous les groupes d'âge, y compris les plus jeunes, ont déjà eu ou ont des plaies aux pieds. Ces diabétiques sont de type I ou II.

Parmi les symptômes de la peau liés à l'administration de l'insuline, les démangeaisons (46 %) et la peau sèche (54 %) sont les plus fréquents.

Dans l'ensemble, la majorité des gens sont satisfaits quant à leur besoin, tels que démontré dans les figures suivantes, bien que les soins de la bouche et des dents soient peu pratiqués, que les infections

affectent ou aient affecté 32 % des diabétiques et que les soins des pieds ne soient pas une préoccupation chez 65 % des diabétiques.

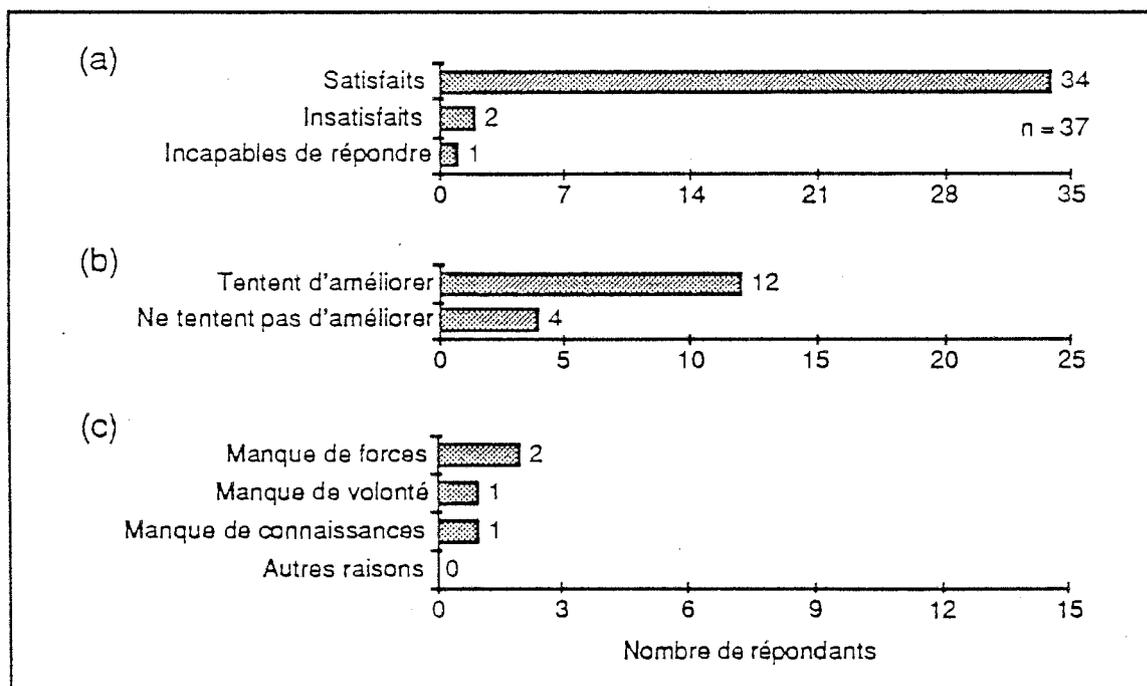


Figure 6: Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin d'être propre et de protéger ses téguments.

7. Le besoin de se vêtir et de se dévêtir

Dans l'ensemble de l'échantillon, 35 % (13) des diabétiques ont dû modifier leur façon de se vêtir et de se chauffer. En général, ils considèrent que leurs chaussures sont adaptées à leur condition de personne diabétique. Il est intéressant de noter que 27 % (10) des diabétiques ne savent pas si leurs chaussures sont adaptées ou affirment que leurs chaussures ne sont pas adaptées.

La majorité des diabétiques (89 %) sont satisfaits quant à leur besoin. Ceux qui ne cherchent pas à améliorer leur situation disent qu'ils manquent d'intérêt, ainsi que nous le constatons dans la figure suivante:

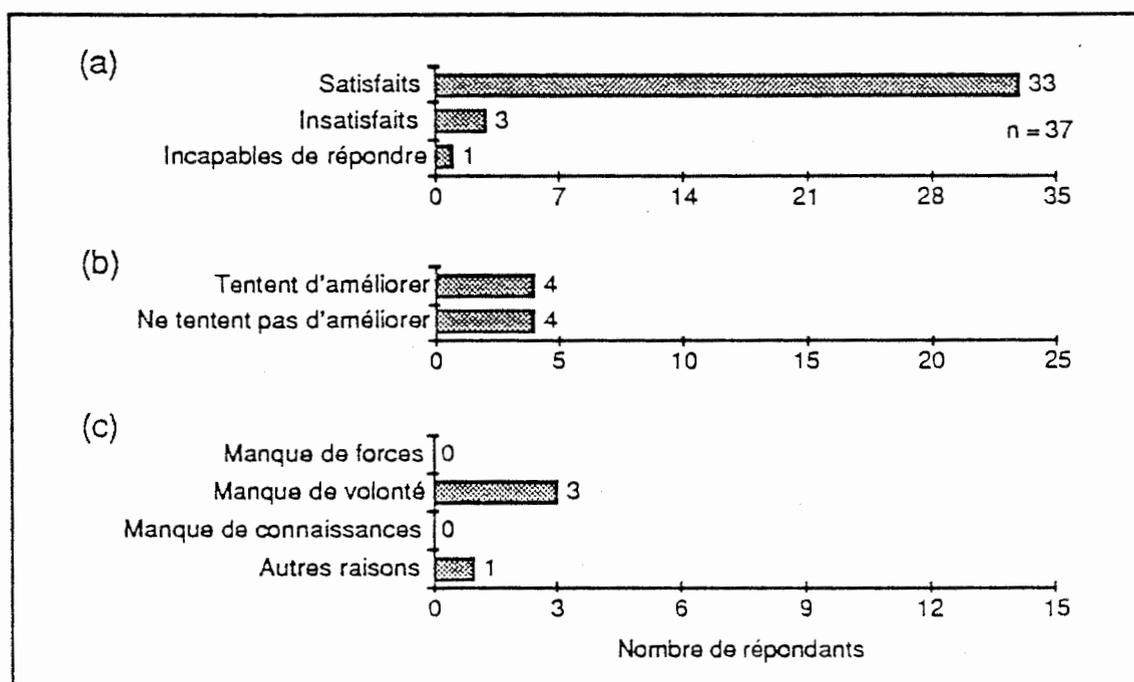


Figure 7: Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de se vêtir et de se dévêtir.

8. Le besoin d'éviter les dangers

La majorité des répondants, soit 60 %, croient qu'être diabétique comporte des dangers pour eux. Quelques personnes ont peur du coma, la plupart ont peur des maladies rénales, des maladies des yeux, des

infections, de la gangrène. Certains ont peur de paralyser. Quelques diabétiques ont peur de devenir insulino-dépendants et d'être obligés de "se piquer".

Les diabétiques de type II, dans des proportions égales, craignent ou ne craignent pas les dangers. Par ailleurs, près des trois quarts des diabétiques de type I craignent les dangers.

Tableau no. 13: Répartition des répondants selon le type de diabète et la crainte des dangers

	Craignent	Ne craignent pas	Ne savent pas	Total
Type I	15	5	3	23
Type II	7	7	0	14
Total	22	12	3	37

Le tableau no. 14 nous permet d'observer que parmi les personnes qui ne voient pas de dangers, il y en a davantage qui sont satisfaites. Par ailleurs, celles qui croient qu'être diabétique présente des dangers se considèrent, en majorité, moins satisfaites quant à leur besoin de se protéger.

Tableau no. 14: Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin d'éviter les dangers et la conscience des dangers liés au diabète

	Voient des dangers	Ne voient pas des dangers	Ne savent pas	Total
Moins satisfaits	13	2	2	18
Satisfaits	9	10	0	19
Total	22	12	3	37

La durée moyenne des hospitalisations est de 15,5 jours, selon les diabétiques de notre étude. Bien qu'il s'agisse ici d'une approximation puisque les diabétiques évaluent eux-mêmes, à partir de leurs souvenirs, leur propre moyenne, il est intéressant d'observer que cette moyenne correspond à la moyenne des hospitalisations pour le diabète dans le secteur Rouyn-Noranda en 1982-83, laquelle était de 15,4 jours, tel que spécifié à la page 20.

La figure 8 illustre le niveau de satisfaction du besoin et les raisons qui empêchent les diabétiques moins satisfaits d'agir pour améliorer leur satisfaction.

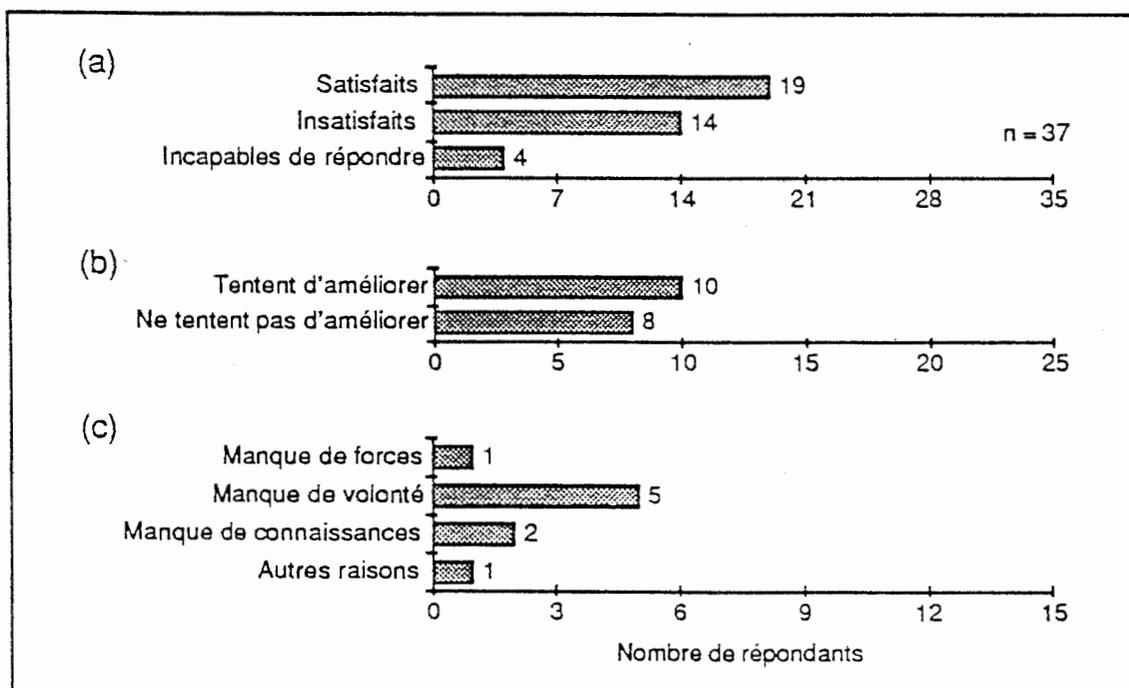


Figure 8: Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin d'éviter les dangers.

9. Le besoin de maintenir la température du corps dans les limites normales

Les manifestations liées à la difficulté de maintenir la température corporelle sont souvent présentes chez les diabétiques. La fièvre se manifeste chez 38 % (14) des diabétiques, la sensation d'être frileux chez 56 % (21), les bouffées de chaleur chez 59 % (22) et les pieds froids chez 64 % (24) des personnes.

En l'absence de manifestations telles que les pieds froids ou les bouffées de chaleur, les diabétiques se disent satisfaits quant à leur besoin. Par ailleurs, en présence de ces signes, il y a autant de diabétiques satisfaits qu'insatisfaits.

Tableau no. 15: Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin de maintenir sa température et la manifestation "bouffées de chaleur"

	Bouffées chaleur	Absence de bouffées chaleur	Total
Moins satisfaits	10	4	14
Satisfaits	12	11	23
Total	22	15	37

Tableau no. 16: Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin de maintenir sa température et la manifestation "pieds froids"

	Pieds froids	Absence pieds froids	Total
Moins satisfaits	10	4	14
Satisfaits	14	9	23
Total	24	13	37

Les diabétiques qui ont les pieds froids utilisent des bas de laine ou des couvertures pour se réchauffer. Une seule personne utilise la bouillotte et deux autres utilisent des couvertures électriques.

Globalement, 62 % des diabétiques se disent satisfaits quant à leur besoin de maintenir normale la température du corps.

Ceux qui ne sont pas satisfaits et qui ne font rien pour améliorer leur situation, disent qu'ils ne savent pas quoi faire ou comment

faire. Ces données sur la satisfaction du besoin sont illustrées dans la figure suivante:

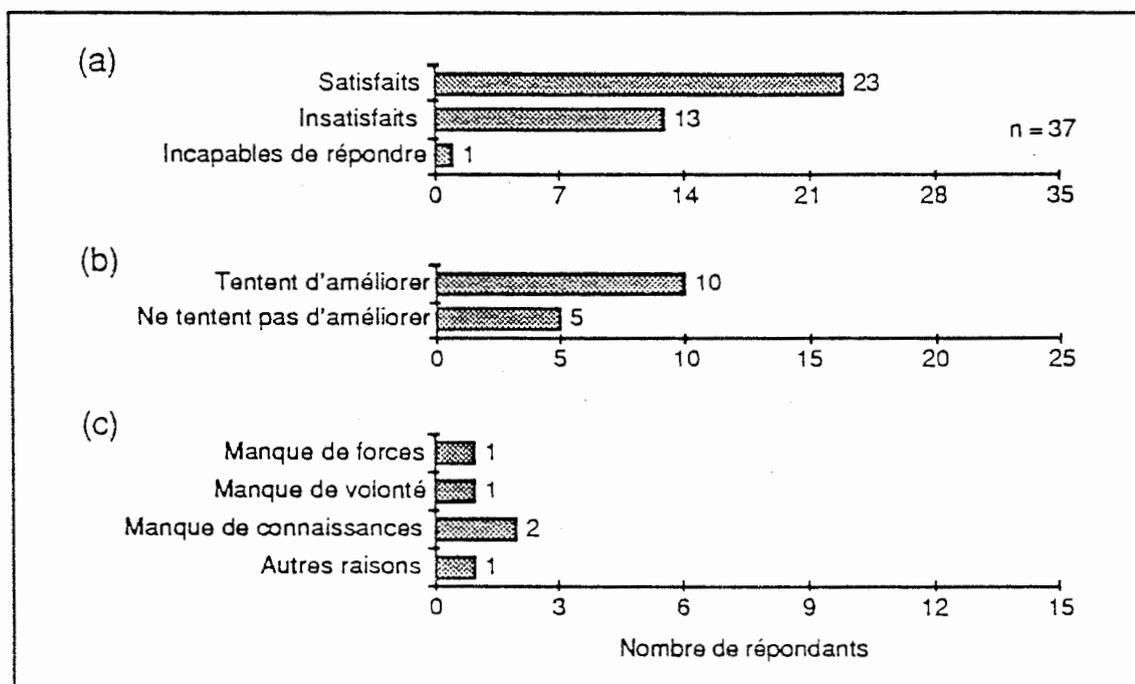


Figure 9: Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de maintenir la température du corps dans les limites normales.

10. Le besoin de communiquer avec ses semblables

La majorité des diabétiques parlent de leur diabète. Cependant, 19 % (7) affirment ne jamais en parler. S'ils ne le font pas, c'est surtout par peur d'ennuyer les autres.

La plupart des diabétiques, soit 86 %, disent que les personnes qui les connaissent très bien sont au courant de leur condition de diabétiques et que ces personnes sauraient, dans 62 % des cas, quoi faire en cas d'urgence. Par ailleurs, peu de diabétiques, soit 35 %, disent que les autres savent ce qu'ils ressentent.

Tableau no. 17: Pourcentage (%) des répondants selon les trois niveaux de connaissance de l'entourage

Niveaux de connaissances	% des répondants
L'entourage n'est pas au courant de la condition diabétique	14 %
L'entourage ne sait pas quoi faire en cas d'urgence	38 %
L'entourage ne sait pas ce que le diabétique ressent	65 %

Dans l'ensemble, 57 % (21) des diabétiques de notre échantillon sont mariés ou vivent en union de fait. Chez les diabétiques interrogés, le diabète ne semble pas lié particulièrement aux difficultés de communication dans le couple. Concernant la sexualité, 32 % (12) des diabétiques affirment que leur diabète a été responsable

de certaines difficultés. Toutes ces personnes, sauf une, ont un diabète de type I. La moitié de ces diabétiques ressentent le besoin de parler de leur difficultés avec quelqu'un d'autre.

Le mode de sélection de l'échantillon a favorisé la participation volontaire des diabétiques. Ceux qui n'avaient pas l'intention de parler de leur diabète ou de contribuer à la recherche n'ont simplement pas répondu à la lettre de leur pharmacien ou ont refusé lors du premier contact par téléphone. Par ailleurs, il est fort probable que les diabétiques interrogés soient plus enclins à communiquer avec leur entourage et à ne pas "cacher" leur condition. Le mode de sélection des diabétiques apporte un biais systématique à notre étude en ce qui a trait au besoin de communiquer.

La fréquence des communications avec les professionnels de la santé varie selon les différents professionnels consultés. La majorité des diabétiques voient leur médecin régulièrement, pour la plupart à tous les trois mois ou plus souvent. Ils discutent de la prescription d'insuline et de l'équilibre de la glycémie. Seulement 37 % des diabétiques discutent du régime et 21 % seulement, de l'exercice.

La majorité des diabétiques, soit 51 % (19) voient la diététiste une fois par année ou moins souvent qu'une fois par année; 32 % ne la voient jamais.

Malheureusement, nous n'avons pas d'informations précises sur les consultations à l'ophtalmologiste puisque 25 personnes n'ont pas répondu à cette question. Nous pouvons dire que, parmi les 11 personnes qui ont répondu à la question, seulement 2 consultent l'ophtalmologiste. 25 personnes, soit 69 % de l'échantillon, ne consultent pas d'autres professionnels que le médecin et la diététiste.

Globalement, 64 % des gens sont satisfaits quant à leur besoin de communiquer. Parmi ceux qui ne sont pas satisfaits, il y en a la moitié qui ne font rien pour améliorer leur situation, tel qu'illustré dans la figure suivante:

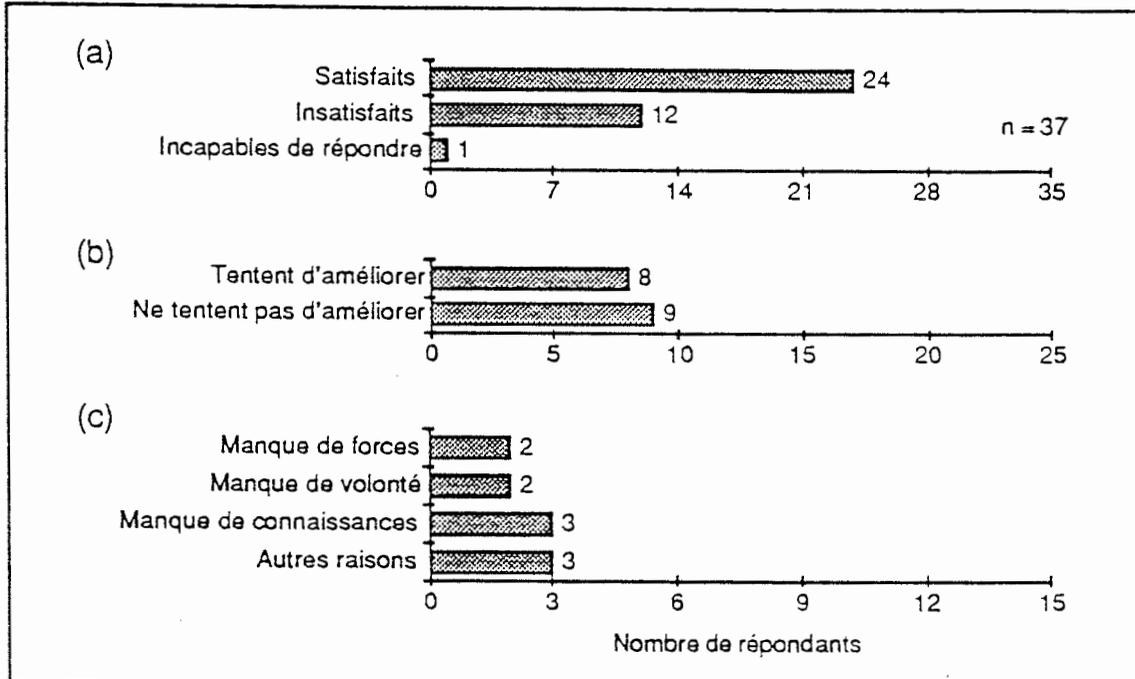


Figure 10: Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de communiquer avec ses semblables.

