



## **GESTION DE LA PRISE EN CHARGE DES DIABÉTIQUES DE L'HÔPITAL MILITAIRE D'ABIDJAN (HMA)**

## **MANAGEMENT OF DIABETES CARE AT THE ABIDJAN MILITARY HOSPITAL (HMA)**

**MORO Moro Dominique**

Enseignant-chercheur

Institut d'Ethno-sociologie (IES)

Université Félix Houphouët-Boigny-Abidjan, Côte d'Ivoire

**dominiquemorromorro@yahoo.fr**

**M'BRA Kouakou**

Enseignant-chercheur

Institut d'Ethno-sociologie (IES)

Université Félix Houphouët-Boigny-Abidjan, Côte d'Ivoire

**mbrakouakou@yahoo.fr**

**Date de soumission :** 03/04/2023

**Date d'acceptation :** 19/06/2023

**Pour citer cet article :**

Moro. M. D. et Kouakou M. (2023) « Gestion de la prise en charge des diabétiques de l'hôpital militaire d'Abidjan (HMA) », Revue Internationale du chercheur «Volume 4 : Numéro 2» pp : 534- 552

**Digital Object Identifier :**

## Résumé

Le diabète, une maladie chronique constitue un problème de santé publique dans le monde. En Côte d'Ivoire, dans les Centres hospitaliers en général et particulièrement à l'hôpital militaire d'Abidjan, les facteurs de prise en charge de cette maladie suscitent des incongruités. Lesquelles se résument dans sa chronicité, son coût et dans les pratiques thérapeutiques, qui fondent les inadéquations entre les logiques des acteurs en présence. En dehors de ces facteurs (clinique, économique et culturel) qui rendent complexe la gestion du diabète, il y a aussi des dimensions (individuelle et sociale) comme l'ignorance et le statut social des patients. Cet article veut comprendre les logiques explicatives de la gestion de la prise en charge des diabétiques. La méthodologie qui a présidé au recueil des données est l'approche mixte. Les données qualitatives et quantitatives sont respectivement recueillies à partir de guides d'entretien individuel, de groupe, de grille d'observation in situ et de questionnaire.

Ces résultats montrent que les perceptions et représentations des patients de la maladie, la méconnaissance du risque associée à l'inobservance du traitement et l'influence de l'environnement social rendent difficile sa prise en charge. Aussi, les pesanteurs socioéconomiques et culturelles sont-elles clientes des incongruités de la gestion de la pathologie.

**Mots clés :** « Prise en charge ; Diabétiques ; Hôpital Militaire d'Abidjan ; Perceptions ; Représentations »

## Abstract

Diabetes, a chronic disease, is a public health problem throughout the world. In Côte d'Ivoire, in hospitals in general and the Abidjan Military Hospital in particular, the factors involved in treating this disease give rise to incongruities. These can be summed up in its chronicity, cost and therapeutic practices, which underlie the mismatches between the logics of the players involved. In addition to these factors (clinical, economic and cultural) which make diabetes management complex, there are also dimensions (individual and social) such as ignorance and the social status of patients. The aim of this article is to understand the reasons behind the management of diabetes. The methodology used to collect the data is a mixed-methods approach. Qualitative and quantitative data were collected using individual and group interview guides, an on-site observation grid and a questionnaire. The results show that patients' perceptions and representations of the disease, their lack of awareness of the risk associated with non-compliance with treatment, and the influence of the social environment make it difficult to manage. Socio-economic and cultural constraints also play a part in the incongruities of disease management.

**Keywords :** « Management ; Diabetics ; Abidjan Military Hospital ; Perceptions ; Representations »

## Introduction

Le diabète est une maladie chronique grave qui constitue un important problème de santé publique dans le monde. Les statistiques sur le nombre de personnes atteintes de cette maladie sur la planète est de 537 millions, en raison d'une personne sur 10 (Atlas, 2021). Selon les statistiques, le continent africain devrait connaître une augmentation de 98 % du nombre de cas de diabète et pourrait atteindre les 23,9 millions de cas d'ici 2030. Des études menées dans la région africaine indiquent que jusqu'à 15% des adultes âgés de 25-64 ans sont diabétiques (Louis Gomes Sambo, 2012). En Afrique, les problèmes de lutte contre cette pandémie restent semblables à ceux rencontrés par le corps médical et les autorités sanitaires face à la gestion des maladies chroniques comme le VIH /SIDA, la tuberculose et le paludisme. Au nombre de ces problèmes, les raisons évoquées sont les difficultés d'accès aux soins, le problème de l'abandon du traitement, du coût des transports et des médicaments, du manque de personnels et de structures adéquates, de la présence des tradi-thérapeutes et des problèmes culturels. Les statistiques montrent que les cas de diabète sont élevés en Afrique, avec un score d'environ 24 millions de personnes pour un taux de prévalence de 4,5 %. Parmi ces cas, les estimations fixent à 54% de cas non diagnostiqués (FID, 2021).

Par ailleurs, face aux divers constats observés sur son évolution socio-sanitaire, le diabète est devenu un sujet hyper-communicé du fait de sa condition quasi épidémique et de sa complexité nosologique. Autrement dit, cela est traduit par l'ensemble de facteurs de risques et de Co-morbidité qui la définissent. Le tableau que présente l'Afrique subsaharienne n'est pas différent de celui de la Côte d'Ivoire. En 2013, la Côte d'Ivoire comptait environ 201600 cas de diabète, tandis qu'en 2019, le taux de prévalence était estimé à 6,2% (FID, 2021). En 2021, près de 700 000 personnes achètent des médicaments pour le traitement du diabète en Côte d'Ivoire<sup>1</sup>.

En Juin 2015 le nombre de diabétiques au Centre Antidiabétique d'Abidjan (CADA) était estimé à plus de 42000 patients. Aujourd'hui le CADA compte plus de 44000 patients. A l'Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA) l'on enregistre plus de 2000 cas (Service de diabétologie HMA, 2023). Louis Gomes Sambo (2012), estime que la majorité des personnes souffrant du diabète ne le savent pas. D'autres par contre sont diagnostiquées tard et n'ont pas accès à un traitement adéquat ni à des médicaments du diabète comme l'insuline. Cela entraîne, en effet, des complications évitables telles que les troubles neurologiques, vasculaires ou visuels, les

---

<sup>1</sup> Pascal Sibailly, <https://news.abidjan.net/articles/700651/pres-de-700-000-personnes-sous-traitement-du-diabete-en-cote-divoire>, consulté le 9 juin 2023

cardiopathies, les accidents vasculaires cérébraux, l'amputation des membres et l'insuffisance rénale sans oublier d'autres maladies chroniques. Pour le traitement du diabète, il ressort de la littérature que les difficultés apparaissent à plusieurs niveaux à savoir : les facteurs cliniques (chronicité de la maladie, mortalité associée à la pathologie et haute fréquence des complications liées au diabète), les facteurs socioéconomiques (éducation au diabète limitée, difficultés d'une diététique adaptée et médicaments trop coûteux), facteurs organisationnels (systèmes de santé inadaptés, médicaments rares et pénurie des outils de suivi nécessaire), et les facteurs culturels (représentations de la maladie et pratiques de soins). Toutes ces insuffisances factuelles constituent un frein à la prise en charge effective du sujet diabétique.

Cette étude vise à comprendre les logiques explicatives de la problématique de la gestion de la prise en charge des patients du diabète. Pour y parvenir, elle répond aux questionnements suivants : Quelles sont les perceptions et représentations du diabète par le patient et les soins ? Quelles sont les pratiques et comportements des proches dans la prise en charge du diabète et des soins ? Quel est le rôle de l'environnement social dans la gestion de la prise en charge de la maladie ?

Pour répondre à ces questionnements, d'abord, la démarche méthodologie qui a présidé au recueil des données de terrain est exposée, suivie ensuite, de la présentation et de l'analyse des résultats, et enfin, d'une discussion de ces résultats.

## **1. Méthodologie**

### **1.1. Présentation du site de l'étude**

L'étude a été réalisée à l'Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA). Cet hôpital a un caractère particulier. A l'origine, il a été conçu pour les militaires mais aujourd'hui, il reçoit aussi les civils. Il regroupe tous les services de santé, notamment les services de pédiatrie, de gynécologie... de diabétologie qui fait l'objet de la présente étude. L'Hôpital Militaire d'Abidjan représente une structure sanitaire de deuxième recours et qui a le statut d'hôpital général (HG) selon le milieu hospitalier ivoirien. Il est donc habilité à accueillir toutes les couches sociales présentant des problèmes de santé.

### **1.2. Population d'étude**

La population concernée par cette étude est constituée de tous les malades atteints de diabète qui fréquentait ledit hôpital durant de la période d'enquête, à savoir du 1er juillet au 30 novembre 2022 (soit une période de 5 mois). Les médecins et les accompagnants de malades

ont également été associés à cette quête d'informations sur la question de la gestion de la prise en charge des diabétiques dans cette structure sanitaire de second recours.

### **1.3. Echantillonnage**

La construction de l'échantillon s'est appuyée sur l'effectif des populations malades du diabète qui ont fréquenté l'Hôpital Militaire d'Abidjan au cours de la période d'enquête. Ainsi, la taille de l'échantillon s'est constituée de façon accidentelle sur la base des populations malades présentes sur le site durant ladite période. Cette taille de l'échantillon s'est établie à 251 patients qui ont participé à l'enquête.

### **1.4. Outils de collecte, traitement et analyse des données**

Plusieurs outils de collecte des données ont été utilisés pour effectuer ce travail de recherche. Ce sont :

- Un questionnaire adressé aux malades pour faire ressortir leurs perceptions de l'origine et de l'affection du diabète ; le niveau de participation de l'entourage du patient ; le niveau d'influence de l'environnement social dans la gestion de la prise en charge du diabétique ; ainsi que leurs représentations de la maladie,
- Un guide d'entretien pour réaliser des entretiens semi-directifs et des focus group sur les représentations et les perceptions des médecins et accompagnants de malades,
- Une grille d'observation in situ pendant les séances de consultation.

L'étude a adopté une approche mixte (quantitative et qualitative). Ce qui a favorisé l'utilisation du logiciel SPSS version 20.0. Pour les données quantitatives. Ledit logiciel a permis de faire l'analyse statistique en ressortant les tableaux avec les effectifs et les pourcentages. Aussi, le recours à l'analyse de contenu thématique a été nécessaire pour le traitement des données qualitatives collectées. La présentation de ces données qualitatives a faite sous forme de verbatims selon les thèmes qui expriment leurs sens ou leurs représentations communes.