11. Le besoin d'agir selon ses croyances et ses valeurs morales

Pour la majorité des diabétiques interrogés, soit 78 %, le diabète n'a pas de signification particulière au plan religieux, il est simplement considéré comme une maladie. Pour quelques uns, le diabète est révoltant.

Chez 72 % (27) des diabétiques, la maladie n'a rien changé dans les habitudes religieuses. La majorité des diabétiques, soit 86 %, sont satisfaits quant à leur besoin d'agir selon leurs croyances, tel qu'illustré dans la figure suivante:

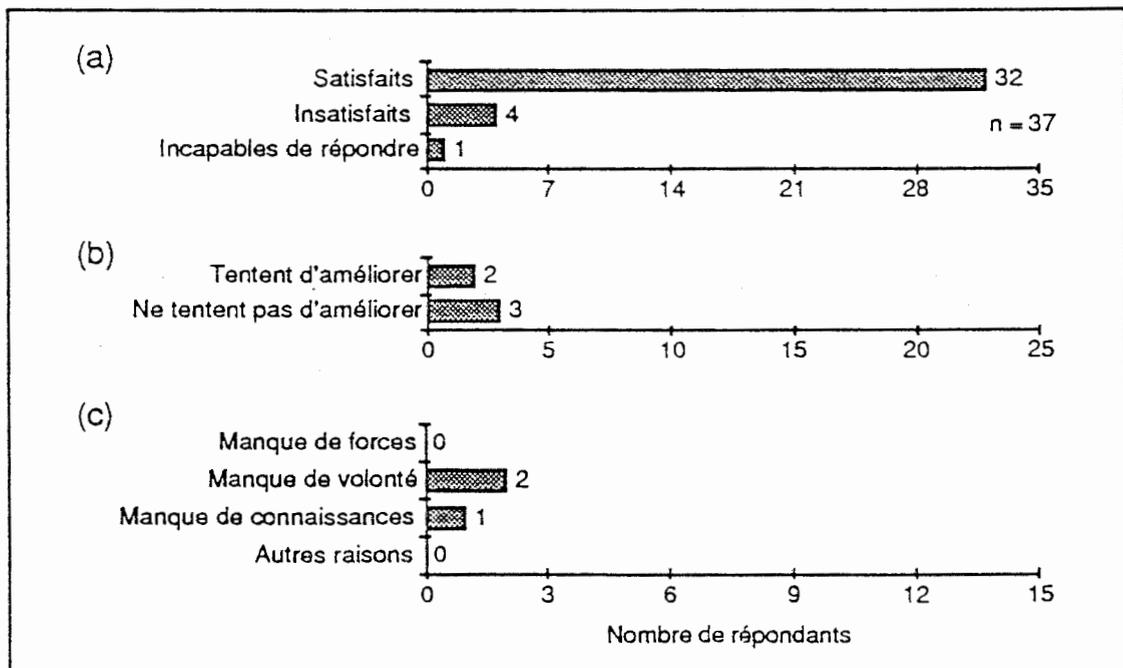


Figure 11: Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin d'agir selon ses croyances et ses valeurs morales.

12. Le besoin de s'occuper en vue de se réaliser

Les diabétiques, dans une proportion de 27 %, pensent que leur occupation actuelle n'est pas compatible avec le diabète, soit que les horaires ne conviennent pas ou que le travail est trop stressant.

Quelques personnes ont dû changer d'emploi à cause de leur diabète et 25 % des diabétiques croient que le fait de ne pas avoir d'emploi est dû à leur condition de diabétiques.

Il est intéressant de noter que 30 % (11) des diabétiques ne font partie d'aucun groupe, que 37 % (14) font partie de l'association du diabète et que 35 % (13) font partie d'un groupe d'amis. Ceux qui ne font pas partie de l'Association du diabète disent, pour la plupart, qu'ils ne la connaissent pas.

Ceux qui en font partie avaient déjà été informés au sujet de la recherche et avaient été incités à répondre favorablement à la lettre de leur pharmacien. C'est ce qui peut expliquer qu'il y ait autant de membres de l'Association parmi les répondants.

Presque tous les diabétiques qui font partie d'un groupe, à l'exception de trois d'entre eux, disent que leur condition est connue des autres membres du groupe. Ils pensent également qu'appartenir à un groupe et connaître un ou plusieurs diabétiques peut les aider à mieux vivre avec le diabète.

Il est intéressant de remarquer que seulement 13 % (5) des diabétiques ont été mis en contact avec un autre diabétique, au moment où ils ont appris qu'ils avaient eux-mêmes cette maladie. Parmi ceux qui, à ce moment-là, n'ont pas connu d'autres diabétiques, soit 84 % (31), la moitié affirme qu'ils auraient souhaité être mis en contact.

La majorité des personnes qui ont une occupation compatible avec leur diabète sont satisfaites quant à leur besoin de s'occuper.

Tableau no. 18: Répartition des répondants selon la satisfaction du besoin de s'occuper et l'occupation

	Occupation compatible	Occupation non-compatible	Ne savent pas	Total
Moins satisfaits	1	3	2	6
Satisfaits	20	7	1	28
Total	21	10	3	34

La majorité des diabétiques, soit 78 % (29) se disent satisfaits de leur besoin de s'occuper en vue de se réaliser. Ceux qui ne sont pas satisfaits et qui ne font rien pour améliorer leur situation ne

savent pas quoi faire ou comment faire ou ne se sentent pas capables de faire quelque chose. La figure suivante illustre ces données.

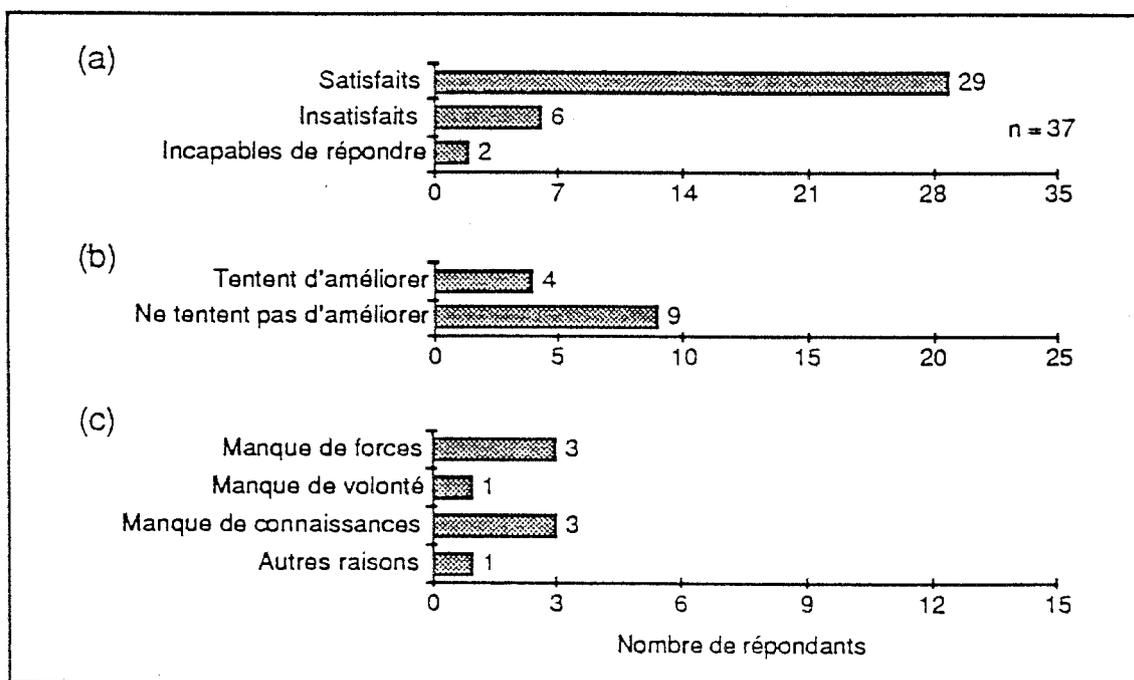


Figure 12: Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de s'occuper en vue de se réaliser.

13. Le besoin de se récréer

Tous les diabétiques interrogés ont, au moins, une activité de loisirs. Il peut s'agir d'une activité passive, écouter la télé par exemple, ou d'une activité qui permet une dépense d'énergie, comme la pratique d'un sport. A cause de leur diabète, 41 % (15) des diabétiques affirment avoir changé leurs habitudes de loisirs.

Bien que l'ensemble des diabétiques ait une ou plusieurs activités récréatives, il est intéressant de noter que 38 % ne se disent pas satisfaits. Les 2/3 de ceux-ci ne font rien pour améliorer leur situation. Ils ne se sentent pas capables, ils manquent d'intérêt, de temps ou ne savent pas comment faire, comme l'indique la figure 13:

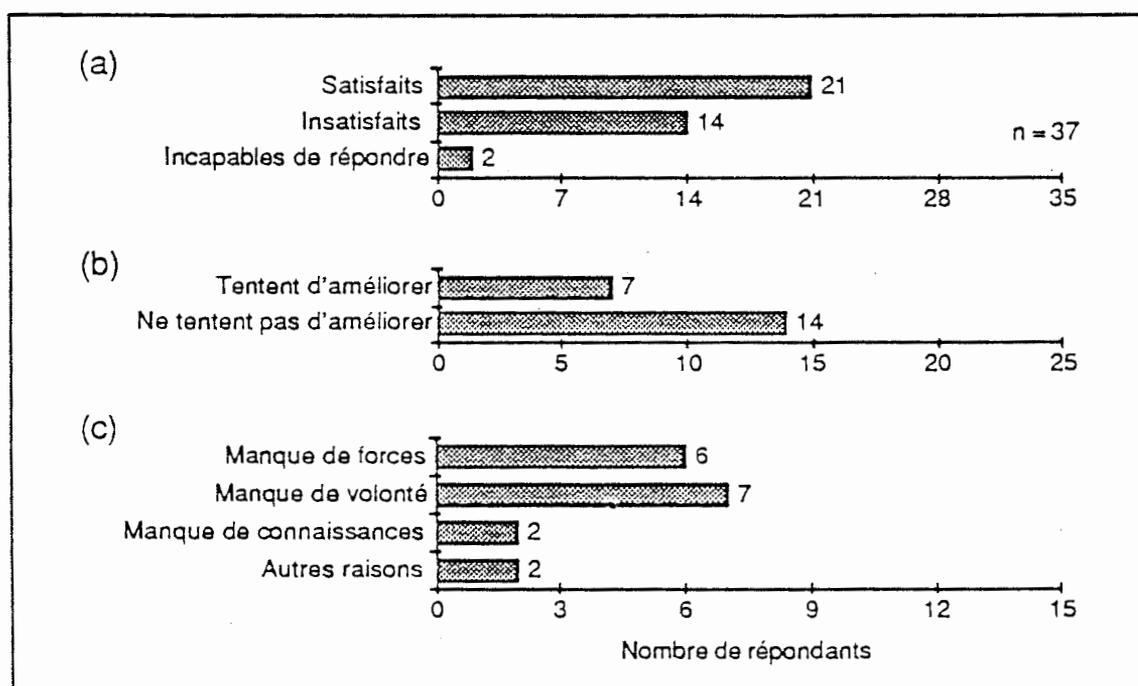


Figure 13: Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin de se recréer.

14. Le besoin d'apprendre

Nous proposons dans le tableau 19 une vue d'ensemble des thèmes liés spécifiquement à l'enseignement chez les personnes diabétiques. Ce tableau illustre les pourcentages des répondants qui disent avoir des connaissances suffisantes sur les différents thèmes et ceci par ordre décroissant, c'est-à-dire allant du thème le plus connu, le soin des pieds, au thème le moins connu, les ressources communautaires.

Nous devons spécifier qu'en ce qui a trait à l'injection d'insuline et aux médicaments oraux, sujets liés respectivement aux diabétiques de type I et de type II, les résultats sont peu significatifs puisqu'ils concernent, dans les deux cas, un seul groupe de répondants (type I ou type II).

Tableau no. 19: Pourcentages des répondants satisfaits de leurs connaissances en fonction de chacun des thèmes liés à l'enseignement au diabétique.

Thèmes	% de répondants satisfaits de leur niveau de connaissance
Soins des pieds	73 %
Régime alimentaire	70 %
Tests sanguins	65 %
Activité physique	62 %
Injection	56 %
Règles en cas de malaise	56 %
Complications	54 %
Médicaments oraux	(49 %)
Nature du diabète	46 %
Tests d'urine	46 %
Circonstances spéciales *	35 %
Ressources communautaires	27 %

* Voyages, repas au restaurant, fêtes, etc.

Le soin des pieds est le sujet le plus connu; cependant 65 % des diabétiques n'inspectent pas quotidiennement leurs pieds alors qu'il s'agit là d'une mesure élémentaire de prévention des problèmes des pieds.

Alors que l'alimentation est un sujet connu dans 70 % des cas, il faut se rappeler que 80 % des diabétiques ne consomment jamais les quatre groupes d'aliments dans un même repas.

Ces observations sur le soin des pieds et l'alimentation vont dans le même sens que les affirmations de Brown et de O'Neill qui ne croient pas que l'acquisition des connaissances est suffisante pour induire des comportements appropriés.

Il est intéressant d'observer que seulement 46 % des répondants disent qu'ils ont suffisamment de connaissances sur la "nature du diabète". Les deux derniers sujets, les circonstances spéciales et les ressources communautaires ne sont suffisamment connus que par un faible pourcentage de l'échantillon. Ces sujets sont liés de près à la qualité de vie ou à la possibilité d'adapter le diabète et son traitement aux exigences de la vie.

Nous proposons une série de tableaux qui mettent en relation chacun des thèmes enseignés habituellement aux diabétiques et le type de diabète.

Tableau no. 20: Répartition des répondants selon leurs connaissances relatives aux différents thèmes analysés.

a) Connaissances sur la nature du diabète (N = 36)

	Oui	Non
Type I	13	9
Type II	4	10

b) Connaissances sur le régime (N = 36)

	Oui	Non
Type I	19	3
Type II	7	7

c) Connaissances sur l'injection d'insuline (N = 35)

	Oui	Non
Type I	19	3
Type II	2	11

d) Connaissance sur l'activité physique (N = 35)

	Oui	Non
Type I	16	5
Type II	7	7

e) Connaissances sur les tests sanguins (N = 36)

	Oui	Non
Type I	17	5
Type II	7	7

f) Connaissances sur les règles à suivre en cas de maladie (N = 36)

	Oui	Non
Type I	14	8
Type II	7	7

g) Connaissances sur les complications (N = 36)

	Oui	Non
Type I	15	7
Type II	5	9

h) Connaissances sur les ressources communautaires (N = 36)

	Oui	Non
Type I	7	15
Type II	3	11

i) Connaissances sur le soin des pieds (N = 35)

	Oui	Non
Type I	17	5
Type II	10	3

j) Connaissances sur les médicaments oraux (N = 36)

	Oui	Non
Type I	11	11
Type II	7	7

k) Connaissances sur les tests d'urine (N = 36)

	Oui	Non
Type I	11	11
Type II	6	8

Les diabétiques de type I sont généralement plus informés que les diabétiques de type II, en ce qui a trait surtout à la nature du diabète, aux connaissances sur le régime, à l'injection d'insuline, à l'activité physique, aux tests sanguins, aux règles à suivre en cas de maladie et aux complications. Les diabétiques de type II sont, en général, peu informés, sauf en ce qui a trait aux connaissances sur le soin des pieds.

Nous pouvons penser que les diabétiques de type II, considérés souvent comme de "petits diabétiques" et qui ne sont généralement pas hospitalisés lors du diagnostic de leur maladie, reçoivent moins d'informations que les diabétiques de type I.

Ainsi que le montre le prochain tableau, les informations ont été transmises aux diabétiques lors des hospitalisations et ceci dans 57 % des cas.

Tableau no. 21: Répartition des répondants selon la source d'information et le type de diabète

	Type I	Type II	Total
Hopital	15	6	21
Ailleurs	5	5	10
N'a pas d'information	0	2	2
Ne sait pas	1	1	0
Total	21	13	34

Quant à l'information comme telle, les diabétiques disent qu'ils n'en reçoivent pas assez (44 %), que l'information transmise est trop technique (36 %), et qu'ils ne sont pas à l'aise pour poser des questions (27 %). Quelques diabétiques n'aiment pas lire et une personne, bien qu'elle dise aimer lire, demande des informations verbales.

Selon les diabétiques, les quatre services qui les aideraient le plus à apprendre seraient un service de consultation (57 %), l'appartenance à un groupe d'entraide (45 %), un service médical (39 %) et des cours de cuisine (30 %).

Les diabétiques qui avaient consulté la "clinique d'aide", soit 6 personnes, croient qu'une clinique est un bon moyen pour apprendre. Ces personnes sont peut-être mieux informées que d'autres et cela peut créer un biais dans notre étude, en ce qui a trait au besoin d'apprendre. Les connaissances sur la nature du diabète et sur le régime alimentaire ont une relation intéressante avec le niveau de satisfaction du besoin.

Tableau no. 22: Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction et leurs connaissances

	a) Connaissances sur nature du diabète			b) Connaissances sur le régime		
	Oui	Non	Total	Oui	Non	Total
Moins satisfaits	4	13	17	8	9	17
Satisfaits	13	6	19	18	1	19
Total	17	19	36	24	10	36

La satisfaction est plus grande lorsque l'information est présente. Tous, sauf un, qui n'ont pas de connaissances sur le régime, sont moins satisfaits.

Globalement, 43 % (16) des diabétiques se disent moins satisfaits quant à leur besoin d'apprendre. La moitié de ceux-ci ne font rien pour améliorer leur situation, principalement parce qu'ils ne savent pas quoi faire ou comment faire ou parce qu'ils manquent d'intérêt.

La figure qui suit illustre cet aspect.

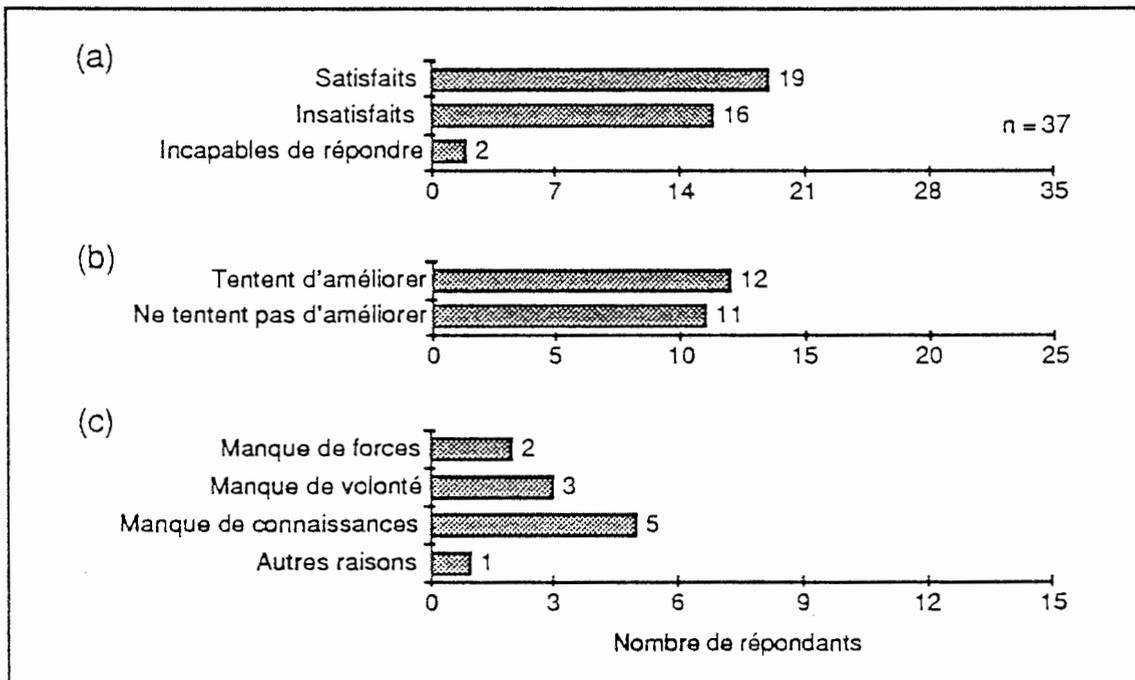


Figure 14: Répartition des répondants selon leur niveau de satisfaction (a), leur intention d'améliorer leur niveau de satisfaction (b) et les sources de difficultés qui entravent la satisfaction (c) du besoin d'apprendre.

15. Le résumé de l'analyse des résultats

Nous avons examiné, besoin par besoin, les résultats les plus probants du questionnaire. Ainsi que nous l'avons déjà souligné, à cause du petit nombre de répondants, nous avons conservé uniquement les réponses qui nous permettaient de tirer des conclusions ou tout au moins d'identifier des tendances pour l'ensemble de l'échantillon.

Les besoins les plus satisfaits, dont le pourcentage d'insatisfaction est inférieur à 20 %, sont les besoins de se vêtir (no. 7), d'être propre, soigné... (no. 6), d'agir selon ses croyances (no. 11), de s'occuper en vue de se réaliser (no. 12).

Les besoins dont les pourcentages (%) d'insatisfaction sont entre 20 % et 30 % sont les besoins de boire et manger (no. 2), d'éliminer (no. 3), de se mouvoir et de maintenir une bonne posture (no. 4), de maintenir la température du corps... (no. 9), de communiquer (no. 10), de se recréer (no. 13).

Les besoins les moins satisfaits sont les besoins de respirer (no. 1), de dormir et de se reposer (no. 5), d'éviter les dangers (no. 8) et d'apprendre (no. 14). Ces besoins ont des niveaux d'insatisfaction supérieurs à 40 %.

Chez les gens ayant des besoins insatisfaits, les principales sources de difficultés qui empêchent la satisfaction des besoins sont les suivantes: le manque de volonté est lié au besoin de respirer et au besoin d'éviter les dangers; le manque de volonté, de force physique et de connaissances est lié au besoin de dormir; le manque de connaissances est lié au besoin d'apprendre. En terme de priorité, c'est ce dernier groupe de besoins, qui, à notre avis, devrait être examiné en premier lieu.

CONCLUSION

L'objet de cette recherche portait sur les besoins des personnes diabétiques du secteur de Rouyn-Noranda identifiés à partir de la grille d'analyse de Virginia Henderson et selon le modèle inductif d'analyse de besoins de Nadeau.

La connaissance des besoins des personnes diabétiques est un des éléments majeurs qui devrait permettre la formulation des objectifs d'apprentissage dans le cadre d'un programme global d'aide aux personnes diabétiques et à leurs familles.

Les 14 besoins fondamentaux ont donc été analysés et les tendances qui se dégagent de l'analyse ont été exprimées dans le texte. Parmi ces 14 besoins, quatre d'entre eux semblent obtenir des niveaux d'insatisfaction élevés, ce sont les besoins de respirer, de dormir et se reposer, d'éviter les dangers et d'apprendre. Dans un programme de formation destiné aux personnes diabétiques et à leurs proches, on devrait accorder une large place aux mesures visant une plus grande satisfaction de ces besoins.

Avant toute chose, il serait bon que les besoins identifiés par l'étude soient validés auprès d'autres groupes qui se préoccupent des soins aux diabétiques, tels les infirmières, diététistes et médecins.

Quelle est leur perception sur la satisfaction des besoins de respirer, de s'alimenter, etc.? Quelle est leur perception sur les sources de difficultés qui entravent la satisfaction de chacun des besoins?

Par la suite, il conviendra de faire ce que Nadeau appelle la "réconciliation des écarts", c'est-à-dire que les divers groupes concernés (personnes diabétiques et professionnels) s'entendent sur le niveau d'insatisfaction de chacun des besoins et sur un ordre de priorité. Lorsque ces deux dernières étapes auront été réalisées, les décisions concernant les orientations majeures du programme pourront être prises.

A titre de suggestions et toujours en se référant aux indices fournis par les personnes interrogées seulement, nous proposons quelques mesures spécifiques en regard de chacun des quatre besoins prioritaires.

En ce qui a trait au besoin de respirer, nous pourrions informer les diabétiques sur les risques d'infections respiratoires associés à la cigarette et au diabète, utiliser les mécanismes d'évaluation clinique de la fonction respiratoire disponibles au service d'inhalothérapie, enseigner les exercices respiratoires et en prévoir la pratique en groupe, prévoir des activités visant à motiver les personnes diabétiques à cesser de fumer ou à diminuer leur consommation de tabac.

En ce qui a trait au besoin de dormir et de se reposer, nous pourrions informer les personnes diabétiques sur les relations qui existent entre le contrôle de la glycémie et le sommeil, expliquer les mécanismes du sommeil, prévoir des activités d'apprentissage et de pratique de la relaxation.

En ce qui a trait au besoin d'éviter les dangers, toute personne diabétique devrait savoir quels sont les risques spécifiques reliés à sa condition et quels sont les rapports qui existent entre le contrôle de la glycémie et ces dangers. Les spécialistes tels l'ophtalmologiste, le podiatre, l'urologue devraient participer activement à l'élaboration des objectifs et à la mise en place d'activités visant à réduire les risques et à augmenter la satisfaction à l'égard de ce besoin.

En ce qui a trait au besoin d'apprendre, il y aurait lieu d'accorder de l'importance aux sujets tels la nature du diabète, les circonstances spéciales (voyages, fêtes, etc.) et les ressources communautaires. C'est au chapitre de la satisfaction de ce besoin que les professionnels de la santé ont le plus d'expérience, en effet, les programmes d'intervention ont toujours été assez spécifiques sur les notions théoriques à enseigner aux personnes diabétiques. Par ailleurs il n'a jamais été démontré que l'acquisition de connaissances théoriques conduit vers des comportements favorables au contrôle de la glycémie.

A titre d'exemple, les observations concernant le régime alimentaire et le soin des pieds vont dans ce sens et sont corroborées par plusieurs auteurs cités dans le texte, tels O'Neil, Brown, Mc Cormick, etc. Nous croyons que de nouvelles stratégies devraient être investiguées: repas de groupe préparés et partagés par les personnes diabétiques et leurs proches, avec le concours de la diététiste, échanges fréquents entre les personnes diabétiques et leurs proches sur les sujets qui les préoccupent, séances d'activité physique, etc.

Virginia Henderson considère que trois facteurs principaux empêchent la satisfaction des besoins, soit le manque de motivation, le manque de connaissances et le manque de force physique. Certaines personnes, par manque de force, ne peuvent accomplir seules certains gestes reliés à leur bien-être et auront besoin de l'aide de leurs proches ou de ressources spécifiques, comme l'auxiliaire familiale et l'infirmière en soins à domicile. Ce rôle de suppléance peut être temporaire, mais peut aussi durer plus longtemps. Un programme d'aide devrait prévoir des objectifs précis et des stratégies d'intervention pour les personnes qui "manquent de force".

Le modèle de Virginia Henderson insiste sur l'interdépendance entre les besoins. Les besoins qui n'ont pas fait l'objet de recommandations spécifiques n'en sont pas moins importants. Le besoin de s'alimenter, par exemple, bien que ne faisant pas partie du groupe des besoins prioritaires, est relié à la satisfaction de tous les autres besoins chez la personne diabétique et les résultats de la recherche nous fournissent de bons indices pour l'implantation d'un programme.

Globalement, nous croyons qu'un programme d'intervention pour personnes diabétiques et leurs proches devrait être élaboré par un organisme responsable clairement identifié et facilement identifiable par les usagers. L'organisme devrait se doter d'une grille d'évaluation des besoins de la personne diabétique, faire appel aux compétences d'une équipe multidisciplinaire (médecin, infirmière, diététiste, ophtalmologiste, éducateur physique, sexologue, etc.), mettre sur pieds une banque de données accessible aux intervenants, examiner les possibilités de collaboration avec certaines institutions (collège, université), voir à la formation des intervenants et travailler étroitement avec l'Association du diabète.

Nous espérons que cette étude favorisera une réflexion globale sur le diabète et qu'elle contribuera au développement de services spécifiques pour les personnes diabétiques et leurs proches.

BIBLIOGRAPHIE

- Adam, E. Etre infirmière, Les Editions HRW Ltée, Montréal, 1979, 115 pages.
- Adam, E. Etre infirmière, Les Editions HRW Ltée, Montréal, 1983, 137 pages.
- Assal, J. Ph. "Difficulties and encountered with patient education in Europeau Diabetic Centers", Diabetes Education, Excerpta Medica, Amsterdam, 1983, 329 pages.
- Assal, J. Ph. "L'enseignement au malade sur sa maladie et son traitement, un succès thérapeutique, un échec du corps médical", pp. 193-207. (document traduit).
- Barker et al, "Incidence of diabetes amongst people ages 18-50 in nine British Towns", Diabetologia, 1982.
- Berger, M. Feelings, "By keeping the communication channels open, you can stop a lot of problems before they begin", Diabetes Forecast, march 1980, p. 11.
- Bizier, M. De la pensée aux gestes, un modèle conceptuel en soins infirmiers, 2e édition, Décarie Editeur Inc., Montréal, 180 pages.
- Blevins, Dorothy, R. The Diabetic and Nursing Care, McGraw-Hill Book Company, New York, 1979, 366 pages.
- Boismenu, S. et coll., Bâtir sa santé, L'enseignement aux diabétiques, Guide d'information destiné aux professionnels de la santé, Cité de la santé de Laval, 1982, 76 pages.
- Boshel, B. The diabetic at work and play, 2e edition, Springfield, 1979, 186 pages.
- Brouillette, D. "La sexualité de la femme diabétique", Plein Soleil, été 1983, p. 5.
- Brown, G. "Autres approches à la promotion de la santé", La Vie Médicale, volume 6, mai 1977, pp. 512-534.
- Canadian Diabetes Association, L'alimentation de base des diabétiques, tiré de "The basics of the diabetic way of eating".
- Catellier, Claude. Le diabète sucré, St-Hyacinthe, Edisem Inc., 1984, 514 pages.

- Chiasson, J.L. "La maîtrise de son diabète par l'autocontrôle", Plein Soleil, vol. 27, no. 2, 1985, p. 18.
- Comité OMS d'experts du diabète sucré, 2e rapport, no. 646, OMS, Genève, 1980, p. 62.
- Comité sur la bonne marche de la clinique d'aide aux diabétiques et à leurs familles, Rapport aux organismes de santé et services sociaux de Rouyn-Noranda, février 1988.
- Davignon, L. "Rapport sur la campagne de dépistage du diabète", Union Médicale du Canada, vol. 96, no. 10, octobre 1967, p. 1227.
- Direction des soins infirmiers, secteur développement et promotion des soins, Programme d'enseignement pour l'enfant diabétique et sa famille, Hôpital Ste-Justine, 1982.
- Enquête Nutrition Canada (1978-1979) Des problèmes prioritaires, Collection La Santé des Québécois, Gouvernement du Québec, 1983, 189 pages.
- Frot, Roger, responsable de la recherche, Analyse des besoins de formation des employés d'une entreprise industrielle, rapport de recherche, Collège de Sherbrooke, 1981, 194 pages.
- Gouvernement du Québec, Conseil des Affaires sociales et de la famille, Des problèmes prioritaires, Collection La santé des Québécois, 1983, 189 pages.
- Guthrie, Diana W., Guthrie, Richard A. Nursing Management of Diabetes Mellitus, The C.V. Mosby Company, St-Louis, 1977, 283 pages.
- Javeau, Claude. L'enquête par questionnaire, Manuel à l'usage du praticien, 3e édition revue, Editions de l'Université de Bruxelles, 1982, 138 pages.
- Kaufman, R. Needs Assessment, Concept and Application, Educational Technology Publications, Englewood Cliffs, New Jersey, 1979, p. 8.
- Kaufmann, Susan. "Diet: Enforcing the sine qua non", New Nursing Skillbook, Managing Diabetes Properly, Springhouse Corporation, 1981, pp. 27 à 34.
- Krall, L.P. Treatment for diabetics, Joslin's Diabetes Mellitus, 12e édition, chapitre 23, 1985, pp. 465-484.

- Loughrey, Linda. "Dealing with the illiterate patient... you can't read him like a book", Nursing, vol. 13, 1983, pp. 65-67.
- Lepage, Madeleine et coll. En équilibre avec le diabète, Centre hospitalier régional de Rimouski, septembre 1986, 44 pages.
- Mailhot, J. prés., Commission d'étude sur l'Association du diabète du Québec, Plein Soleil, vol. 26, no. 3, automne 1984, p. 13.
- Mailhot, Jean. chef de rédaction, Dossier: l'autocontrôle et le diabète, Plein Soleil, vol. 27, no. 2, mai 1985.
- Mailhot, "La reproduction et le diabète: Beaucoup de mythes", Plein Soleil, été 1983, p. 4.
- Marchak, Nicole, Thibaudeau, Marie-France. L'enseignement au malade, Les Presses de l'Université de Montréal, 1974, 166 pages.
- Mc Cormick, R.-M. Patient and Family Education: Tools, Technics and Theory, Gilson-Parkevich, John Wiley and Sons, New York, 1979, 372 pages.
- Ministère de la Santé, La Santé des Canadiens, Rapport de l'Enquête Santé Canada, Ministère des Approvisionnement et Services Canada, 1981, 239 pages.
- Ministère des Affaires Sociales, "Données concernant l'hospitalisation des personnes résidant dans le secteur Rouyn-Noranda dont les diagnostics sont 250", année 1982-83.
- Nadeau, Marc-André, Chruchman, David, Girard, Richard. "Une approche inductive de saisie des besoins", Mesure et évaluation en éducation, Bulletin de l'Association des spécialistes de la mesure et de l'évaluation en éducation, vol. 5, no. 5, novembre 1982.
- Nadeau, Marc-André. L'évaluation des programmes d'études, théorie et pratique, Les presses de l'Université Laval, Québec, 1981, 474 pages.
- Neuber, "Needs Assessment, A model for Community Planning", Sage Publications Inc., London, 1980, 107 pages.
- O'Neill, M. "La modification des comportements liés à la santé", Revue critique de la littérature théorique et suggestions pour l'organisation des programmes de santé communautaire, Montréal, octobre 1979, p. 28.
- Pirart, Jean "N'épargnez aucune peine pour éviter l'hyperglycémie prolongée", Plein Soleil, vol. 27, no. 2, 1985, p. 13.
- Poissant, La nouvelle cuisine-santé, Stanké, Montréal, 1982, 267 pages.

- Popkess-Vawter, Sue. "The Adult living with Diabetes Mellitus", The Nursing Clinics of North America, vol. 18, no. 4, decembre 1983, pp. 777-789.
- Programme diabète, Centre de Santé de l'Archipel, Cap aux Meules, Iles de la Madeleine, 1982, 76 pages.
- Résumés des communications présentées à la réunion scientifique conjointe de l'ALFEDIAM, de la SNDLF, de l'ADQ, Diabète et Métabolisme, 2 au 4 juin 1987, Montréal.
- Riopelle, Grondin, Phaneuf, Soins infirmiers, Un modèle centré sur les besoins de la personne, McGraw-Hill Editeurs, 1984, 354 pages.
- Rondeau, Ginette. notes de cours, Théories et modèle en nursing, Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue.
- Rowan, C. "L'entraînement physique", Plein Soleil, automne 1983.
- Searle, J. "Stress and Diabetes... a complex interaction, Diabetes Dialogue, 1981, pp. 31-33.
- Selltiz, Claire et Coll.,. traduit par Bélanger, David, Les méthodes de recherche en sciences sociales, Les Editions HRW, Montréal, 1977, 606 pages.
- Steiner, G., Lawrence, P., Educating Diabetic Patients, Springer Publishing Company Inc., New York, 1981, 367 pages.
- Strowig, "Patient Education: A model for autonomous Decision Making and Deliberate Action in Diabetes Self - Management", Medical clinics of North America, Vol. 66, no. 6, novembre 1982.

LISTE DES ANNEXES

- Annexe I: Carte laissée à la disposition des clients, dans les pharmacies.
- Annexe II: Lettre envoyée aux médecins afin d'obtenir leur collaboration.
- Annexe III: Lettre envoyée aux pharmaciens afin d'obtenir leur collaboration.
- Annexe IV: Lettre de remerciement aux médecins.
- Annexe V: Lettre de remerciement aux pharmaciens.
- Annexe VI: Lettre aux juges.
- Annexe VII: Directives aux juges.
- Annexe VIII: Liste des juges.
- Annexe IX: Lettre écrite aux personnes diabétiques figurant sur les listes de chaque pharmacien et signée par le pharmacien.
- Annexe X: Lettre écrite à la directrice des soins infirmiers du Centre hospitalier Rouyn-Noranda et exposant les grandes lignes du projet de clinique pour les diabétiques et leurs familles.
- Annexe XI: Questionnaire et réponses aux questions fermées.
- Annexe XII: Réponses aux questions ouvertes du questionnaire.
- Annexe XIII: Nombre de personnes inscrites sur les listes des pharmaciens en fonction de chacune des pharmacies.
- Annexe XIV: Répartition, par répondant, des scores de satisfaction pour chacun des 14 besoins fondamentaux.

SI VOUS ÊTES **D I A B É T I Q U E** OU SI VOUS CONNAISSEZ UNE PERSONNE **D I A B É T I Q U E**,
L I S E Z C E C I :

AFIN DE NOUS PERMETTRE D'IDENTIFIER LES BESOINS DES DIABÉTIQUES ET PAR LA SUITE, ÊTRE EN MESURE DE LEUR OFFRIR DES SERVICES AINSI QU'À LEUR FAMILLE, AURIEZ-VOUS L'OBLIGEANCE DE NOUS FOURNIR LES RENSEIGNEMENTS SUIVANTS:

VOS INITIALES: _____

VOTRE SEXE: M F

VOTRE DATE DE NAISSANCE: _____

VOTRE LOCALITÉ DE RÉSIDENCE: _____
(VILLE OU VILLAGE)

LE NOM DE VOTRE MÉDECIN: _____

CES INFORMATIONS SONT CONFIDENTIELLES, ELLES NE SERONT PAS TRANSMISES À QUI QUE CE SOIT MAIS, ELLE SERVIRONT UNIQUEMENT À DÉTERMINER LE NOMBRE ET QUELQUES CARACTÉRISTIQUES DES PERSONNES DIABÉTIQUES.

SI VOUS CONNAISSEZ DES PERSONNES DIABÉTIQUES, PROPOSEZ-LEUR DE REMPLIR CETTE CARTE, CECI NOUS AIDERAIT BEAUCOUP.

VOUS POUVEZ REMETTRE IMMÉDIATEMENT LA CARTE À VOTRE PHARMACIEN/NE

OU

L'ENVOYER PAR LA POSTE À:

MME GINETTE RONDEAU
UNIVERSITÉ DU QUÉBEC EN ABITIBI-TÉMISCAMINGUE
42, RUE MGR. RHÉAUME EST, CASE POSTALE 700
ROUYN (QC) J9X 5E4

MERCI DE VOTRE COLLABORATION!



Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue

42, rue Mgr Rhéaume Est, case postale 700, Rouyn, Québec
J9X 5E4
Téléphone: (819) 762-0971

Le 15 juin 1984.

OBJET: *Etude sur les besoins de la population
diabétique du secteur Rouyn-Noranda*

Bonjour!

Nous effectuons actuellement une étude sur les besoins de la population diabétique du secteur Rouyn-Noranda et nous sollicitons votre collaboration pour nous aider à identifier clairement les besoins de cette population et à envisager des solutions.