## **2. Résultat de l'étude**

## 2.1. Représentations sociales du diabète chez le patient et la famille d'accueil

Les diabétiques qui fréquentent l'hôpital militaire d'Abidjan (HMA) présentent diverses appréciations sur l'origine de leur maladie. Ils perçoivent souvent leur situation pathologique comme étant le résultat d'un problème d'hérédité familiale, d'une transgression alimentaire mais aussi l'œuvre du destin (notamment fatale), voire d'un sort, d'une malédiction...

### 2.1.1. Perceptions sociales de l'origine du diabète

Tableau I : Répartition des diabétiques selon l'origine du diabète

ORIGINE	EFFECTIFS	POURCENTAGES
<b>Stress</b>	29	11
<b>Héréditaire</b>	82	33
<b>Transgression alimentaire</b>	90	36
<b>Dettes</b> (fatalité, destin, sort, malédiction)	13	05
<b>Autres raisons</b> (à l'issue de traitement d'une maladie, macrosomie (bébé dont le poids est supérieur ou égal à 4 kg), absence d'activité physique)	37	15
<b>TOTAL</b>	251	100

Source : Donné de terrain, novembre 2022

Les résultats de l'enquête issus du tableau I, montrent que 36% des diabétiques attribuent l'origine de cette maladie chronique à une transgression alimentaire. En outre pour 33% des malades le diabète relève d'une hérédité communautaire. Seuls 11% des participants à l'étude considèrent que le stress peut constituer un élément factuel de l'avènement du diabète. Pour 5% des enquêtés, le diabète est perçu comme une dette c'est-à-dire une fatalité, un destin, un sort et une malédiction. Les propos d'un patient confirment cela : « *C'est mon oncle qui a mis la maladie sur moi. A cause de la plantation de mon père qui est décédé... La plantation devait me revenir de plein droit mais mon oncle me faisait des histoires et moi je m'opposais... C'est comme ça que la maladie a commencé. Il a confessé cela avant de mourir* ». Enfin, 15% des souffrants disent être atteints du diabète du fait de la macrosomie (maternité de bébé dont le poids est supérieur ou égal à 4 kg, à l'issue de traitement d'une maladie et absence de l'activité physique).

### 2.1.2. Perception de l'affection du diabète dans les relations du patient avec son entourage

Tableau II : Fréquence de l'affection du diabète dans les relations du patient avec son entourage

AFFECTION	EFFECTIFS	POURCENTAGES
<b>Oui</b>	210	84
<b>Non</b>	15	6
<b>Sans opinion</b>	26	10
<b>Total</b>	251	100

Source : Donné de terrain, novembre 2022

Les résultats du tableau II révèlent que le diabète affecte les relations des diabétiques avec leur entourage. En effet, le diabète de type 2 est généralement diagnostiqué tard surtout à la suite de diverses complications. Ainsi, à la découverte de la maladie, parfois, le diabétique a déjà physiologiquement perdu beaucoup de poids. Certaines personnes ignorent que le diabète est une maladie chronique et non contagieuse. Ces dernières pensent qu'elles peuvent contracter la maladie au contact de leurs proches, amis souffrant du diabète. Cette idée préconçue les éloigne donc de leurs connaissances diabétiques. Cette attitude est renforcée par les dires d'une patiente âgée de 70 ans, vivant avec le diabète depuis 30 ans : « Lorsque ma camarade a su que j'avais le diabète, elle m'a fui pendant 2 années. Mais quand elle a eu l'information que le diabète n'était pas une maladie contagieuse, elle est revenue vers moi mais j'ai refusé son amitié ». Pour un autre patient âgé de 37 ans avec 9 ans de diabète : « Je ne peux plus rester longtemps dehors avec mes amis, je suis obligé de rentrer tôt pour faire mon injection. Aussi, mes amis et moi ne pouvons plus partager les mêmes repas, les mêmes plaisirs vus que j'ai un régime alimentaire à observer ». C'est clair que ce nouveau mode de vie détériore la nature de la relation entre le patient et son entourage. Les résultats de cette interrogation indiquent que dans 84% des cas, le diabète affecte les relations des diabétiques avec leurs entourages contre 6% pour ceux dont le diabète n'affecte pas leurs relations et 10% pour les sans opinion.

## 2.2. Implication de l'environnement social dans la gestion de la prise en charge du diabétique et des soins

### 2.2.1. Niveau d'importance de l'implication des proches

Tableau III : Répartition du degré de l'importance de l'implication des proches

Implication des proches	Effectifs	Pourcentages
Pas du tout	56	22
Un peu	14	6
Beaucoup	75	30
Enormément	106	42
Total	251	100

Source : Donné de terrain, novembre 2022

Cette investigation fait découvrir que les patients rencontrés accordent plus d'importance à l'implication des proches. Ce degré d'importance de l'implication des proches pourrait constituer un élément d'analyse à la gestion de l'ordonnance médicale. Ce qui justifie le choix des réponses des malades suivis au HMA. Une patiente âgée de 35 ans ayant le diabète depuis 5 ans avoue ceci : « *mes belles sœurs m'ont beaucoup soutenu moralement au début diabète car après l'annonce du diabète je pleurais...* ». La proportion des patients qui sont énormément soutenus par les proches dans la prise en charge de cette maladie de longue durée est plus élevée que les autres catégories d'importances avec 42%. Ensuite viennent les patients qui sont beaucoup soutenus avec 30%. Les enquêtés qui sont un peu soutenus représentent 6%. Enfin, 22% d'entre eux ne sont pas du tout soutenus (tableau III).