Afin de nous permettre de rejoindre les diabétiques, croyez-vous qu'il vous serait possible de nous faire parvenir une liste anonyme de tous vos clients diabétiques en indiquant: les initiales, le sexe, l'âge (date de naissance), le type de diabète (type I pour insulino-dépendant, type II pour non-insulino-dépendant) et la localité de résidence.

Lorsque nous aurons déterminé la composition de l'échantillon de l'étude, nous vous contacterons à nouveau afin que vous sachiez quelles sont les personnes à qui il faudrait demander la collaboration et bien sûr, le consentement à participer à l'étude. Nous connaissons les dimensions du secret professionnel étant nous-mêmes astreintes à ce respect mais, nous pensons que cette façon de procéder le protège et correspond aux règles d'éthique de la recherche. Les données qui nous intéressent seront traitées confidentiellement.

Nous n'ignorons pas que cette demande apportera un travail additionnel voire même important, mais nous croyons que cet effort en vaut la peine puisqu'il sera en mesure de faciliter la mise sur pied d'un service adapté pour les diabétiques et leurs familles du secteur de Rouyn-Noranda et éventuellement pour les autres secteurs de la région.

...

Je conduis cette étude avec la collaboration de Madame Brigitte Gagnon-Kiyanda (Bacc. sc. santé (nursing) et étudiante à la maîtrise en éducation), et avec le support d'un comité pour la bonne marche du projet "clinique d'aide aux diabétiques et leurs familles" sur lequel siège Madame Ghislaine Gamache, Md.

Si la collaboration que nous vous demandons vous occasionne des difficultés, vous pouvez nous contacter à l'Université du Québec au numéro de téléphone suivant: (819) 762-0971 poste 241.

Nous apprécierions recevoir la liste demandée pour le 20 juillet 84, et nous vous remercions beaucoup de votre précieuse collaboration.

GINETTE RONDEAU, M. sc. sciences infirmières

GR/JH

Pièce jointe (1)
- liste à compléter

- C.C. . Mme Brigitte Gagnon-Kiyanda (B.sc. santé)
. Mme Ghislaine Gamache (Md.)
. les pédiatres - secteur Rouyn-Noranda
. les omnipraticiens - secteur Rouyn-Noranda



Le 26 octobre 1984

**OBJET: Etude sur les besoins de la population
diabétique du secteur Rouyn-Noranda**

Bonjour!

Nous effectuons actuellement une étude sur les besoins de la population diabétique du secteur Rouyn-Noranda et nous sollicitons votre collaboration pour nous aider à identifier clairement les besoins de cette population et à envisager des solutions.

Afin de nous permettre de rejoindre les diabétiques, croyez-vous qu'il vous serait possible de nous faire parvenir une liste anonyme de tous vos clients diabétiques en indiquant: les initiales, le sexe, l'âge (date de naissance), le type de diabète (type I pour insulino-dépendant, type II pour non-insulino-dépendant), la localité de résidence et le nom du médecin traitant.

Lorsque nous aurons déterminé la composition de l'échantillon de l'étude, nous vous contacterons à nouveau afin que vous sachiez quelles sont les personnes à qui il faudrait demander la collaboration et bien sûr, le consentement à participer à l'étude. Nous connaissons les dimensions du secret professionnel étant nous-mêmes astreintes à ce respect mais, nous pensons que cette façon de procéder le protège et correspond aux règles d'éthique de la recherche. Les données qui nous intéressent seront traitées confidentiellement.

Nous n'ignorons pas que cette demande apportera un travail additionnel voire même important, mais nous croyons que cet effort en vaut la peine puisqu'il sera en mesure de faciliter la mise sur pied d'un service adapté pour les diabétiques et leurs familles du secteur de Rouyn-Noranda et éventuellement pour les autres secteurs de la région.

...

Je conduis cette étude avec la collaboration de Madame Brigitte Gagnon-Kiyanda (Bacc. sc. santé (nursing) et étudiante à la maîtrise en éducation), et avec le support d'un comité pour la bonne marche du projet "clinique d'aide aux diabétiques et leurs familles" sur lequel siège Madame Ghislaine Gamache, Md.

Si la collaboration que nous vous demandons vous occasionne des difficultés, vous pouvez nous contacter à l'Université du Québec au numéro de téléphone suivant: (819) 762-0971 poste 241.

Nous apprécierions recevoir la liste demandée pour le 8 novembre 84 et nous vous remercions beaucoup de votre précieuse collaboration.

GINETTE RONDEAU
GINETTE RONDEAU, M. sc. sciences infirmières

GR/CH

Pièce jointe (1)
- liste à compléter

C.C. . les pharmaciens(ennes) de Rouyn-Noranda



*Nous avons, au cours de l'été dernier, sollicité votre collaboration à la réalisation d'une étude portant sur **les besoins des diabétiques**. Nous avons reçu vos données et nous vous en remercions sincèrement.*

Etant donné les difficultés qu'ont éprouvées la majorité de vos collègues à nous fournir l'information, nous avons dû modifier notre façon de procéder et aller plutôt chercher l'information nécessaire auprès des pharmaciens/pharmaciennes.

Nous vous remercions à nouveau pour l'aide que vous nous avez apportée et nous vous tiendrons informés/es de tout développement à ce sujet.

*GINETTE RONDEAU, M. sc. sciences infirmières
Directrice du projet.*

*C.C. .Mme Brigitte Gagnon-Kiyanda (B. sc. santé)
.Médecins omnipraticiens/omnipraticiennes de Rouyn-Noranda*



Université du Québec
en Abitibi-Témiscamingue

42, rue Mgr Rhéaume Est, case postale 700, Rouyn, Québec
J9X 5E4
Téléphone: (819) 762-0971

Nous avons reçu dernièrement les renseignements que vous nous avez fournis concernant votre clientèle diabétique.

*Nous vous sommes très reconnaissants pour l'aide que vous apportez à la réalisation du **projet de recherche sur les besoins des diabétiques.***

Nous solliciterons à nouveau votre collaboration lorsque viendra le temps pour nous d'entrer en contact directement avec quelques unes des personnes ou l'ensemble des personnes inscrites sur la liste que vous nous avez transmise.

Merci encore pour votre collaboration.

*GINETTE RONDEAU, M.sc. sciences infirmières
Directrice du projet.*

*C.C. .Mme Brigitte Gagnon-Kiyanda (B.sc.santé)
.Pharmaciens/pharmaciennes de Rouyn-Noranda*

Le 18 septembre 1985

Je suis infirmière et présentement étudiante à la maîtrise en éducation de l'Université du Québec en Abitibi-Témiscamingue. Dans le cadre de mes études, je poursuis une recherche sur les besoins des personnes souffrant de diabète. L'étude prévoit l'administration d'un questionnaire aux diabétiques eux-mêmes ainsi qu'à des personnes de leur entourage immédiat qui auront été identifiées, par les diabétiques, comme étant aptes à répondre au questionnaire. Ce questionnaire sera administré lors d'entrevues individuelles.

L'objectif de la recherche consiste principalement à identifier les besoins des diabétiques dans le but d'y répondre le plus adéquatement possible. Cette recherche est réalisée en étroite collaboration avec la "clinique d'aide pour diabétiques et leurs familles" de Rouyn-Noranda et le Conseil régional de la santé et des services sociaux de la région 08.

La grille d'analyse utilisée est celle qui découle du modèle de soins de Virginia Henderson, le questionnaire couvre donc les quatorze (14) besoins fondamentaux de tout individu et les sources de difficultés prévues par le modèle.

.../2

.../2

Vous trouverez ci-inclus une copie du questionnaire ainsi qu'une feuille-réponse sur laquelle vous indiquerez, pour chacune des questions, votre opinion sur l'importance et la pertinence de la question en regard de la nature de la recherche.

Les instructions sur la façon d'inscrire vos réponses apparaissent sur la feuille ci-jointe. Vous pouvez également vous servir du questionnaire lui-même afin d'y ajouter à votre guise, toute remarque additionnelle.

Vos qualifications en tant que chercheur et clinicien me porte à croire que vous êtes la personne toute désignée pour m'aider dans cette recherche.

J'apprécierais beaucoup recevoir votre réponse pour le 10 octobre 1985. Si, pour une raison ou une autre, vous étiez dans l'impossibilité d'y répondre, pourriez-vous me contacter dans le plus bref délai au numéro de téléphone suivant: (819) 764-6490.

Je demeure également à votre disposition afin de répondre à toute question de clarification relative au questionnaire.

Je vous remercie de votre précieuse collaboration et je serai heureuse de vous transmettre si vous le désirez, les résultats de l'étude.

Veillez agréer, _____, l'expression de mes meilleurs sentiments.

Brigitte Gagnon Kiyanda, b.sc.inf.

DIRECTIVES AUX JUGES

La première section du questionnaire (Q. 1 À 14 inclus) concerne l'identification du diabétique. Si vous jugez que certaines variables importantes ont été omises, auriez-vous l'obligeance de l'indiquer sur la feuille-réponse.

La deuxième section (Q. 15 à 224 inclus) concerne l'identification des besoins des personnes diabétiques. Nous vous demandons, pour chacune des questions de cette section, d'en juger la pertinence et l'importance sur les échelles de la feuille-réponse.

La pertinence consiste à déterminer si la question posée est appropriée, si elle est en relation avec le sujet sous étude.

Selon la pertinence que vous accordez à la question, vous cochez (V) dans l'espace approprié, sur l'échelle, où

1 représente la valeur la plus faible (non pertinent)

et 5 la valeur la plus forte (très pertinent)

L'importance consiste à déterminer la valeur de la question elle-même (est-elle essentielle, ou non) pour identifier les besoins des personnes diabétiques.

Selon l'importance que vous accordez à la question, vous cochez (V) dans l'espace approprié sur l'échelle où,

1 représente la valeur la plus faible (sans importance)

et 5 représente la valeur la plus forte (très important)

LISTE DES JUGES

- Docteur Jana Havrankova, m.d.
CRC
Hôpital St-Luc
1058 St-Denis
MONTREAL (Québec)
H2X 3J4

- Docteur Claude Catellier, m.d.
Centre hospitalier de l'Université Laval
2705 boulevard Laurier
SAINTE-FOY (Québec)
G1V 4G2

- Madame Anne Leblanc, inf.
Centre de jour pour diabétiques
Centre hospitalier de l'Université Laval
2705 boulevard Laurier
SAINTE-FOY (Québec)
G1V 4G2

- Madame Madeleine Lepage, inf.
Centre hospitalier régional de Rimouski
150 avenue Rouleau
RIMOUSKI (Québec)
G5L 5T1

- Madame Louise Guay, inf.
Université du Québec à Rimouski
300 des Ursulines
RIMOUSKI (Québec)
G5L 3A1

- Madame Evelyne Adam, inf.
Faculté de Nursing
Université de Montréal
2900 Edouard Montpetit
MONTREAL (Québec)
H3T 1J4

Le 20 janvier 1986

Madame,
Monsieur,

Une enquête portant sur les besoins des personnes diabétiques est en cours actuellement.

Ce travail est réalisé par madame Brigitte Gagnon Kiyanda, infirmière, avec la collaboration de la "Clinique d'aide pour diabétiques et leurs familles" de Rouyn-Noranda.

Afin de connaître vos besoins et, par la suite, de vous offrir des services adéquats, il est important que le plus grand nombre de personnes collaborent à cette recherche.

Auriez-vous l'obligeance de communiquer avec l'une ou l'autre des personnes dont les noms apparaissent ci-après:

Brigitte Gagnon Kiyanda: 764-6490
(vous pouvez aussi appeler le soir)

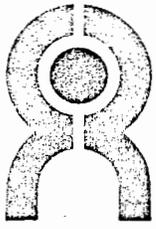
Suzanne Legault Roy: 762-8144

Ces personnes vous diront comment faire pour participer à l'étude.

Il est bien entendu que toutes les informations que vous fournirez seront confidentielles. Votre nom n'apparaîtra nulle part.

Nous comptons sur votre précieuse collaboration.

Votre pharmacien.



Le 17 octobre 1984

Madame Thècla Bouteiller
Directrice des soins infirmiers
Centre hospitalier Rouyn-Noranda

Madame,

Pour faire suite à votre demande du protocole pour «Le projet de clinique pour diabétiques et leurs familles», voici les grandes lignes de la réalisation du projet:

- 1- Identifier la clientèle diabétique et ses caractéristiques socio-démographiques. Cette activité est en cours avec la collaboration des médecins et pharmaciens, et la consultation des fichiers d'information de l'Association du diabète, des soins à domicile et de l'opération «Connaître» réalisée par le Département de santé communautaire.
- 2- Identifier les besoins de formation de la clientèle. Cette activité est en cours. Les étapes préliminaires à la construction d'un instrument, c'est-à-dire l'identification du cadre de référence de la recherche et des outils méthodologiques ont été réalisées. L'étape de la construction de l'instrument est en cours.
- 3- Identifier les principaux documents de référence et articles susceptibles de constituer la base d'une banque de données pour les professionnels de la santé. Cette étape est pratiquement réalisée. Elle s'avèrait indispensable pour réaliser l'activité précédente.

.../2

4- Favoriser la formation de l'étudiante-chercheur impliquée dans le projet de recherche. Une semaine de stage dans un centre de jour pour diabétiques à Québec (CHUL) a été effectuée en février dernier par cette personne. Celle-ci participera également à une journée de formation sur l'adolescence et le diabète, le 13 octobre 1984, à Montréal.

5- Impliquer les gens du milieu dans la réalisation du projet par la mise sur pied d'un comité pour la bonne marche du projet et qui réunit professionnels et diabétiques. Ce comité s'est réuni cinq (5) fois depuis sa création en février dernier.

Actuellement l'échéancier prévoit ceci:

- Octobre et novembre 1984: Construction du questionnaire en vue d'identifier les besoins des diabétiques et de leurs familles.

- Décembre 1984: Validation du questionnaire par des juges et pré-test.

- Janvier 1985: Administration du questionnaire aux trois (3) groupes cibles:

- Les diabétiques
- Les «proches» des diabétiques
- Les professionnels de la santé.

- Février 1985: Analyse des résultats et propositions d'objectifs pour le développement de services aux diabétiques et leurs familles.

Nous souhaiterions dépenser ainsi le budget qui nous a été alloué:

- Octobre et novembre 1984: allocation de recherche \$100/semaine X 9 semaines = \$900.00

- Décembre 1984: Frais de consultation des juges (professeurs de l'Université de Montréal probablement): \$400.00 à \$500.00

- Janvier 1985: - Allocation de recherche: \$400.00

- Engagement d'une ou deux (2) personnes additionnelles pour réaliser les entrevues à l'intérieur d'un mois: environ 200 heures d'entrevues à raison de \$9.00 l'heure = \$1800.00

- Impression des questionnaires sera probablement payée par l'U.Q.A.T.

Quelques dépenses telles que:

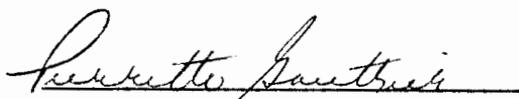
- Frais de déplacement pour les «interviewers».
- Frais de formation pour la journée du 12 octobre, soit environ \$150.00 ou l'excédent des dépenses non défrayées par la Corporation des infirmières de l'Abitibi-Témiscamingue.
- Frais de consultation (diététiste): \$250.00
- Frais d'interurbains en décembre. Il est probable qu'une partie de ces appels soient payés par l'U.Q.A.T.

Le total prévisible des dépenses à encourir d'ici février 1984 serait donc de \$4000.00 ou un peu plus. Le budget non dépensé à ce moment, soit environ \$24,000.00, sera consacré à l'intervention comme telle, c'est-à-dire la mise sur pieds d'un service adapté aux besoins des diabétiques et de leurs familles.

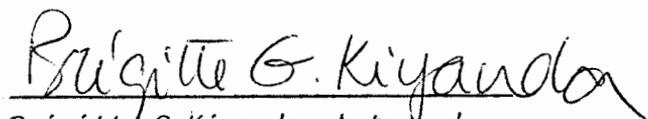
Ce projet d'analyse et d'intervention a été conçu par Brigitte Gagnon Kiyanda qui est actuellement étudiante à la maîtrise à l'U.Q.A.T.

L'aspect plus spécifique de la recherche constituera l'objet de son mémoire de maîtrise et servira à offrir à la population diabétique un service adapté. Le contexte dans lequel ce projet a pris naissance et a évolué nous permet de bénéficier du concours de l'Université du Québec et de ses ressources professionnelles.

Si toute autre information vous était nécessaire, il nous ferait plaisir de vous rencontrer pour en discuter.



Pierrette Gauthier, Coordonnatrice
des services de première ligne
(par intérim)



Brigitte G Kiyanda, Auteur du
projet

QUESTIONNAIRE D'INVENTAIRE DES BESOINS DES PERSONNES DIABÉTIQUES

No quest. No carte Identification du répondant:

1. Situation:

1. diabétique (37) 100 %
 2. intime (0)
 3. professionnel (0)

Préciser _____

- Localité _____

- Nom pharmacien _____

- Nom médecin _____

2. Sexe: 1. féminin 2. masculin 1- (24) 66,7 %
 2- (12) 33,3 %

3. Âge: Inscrivez ainsi votre âge: 8 ans 3 mois

|||

Minimum 17
 Maximum 72
 Moyenne 51,78

année mois

4. État civil:

1. célibataire (6) 16,2 %
 2. marié(e) (20) 54,1 %
 3. séparé(e) ou divorcé(e) (7) 18,9 %
 4. union de fait (1) 2,7 %
 5. veuf ou veuve (3) 8,1 %
 6. religieux (0)

5. Nombre d'enfants: inscrivez ainsi le nombre d'enfants:
 3 enfants

|

Moyenne 4,16

6. Lieu de résidence

1. maison familiale (21) 56,8 %
 2. foyer d'accueil avec lien parenté (0)
 3. foyer d'accueil sans lien parenté (0)
 4. centre d'accueil ou d'hébergement (1) 2,7 %
 5. appartement (15) 40,5 %

7. Occupation principale

1. sans travail (10) 27 %
 2. à la maison (14) 37,8 %
 3. travail extérieur (7) 18,9 %
 4. étudiant (2) 5,4 %
 5. à la retraite (4) 10,8 %

8. Scolarité (niveau et dernière année complétée)

1. Élé.: 1 2 3 4 5 6 7 (16) 43,2 %
 2. Sec.: 1 2 3 4 5 6 7 (14) 37,8 %
 3. Col.: 1 2 3 4 5 6 7 (5) 13,5 %
 4. Uni.: 1 2 3 4 5 6 7 (2) 5,4 %

niveau année

9. Profession ou métier

10. Revenu familial

1. moins de 5,000\$ (3) 8,3 %
 2. 5,000\$ à 10,000\$ (13) 36,1 %
 3. 11,000\$ à 15,000\$ (4) 11,1 %
 4. 16,000\$ à 20,000\$ (4) 11,1 %
 5. 21,000\$ à 30,000\$ (4) 11,1 %
 6. 31,000\$ à 40,000\$ (4) 11,1 %
 7. plus de 40,000\$ (4) 11,1 %

aucune réponse: (1)

11. Type de diabète: 1. I. (insulinodépendant) (23) 62,2 %

2. II. (non insulinodépendant) (14) 37,8 %

précisez: _____

3. Diabète gravidique (0)

12. Médication prise

1. Insuline: précisez la sorte: _____ (23) 62,2 %
 2. Hypoglycémiant oraux (13) 35,1 %
 3. Combinaison de 1 et 2 (0)
 4. Aucun médicament (1) 2,7 %
 5. Autre (préciser) _____

13. Depuis quand êtes-vous au courant que vous êtes diabétique?

Ex.: depuis 2 ans 3 mois 0|2| 0|3| Moyenne 12,08 ans

année mois

14. Que signifie pour vous "être diabétique"?

15. Considérez vous que votre respiration est en général confortable au repos?
- | | | | | |
|--------------------------------|----|------|--------|--------------------------|
| | 1- | (28) | 75,7 % | |
| | 2- | (8) | 21,6 % | <input type="checkbox"/> |
| 1. Oui 2. Non 3. Indécis | 3- | (1) | 2,7 % | |

Précisez: _____

16. Présentez-vous les symptômes respiratoires suivants?

1. Oui 2. Non				
1. respiration bruyante (sifflante)	1-	(13)	35,1 %	2- (24) 64,9 %
2. essoufflement	1-	(23)	62,2 %	2- (14) 37,8 %
3. expectorations (crachats)	1-	(15)	40,5 %	2- (22) 59,5 %
4. douleurs	1-	(7)	18,9 %	2- (30) 81,1 %
5. toux	1-	(15)	40,5 %	2- (22) 59,5 %
6. sécrétions	1-	(16)	43,2 %	2- (21) 56,8 %
7. Autres (précisez les caractéristiques)				

17. Fumez-vous?

1. Oui 2. Non	1-	(15)	40,5 %	
	2-	(22)	59,5 %	<input type="checkbox"/>

Si vous avez répondu non, passez à la Q. 19.