### 2.2.2. Attitude personnelle face au soutien des proches

Tableau IV: Répartition de l'attitude personnelle face au soutien des proches

Attitude Personnelle	Effectifs	Pourcentages
Favorable	185	74
Défavorable	61	24
Sans opinion	05	02
Total	251	100

Source : Donné de terrain, novembre 2022

Cette rubrique laisse entrevoir que les malades suivis à l'Hôpital Militaire d'Abidjan présentent des attitudes différenciées face au soutien des proches. Sur cette base, il ressort que 74% des patients ont une attitude favorable face au soutien des proches contre 24% qui en sont défavorable ; et, 2% n'ont pas émis d'opinion (tableau IV).

### 2.3. Facteurs psychologiques dans la gestion de la prise en charge de la pathologie

#### Perception de l'utilité de faire régulièrement le test de glycémie

Tableau V : Répartition de la perception de l'utilité de faire régulièrement le test de glycémie

Facteurs Psychologiques	EFFECTIFS	POURCENTAGES
<b>Perception de l'utilité du test de glycémie</b>		
Oui	193	77
Non	24	10
Sans opinion	34	14
TOTAL	251	100
<b>Autres types de traitement pratiqués</b>		
Oui	191	76
Non	60	24
Sans opinion	00	00
TOTAL	251	100
<b>Affectation des relations avec l'entourage</b>		
Oui	200	79,8
Non	51	20,2
Sans opinion	00	00
TOTAL	251	100
<b>Nombre de prise de l'insuline par jour</b>		
1 prise / jour	198	79
3 prises / jour	53	21
TOTAL	251	100
<b>Affectation de la vie quotidienne suite à une complication du diabète</b>		
Oui	113	45
Non	98	39
Sans opinion	40	16
TOTAL	251	100
<b>Prise des médicaments et affectation de la vie quotidienne</b>		
Oui	227	90,6
Non	24	9,4
Sans opinion	00	00
TOTAL	251	100
<b>Amélioration de la santé à travers les visites médicales</b>		
Oui	182	72,4
Non	48	19,2
Sans opinion	21	8,4
TOTAL	251	100

Source : Donnée de terrain, novembre 2022

Les données de l'étude permettent d'identifier les perceptions et représentations de la maladie et de ses soins des patients fréquentant l'Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA). Concernant l'origine du diabète, l'étude a montré que pour la majorité (36%) des enquêtés (Tableau I),

l'origine du diabète serait liée à la transgression alimentaire (interdits). Pour les malades diabétiques fréquentant l'Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA) une bonne alimentation est indispensable à leur survie. Ainsi, l'alimentation fournit- elle à la fois à l'organisme les éléments indispensables pour son équilibre sanitaire. Ces résultats montrent que les pratiques alimentaires sont à l'origine de nombreuses maladies. Les populations enquêtées développent des attitudes de méfiance ou de renonciation de ces aliments pour d'éviter le diabète.

Par ailleurs, l'hérédité est également à l'origine du diabète chez certains patients. En effet, selon cette recherche, 33% des patients ont un antécédent familial (Tableau I) contrairement à 67% des sujets qui n'en ont pas. Pour certains, l'origine du diabète est associée à la naissance d'un gros bébé, au traitement d'une maladie et au manque d'activité (15%). Pour d'autres, c'est le stress qui est à l'origine de cette maladie (11%). Le manque d'emploi, l'absence de paix dans le couple et dans le travail sont les raisons qui expliquent le stress chez certains patients. Aussi, chez plusieurs enquêtés on identifie diverses perceptions sur l'origine du diabète. Chez ceux-ci le diabète est perçu comme une dette c'est-à-dire le destin, le sort, la malédiction, la punition pour manquement à Dieu. Les patients suivis à l'Hôpital Militaire d'Abidjan ont été victimes des médisances, de jalousie dans leur famille. Ces perceptions concernant l'origine de la maladie conduit le patient diabétique s'orienter vers d'autres thérapies telles que la médecine dite traditionnelle.

Par ailleurs, la présente prospection permet de voir que 77% (Tableau V) des patients ont une bonne perception du test de la glycémie. En effet, faire régulièrement cet acte médical leur permet une auto surveillance glycémique. Cela leur permet de connaître l'évolution de leur état de santé. Cela peut leur éviter de faire des hypoglycémies ou hyperglycémies voire des complications en corrigeant certains comportements en contradiction avec la prescription médicale. Mieux, cette observance favorise le respect des mesures hygiéno-diététiques perçu comme une contrainte par les patients pourtant elle constitue la pierre angulaire du traitement. Des observations, la difficulté financière liée au faible revenu du patient ne permet pas d'honorer l'ordonnance médicale (OM). Le faible revenu du patient semble avoir un impact sur le choix de la thérapie (la médecine traditionnelle), la profession exercée, le coût élevé des médicaments et du transport, le coût supplémentaire du déplacement pour s'approvisionner en médicament. Tous ces facteurs ont conduit 76% des pensionnaires diabétiques suivis à l'Hôpital Militaire d'Abidjan à d'autres types de traitement (la médecine traditionnelle, les médicaments bio...). Aussi, le type de traitement est un facteur pouvant expliquer la complexité de la prise en charge. En effet pour certains pensionnaires, l'insuline et le régime alimentaire restent