18. Précisez pour chaque sorte, le nombre que vous consommez chaque jour.

1. cigare	moyenne 0			
2. cigarette	moyenne 21,33			<input type="checkbox"/>
3. pipe	moyenne 0			<input type="checkbox"/>
4. drogue	moyenne 0			<input type="checkbox"/>

19. Quand vous pensez à votre respiration et à tout ce qui l'entoure, diriez-vous que vous êtes:

5- Très satisfait	(12)	32,4 %	
4- Satisfait	(8)	21,6 %	
3- + ou - satisfait	(13)	35,1 %	<input type="checkbox"/>
2- Insatisfait	(0)		
1- Très insatisfait	(4)	10,8 %	
0- Incapacité de répondre à la question			

Si vous êtes très satisfait ou incapable de répondre, passez à la Q. 22.

20. Si votre besoin de respirer n'est pas entièrement satisfait, quels sont les moyens ou méthodes que vous utilisez pour l'améliorer?

- | | | |
|--|------|--|
| 1. aucun | (4) | |
| 2. exercices aérobique | (0) | |
| 3. exercices spirométriques | (1) | |
| 4. activités de plein air | (11) | |
| 5. mesures d'hygiène (aération-Humidificateur) | (8) | |
| 6. sommeil avec plusieurs oreillers | (7) | |
| 7. prise de médicaments | (6) | |
| 8. autres, précisez: _____ | (1) | |

□
□
□
□

Si vous faites quelque chose, passez à la Q. 22.

21. Si vous ne faites rien, dites-nous quelles sont les raisons?

- | | | |
|---|-----|--|
| 1. vous n'en ressentez pas le besoin | (2) | |
| 2. vous ne connaissez pas de moyens ou méthodes | (0) | |
| 3. vous ne vous sentez pas capable d'entreprendre une méthode ou un moyen | (1) | |
| 4. vous n'êtes pas suffisamment intéressé actuellement | (1) | |
| 5. autre, précisez: _____ | | |

□
□
□

22. Considérez-vous que vous vous alimentez convenablement, c'est-à-dire selon les règles établies pour un diabétique?

- | | | | | |
|-----------------|--------|----------------|---------------------|--|
| 1. oui | 2. non | 3. ne sais pas | 1- (19) 54,3 % | |
| | | | 2- (16) 45,7 % | |
| Précisez: _____ | | | aucune réponse: (2) | |

□

23. Quel est votre poids actuel?

Moyenne 74,91 kilos

Kilo

□□□□

24. Quelle est votre taille?

Moyenne 165,3 cm

Mètre/cm

□□□□

25. Avez-vous un surplus de poids?

- | | | | |
|-----------------|------|--------|--|
| 1. oui | (23) | 63,9 % | |
| 2. non | (13) | 36,1 % | |
| 3. ne sais pas. | | | |

□

Si oui, précisez _____ aucune réponse: (1)

□□

26. Suivez-vous un régime alimentaire actuellement?

- | | | | |
|--------|--------|----------------|--|
| 1. Oui | 2. Non | 1- (29) 78,4 % | |
| | | 2- (8) 21,6 % | |

□

Si vous avez répondu non à la Q. 26, passez à la Q. 28.

27. S'agit-il d'un régime,

- | | | | |
|--------------------------------|------|--------|--|
| 1. prescrit par un médecin | (8) | 27,6 % | |
| 2. recommandé par une diétiste | (17) | 58,6 % | |
| 3. choisi par vous-même | (3) | 10,3 % | |
| 4. autre _____ | (1) | 3,4 % | |
| aucune réponse: (8) | | | |

□

36. Qui achète les aliments en vue de la préparation des repas?

- 1- vous-même (23) 62,2 %
 2- une autre personne (précisez) (6) 16,2 %
 aucune réponse: (8)

37. Où prenez-vous habituellement vos repas?

a) déjeuner b) dîner c) souper

- | | | | | |
|------------------------|----------------|----------------|-------------------------|--------------------------|
| 1. A la maison | a) (34) 94,4 % | b) (32) 86,5 % | déjeuner c) (36) 97,3 % | <input type="checkbox"/> |
| 2. Au restaurant | a) (2) 5,6 % | b) (3) 8,1 % | dîner c) (1) 2,7 % | <input type="checkbox"/> |
| 3. Au travail | a) (0) | b) (1) 2,7 % | souper c) (0) | <input type="checkbox"/> |
| 4. A la cafétéria | a) (0) | b) (1) 2,7 % | c) (0) | |
| 5. Ailleurs (précisez) | | | | |

6. N/A

38. Considérez-vous que les repas sont, pour vous, une activité agréable ou plutôt une corvée?

1. Agréable (25) 67,6 %
 2. Corvée (7) 18,9 %
 3. Indifférent (4) 10,8 %
 4. Ne sais pas (1) 2,7 %

39. Avez-vous actuellement un aliment sur vous ou à votre disposition en prévision d'une hypoglycémie?

1. Oui 2. Non
 1- (26) 70,3 %
 2- (11) 29,7 %

Précisez: _____

Si vous avez répondu oui, passez à la Q. 41.

40. Si vous n'en avez pas, dites-nous pourquoi?

1. vous avez oublié (4) 20 %
 2. vous croyez que ce n'est pas important (1) 10 %
 3. vous ne savez pas quoi garder sur vous (4) 20 %
 aucune réponse: (27)
 4. autre (précisez) _____

41. Durant la dernière année à quelle fréquence avez-vous présenté des périodes d'hypoglycémie?

- | | | | |
|-------------------------------------|------|--------|--------------------------|
| 1. jamais | (10) | 27 % | <input type="checkbox"/> |
| 2. environ 1-2 fois /année | (6) | 16,2 % | |
| 3. moins d'une fois par mois | (2) | 5,4 % | |
| 4. environ 1 fois/mois | (2) | 5,4 % | |
| 5. plus d'une fois par mois | (4) | 10,8 % | |
| 6. environ 1 fois par semaine | (11) | 29,7 % | |
| 7. incapable de répondre. Préciser: | (2) | 5,4 % | |
-

Si vous avez répondu jamais, passez à la Q. 45.

42. Avez-vous l'habitude de vérifier votre glycémie lorsque vous vous sentez en hypoglycémie (ou quelqu'un d'autre le fait-il pour vous)?

- | | | | | |
|--------|--------|----------------------|--------|--------------------------|
| 1. Oui | 2. Non | 1- (14) | 53,8 % | <input type="checkbox"/> |
| | | 2- (12) | 46,2 % | |
| | | aucune réponse: (11) | | |

Si vous avez répondu oui, passez à la Q. 44.

43. Si vous n'avez pas l'habitude de vérifier votre glycémie en période d'hypoglycémie, dites-nous pourquoi?

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 1. vous ne savez pas comment faire | (1) | <input type="checkbox"/> |
| 2. vous n'avez pas l'équipement nécessaire | (9) | <input type="checkbox"/> |
| 3. vous n'en voyez pas l'importance | (2) | <input type="checkbox"/> |
| 4. vous ne vous sentez pas capable de le faire et personne ne peut le faire pour vous | (3) | <input type="checkbox"/> |
| 5. autre raison, précisez: | | |
| | | aucune réponse: (25) |
-
-

44. Quelle est la première chose que vous faites lorsque vous vous sentez en hypoglycémie?

- | | | | |
|---|------|---------------------|--------------------------|
| 1. vous prenez une collation | (16) | 57,1 % | <input type="checkbox"/> |
| 2. vous appelez votre médecin | (0) | | |
| 3. vous prenez du glucagon | (0) | | |
| 4. vous ne faites rien | (2) | 7,1 % | |
| 5. vous prenez une tablette de glucose, un carré de sucre ou du sucre concentré | (6) | 21,4 % | |
| 6. autre - précisez | (4) | 14,3 % | |
| | | aucune réponse: (9) | |
-
-

45. Que faites-vous pour éviter les hypoglycémies?

46. Quel est, selon vous, l'effet de la consommation d'aliments sur la glycémie?

- | | | | |
|------------------------------------|------|--------|--------------------------|
| 1. augmente la glycémie | (26) | 70,3 % | <input type="checkbox"/> |
| 2. diminue la glycémie | (4) | 10,8 % | |
| 3. n'a pas d'effet sur la glycémie | (1) | 2,7 % | |
| 4. autre - précisez | (6) | 16,2 % | |
-
-

47. Quels sont les sentiments que vous ressentez ou que vous avez déjà ressentis par rapport à votre régime alimentaire?

- | | | |
|--|------|--------------------------|
| 1. frustration de ne pouvoir manger comme tout le monde | (16) | <input type="checkbox"/> |
| 2. envie fréquente de tricher | (19) | <input type="checkbox"/> |
| 3. sentiment de désorganiser le reste de la famille | (4) | <input type="checkbox"/> |
| 4. impression que le respect de la diète est une source de difficulté financière | (10) | <input type="checkbox"/> |
| 5. autre - précisez | (8) | <input type="checkbox"/> |
-
-

48. Considérez-vous que vos connaissances sur votre régime alimentaire sont suffisantes?

- | | | |
|---------|--------|--------------------------|
| 1- (28) | 75,7 % | <input type="checkbox"/> |
| 2- (8) | 21,6 % | |
| 3- (1) | 2,7 % | |
1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas

49. Quand vous pensez à votre alimentation et à tout ce qui l'entoure, diriez-vous que vous êtes:

- | | | | |
|---|------|--------|--------------------------|
| 5- Très satisfait | (13) | 35,1 % | <input type="checkbox"/> |
| 4- Satisfait | (9) | 24,3 % | |
| 3- + ou - satisfait | (10) | 27 % | |
| 2- Insatisfait | (2) | 5,4 % | |
| 1- Très insatisfait | (2) | 5,4 % | |
| 0- Incapacité de répondre à la question | (1) | 2,7 % | |

Si vous êtes très satisfait ou incapable de répondre, passez à la Q. 53.

50. Quelles sont, selon vous, les principales raisons qui empêchent la satisfaction de ce besoin?

- | | | |
|---|------|--------------------------|
| 1. difficultés financières | (6) | <input type="checkbox"/> |
| 2. manque de connaissances sur la diète | (5) | <input type="checkbox"/> |
| 3. manque de motivation (intérêt) personnelle | (11) | <input type="checkbox"/> |
| 4. manque de support de la part de la famille ou de l'entourage | (3) | <input type="checkbox"/> |
| 5. manque de temps | (5) | <input type="checkbox"/> |
| 6. manque de force (incapable de faire les achats, incapable de préparer des repas) | (3) | <input type="checkbox"/> |
| 7. autre - précisez: | (2) | <input type="checkbox"/> |

aucune réponse: (17)

51. Faites-vous quelque chose pour améliorer la satisfaction de votre besoin de vous alimenter?

1. oui (11) 47,8 %
 2. non (12) 52,2 %
 aucune réponse: (4)

Si oui, précisez:

Si vous faites quelque chose, passez à la Q. 53.

52. Si vous ne faites rien, pouvez-vous dire pourquoi?

1. vous ignorez quoi faire (2)
 2. vous ignorez comment le faire (1)
 3. vous manquez d'intérêt pour entreprendre quoique ce soit (5)
 4. vous croyez qu'il n'y a rien à faire (1)
 5. vous ne vous sentez pas capable de faire quoique ce soit (0)
 6. autre, précisez _____ (2)
 aucune réponse: (25)

53. Avez-vous noté des changements récents (depuis 3 mois) en ce qui concerne le nombre de mictions?

1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas
 1- (10) 27 %
 2- (26) 70,3 %
 3- (1) 2,7 %

Si oui, précisez: _____

54. Avez-vous noté des changements en ce qui concerne la quantité d'urine à chaque miction au cours des trois derniers mois?

1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas
 1- (8) 21,6 %
 2- (27) 73 %
 3- (2) 5,4 %

Précisez: _____

55. Avez-vous présenté depuis un mois, les symptômes suivants?

1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas
1. douleurs au moment d'uriner (4)
 2. urines troubles (4)
 3. sucre dans les urines (7)
 4. douleurs lombaires (16)
 5. hypertension artérielle (10)
 6. fièvre (10)
 7. cétones dans les urines (0)
 8. oedème (enflure) des membres inférieurs (16)
 9. constipation (13)
 10. diarrhée (9)
 11. sueurs abondantes (précisez à quelle partie du corps) (19)

56. Vous arrive-t-il de ressentir les symptômes de polyurie (urines fréquentes) polyphagie (faim intense), polydipsie (soif intense) tous à la fois?
- | | | | | |
|----------------|---------|--------|--|--|
| | 1- (7) | 18,9 % | | |
| 1. Oui | 2- (28) | 75,7 % | | |
| 2. Non | 3- (2) | 5,4 % | | |
| 3. Ne sais pas | | | | |

Si oui, précisez à quelle fréquence!

57. Faites-vous les tests d'urine suivants:

- | | | | | | |
|-----------------------------------|--------|--------|---------|--------|--------------------------|
| 1. Oui | 2. Non | | | | |
| 1. test pour dépister le sucre | 1- (7) | 18,9 % | 2- (30) | 81,1 % | <input type="checkbox"/> |
| 2. test pour dépister les cétones | 1- (6) | 16,7 % | 2- (30) | 83,3 % | <input type="checkbox"/> |

Si vous avez répondu non, passez à la Q. 61.

58. À quelle fréquence faites-vous vos tests d'urine?

- | | | | | | |
|--|----------------------|--------|----------|--------|----------------------------------|
| A. Pour le sucre | B. Pour les cétones | | | | |
| 1. au moins une fois par jour | sucre (4) | 57,1 % | cét. (2) | 33,3 % | Sucre: <input type="checkbox"/> |
| 2. au moins une fois par semaine | sucre (1) | 14,3 % | cét. (1) | 16,7 % | Cétone: <input type="checkbox"/> |
| 3. occasionnellement, précisez les circonstances | sucre (2) | 28,6 % | cét. (3) | 50,0 % | |
| | aucune réponse: (30) | | | | |
-

59. Enregistrez-vous les résultats de vos tests urinaires dans un calepin ou sur un papier quelconque?

- | | | | | | |
|----------------|----------------------|--------|--|--|--------------------------|
| 1. toujours | (2) | 25 % | | | |
| 2. quelquefois | (1) | 12,5 % | | | <input type="checkbox"/> |
| 3. jamais | (5) | 62,5 % | | | |
| | aucune réponse: (29) | | | | |

Si vous avez répondu toujours ou quelque fois, passez à la Q. 62.

60. Pouvez-vous préciser pourquoi vous n'enregistrez pas vos résultats?

- | | | | | | |
|----------------------------------|----------------------|-------|--|--|--------------------------|
| 1. manque de temps | (0) | | | | <input type="checkbox"/> |
| 2. n'en perçoit pas l'utilité | (5) | 100 % | | | <input type="checkbox"/> |
| 3. manque de connaissances | (0) | | | | <input type="checkbox"/> |
| 4. ne sait pas lire et/ou écrire | (0) | | | | <input type="checkbox"/> |
| 5. manque de force physique | (0) | | | | <input type="checkbox"/> |
| 6. autre - précisez: | (0) | | | | <input type="checkbox"/> |
| | aucune réponse: (32) | | | | |
-

61. Si vous ne faites pas vos tests régulièrement, quelles en sont les raisons?

- | | | |
|--------------------------------------|------|---------------------|
| 1. usage d'un moyen plus précis | (20) | 64,5 % |
| 2. manque de temps | (0) | |
| 3. manque de connaissance | (3) | 9,7 % |
| 4. difficulté à faire cette activité | (0) | |
| 5. manque de motivation | (0) | |
| 6. autre - précisez: | (8) | 25,8 % |
| | | aucune réponse: (6) |

Sucre	Cétone
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Si vous êtes un homme, passez à la Q. 63.

62. En période menstruelle, avez-vous des difficultés à contrôler votre glycémie?

1. oui 2. non 3. ne sais pas 4. N/A

Si vous avez répondu oui, précisez vos difficultés:

- | | | | |
|----|------|-----------------|--------------------------|
| 1- | (3) | 13,6 % | |
| 2- | (5) | 22,7 % | <input type="checkbox"/> |
| 3- | (0) | | |
| 4- | (14) | 63,6 % | |
| | | aucune réponse: | (15) |

63. Quand vous pensez à votre élimination et à tout ce qui l'entoure diriez-vous que vous êtes:

- | | | | | |
|----|--------------------------------------|------|--------|--------------------------|
| 5- | Très satisfait | (17) | 45,9 % | <input type="checkbox"/> |
| 4- | Satisfait | (8) | 21,6 % | |
| 3- | + ou - satisfait | (8) | 21,6 % | |
| 2- | Insatisfait | (4) | 10,8 % | |
| 1- | Très insatisfait | (0) | | |
| 0- | Incapacité de répondre à la question | | | (0) |

Si vous êtes très satisfait ou incapable de répondre, passez à la Q. 66.

64. Faites-vous quelque chose pour améliorer votre besoin d'éliminer?

- | | | | | | |
|--------|--------|----|------|-----------------|--------------------------|
| 1. Oui | 2. Non | 1- | (14) | 77,8 % | <input type="checkbox"/> |
| | | 2- | (4) | 22,2 % | |
| | | | | aucune réponse: | (19) |

Si oui, précisez _____

Si vous faites quelque chose, passez à la Q. 66.

65. Quelles sont, selon vous, les principales raisons?

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 1. vous ignorez quoi faire | (1) | <input type="checkbox"/> |
| 2. vous ignorez comment faire | (1) | <input type="checkbox"/> |
| 3. vous manquez d'intérêt pour entreprendre quoique ce soit | (1) | <input type="checkbox"/> |
| 4. vous croyez qu'il n'y a rien à faire | (1) | |
| 5. vous ne vous sentez pas capable de faire quoique ce soit | (1) | |
| 6. autre, précisez _____ | | |
| | | aucune réponse: (33) |
- _____

66. Pratiquez-vous les sports ou exercices suivants?

1. Oui	2. Non		
0. aucun	(12)	32,4	%
1. course à pieds	(2)	5,4	%
2. natation	(5)	13,4	%
3. bicyclette stationnaire	(4)	10,8	%
4. cyclisme de randonnée	(1)	2,7	%
5. marche	(12)	32,4	%
6. ski de fond	(0)		
7. patinage	(0)		
8. musculation	(1)	2,7	%
9. danse aérobique	(0)		
10. saut à la corde	(0)		
11. golf	(0)		
12. sports de raquettes	(0)		
13. hockey	(0)		
14. autre	(0)		

Si vous avez répondu aucun à la Q. 66, passez à la Q. 71.

67. À quelle fréquence pratiquez-vous ce/ces sports ou exercices?