contraignants. L'idée même de penser à s'administrer l'insuline tous les jours et cela à des heures régulières semble pénible par ces derniers. C'est pourquoi l'étude de Bourdon B. (2012) souligne que l'insulinodépendance laisse place au découragement et au sentiment d'être pris en otage par la maladie. Ce sentiment d'impuissance vis-à-vis de la maladie ne permet pas au patient de changer sa représentation à l'égard du diabète. Les représentations sur le nombre de prise de l'insuline ont été également abordées dans cette réflexion. Ainsi, il peut s'observer dans le tableau V que 79% des patients sont favorable pour une seule prise quotidienne tandis que 21% en sont pour 3 prises journalières. Le diabète a un impact négatif sur la relation du patient avec son entourage. Ainsi dans 79,8% des cas le diabète affecte les relations du diabétique avec son entourage. Cela se justifie par le fait qu'avec la survenu du diabète, le souffrant peut plus vivre comme par le passé avec son entourage (les amis, les proches, la famille). Ainsi, ils ne partagent plus les mêmes visions, le même mode de vie, les moments de loisirs, de divertissement. Difficulté à participer pleinement à une cérémonie de baptême, anniversaire, mariage, funérailles car, le malade exprime le besoin de rentrer tôt à la maison pour la prise de ses médicaments. En clair, la difficulté associée aux choix alimentaires lorsqu'un (patient diabétique) doit se rendre à l'extérieur en raison du déséquilibre qu'ils provoquent, selon l'étude de Cimon E. (2014). Il y a également la fuite des amis à l'annonce du diabète. Pour certains patients à cause du diabète, ils n'ont plus de petit (e) amis (e), ni de mari, ni de femme. Pour eux, cette maladie représente non seulement un lourd fardeau économique mais aussi une cause de l'impuissance sexuelle et l'infertilité.

Pour 39% des enquêtés, une complication du diabète ne peut pas affecter leur vie quotidienne. En effet, selon eux, quand le traitement du diabète est bien suivi l'on peut éviter les complications. Cependant dans 45% des cas, les complications du diabète semblent affecter leur vie quotidienne. Ces complications constituent un obstacle, un frein à l'épanouissement de ces malades en fonction de leur gravité. Ces complications telles que les cardiopathies, l'amputation des membres, la rétinopathie, l'insuffisance rénale, l'hypertension artérielle (HTA), le trouble de mémoire, l'infertilité ne leur permettent pas de vivre pleinement leur vie et vaquer librement à leur activité. En claire, ces complications ont une répercussion sur la vie sociale (voyage, relation avec les amis, vie professionnel). Une étude faite au Maroc par Monsour K. (2013) souligne que les complications lourdes et handicapantes engendrent des coûts élevés et présentent une énorme charge financière. L'OMS évalue les coûts directs de soins de santé de maladie liée au diabète entre 2,5% à 15% des budgets de santé annuels nationaux. En plus de ces coûts directs s'ajoutent les coûts indirects, non estimés qui sont

imputables aux pertes de productivité et aux souffrances de douleurs causées par les complications du diabète (OMS, 2003).

D'après la présente étude, 90,60% des enquêtés pensent que la prise régulière des médicaments pourrait affecter leur vie quotidienne. La prise régulière des médicaments selon les patients diabétiques suivis à l'Hôpital Militaire d'Abidjan engendre des effets indésirables et entraînent d'autres pathologies (insuffisance rénale). Cette crainte des effets indésirables de la consommation des médicaments a un effet négatif sur l'acceptation du traitement. Ainsi, le milieu de socialisation des patients va influencer leurs représentations. C'est ce qui explique le recours aux médecines alternatives et complémentaires. Nombreux sont les diabétiques qui expriment leur inquiétude concernant les traitements biomédicaux conventionnels par rapport aux autres traitements alternatives issus de la puériculture traditionnel. En ce qui concerne les visites régulières chez le médecin 72,4% des participants pensent que les visites peuvent améliorer leur santé. En effet, les visites permettent aux patients de suivre l'évolution de leur santé mieux avec les conseils du médecin.

#### 2.4. Facteurs sociologiques dans la gestion de la prise en charge du diabète

Tableau VI : Gestion de la prise en charge du diabète selon les facteurs sociologiques

Facteurs sociologiques	EFFECTIFS	POURCENTAGES
<b>Soutien des proches dans les pratiques thérapeutiques</b>		
Oui	93	37
Non	55	22
Sans opinion	103	41
TOTAL	251	100

Source : Donné de terrain, novembre 2022

Les investigations réalisées auprès des enquêtés permettent de montrer l'implication de l'environnement social du diabétique dans la gestion de la prise en charge de ses soins. D'après les résultats du tableau VI, 37% des patients sont soutenus par leurs proches dans les pratiques thérapeutiques. Cet accompagnement est fait par la famille et l'entourage du patient. En effet, ces patients bénéficient d'un soutien financier, social, affectif, l'accompagnement dans l'application des mesures hygiéno-diététiques, culturelles pour les patients qui n'arrivaient pas à déchiffrer leur ordonnance médicale et ne pouvant prendre seul le traitement du fait du niveau d'instruction de certain patient.

Ce travail de recherche montre que 22% (tableau VI) des patients ne bénéficient d'aucun soutien (financier, social et affectif). Cette absence d'accompagnement se traduit par le coût des

médicaments et la chronicité de la maladie qui limitent l'implication des proches. La déqualification sociale qui accompagne le diabétique induit une dégradation de l'image des souffrants à leurs propres yeux tout comme dans le regard de leurs proches ou des autres. L'exclusion est indissociable d'un sentiment de honte qui peut être parfois dénié, caché ou transformé en défi n'est pas moins omniprésent et pernicieux.

### **3. Discussion**

#### **3.1. Représentation du diabète chez le patient et la famille d'accueil**

Cette étude montre que, socialement, plusieurs formes de représentations sont associées à la désignation des facteurs déclencheurs du diabète chez le malade et ses proches. L'hérédité familiale, la transgression alimentaire, l'œuvre du destin ainsi que la malédiction constituent un ensemble d'éléments justificatifs de la production des perceptions traduisant les origines de ce phénomène sanitaire. Cette leçon épistémologie qui ressort de la présente étude corroborent avec celle révélée par Levesque (2015), qui souligne que la santé et la maladie sont des notions subjectives variant selon les appartenances socio-culturelles respectives des acteurs.

En outre, les résultats de ce travail de recherche montrent que le manque de connaissance sur les causes réelles du diabète, pousse les souffrants à citer l'interaction avec leurs entourages comme source de contamination de la maladie. Pourtant, en instituant l'Education Thérapeutique du patient dans ses plans d'actions (Peze, 2017), la biomédecine travaille constamment à faire comprendre aux populations que le diabète est une maladie chronique non transmissible au contact entre proche.

Par ailleurs, les contraintes socio-sanitaires imposées par le mode de gestion du diabète sur le long terme entraînent des insuffisances sur la qualité de l'équilibre familiale du malade. De fait, l'incompréhension des nouvelles habitudes de vie incluant l'adhérence mais aussi l'observance thérapeutique exigé par le processus de prise en charge participe à transformation des liens intra et/ou extra familiaux des acteurs en présence. Cette situation laisse parfois entrevoir la mise en place de diverses distances sociales à savoir la détérioration des rapports familiaux, amicaux ou professionnels. Car, le plus souvent n'ayant pas les capacités à pouvoir faire face aux regards des autres, nombre de malades préfèrent éviter les activités de groupes (manifestation ludique, repas, évènement entraînant de grandes émotions...). Ils adoptent cette stratégie, selon eux, pour éviter les complications généralement imprévisibles du diabète.

### **3.2. Implication de l'environnement social dans la gestion de la prise en charge du diabétique et des soins**

Cette étude réalisée à l'Hôpital Militaire d'Abidjan établit l'importance de l'implication des proches des patients dans la prise en charge à travers entre autres la gestion de l'ordonnance médicale. Selon le CS-DS<sup>2</sup> (2019) les ressources familiales sont d'une importance capitale, étant donné qu'un niveau social défavorisé pourrait avoir un handicap dans la prise en charge d'un acteur malade. Ainsi, la construction de la solidarité familiale autour des soins du diabétique dans son espace social participe à équilibrer aussi bien l'état de santé de ce dernier qu'à renforcer les liens d'appartenance communautaire. De l'observation, cette documentation fait un dépassement relativement aux résultats du présent travail de recherche car, cela permet de remédier aux divers problèmes inhérents à la monoparentalité dans le cas des enfants, au changement situationnel de la famille comme un chômage, un décès pouvant amoindrir les possibilités d'assurer une gestion efficace sur le long terme du diabète. C'est dire que, le recours aux proches constitue une ressource adéquate par exemple, pour faciliter l'achat des médicaments prescrits sur ordonnance médicale par le soignant voire les cas d'urgence nécessitant une hospitalisation de longue durée. Autrement dit, comme l'explique Benoit (2021) l'adhésion thérapeutique étant le pilier central de la prise en charge du diabète, elle nécessite la contribution de tout l'espace social du malade lors de sa réalisation.

### **3.3. Facteurs psychologiques dans la gestion de la prise en charge de la pathologie**

Cette recherche montre que l'interaction au sein de l'espace social participe d'un point de vue psychosocial au renforcement des affects du souffrant. Elle permet au malade de reconstruire avec assurance son rapport à cette pathologie chronique, ses divers modes de gestion et surtout ses perceptions face à son évolution dans le temps qui demeure incertaine du fait de l'imprévisibilité de ces complications. Cette présente investigation montre que certains diabétiques continuent actuellement d'attribuer l'origine de leur état pathologique à une transgression des normes alimentaires (interdits), allant ainsi dans le sens des résultats des travaux de Warren-Boulton (2007). D'où le développement chez certains acteurs des comportements et/ou attitudes de méfiance voire de rejet vis-à-vis de ces nourritures traduisant leur orientation psychosociale face au diabète et sa gestion à travers le régime alimentaire. Gobatto et Traoré (2011) font comprendre dans leurs travaux que les pratiques nutritionnelles

---

<sup>2</sup>Conseil scientifique /Domaine de la santé

participent à cristalliser une multitude de tensions bien qu'elles soient un élément indispensable de la gestion durable du diabète. Sur cette base, Megaptché et Wamba (2017) suggèrent la prise en compte des logiques individuelles et des contraintes collectives qui conditionnent et structurent socialement l'alimentation dans les programmes de l'éducation thérapeutique du patient.

Aussi, chez d'autres, le diabète émane-t-il d'une dette en référence à un sort, une malédiction mieux une punition divine. Idéologiquement, ces patients en s'inscrivant dans cette logique qui désigne la médisance, la jalousie des membres de leur famille comme la source du diabète déconstruisent leur rapport aux pratiques thérapeutiques de la biomédecine pour privilégier la médecine traditionnelle. Puisque, cette dernière selon eux leur présente un tableau médicinal qui leur offre la possibilité de traiter le mal sur tous les plans (biologique, spirituel, religieux). Pourtant, un itinéraire thérapeutique biomédical évite généralement les complications parfois sévères (Simon, 2017) du diabète qui peuvent constamment affecter les habitudes de vie du patient. D'où la nécessité d'une adhérence et surtout d'une accommodation aux prescriptions de la biomédecine proposées par les services biomédicaux pour y remédier objectivement, traduisant la congruité de « *l'équation de concordance thérapeutique* » des acteurs.