1. Trois fois par semaine	(21)	87,5	%
2. Une fois par semaine	(3)	12,5	%
3. Moins d'une fois par semaine			
aucune réponse: (13)			

68. Depuis quand pratiquez-vous ce/ces sports ou exercices?

1. Depuis moins d'un mois	(1)	4,2	%
2. Depuis moins de 6 mois	(1)	4,2	%
3. Depuis moins d'un an	(1)	4,2	%
4. Depuis plus d'un an	(21)	87,5	%
aucune réponse: (13)			

69. Pour quelles raisons faites-vous de l'exercice?

1. Pour le plaisir	(13)	
2. Pour vous détendre	(17)	
3. Pour améliorer votre conditions physique	(16)	
4. Pour contrôler votre glycémie	(10)	
5. Pour d'autres raisons, précisez:	(2)	
aucune réponse: (13)		

70. Ressentez-vous les signes ou sentiments suivants, lorsque vous faites du sport ou de l'exercice?

1. Oui	2. Non		
1. sentiment de bien-être	1- (23)	2- (2)	
2. crainte de faire une hypoglycémie	1- (3)	2- (22)	
3. essoufflement	1- (13)	2- (12)	
4. douleurs poitrine	1- (4)	2- (21)	
5. douleurs jambes	1- (8)	2- (17)	
6. douleurs mollets	1- (9)	2- (16)	
7. douleurs cuisses	1- (5)	2- (20)	
8. autre - précisez:	1- (1)	2- (24)	
aucune réponse: (12)			

79. Pendant l'activité?

1. Oui 2. Non

- | | | |
|---|---------------------|--------------------------|
| 1. mesure de la glycémie | 2 mesures (4) | <input type="checkbox"/> |
| 2. mesure du sucre dans les urines | 1 mesure (7) | <input type="checkbox"/> |
| 3. prise d'aliments à intervalles réguliers de façon préventive | aucune mesure: (17) | <input type="checkbox"/> |
| 4. prise d'aliments si symptômes | aucune réponse: (7) | <input type="checkbox"/> |
| 5. autre, précisez _____ | | |

80. Après l'activité?

1. Oui 2. Non

- | | | |
|------------------------------------|---------------------|--------------------------|
| 1. mesure de la glycémie | 1 mesure (10) | <input type="checkbox"/> |
| 2. mesure du sucre dans les urines | 2 mesures (3) | <input type="checkbox"/> |
| 3. prise d'aliments | 3 mesures (1) | <input type="checkbox"/> |
| 4. autre, précisez _____ | aucune mesure: (15) | <input type="checkbox"/> |
| | aucune réponse: (7) | |

81. Quel rapport établissez-vous entre la glycémie et l'exercice physique?

- | | | |
|---|---------------------|--------------------------|
| 1. l'exercice physique n'a pas d'influence sur la glycémie? | (0) | <input type="checkbox"/> |
| 2. l'exercice physique favorise une augmentation de la glycémie | (3) 9,7 % | |
| 3. l'exercice physique favorise une diminution de la glycémie | (19) 61,3 % | |
| 4. ne sais pas. | (9) 24,3 % | |
| | aucune réponse: (6) | |

82. Quand vous pensez à l'exercice et à la marche et tout ce qui l'entoure, diriez-vous que vous êtes:

- | | | |
|---|---------------------|--------------------------|
| 5- Très satisfait | (12) 32,4 % | |
| 4- Satisfait | (12) 32,4 % | |
| 3- + ou - satisfait | (5) 14,3 % | |
| 2- Insatisfait | (2) 5,7 % | |
| 1- Très insatisfait | (3) 8,6 % | |
| 0- Incapacité de répondre à la question | (1) 2,9 % | <input type="checkbox"/> |
| | aucune réponse: (2) | |

Si vous êtes très satisfait ou incapable de répondre, passez à la Q. 85.

83. Faites-vous quelque chose pour améliorer votre besoin de faire de l'exercice?

- | | |
|----------------------|--|
| 1- (7) 35 % | |
| 2- (12) 60 % | |
| aucune réponse: (18) | |

Si oui, précisez _____

Si vous faites quelque chose, passez à la Q. 85.

84. Quelles sont selon vous les principales raisons qui vous empêchent de faire de l'exercice?

- | | |
|--|------|
| 1. vous ne vous sentez pas suffisamment en santé ou capable physiquement | (11) |
| 2. vous ne vous sentez pas suffisamment motivé (intéressé) | (3) |
| 3. vous ignorez l'importance de l'exercice physique | (0) |
| 4. vous ignorez quel sport ou exercice vous pouvez pratiquer | (1) |
| 5. vous manquez de temps | (2) |
| 6. vous craignez les réactions d'hypoglycémie | (0) |
| 7. vous craignez les réactions cardiaques (angine, infarctus, etc) | (1) |
| 8. autre - précisez: | (3) |

85. Durant la nuit, présentez-vous les problèmes suivants:

1. Oui 2. Non

1. symptômes d'hypoglycémie (précisez lesquels)	1- (12) 32,4 %	2- (25) 67,6 %
2. crampes douloureuses aux membres inférieurs	1- (20) 54,1 %	2- (17) 45,9 %
3. envie d'uriner	1- (24) 64,9 %	2- (13) 35,1 %
4. soif intense	1- (14) 37,8 %	2- (23) 62,2 %
5. sommeil agité	1- (18) 48,6 %	2- (19) 51,4 %
6. difficulté à dormir (précisez la raison)	1- (20) 54,1 %	2- (17) 45,9 %
7. autre - précisez:	1- (3) 30 %	2- (7) 70 %

86. Combien de fois par semaine vous levez-vous à une heure différente le matin? (ne pas tenir compte d'une variation de moins de 30 minutes)

Moyenne 0,66 fois

87. Craignez-vous les réactions hypoglycémiques la nuit?

- | | | |
|--------|--------|----------------|
| 1. Oui | 2. Non | 1- (5) 13,5 % |
| | | 2- (32) 86,5 % |

88. Si vous vivez avec quelqu'un d'autre, croyez-vous que les autres personnes s'inquiètent de ce qui pourrait vous arriver durant votre sommeil?

- | | | | | |
|--------|--------|----------------|--------|----------------|
| 1. Oui | 2. Non | 3. Ne sais pas | 4. N/A | 1- (11) 30,6 % |
| | | | | 2- (16) 44,4 % |
| | | | | 3- (3) 8,3 % |
| | | | | 4- (6) 16,7 % |

89. Quand vous pensez à votre sommeil et à tout ce qui l'entoure, diriez-vous que vous êtes:

- | | |
|---|-------------|
| 5- Très satisfait | (13) 35,1 % |
| 4- Satisfait | (7) 18,9 % |
| 3- + ou - satisfait | (9) 24,3 % |
| 2- Insatisfait | (4) 10,8 % |
| 1- Très insatisfait | (4) 10,8 % |
| 0- Incapacité de répondre à la question | (0) |

Si vous êtes très satisfait ou incapable de répondre, passez à la Q. 92.

90. Si votre besoin de dormir et de vous reposer n'est pas satisfait, faites-vous quelque chose pour l'améliorer?

- | | | |
|--------|----------------------|--|
| 1. oui | 1- (16) 64 % | |
| 2. non | 2- (9) 36 % | |
| | aucune réponse: (12) | |

Si oui, précisez, _____

Si vous faites quelque chose, passez à la Q. 92.

91. Si vous ne faites rien, pouvez-vous nous en donner les raisons?

- | | | |
|--|----------------------|--|
| 1. vous ignorez quoi faire | (2) 25 % | |
| 2. vous ignorez comment le faire | (0) | |
| 3. vous manquez d'intérêt pour entreprendre quoique ce soit | (2) 25 % | |
| 4. vous croyez qu'il n'y a rien à faire | (0) | |
| 5. vous pensez que vous n'avez pas la santé pour bien dormir | (2) 25 % | |
| 6. autre, précisez _____ | (2) 25 % | |
| | aucune réponse: (29) | |

92. Apportez-vous les soins suivants à vos dents et à votre bouche?

- | | | | |
|---|----------------|----------------|--|
| 1. oui | 2. non | | |
| 1. brossage des dents tous les jours | 1- (34) 91,9 % | 2- (3) 8,1 % | |
| 2. usage de la soie dentaire tous les jours | 1- (5) 13,5 % | 2- (32) 86,5 % | |
| 3. massage des gencives tous les jours | 1- (3) 8,1 % | 2- (34) 91,9 % | |
| 4. brossage de la langue | 1- (4) 10,8 % | 2- (33) 89,6 % | |
| 5. visite du dentiste aux 6 mois | 1- (6) 16,2 % | 2- (31) 83,8 % | |
| 6. autre, précisez _____ | 1- (2) 20 % | 2- (8) 80 % | |

93. Avez-vous déjà souffert ou souffrez-vous actuellement d'infections vaginales ou du gland?

- | | | | |
|--------|--------|----------------|--|
| 1. Oui | 2. Non | 1- (12) 32,4 % | |
| | | 2- (25) 67,6 % | |

Si vous avez répondu non, passez à la Q. 97.

94. À quelle fréquence se produisent-elles?

- | | | |
|--------------------|----------------------|--|
| 1. Parfois | (5) 41,7 % | |
| 2. Souvent | (7) 58,3 % | |
| 3. Continuellement | (0) | |
| | aucune réponse: (25) | |

95. En présence d'infection que faites-vous?

- | | | |
|------------------------------------|----------------------|--|
| 1. vous en parlez à votre conjoint | (10) | |
| 2. vous consultez votre médecin | (10) | |
| 3. vous prenez des médicaments | (8) | |
| 4. vous ne faites rien | (0) | |
| 5. autre, précisez _____ | aucune réponse: (25) | |

Si vous avez répondu 1, 2, 3, 5, passez à la Q. 97.

101. Quand vous pensez à votre besoin d'être propre, de protéger votre peau, diriez-vous que vous êtes:

5- Très satisfait	(22)	59,5 %	<input type="checkbox"/>
4- Satisfait	(12)	32,4 %	
3- + ou - satisfait	(1)	2,7 %	
2- Insatisfait	(1)	2,7 %	
1- Très insatisfait	(0)		
0- Incapacité de répondre à la question	(1)	2,7 %	

Si vous êtes très satisfait ou incapable de répondre, passez à la Q. 104.

102. Faites-vous quelque chose pour améliorer votre besoin d'être propre et de protéger votre peau?

1. oui	(12)	75 %	<input type="checkbox"/>
2. non	(4)	25 %	

Si oui, précisez Aucune réponse (21)

Si vous faites quelque chose, passez à la Q. 104.

103. Si vous ne faites rien, quelles en sont vos raisons:

1. vous n'êtes pas capable de le faire vous-même	(2)	<input type="checkbox"/>
2. personne ne peut vous aider	(1)	<input type="checkbox"/>
3. vous n'êtes pas à l'aise pour vous faire aider	(0)	<input type="checkbox"/>
4. vous ne trouvez pas que c'est important	(1)	
5. vous ne connaissez pas les précautions	(1)	
6. autres, précisez _____		

104. Considérez-vous que votre diabète modifie ou a modifié votre façon de vous vêtir et de vous chausser.

1. Oui	2. Non	1- (13)	35,1 %	<input type="checkbox"/>
		2- (24)	64,9 %	

Si vous avez répondu non, passez à la Q. 106.

105. Que ressentez-vous par rapport au choix que vous devez faire?

106. Considérez-vous que vos chaussures sont adaptées à votre condition de diabétique?

1. Oui	2. Non	3. Ne sais pas	1- (26)	72,2 %	<input type="checkbox"/>
			2- (3)	8,3 %	
			3- (7)	19,4 %	
			aucune réponse: (1)		

Si vous avez répondu oui, passez à la Q. 108.

107. Pouvez-vous nous dire pourquoi?

- | | | |
|--|-----|--------------------------|
| 1. vous ne savez pas que les chaussures doivent répondre à certains critères | (4) | <input type="checkbox"/> |
| 2. vous vous dites que de toute façon il ne vous arrivera rien | (1) | <input type="checkbox"/> |
| 3. vous pensez que ce n'est pas important | (3) | <input type="checkbox"/> |
| 4. vous n'avez pas les moyens financiers | (2) | <input type="checkbox"/> |
| 5. autres raisons, précisez _____ | (1) | <input type="checkbox"/> |
| aucune réponse: (28) | | |

108. Portez-vous des supports plantaires?

- | | | | |
|--------|--------|---------------------|--------------------------|
| 1. Oui | 2. Non | 1- (2) 5,6 % | <input type="checkbox"/> |
| | | 2- (34) 94,4 % | |
| | | aucune réponse: (1) | |

Si vous avez répondu non, passez à la Q. 110.

109. Si vous portez des supports plantaires, quels soins réguliers leur apportez-vous?

- | | | |
|--|-----|--------------------------|
| 1. inspection quotidienne | (0) | <input type="checkbox"/> |
| 2. changement aux six mois | (2) | <input type="checkbox"/> |
| 3. aération quotidienne | (0) | <input type="checkbox"/> |
| 4. application mensuelle d'une crème protectrice | (0) | <input type="checkbox"/> |
| 5. autre, précisez _____ | (0) | <input type="checkbox"/> |
| aucune réponse: (35) | | |

110. Quand vous pensez à votre façon de vous vêtir, de vous chausser et à tout ce qui l'entoure, diriez-vous que vous êtes:

- | | | | |
|---|------|--------|--------------------------|
| 5- Très satisfait | (24) | 64,9 % | <input type="checkbox"/> |
| 4- Satisfait | (9) | 24,3 % | |
| 3- + ou - satisfait | (2) | 5,4 % | |
| 2- Insatisfait | (1) | 2,7 % | |
| 1- Très insatisfait | (0) | | |
| 0- Incapacité de répondre à la question | (1) | 2,7 % | |

Si vous êtes très satisfait ou incapable de répondre, passez à la Q. 113.

111. Si votre besoin de vous vêtir et de vous chausser est insatisfait, cherchez-vous à améliorer la satisfaction de ce besoin?

- | | | |
|---|-------------|--------------------------|
| 1. Oui | 1- (4) 50 % | <input type="checkbox"/> |
| 2. Non | 1- (4) 50 % | |
| Si oui, précisez _____ aucune réponse: (29) | | |

Si vous faites quelque chose, passez à la Q. 113.

112. Quelles sont les principales raisons qui vous empêchent d'entreprendre des actions pour l'améliorer?

- | | | |
|---|----------|--------------------------|
| 1. vous ne savez pas quoi faire | (0) | <input type="checkbox"/> |
| 2. vous ne savez pas comment faire | (0) | <input type="checkbox"/> |
| 3. vous ne vous sentez pas capable d'entreprendre quoique ce soit | (0) | <input type="checkbox"/> |
| 4. vous manquez d'intérêt | (3) 75 % | |
| 5. autre, précisez _____ | (1) 25 % | |
| aucune réponse (33) | | |

113. Combien de fois avez-vous été hospitalisé pour votre diabète? □□
Moyenne 7,59 fois

114. Quelle était la durée moyenne de vos séjours au Centre hospitalier?(jours) □□
Moyenne 15,57 jours

115. Croyez-vous qu'être diabétique comporte des dangers pour vous? □

1. Oui	2. Non	3. Ne sais pas	1- (22) 59,5 %	
			2- (12) 32,4 %	□
			3- (3) 8,1 %	

Si vous avez répondu non, passez à la Q. 117.

116. Quels sont les principaux dangers que vous craignez? □

_____ □

_____ □

_____ □

117. Quand vous pensez aux dangers, à ce que vous faites pour vous protéger, diriez-vous que vous êtes: □

5- Très satisfait	(12)	32,4 %	
4- Satisfait	(7)	18,9 %	
3- + ou - satisfait	(10)	27 %	
2- Insatisfait	(2)	5,4 %	
1- Très insatisfait	(2)	5,4 %	
0- Incapacité de répondre à la question	(4)	10,8 %	

Si vous êtes très satisfait ou incapable de répondre, passez à la Q. 120.

118. Si votre besoin est insatisfait, faites-vous quelque chose pour améliorer votre situation? □

1. Oui	2. Non	1- (10) 55,6 %	2- (8) 44,4 %	
		aucune réponse: (19)		

Si oui, précisez _____

Si vous faites quelque chose, passez à la Q. 120.

119. Si vous ne faites rien, quelles sont, selon vous, les principales raisons qui vous empêchent d'entreprendre des actions? □

1. vous ne savez pas quoi faire	(2)	
2. vous ne savez pas comment faire	(1)	□
3. vous ne vous sentez pas capable d'entreprendre quoique ce soit	(1)	□
4. vous manquez d'intérêt	(5)	
5. autre, précisez _____	(2)	

aucune réponse: (28)

120. Vous sentez-vous frileux(se)? □

1. toujours	(2)	5,4 %	
2. parfois	(19)	51,4 %	
3. jamais	(16)	43,2 %	
4. autre, précisez _____			

121. Avez-vous les pieds froids?

- | | | |
|--------------------|------|--------|
| 1. toujours | (13) | 35,1 % |
| 2. parfois | (11) | 29,7 % |
| 3. jamais | (12) | 32,4 % |
| 4. autre, précisez | (1) | 2,7 % |
-

Si vous avez répondu jamais à la Q. 121, répondez à la Q. 123.

122. Pouvez-vous nous dire ce que vous faites?

- | | |
|--|------|
| 1. vous portez des bas de laine | (10) |
| 2. vous mettez une bouillotte d'eau chaude | (1) |
| 3. vous frictionnez vos pieds | (5) |
| 4. autre, précisez | (10) |
-
- aucune réponse: (13)

123. Avez-vous des bouffées de chaleur?

- | | | |
|--------------------|------|--------|
| 1. souvent | (13) | 35,1 % |
| 2. parfois | (9) | 24,3 % |
| 3. jamais | (14) | 37,8 % |
| 4. autre, précisez | (1) | 2,7 % |
-

Si vous avez répondu jamais, passez à la Q. 125.

124. À quoi les associez-vous surtout?

- | | | |
|-----------------------------------|------|--------|
| 1. au diabète | (12) | 52,2 % |
| 2. à la ménopause (s'il y a lieu) | (4) | 17,4 % |
| 3. à la fatigue | (3) | 13 % |
| 4. à un autre facteur, précisez | (4) | 17,4 % |
-
- aucune réponse: (14)

125. Faites-vous de la fièvre?

- | | | |
|----------------------|------|--------|
| 1. souvent, précisez | (1) | 2,7 % |
| 2. parfois, précisez | (13) | 35,1 % |
| 3. jamais | (23) | 62,2 % |
| 4. autre, précisez | | |
-

Si vous avez répondu jamais, passez à la Q. 127.

126. À quoi l'associez-vous surtout?

- | | | |
|----------------------------|-----|--------|
| 1. à la fatigue | (2) | 14,3 % |
| 2. au diabète | (3) | 21,4 % |
| 3. au rhume ou à la grippe | (5) | 35,7 % |
| 4. à une infection | (2) | 14,3 % |
| 5. autre, précisez | (2) | 14,3 % |
-
- aucune réponse: (23)

127. Quand vous pensez à votre besoin de maintenir votre température, diriez-vous que vous êtes:

5- Très satisfait	(14)	37,8 %
4- Satisfait	(9)	24,3 %
3- + ou - satisfait	(10)	27 %
2- Insatisfait	(2)	5,4 %
1- Très insatisfait	(1)	2,7 %
0- Incapacité de répondre à la question	(1)	2,7 %

Si vous êtes très satisfait ou incapable de répondre, passez à la Q. 130.

128. Si votre besoin est insatisfait, faites-vous quelque chose pour améliorer votre situation?

1. oui (10) 66,7 %
 2. non (5) 33,3 %
 Si oui, précisez aucune réponse: (22)

Si vous faites quelque chose, passez à la Q. 130.

129. Si vous ne faites rien, pouvez-vous nous expliquer les raisons?

1. vous ne savez pas quoi faire (2)
 2. vous ne savez pas comment faire (1)
 3. vous manquez d'intérêt (1)
 4. vous ne vous sentez pas capable d'entreprendre quoique ce soit (1)
 5. autre, précisez _____ (1)

130. Vous arrive-t-il de parler de votre diabète?

1. jamais (7) 18,9 %
 2. parfois (18) 48,6 %
 3. souvent (12) 32,4 %

Si vous avez répondu jamais à la Q. 130, répondez à la Q. 132.

131. Avec qui en parlez-vous?

1. vos parents (11)
 2. vos enfants (8)
 3. vos amis (9)
 4. un professionnel de la santé, précisez (11)
 5. un autre diabétique (11)
 6. une autre personne, précisez _____ (5)
aucune réponse: (8)

Passez à la Q. 133.