### **3.4. Facteurs sociologiques de la gestion de la prise en charge du diabète**

Les investigations décrivent l'environnement social du diabétique dans la prise en charge de ses soins. Cet environnement social selon Kennedy et al. (2015), fait ressortir que le réseau proxy en référence à la gestion du diabète, relève d'une tierce personne. Dans ce cas d'espèce, l'entourage fourni un soutien en apportant de la motivation, des surveillances des prescriptions, et des rappels liés à la médication. Ces services fournis par l'entourage sont également illustrés par Newton-John et al. (2017) qui misent quant à eux sur la vigilance et le contrôle de l'entourage. Ces éléments ont été assimilés comme utiles, mais aussi trop restrictifs selon le degré d'implication. Le contrôle social s'est référé aux efforts du réseau social pour corriger les comportements d'autogestion négatifs des personnes atteintes de diabète. L'appréciation du degré de contrôle social dépend de la perception des personnes et de l'intention de leur entourage. Par ailleurs, Mayberry et Osborn (2012) ont montré que l'excès d'implication de l'entourage au niveau de la gestion, a entraîné à des conflits de rôle, mettant en péril la santé des diabétiques.

D'autres facteurs sociologiques tels que le soutien instrumental, ont été abordés par Oftedal (2014). Cet auteur montre que l'autogestion des malades est influencée par le soutien social à

travers l'apport notamment de nourriture spéciale lors des événements sociaux. Il admet aussi que sous la forme d'habitudes alimentaires et d'activités physiques qui faisait référence à la contribution de l'entourage dans l'apprentissage des comportements de la santé. Des changements de mode vie de l'entourage ont été perçus, comme le fait d'adapter leur alimentation, d'effectuer plus d'activité physique, d'aider lors des injections d'insuline ou encore lors des prises médicamenteuses et de gérer les rendez-vous médicaux.

Des auteurs ont trouvé que cela a permis aux personnes d'avoir une meilleure gestion de leur maladie. Et donc, ce type de soutien a aussi été défini comme une aide pour la réalisation des repas par la famille, en portant l'attention spécialement sur les exigences liées au diabète. Il pouvait aussi s'agir d'aide financière apportée par l'entourage afin de subvenir aux besoins essentiels, comme les médicaments (Newton-John et al, 2017 ; Kennedy et al, 2015 ; Pesantes et al, 2018).

Ces auteurs ont fait ressortir que l'encouragement émotionnel pourrait être un élément favorisant une gestion optimale du diabète, à partir de l'empathie et à l'écoute des besoins des personnes. Cela dit, parfois, le soutien provenant des professionnels de la santé, comprenant les informations données et la gestion pratique a été bien perçue. L'efficacité collective a aussi démontrée son importance en amenant les diabétiques, leurs entourages et les pairs à unir leurs forces pour favoriser des comportements de santé. Cela peut amener un sentiment d'appartenance.

## Conclusion

Le diabète est une maladie métabolique caractérisée par une hyperglycémie chronique résultant, d'un défaut de sécrétion et/ou d'action de l'insuline responsable à long terme des complications micro et macro vasculaires Akre et al. (2021). La réflexion qui a fait l'objet de cette étude porte sur la gestion de la prise en charge des diabétiques à l'Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA). Pour mener cette étude, une mixité méthodologique a prévalu dans le recueil des données.

Les résultats de cette étude montrent que la complexité de la prise en charge des diabétiques de l'Hôpital Militaire d'Abidjan obéit à la représentation que se font les patients et leurs entourages. Cette représentation traduit la perception de l'origine du diabète, d'une part. D'autre part, elle exprime la perception de l'affection du diabète dans les relations du patient avec son entourage.

La problématique de la prise se charge chez ces diabétiques de l'Hôpital Militaire d'Abidjan met en scène l'influence de l'environnement social qui structure la prise en charge du diabétique

et de ses soins, l'implication des proches dans le processus de traitement et de l'attitude personnelle du malade face aux travaux de soin des proches.

L'exposé de cette prise en charge du diabète a pris en compte les facteurs psychologiques et sociologiques. En ce qui concerne l'aspect psychologique, l'étude a montré que, la prise répétitive et quotidienne des médicaments génère d'autres formes de pathologie (insuffisance rénale). Cela sape le moral de certains patients dans cette dynamique de prise en charge. D'autres trouvent un réconfort au contact avec les visites régulières des prestataires de soins. Sur l'aspect sociologique, le soutien social est fondamental dans la prise en charge vu que cet état de fait permet au malade du diabète de se sentir encore intégré à la vie communautaire et pas exclu. Cela est capital dans la mesure où, certaines dimensions comme la dimension familiale participent au maintien des patients dans une logique d'adhérence à l'esprit de la prise en charge.