132. Pouvez-vous nous dire pourquoi?

1. vous pensez que ça n'intéresse pas les gens de votre entourage (2)
 2. votre entourage vous a dit que ça ne les intéressait pas (0)
 3. vous ne savez pas comment en parler (1)
 4. vous avez peur d'ennuyer les autres avec vos problèmes (5)
 5. vous craignez de ne pouvoir répondre à leurs questions (0)
 6. vous craignez que d'en parler soit trop difficile (trop d'émotions) (0)
 7. vous ne voulez pas être connu en tant que diabétique (0)
 8. autre, précisez _____ (1)

133. Croyez-vous que les gens qui vous connaissent très bien savent:

1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas

1. que vous êtes diabétique	1- (32)	2- (5)	<input type="checkbox"/>
2. ce que vous ressentez (craintes - inconvénients....)	1- (13)	2- (24)	<input type="checkbox"/>
3. quoi faire en cas d'urgence	1- (23)	2- (14)	<input type="checkbox"/>
4. tout ce que vous savez	1- (7)	2- (30)	<input type="checkbox"/>

134. Si vous vivez une situation de couple, est-ce que le fait d'être diabétique influence vos communications?

1. Oui	2. Non	3. Ne sais pas	4. N/A	1- (4) 11,8 %	<input type="checkbox"/>
				2- (20) 58,8 %	
				3- (0)	
				4- (10) 29,4 %	
Si vous avez répondu non, répondez à la Q. 136.				aucune réponse: (3)	

135. Comment qualifieriez-vous l'influence du diabète sur vos communications?

1. Le diabète rend les communications plus difficiles	(5) 35,7 %	<input type="checkbox"/>
2. Le diabète rend les communications plus faciles	(0)	<input type="checkbox"/>
3. Le diabète augmente la fréquence des communications	(2) 14,3 %	<input type="checkbox"/>
4. Le diabète diminue la fréquence des communications	(3) 21,4 %	
5. autre, précisez _____	(4) 28,6 %	
aucune réponse: (23)		

136. Est-ce que le fait d'être diabétique a eu ou a des conséquences sur votre vie de couple?

1. Oui	2. Non	1- (11) 35,5 %	<input type="checkbox"/>
		2- (20) 64,5 %	
Si oui, précisez _____		aucune réponse: (6)	

137. Au plan de votre sexualité, croyez-vous que votre diabète a été ou est responsable de certaines difficultés?

1. Oui	2. Non	3. Ne sais pas	4. N/A	1- (12) 32,4 %	<input type="checkbox"/>
				2- (22) 59,5 %	
				3- (0)	
				4- (3) 8,1 %	

Si vous avez répondu non, passez à la Q. 140.

138. Ressentez-vous le besoin d'en discuter avec quelqu'un?

1. Oui	2. Non	3. Ne sais pas	1- (7) 43,8 %	<input type="checkbox"/>
			2- (9) 56,3 %	
			3- (0)	
			aucune réponse: (21)	

139. Avec qui seriez-vous le plus à l'aise pour en discuter?

1. votre conjoint	(2) 15,4 %	<input type="checkbox"/>
2. votre médecin	(4) 30,8 %	
3. un ami	(1) 7,7 %	
4. un parent	(0)	
5. autre, précisez _____	(6) 46,2 %	
aucune réponse: (24)		

140. À quelle fréquence voyez-vous votre médecin?

- | | | |
|-------------------------------|------|--------|
| 1. jamais | (0) | |
| 2. moins d'une fois par année | (0) | |
| 3. une fois par année | (2) | 5,4 % |
| 4. une fois par six mois | (1) | 2,7 % |
| 5. une fois par trois mois | (15) | 40,5 % |
| 6. une fois par mois | (16) | 43,2 % |
| 7. plus d'une fois par mois | (3) | 8,1 % |

Si vous avez répondu 5, 6, 7, répondez à la Q. 142.

141. Pouvez-vous nous dire pourquoi vous ne le voyez pas plus souvent?

- | | | |
|--|-----|----------------------|
| 1. vous n'en voyez pas l'importance | (0) | |
| 2. vous contrôlez vous-même votre diabète | (2) | 40 % |
| 3. votre médecin n'est pas toujours disponible | (0) | |
| 4. autre raison, précisez _____ | (3) | 60 % |
| | | aucune réponse: (32) |

142. Quels sujets abordez-vous avec votre médecin?

- | | |
|--------------------------------------|------|
| 1. prescription d'insuline | (15) |
| 2. équilibre de la glycémie (tests) | (29) |
| 3. régime alimentaire | (14) |
| 4. exercices | (8) |
| 5. problèmes d'adaptation au diabète | (6) |
| 6. problèmes reliés à la sexualité | (4) |
| 7. problèmes financiers | (5) |
| 8. autre, précisez _____ | (6) |

143. À quelle fréquence voyez-vous votre diététiste?

- | | | |
|-------------------------------|------|--------|
| 1. jamais | (12) | 32,4 % |
| 2. moins d'une fois par année | (12) | 32,4 % |
| 3. une fois par année | (7) | 18,9 % |
| 4. une fois par six mois | (3) | 8,1 % |
| 5. une fois par trois mois | (1) | 2,7 % |
| 6. une fois par mois | (1) | 2,7 % |
| 7. plus d'une fois par mois | (1) | 2,7 % |

Si vous avez répondu 4, 5, 6, ou 7, répondez à la Q. 145.

144. Pouvez-vous nous dire pourquoi vous ne le voyez pas plus souvent?

- | | | |
|---|------|---------------------|
| 1. vous n'en voyez pas l'importance | (11) | |
| 2. vous contrôlez vous-même votre diabète | (12) | |
| 3. votre diététiste n'est pas toujours disponible | (1) | |
| 4. autre raison, précisez _____ | (9) | |
| | | aucune réponse: (7) |

145. Quels sujets abordez-vous avec votre diététiste?

- | | | |
|--------------------------------------|------|----------------------|
| 1. prescription d'insuline | (1) | |
| 2. équilibre de la glycémie (tests) | (6) | |
| 3. régime alimentaire | (21) | |
| 4. exercices | (3) | |
| 5. problèmes d'adaptation au diabète | (3) | |
| 6. problèmes reliés à la sexualité | (0) | |
| 7. problèmes financiers | (1) | |
| 8. autre, précisez _____ | (2) | |
| | | aucune réponse: (15) |

146. À part le médecin et le diététiste, y a-t-il quelqu'un d'autre que vous voyez régulièrement concernant votre diabète?

- | | | | |
|--------|--------|---------------------|--------------------------|
| 1. Oui | 2. Non | 1- (11) 30,6 % | |
| | | 2- (25) 69,4 % | <input type="checkbox"/> |
| | | aucune réponse: (1) | |

Si vous avez répondu non, passez à la Q. 148.

147. De qui s'agit-il?

- | | | |
|-------------------------|-----|--|
| 1. pharmacien (ne) | (6) | |
| 2. infirmier (ère) | (7) | |
| 3. ophtalmologiste | (2) | |
| 4. podiatre | (0) | |
| 5. ami non diabétique | (2) | |
| 6. ami diabétique | (2) | |
| 7. membre de la famille | (1) | |
| 8. autre, précisez | (0) | |

aucune réponse: (26)

148. Quand vous pensez à vos communications et à tout ce qui les entoure, diriez-vous que vous êtes:

- | | | |
|---|------|--------|
| 5- Très satisfait | (15) | 41,7 % |
| 4- Satisfait | (9) | 25 % |
| 3- + ou - satisfait | (8) | 22,2 % |
| 2- Insatisfait | (3) | 8,3 % |
| 1- Très insatisfait | (1) | 2,8 % |
| 0- Incapacité de répondre à la question | (0) | |

aucune réponse: (1)

Si vous êtes très satisfait ou incapable de répondre, passez à la Q. 151.

149. Si votre besoin de communiquer n'est pas entièrement satisfait, faites-vous quelque chose pour l'améliorer?

- | | | | |
|--------|--------|----------------------|--------------------------|
| 1. Oui | 2. Non | 1- (8) 47,1 % | |
| | | 2- (9) 52,9 % | <input type="checkbox"/> |
| | | aucune réponse: (20) | |

Si oui, précisez _____

Si vous faites quelque chose, passez à la Q. 151.

150. Si non, quelles sont, selon vous, les principales raisons qui vous empêchent d'entreprendre des actions pour satisfaire votre besoin de communiquer?

- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 1. vous ne savez pas quoi faire | (2) | |
| 2. vous ne savez pas comment faire | (2) | <input type="checkbox"/> |
| 3. vous manquez d'intérêt | (2) | <input type="checkbox"/> |
| 4. vous ne vous sentez pas capable d'entreprendre quoique ce soit | (2) | <input type="checkbox"/> |
| 5. autre, précisez _____ | (3) | |

Aucune réponse: (28)

151. Le fait d'être diabétique a-t-il une signification pour vous au plan religieux?

- | | | |
|--|------|--|
| 1. le diabète est une fatalité | (1) | |
| 2. le diabète est un moyen pour gagner mon ciel | (0) | |
| 3. le diabète est une maladie comme une autre et n'a pas d'autre signification | (29) | |
| 4. le diabète est révoltant | (4) | |
| 5. autre, précisez _____ | (7) | |

aucune réponse: (2)

152. Le fait d'être diabétique a-t-il modifié votre pratique religieuse?

- | | | |
|---|------|--------------------------|
| 1. cela n'a rien changé | (27) | |
| 2. cela m'a fait réfléchir | (4) | <input type="checkbox"/> |
| 3. cela a favorisé une pratique plus régulière | (3) | <input type="checkbox"/> |
| 4. cela m'a fait délaisser ma pratique religieuse | (1) | <input type="checkbox"/> |
| 5. autre, précisez _____ | (1) | <input type="checkbox"/> |
- aucune réponse: (2)

153. Quand vous pensez à vos croyances et à tout ce qui les entoure, diriez-vous que vous êtes:

- | | | | |
|---|------|--------|--------------------------|
| 5- Très satisfait | (24) | 66,7 % | |
| 4- Satisfait | (8) | 22,2 % | |
| 3- + ou - satisfait | (2) | 5,6 % | <input type="checkbox"/> |
| 2- Insatisfait | (1) | 2,8 % | |
| 1- Très insatisfait | (1) | 2,8 % | |
| 0- Incapacité de répondre à la question | | | |
- aucune réponse: (1)

Si vous êtes très satisfait ou incapable de répondre, passez à la Q. 156.

154. Si votre besoin n'est pas satisfait, faites-vous quelque chose pour l'améliorer?

- | | | |
|--------|------|--------------------------|
| 1- (2) | 40 % | |
| 2- (3) | 60 % | <input type="checkbox"/> |
- aucune réponse: (32)

Si oui, précisez _____

Si vous faites quelque chose, passez à la Q. 156.

155. Si vous ne faites rien, pouvez-vous nous dire pourquoi?

- | | | | |
|---|-----|--------|--------------------------|
| 1. vous ne savez pas quoi faire | (1) | 33,3 % | <input type="checkbox"/> |
| 2. vous ne savez pas comment faire | (0) | | <input type="checkbox"/> |
| 3. vous manquez d'intérêt | (2) | 66,7 % | <input type="checkbox"/> |
| 4. vous ne vous sentez pas capable d'entreprendre quoique ce soit | (0) | | |
| 5. autre, précisez _____ | (0) | | |
- aucune réponse: (34)

156. En plus de l'occupation principale déjà identifiée, quelles sont les autres activités que vous exercez?

- | | | |
|--|------|--------------------------|
| 1. entretien de la maison | (28) | |
| 2. soins des enfants | (6) | <input type="checkbox"/> |
| 3. autre emploi rémunéré, précisez _____ | (2) | <input type="checkbox"/> |
| 4. travail bénévole | (11) | <input type="checkbox"/> |
| 5. études | (6) | <input type="checkbox"/> |
| 6. autre, précisez _____ | (7) | <input type="checkbox"/> |
- aucune réponse: (3)

157. Est-ce que votre occupation actuelle (travail ou étude) est compatible avec le fait d'être diabétique?

- | | | |
|---------|--------|--------------------------|
| 1- (21) | 61,8 % | |
| 2- (10) | 29,4 % | <input type="checkbox"/> |
| 3- (3) | 8,8 % | |
- aucune réponse: (3)

Si vous avez répondu oui, répondez à la Q. 163.

158. Pouvez-vous nous dire pourquoi?

- | | | |
|--|-----|--------------------------|
| 1. les horaires ne conviennent pas | (2) | <input type="checkbox"/> |
| 2. le stress est trop important | (4) | <input type="checkbox"/> |
| 3. les gens en milieu de travail n'acceptent pas votre condition de diabétique | (1) | <input type="checkbox"/> |
| 4. autre, précisez _____ | (1) | <input type="checkbox"/> |
- aucune réponse: (30)

Si vous n'avez pas de travail extérieur, répondez aux Q. 159 et 160.

159. Croyez-vous que le fait de ne pas avoir d'emploi est dû à votre condition de diabétique?

1- (9)	45 %	
2- (10)	50 %	
3- (1)	5 %	<input type="checkbox"/>

1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas

aucune réponse: (17)

160. Croyez-vous qu'il est plus difficile de trouver du travail parce que vous êtes diabétique?

1- (7)	31,8 %	
2- (5)	22,7 %	
3- (1)	4,5 %	<input type="checkbox"/>
4- (9)	40,9 %	

1. Oui 2. Non 3. Ne sais pas 4. N/A

aucune réponse: (15)

161. Lorsque vous vous présentez en entrevue, dites-vous que vous êtes diabétique?

1- (7)	35 %	
2- (0)		
3- (13)	65 %	<input type="checkbox"/>

1. Oui 2. Non 3. N/A

aucune réponse: (17)

Si vous avez répondu oui, passez à la Q. 163.

162. Quelles en sont les raisons?

- | | | |
|--|-----------|--------------------------|
| 1. vous craignez de ne pas avoir l'emploi | | <input type="checkbox"/> |
| 2. vous craignez qu'on vous considère comme un handicapé | | <input type="checkbox"/> |
| 3. vous n'en parlez jamais de toute façon | | <input type="checkbox"/> |
| 4. autre, précisez _____ | (2) 100 % | <input type="checkbox"/> |
- aucune réponse: (35)

163. Avez-vous été contraint à changer d'occupation (travail ou étude) à cause de votre diabète?

- | | | |
|---------|--------|--------------------------|
| 1- (5) | 15,6 % | |
| 2- (27) | 84,4 % | <input type="checkbox"/> |
1. Oui 2. Non
- aucune réponse: (5)

Si vous avez répondu non, répondez à la Q. 165.

164. Ces changements correspondent-ils à vos intérêts?

- | | | |
|--------|------|--------------------------|
| 1- (1) | 25 % | |
| 2- (3) | 75 % | <input type="checkbox"/> |
1. Oui 2. Non
- aucune réponse: (33)
- Si non, précisez _____

Si vous avez répondu oui, à la question 164, répondez à la Q. 165.

165. À quel type de groupe appartenez-vous?

- | | |
|-------------------------------------|------|
| 0. aucun groupe | (11) |
| 1. scout-guide | (0) |
| 2. club social | (6) |
| 3. mouvement religieux ou pastorale | (6) |
| 4. comité d'école | (1) |
| 5. équipe sportive | (2) |
| 6. association (autre que diabète) | (2) |
| 7. association du diabète | (14) |
| 8. club de l'Age d'or | (7) |
| 9. groupe d'amis | (13) |
| 10. autre, précisez _____ | (3) |

□
□
□
□
□
□
□
□
□
□

Si vous n'appartenez à aucun groupe, passez à la Q. 168.

166. Est-ce que votre condition de diabétique est connue des gens du/des groupes auxquels vous appartenez?

- | | |
|----------------------|--------|
| 1- (22) | 84,6 % |
| 2- (3) | 11,5 % |
| 3- (1) | 3,8 % |
| aucune réponse: (11) | |

Si vous avez répondu oui, passez à la Q. 168.

167. Pouvez-vous nous dire pourquoi votre condition n'est pas connue des gens qui vous entourent? _____

168. Est-ce que des gens vous supportent dans votre situation de diabétique?

- | | |
|---------------------|--------|
| 1- (26) | 74,3 % |
| 2- (9) | 25,7 % |
| aucune réponse: (2) | |

169. Si vous n'êtes pas membre de l'Association du diabète, pouvez-vous nous dire pourquoi?

- | | |
|--|---------------------|
| 1. vous ne la connaissez pas | (10) |
| 2. ça ne vous intéresse pas | (1) |
| 3. vous n'y avez jamais pensé | (0) |
| 4. vous ne savez pas à qui vous adresser | (5) |
| 5. autre, précisez _____ | (8) |
| _____ (11) | |
| 6. N/A | aucune réponse: (4) |

□
□
□
□
□

170. Croyez-vous que le fait d'appartenir à un groupe peut ou pourrait vous aider à mieux vivre avec votre diabète?

- | | |
|---------------------|--------|
| 1- (27) | 75 % |
| 2- (5) | 13,9 % |
| 3- (4) | 11,1 % |
| aucune réponse: (1) | |

171. Croyez-vous que le fait de connaître une ou des personnes diabétiques peut ou pourrait vous aider à mieux vivre votre diabète?

- | | |
|---------------------|--------|
| 1- (30) | 83,3 % |
| 2- (4) | 11,1 % |
| 3- (2) | 5,6 % |
| aucune réponse: (1) | |

□

□

172. Lorsque vous avez appris que vous étiez diabétique, avez-vous été mis en contact avec une autre personne diabétique?
- | | | |
|---------------------|--------|--------------------------|
| 1- (5) | 13,9 % | |
| 2- (31) | 86,1 % | <input type="checkbox"/> |
| aucune réponse: (1) | | |

Si vous avez répondu non, passez à la Q. 174.

173. Avez-vous été satisfait de ce contact?
- | | | |
|----------------------|-------|--------------------------|
| 1- (6) | 100 % | |
| 2- (0) | | <input type="checkbox"/> |
| aucune réponse: (31) | | |

174. Auriez-vous souhaité être mis en contact avec une autre personne diabétique.
- | | | |
|---------------------|------|--------------------------|
| 1- (15) | 50 % | |
| 2- (9) | 30 % | <input type="checkbox"/> |
| 3- (6) | 20 % | |
| aucune réponse: (7) | | |

175. Quand vous pensez à vos occupations et à tout ce qui les entoure, diriez-vous que vous êtes:
- | | | | |
|---|------|--------|--------------------------|
| 5- Très satisfait | (16) | 44,4 % | |
| 4- Satisfait | (13) | 36,1 % | |
| 3- + ou - satisfait | (3) | 8,3 % | <input type="checkbox"/> |
| 2- Insatisfait | (1) | 2,8 % | |
| 1- Très insatisfait | (2) | 5,6 % | |
| 0- Incapacité de répondre à la question | (1) | 2,8 % | |
| aucune réponse: (1) | | | |

Si vous êtes très satisfait ou incapable de répondre, passez à la Q. 178.

176. Si votre besoin de vous réaliser est insatisfait, faites-vous quelque chose pour l'améliorer?
- | | | |
|----------------------|--------|--------------------------|
| 1- (4) | 30,8 % | |
| 2- (9) | 69,2 % | <input type="checkbox"/> |
| aucune réponse: (24) | | |

Si oui, précisez _____

Si vous faites quelque chose, passez à la Q. 178.

177. Pourriez-vous nous en donner les raisons?
- | | | |
|---|-----|--------------------------|
| 1. vous ne savez pas quoi faire | (3) | <input type="checkbox"/> |
| 2. vous ne savez pas comment le faire | (1) | <input type="checkbox"/> |
| 3. vous ne vous sentez pas capable de faire quoique ce soit | (3) | <input type="checkbox"/> |
| 4. vous manquez d'intérez | (1) | |
| 5. autre, précisez _____ | (1) | |

178. À quoi occupez-vous vos loisirs?
- | | | |
|--|------|--------------------------|
| 1. activités sportives (sports, exercices, marche) | (21) | <input type="checkbox"/> |
| 2. " récréatives (T.V., jeux, radio, cinéma) | (25) | <input type="checkbox"/> |
| 3. " sociales (groupes sociaux, rencontres, famille) | (26) | <input type="checkbox"/> |
| 4. " artistiques (peinture, sculpture, dessin) | (3) | <input type="checkbox"/> |
| 5. " intellectuelles (lecture, club échec, scrabble) | (18) | <input type="checkbox"/> |
| 6. " manuelles (tricot, bricolage, jardinage) | (20) | <input type="checkbox"/> |
| 7. autre, précisez _____ | (3) | <input type="checkbox"/> |

179. Avez-vous changé vos habitudes de loisirs depuis que vous êtes diabétique?
- | | | |
|---------------------|--------|--------------------------|
| 1- (15) | 44,5 % | |
| 2- (19) | 55,5 % | |
| aucune réponse: (3) | | <input type="checkbox"/> |
1. Oui 2. Non

180. Quand vous pensez à vos loisirs, diriez-vous que vous êtes:
- | | | | |
|---|------|--------|--------------------------|
| 5- Très satisfait | (13) | 36,1 % | |
| 4- Satisfait | (8) | 22,2 % | |
| 3- + ou - satisfait | (7) | 19,4 % | <input type="checkbox"/> |
| 2- Insatisfait | (6) | 16,7 % | |
| 1- Très insatisfait | (1) | 2,8 % | |
| 0- Incapacité de répondre à la question | (1) | 2,8 % | |
| aucune réponse: (1) | | | <input type="checkbox"/> |

Si vous êtes très satisfait ou incapable de répondre, passez à la Q. 183.