Cette étude a permis de montrer que la gestion de la prise en charge des malades du diabète est influencée par plusieurs facteurs factuels non complémentaires qui méritent une synergie d'action pour une meilleure santé des malades. La gestion de la prise en charge du diabète ne fonctionne donc pas comme un système. Elle est réductionniste aux recours thérapeutique biomédicaux et du rôle de l'environnement familial. Ces facteurs pourront être renchérissés en impliquant tous les itinéraires thérapeutiques (biomédicaux, traditionnels et religieux) en vigueur pour faire ressortir une liste exhaustive des savoirs locaux usités en matière thérapeutique.

## BIBLIOGRAPHIE

Akré, D.S.T. Obouayeba, A.P. Koffi, A.E. Kouakou, K.E. Konan, D. Kporou, K.E. Akoua-Koffi, C. (2021). « *Évaluation des facteurs de risques du diabète chez les patients diabétiques au centre hospitalier régional de Daloa, Côte d'Ivoire* ». Journal of Applied Biosciences 168 : 17436 – 17445, ISSN 1997-5902

Atlas (2021), *Rapport d'activité de la fédération internationale du diabète*

Benoit, L. (2021). État des connaissances des patients diabétiques de type 2 à propos des complications du diabète. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. ffdumas-03465038

Bourdon B. (2009-2012), *Un patient, son diabète, ses représentations : comment amener ce patient vers l'observance optimale du traitement*. 61p

Cimon E. (2014). *Facteurs influençant l'autogestion du diabète : perception des adultes diabétique de type 2 insulinotraités. Mémoire de maîtrise, université du Québec à Chicoutimi*

Conseil scientifique /Domaine de la santé (2019). *Prise en charge du diabète. GT Diabète, Fiche 6 : Soutien psychologique*. Luxembourg, 2 P

(FID, 2021). <http://www.un.org> décembre 2021, consulté le 9 juin 2023

Gobatto, I. et Traoré, A., T. (2011). « Apprendre à « savoir y faire » avec le diabète au Mali ». Revue d'anthropologie des connaissances [En ligne]. 5-3 | 2011. Mis en ligne le 01 décembre 2011. URL : <http://journals.openedition.org/rac/13562> , DOI : <https://doi.org/10.3917/rac.014.0509>

Kennedy, A. Rogers, A. Vassilev, I. Todorova, E. Roukova, P. Foss, C. Wensing, M. (2015). *Dynamics and nature of support in the personal networks of people with type 2 diabetes living in Europe: Qualitative analysis of network properties*. Health Expectations, 18, 3172-3185. <https://doi.org/10.1111/hex.12306>

Levesque, A. (2015). *Identité, culture et représentations de la santé et des maladies*. Cahiers franco-canadiens de l'Ouest, 27(1), 35–56. <https://doi.org/10.7202/1031241ar>

Louis Gomes Sambo. (2012). *Journée mondiale du diabète : Diabète : protégeons notre future*

Mayberry et Osborn (2012). *Family Support, Medication Adherence and Glycemic Control among Adults with Type 2 Diabetes*. Diabetes Care, 35, 1239-1245. <http://dx.doi.org/10.2337/dc11-2103>

Megaptché, M. M et Wamba, A. (2017). *Ethnographie des logiques structurant l'alimentation des jeunes diabétiques scolarisés à Yaoundé S.F.S.P.* | « Santé Publique ». n°3 Vol. 29. pp 415, 422. ISSN 0995-3914. DOI 10.3917/spub.173.0415

Monsour K. (2013). *Etude des facteurs associés aux complications Chez les diabétiques du RSSB Préfecture des arrondissements de Ben Msik Année 2012 [Mémoire de fin d'études pour le cycle de Master]. Ecole Nationale de Santé Publique Filière: Epidémiologie de Santé Publique, Rabat*

Newton-John, T. R. O., Mosely, K., Ventura, A. D., Browne, J. L., & Speight, J. (2017). 'Are you sure you're going to have another one of those: A qualitative analysis of the social control and

Oftedal, B. (2014). *Perceived support from family and friends among adults with type 2 diabetes. European Diabetes Nursing*, 11(2), 43-48. <https://doi.org/10.1002/edn.247>

OMS (2003). *Face à la progression du diabète dans le monde, l'agence de l'ONU prépare une stratégie de lutte, Face à la progression du diabète dans le monde, l'agence de l'ONU prépare une stratégie de lutte | ONU Info, consulté le 6/06/23*

Pascal Sibailly, <https://news.abidjan.net/articles/700651/pres-de-700-000-personnes-sous-traitement-du-diabete-en-cote-divoire>, consulté le 9 juin 2023

Pesantes, M. A., Del Valle, A., Diez-Canseco, F., Bernabé-Ortiz, A., Portocarrero, J., Trujillo, A. Miranda, J. J. (2018). *Family Support and Diabetes: Patient's Experiences From a Public Hospital in Peru. Qualitative Health Research*, 28 (12), 1871-1882. <https://doi.org/10.1177/1049732318784906>

Pezé, V. Lumediluna, ML. ThilL, JC. Sarde, E. Dany, L. (2017). *Représentations et vécus associés au diabète et à l'éducation thérapeutique : une étude qualitative*

Puthod E, Rougeron G (2019). *Vécu de la maladie et ressenti des patients diabétiques de type 2 suivis par le dispositif ASALEE : une étude qualitative. Médecine humaine et pathologie* dumas-02000623

Simon, A. (2017). Les croyances et les représentations des patients diabétiques de type 2 : une revue de la littérature. *Sciences du Vivant [q-bio]*. 2017. fahal-01932182f

Warren-Boulton, E. (2007). *Favoriser la réussite des enfants atteints de diabète. Diabetes Voice*. 2007;52:42-4