181. Faites-vous quelque chose pour améliorer votre besoin de vous divertir?
- | | | |
|----------------------|--------|--------------------------|
| 1- (7) | 33,3 % | |
| 2- (14) | 66,7 % | |
| aucune réponse: (16) | | <input type="checkbox"/> |
1. Oui 2. Non
- Précisez _____

Si vous faites quelque chose, passez à la Q. 183.

182. Pourriez-vous nous en donner les raisons?
- | | | |
|--|-----|--------------------------|
| 1. vous manquez de temps pour les loisirs | (3) | <input type="checkbox"/> |
| 2. vous manquez de moyens financiers | (1) | <input type="checkbox"/> |
| 3. vous ne savez pas vers quels loisirs vous diriger | (2) | <input type="checkbox"/> |
| 4. vos loisirs ne conviennent pas au reste de la famille | (2) | |
| 5. vous ne vous sentez pas capable d'entreprendre des loisirs | (6) | |
| 6. vous manquez d'intérêt pour chercher des loisirs qui vous conviennent | (3) | |
| 7. autre, précisez _____ | (2) | |
| aucune réponse: (22) | | |

183. Considérez-vous que vos connaissances sont suffisantes sur les éléments suivants? Aucune réponse (2) sauf 2-10-11
- | | | | |
|--|---------|---------|-----------------|
| 1. Oui 2. Non | | | |
| 1. nature du diabète | 1- (17) | 2- (18) | aucune rép: (2) |
| 2. régime alimentaire | 1- (26) | 2- (10) | aucune rép: (1) |
| 3. l'injection d'insuline | 1- (21) | 2- (14) | aucune rép: (2) |
| 4. les médicaments oraux | 1- (18) | 2- (17) | aucune rép: (2) |
| 5. les soins des pieds | 1- (27) | 2- (8) | aucune rép: (2) |
| 6. l'activité physique | 1- (23) | 2- (12) | aucune rép: (2) |
| 7. les tests sanguins | 1- (24) | 2- (11) | aucune rép: (2) |
| 8. les tests urinaires | 1- (17) | 2- (18) | aucune rép: (2) |
| 9. les règles à suivre en cas de maladie | 1- (21) | 2- (14) | aucune rép: (2) |
| 10. les complications | 1- (20) | 2- (16) | aucune rép: (1) |
| 11. les circonstances spéciales | 1- (13) | 2- (23) | aucune rép: (1) |
| 12. les ressources communautaires | 1- (10) | 2- (25) | aucune rép: (2) |
| 13. autre, précisez _____ | | | |

184. Dans quelles circonstances avez-vous reçu cette information?
- | | | | |
|--------------------------------|------|--------|--------------------------|
| 1. durant vos hospitalisations | (21) | 63,2 % | <input type="checkbox"/> |
| 2. autres, précisez _____ | (12) | 36,8 % | |
| aucune réponse: (4) | | | |

185. Lorsque vous avez appris que vous étiez diabétique, pouvez-vous vous rappeler ce que vous avez ressenti?

Précisez _____

186. Que ressentez-vous au moment où on vous transmet de l'information sur le diabète?

- | | | |
|---|------|----|
| 1. l'impression de recevoir trop d'informations à la fois | (6) | |
| 2. l'impression de ne pas recevoir assez d'informations | (16) | |
| 3. l'impression de ne pas comprendre l'information transmise | (8) | ☐ |
| 4. vous ne vous sentez pas à l'aise pour poser certaines questions | (10) | ☐ |
| 5. l'importance est accordée aux aspects techniques (injections, tests) du contrôle de la maladie | (13) | ☐ |
| 6. vous n'avez pas le temps de discuter de vos sentiments concernant le diabète | (6) | ☐☐ |
| 7. l'impression qu'on ne vous fait pas confiance | (4) | ☐☐ |
| 8. autre, précisez _____ | (4) | ☐☐ |
- _____

187. Quelle serait, selon vous, la façon la meilleure pour apprendre?

précisez _____

188. Aimez-vous lire?

- | | | | |
|--------|--------|---------------------|---|
| 1. Oui | 2. Non | 1- (29) 82,9 % | |
| | | 2- (6) 17,1 % | ☐ |
| | | aucune réponse: (2) | |

189. Avez-vous de la documentation écrite (dépliants - revues - livres) sur le diabète?

- | | | | |
|--------|--------|---------------------|---|
| 1. Oui | 2. Non | 1- (27) 77,1 % | |
| | | 2- (8) 22,9 % | ☐ |
| | | aucune réponse: (2) | |
- Si oui, précisez _____

190. Quels seraient les services qui vous aideraient le mieux à vivre avec votre diabète?

- | | | |
|-----------------------------------|------|-----|
| 1. service médical | (14) | |
| 2. service de consultation | (21) | |
| 3. groupe d'entraide | (17) | |
| 4. cours de cuisine | (11) | |
| 5. accès à une ligne téléphonique | (13) | ☐☐☐ |
| 6. accès à un service de garde | (2) | |
| 7. prêt de documentation | (10) | |
| 8. autre, précisez _____ | (6) | |
- aucune réponse: (1)

191. Quand vous pensez à vos connaissances sur le diabète et à tout ce qui les entoure, pourriez-vous dire que vous êtes:

- | | | | |
|---|------|-----------------|--------------------------|
| 5- Très satisfait | (8) | 22,2 % | |
| 4- Satisfait | (11) | 30,6 % | |
| 3- + ou - satisfait | (9) | 25 % | <input type="checkbox"/> |
| 2- Insatisfait | (4) | 11,1 % | |
| 1- Très insatisfait | (3) | 8,3 % | |
| 0- Incapacité de répondre à la question | (1) | 2,8 % | |
| | | aucune réponse: | (1) |

Si vous êtes très satisfait ou incapable de répondre, passez à la Q. 194.

192. Si votre besoin d'apprendre est insatisfait, faites-vous quelque chose pour l'améliorer?

- | | | | | |
|------------------------|--------|----------------------|--------|--------------------------|
| 1. Oui | 2. Non | 1- (12) | 52,2 % | |
| | | 2- (11) | 47,8 % | <input type="checkbox"/> |
| Si oui, précisez _____ | | aucune réponse: (14) | | |

Si vous faites quelque chose, passez à la Q. 194.

193. Si vous ne faites rien, pouvez-vous nous en donner les raisons?

- | | | |
|---|---|--------------------------|
| 1. vous ne savez pas quoi faire | 4 | <input type="checkbox"/> |
| 2. vous ne savez pas comment faire | 3 | <input type="checkbox"/> |
| 3. vous ne vous sentez pas capable d'entreprendre quoique ce soit | 2 | <input type="checkbox"/> |
| 4. vous manquez d'intérêt | 3 | |
| 5. autre, précisez _____ | 1 | |

194. À combien de reprises avez-vous consulté les professionnels de la clinique d'aide aux diabétiques et leurs familles?

- | | |
|--|--|
| - Lieu de l'entrevue: _____ | <input type="checkbox"/> |
| - Durée de l'entrevue: _____ | |
| - Identification de la personne qui a conduit l'entrevue:
_____ | |
| - Commentaires (s'il y a lieu)

_____ | No. quest. <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> |

195. Pouvez-vous nous donner le nom d'une personne en qui vous avez confiance et qui vous connaît bien et qui pourrait répondre à ce questionnaire au sujet de vos besoins en tant que personne diabétique?

- Nom: _____
- No. de tél.: _____
- Statut: _____

QUESTION 14: QUE SIGNIFIE POUR VOUS "ETRE DIABETIQUE"?

- Ne s'en fait pas avec ça
- Ca me tracasse la tête pas mal
- Maladie sale
- Rien, seulement des médicaments de plus à prendre, le prix à payer
- Ca ne me dérange pas
- Un problème, je préfère cette maladie à être cardiaque
- Paquet de troubles
- J'ai du me faire amputer une jambe 13 ans
- Le reste de mes jours, je suis prise avec ça
- Une souffrance, une peine, douleur
- Ce n'est plus une vie, c'est une existence
- Rien maintenant, car je ne suis pas insulino-dépendant
- A part des autres, j'aime mieux être chez moi
- Bien embêtant, beaucoup de privation
- Pas capable de travailler. Au début ça allait, maintenant ça empire avec l'âge
- Isolé des autres. J'aurais plus d'amis, si je n'étais pas diabétique
- Rien de spécial. Prévoir ce que l'on fait dans la journée
- Maladie qui dérange beaucoup. Difficile à accepter
- Handicap depuis que je suis à l'insuline
- Priver dans la nourriture. Faire de l'activité
- C'est incroyable au début. Je commence à m'y faire. Déception.
- Au début je n'aimais pas ça, aujourd'hui je m'y fais. J'avais peur de la piqûre
- Pas grand chose, je me considère comme tout le monde

- Ca cause des problèmes. Moins grande capacité physique. Faut tout prévoir quand on part
- Vivre avec la maladie et ses conséquences. Dérange le plus, c'est la réaction des non-diabétiques face à moi
- Catastrophe, maladie qui entraîne d'autres
- Handicapé
- Avoir un handicap
- D'être ralenti dans son fonctionnement (arrêt de travail, capacité physique en moins)
- Maladie difficile à accepter. Ne peut pas manger ce que je veux. Maladie qui m'empêche de fonctionner normalement
- Faut se prendre en main. Faut faire attention mais faut avoir quelqu'un pour nous aider car seul c'est difficile
- Frustration (n'accepte pas même après 30 ans). Dispendieux. Amène autre maladie
- J'accepte mais quelque fois je me sens pas bien mais je ne sais pas si être diabétique est la cause
- Rien de spécial
- C'est une maladie pour moi
- Rien, cela ne me fait pas peur. Mourir de ça ou de d'autre chose
- Ne m'arrête pas à ça, car sinon je ne vivrai pas comme je voudrais

QUESTION 45: QUE FAITES-VOUS POUR EVITER LES HYPOGLYCEMIES?

- Pas de dispositions particulières, collation s'il y a lieu
- Je m'organise pour manger ou prendre une collation tout de suite
- Fais attention à ce que je mange, le plus simplement possible
- Se repose
- S'occupe à autres choses
- Essayer de suivre ma diète
- Je prends mes glycémies, fais attention à ce que je mange
- Elle se connaît assez, pour prévenir les hypoglycémies
- Rien de spécial
- J'essaie de manger à des heures régulières
- L'alimentation
- Prend ses médicaments
- Elle se surveille, elle connaît bien ses symptômes
- Rien de particulier
- Mange quelque chose de sucrer, quand je me sens faible
- Manger une pomme
- Mange des féculents
- Rien de particulier
- J'essaie de me connaître mieux
- Jamais ressenti
- Rien, ça ne me dérange pas
- Je ne sais pas, jamais ressenti
- Baisser mon insuline quand je connais l'horaire de ma journée. Manger plus aux repas, quand je ne n'ai rien prévu
- Bien me nourrir pour ne pas faire d'hypoglycémie

- Fait attention à mes doses d'insuline
- Equilibre les repas
- Balancer les repas et l'insuline autant que possible
- Balance l'insuline avec les repas
- Suit régime, prend collation (jus ou fruit)
- Rien
- Maintenir la diète
- Si arrive trop souvent, descend mon insuline
- Nous suivons la diète moi et ma femme
- Pas grand chose. Non je ne sais pas comment faire
- Je ne fais rien, plus fait attention de ne pas manger de sucre, prise de sang 4 fois par année
- Rien
- Essaie de manger aux heures régulières

**QUESTION 167: POUVEZ-VOUS NOUS DIRE POURQUOI VOTRE CONDITION N'EST PAS CONNUE
DES GENS QUI VOUS ENTOURENT?**

- Peur de déranger
- Pas assez important pour avertir tout le monde
- Pour pas les embarrasser avec ça
- N'aime pas en parler
- Pas de contact régulier ou suffisant avec le groupe

QUESTION 185: LORSQUE VOUS AVEZ APPRIS QUE VOUS ETIEZ DIABETIQUE, POUVEZ-VOUS VOUS RAPPELER CE QUE VOUS AVEZ RESSENTI?

- Trop jeune pour réagir, mais les parents ont réagi
- Je ne savais pas ce qu'était cette maladie, nier la maladie
- Ne s'en rappelle pas, ne connaissais pas les conséquences après amputation, il s'y intéresse
- Ça ne l'a pas ébranlé
- Je préfère être diabétique que cardiaque
- Au départ, je n'ai pas ressenti grand chose
- Mercredi saint, je n'acceptais pas, je n'y croyais pas, mais je n'avais pas peur (mal de dents)
- Je savais que cette maladie est incurable, je pensais à l'insuline
- Sur le coup, ça ne m'a pas dérangé, ce sont les conséquences après qui m'énervent
- Trois mois congés, je ne connaissais pas les conséquences, je pensais que c'était le cœur
- Ne s'en rappelle pas, ma mère était diabétique obèse
- Très troublée même si elle s'en doutait
- Bien de la difficulté à l'accepter
- Rien de particulier en étant jeune (19 ans) je n'ai pas changé mes habitudes. C'était pas trop difficile. Aujourd'hui c'est plus difficile
- Plus jeune, je me posais des questions sur mon diabète, de ne pas être comme les autres
- C'est très surprenant, fait peur
- Une douche d'eau froide, jamais accepté
- Frustration, haine, de la peur
- Pas tellement surprise, dans ma famille il y a des diabétiques
- Incrédulité, je voulais prouver que je n'étais pas diabète

- Pas contente du tout. Quand j'ai su que je n'avais pas de piqûre, je l'ai mieux prise
- Non, trop jeune
- Je ne voulais pas y croire, ça été long avant que je l'accepte
- Fâchée après le médecin quand il a annoncé à sa mère (pleurait). A l'école primaire et secondaire: manipulation de ma part
- Catastrophe
- Soulager de savoir ce que j'avais
- De la peur, de la révolte, du désespoir
- Enfin, ils ont trouvé ce que j'ai (soulagement)
- Découragement, durant une période de 4-5 mois, j'ai pris régulièrement à tous les jours de la boisson (alcool)
- Agressivité, frustration, peiné de cette situation
- Cela m'a vraiment assommé, difficile à prendre
- Je n'y croyais pas
- Mon père et ma mère étaient diabétiques, alors la surprise n'était pas trop grande
- Cela m'a rien fait
- Pas déranger car je ne me rendais pas compte de la gravité de cette maladie

QUESTION 116: QUELS SONT LES PRINCIPAUX DANGERS QUE VOUS CRAIGNEZ?

- Reins - vue
- Etre insulino-dépendant
- Infarctus - paralysie
- Perdre l'autre jambe
- De manquer de sucre et d'être seule - coma
- Que les reins bloquent
- Sentiment de panique quand il m'arrive quelques choses: chute, coma, lever la nuit et tomber
- Entraîne d'autres maladies (yeux, reins, coeur)
- Tomber dans le coma
- Danger à long terme
- Hypoglycémie conduit au coma, rester seule, pas d'aide nécessaire en cas d'urgence
- Toutes les conséquences que la maladie peut entraîner
- Effets secondaires du diabète - infection
- Effets secondaires de la maladie (yeux, reins, circulation)
- Peur d'aggraver ma santé
- Faire de la gangrène aux pieds, peur pour les reins - manquer de mémoire
- Peur que le taux de sucre augmente trop vite
- Obliger de me piquer
- Dialyse - gangrène - devenir aveugle
- Peur de ne pas se donner la bonne dose d'insuline
- Problèmes de vision

NOMBRE DE PERSONNES INSCRITE SUR LES LISTES DES PHARMACIENS EN FONCTION DE CHACUNE DES PHARMACIES

Pharmacie	Nombre de personnes figurant sur les listes des pharmaciens ou inscrites sur les cartes par pharmacie	Nombre de personnes ayant rappelé la chercheuse, à la suite des lettres envoyées par les pharmaciens, par pharmacie
# 1	5	5
# 2	16	9
# 3	21	0
# 4	21	5
# 5	27	10
# 6	100	13
TOTAL	<u>190</u>	<u>42</u>

Répartition, par répondant, des scores de satisfaction pour chacun des quatorze besoins, exprimés en valeur absolue (/70) et en pourcentage (%)

Question no	(19)	(49)	(63)	(82)	(89)	(101)	(110)	(117)	(127)	(148)	(153)	(175)	(180)	(191)		
Besoins	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	/70	
Répondant 1	5	4	3	4	3	4	4	3	4	3	4	3	5	2	51	73 %
2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	2	4	54	77 %
3	4	3	3	3	3	4	4	3	4	4	4	4	4	4	51	73 %
4	3	3	2	4	3	4	4	4	4	4	4	4	3	2	48	69 %
5	1	4	2	3	3	4	4	4	4	4	4	4	5	2	48	69 %
6	3	3	4	4	3	4	4	3	3	5	5	4	4	3	51	73 %
7	1	4	5	4	5	4	5	3	4	4	4	4	4	5	56	80 %
8	5	4	5	0	5	4	4	3	5	5	5	5	3	3	56	80 %
9	4	2	4	1	4	4	4	4	4	4	1	4	2	4	46	66 %
10	3	3	3	0	2	3	5	3	3	5	5	4	2	4	45	64 %
11	3	2	2	2	1	5	4	2	3	2	5	1	2	3	37	53 %
12	5	5	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	66	94 %
21	3	5	5	5	2	5	5	2	3	2	5	2	5	3	52	74 %
22	5	1	5	4	3	5	5	3	5	3	2	3	3	5	52	74 %
23	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	3	4	4	65	93 %
24	5	5	5	5	1	5	5	5	4	3	5	4	3	3	58	83 %
25	3	5	5	3	3	5	5	0	5	3	5	5	4	4	55	79 %
26	3	5	3	4	3	5	5	5	3	3	4	4	5	5	57	81 %
27	4	4	5	5	3	4	5	0	3	5	5	5	3	3	54	77 %
28	3	3	3	4	5	5	3	3	5	4	5	4	4	3	54	77 %
29	5	5	5	5	4	5	5	5	5	5	5	5	3	3	65	93 %
30	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	70	100 %
31	4	5	3	5	4	5	5	4	3	5	3	5	5	5	61	87 %
32	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	5	5	5	4	68	97 %
33	5	4	2	5	5	5	5	5	3	5	5	5	4	5	63	90 %
34	3	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	3	4	65	93 %
37	5	5	5	5	4	4	5	3	5	3	5	5	5	4	63	90 %
38	4	5	4	4	5	5	5	4	5	2	3	4	4	4	58	83 %
40	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	68	97 %
41	3	0	4	3	4	2	5	1	3	4	0	0	0	0	29	41 %
42	1	4	5	1	1	5	5	1	1	3	5	5	5	1	43	61 %
43	4	4	5	5	2	5	2	3	5	4	5	5	5	4	58	83 %
44	1	3	5	2	5	5	5	0	2	1	5	1	1	1	37	53 %
45	5	3	3	0	1	0	0	0	0	5	5	0	5	0	27	39 %
46	3	3	4	4	4	5	5	5	4	5	5	5	5	5	62	89 %
47	3	1	4	1	5	5	5	5	2	5	5	5	1	1	48	69 %
48	3	3	4	4	2	4	3	4	3	3	4	4	2	2	45	64 %