
Type d'article : Recherche

Implications du diabète dans la vie sociale des couples diabétiques suivis au Centre AntiDiabétique de l’Institut National de Santé Publique-Côte d’Ivoire

*DOUKOURE Daouda^{1,2}, AGBRE-YACE Marie Laurette^{1,2}, COULIBALY Madikiny^{1,2}, BAYO Syntyche^{1,2}, AKE-TANO Odile^{1,3}

1. Institut National de Santé publique (INSP), Abidjan, Côte d’Ivoire.
2. Cellule de Recherche en Santé de la Reproduction (CRESAR-CI), Abidjan, Côte d’Ivoire
3. Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d’Ivoire

* Correspondance : (+225) 01 02 31 46 32, email : daouabass2017@gmail.com

Résumé

En Afrique, la progression du diabète a atteint des proportions alarmantes. Sa prévalence en Côte d’Ivoire depuis 2017 est de 6,2 %. Le diabète pourrait entraîner des conséquences dissimulées dans la vie de couple du patient. Cette étude a pour objectif de cerner les implications du diabète dans la vie sociale des couples diabétiques suivis à l’Institut National de Santé Publique (INSP).

Cette étude s’inscrit dans une approche mixte mobilisant les outils et techniques y afférents. Un guide d’entretien et un questionnaire ont été administrés à 100 patients et un guide d’entretien à un diabétologue et à vingt-cinq (25) couples suivis au CADA. L’étude s’est déroulée du 02 octobre au 30 novembre 2019. Les données issues de la collecte, ont été traitées à l’aide du logiciel Sphinx pour le volet quantitatif et le volet qualitatif avec le logiciel QSR NVIVO 12.5. Les principaux résultats montrent que la majorité (80%) des hommes étaient confrontés à des troubles sexuels qui minent leurs foyers et détériorent encore plus leur santé. L’étude qualitative a montré que l’implication du diabète dans la vie du couple peut entraîner des difficultés conjugales. La majorité des femmes frigides, (soit 25) préfèrent satisfaire le conjoint de peur de perdre leur foyer. De ce fait, les médecins suggèrent que les patients soient de plus en plus extrovertis pendant les consultations pour surmonter cette situation. Par ailleurs, le volet socio-psychologique devrait être pris en compte dans la prise en charge des complications du diabète.

Mots-clés : diabète, vie sexuelle, dysfonction érectile, CADA, INSP, Abidjan.

Abstract

In Africa, the spread of diabetes has reached alarming proportions. Its prevalence in Côte d'Ivoire since 2017 is 6.2%. Diabetes could lead to hidden consequences in the life of the patient as a couple. This study aims to identify and question the implications of diabetes in the social life of couples of patients followed at the National Institute of Public Health (INSP). This study is part of a mixed approach mobilizing the related tools and techniques. An interview guide and a questionnaire were administered to 100 patients and an interview guide to a diabetologist and twenty-five (25) couples followed at CADA. The study took place from October 02 to November 30, 2019. The data resulting from the collection were processed using Sphinx software for the quantitative and qualitative aspects with le logiciel QSR NVIVO 12.5. The main results show that majority (80%) of men were confronted with sexual disorders which undermine their homes and further deteriorate their health. The qualitative study showed that the implication of diabetes in the life of the couple can lead to marital difficulties. The majority of frigid women, (25) prefer to satisfy the spouse for fear of losing their home. In addition, doctors suggest that patients are increasingly extroverted during consultations in order to overcome this situation. The socio-psychological aspect should be taken into account in the management of complications of diabetes.

Mots-clés : diabetes, sex life, erectile dysfunction, CADA, INSP, Abidjan.

1. Introduction

Dans le monde, 347 millions de personnes sont diabétiques et l'OMS prévoit qu'en 2030 le diabète sera la septième cause de décès dans le monde (OMS, 2010).

En 2012, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) estimait que le diabète de type 2 avait été la cause directe de 1.5 million de décès. En outre, plus de 80% des décès par diabète se produisent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (OMS, 2014). Par ailleurs, le pourcentage des décès imputables à l'hyperglycémie ou au diabète qui surviennent avant l'âge de 70 ans est plus élevé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé (OMS, 2014).

Dans certains pays de l'Afrique subsaharienne, les chiffres concernant le diabète varient avec des données qui ne sont pas toujours actualisées, notamment de 3 % au Bénin, 6 à 8 % en Afrique du Sud, 6,4 % au Ghana, 4,2 % au Kenya, 6,7 % en Guinée, 7,1 % au Congo, 10,2 % au Zimbabwe (Mbanya et al.2010). Selon certains auteurs, le diabète connaît une extension épidémiologique rapide dans le monde et n'épargne aucun groupe ethnique, ni social (Lokrou A, 2006). Le diabète de type 2 est deux fois plus fréquent dans la population urbaine sédentaire que dans la population rurale active et ce, quelle que soit la prévalence du diabète, il est variable d'une population à l'autre. Le nombre de diabétiques augmente en raison de la croissance démographique, du vieillissement de la population, de l'urbanisation, de l'augmentation de la corpulence et de l'inactivité physique (Wild S, 2007).

En Côte d'Ivoire, selon la Fédération International du Diabète (FID), la prévalence du diabète est passée de 4% en 2007 à 5,6% en 2014. Mais, ces chiffres seraient passées à 6,2 % en 2017 selon l'étude prevadia financée par la Banque Mondiale. Cette étude indique 6.46 de diabétique chez les hommes et 6.6 chez les femmes.

En milieu rural la prévalence du diabète est de 4, 56 % et 7, 36 % en milieu urbain. Cette évolution de la prévalence du diabète représente un véritable défi pour le système de santé ivoirien, vu que les maladies chroniques invalidantes ont une répercussion sur la vie du patient.

Le diabète est une maladie chronique dont la gravité tient à ses complications aigües et dégénératives. Les complications dégénératives comme la néphropathie et la cardiopathie mettent en danger la vie des patients. D'autres pathologies telles que la rétinopathie et la neuropathie pèsent lourd sur la qualité de vie. Mais la dysfonction érectile (DE) est l'incapacité à obtenir et/ou maintenir une érection suffisante pour un rapport sexuel. C'est une altération de la qualité de l'érection, soit de sa rigidité, de sa durée ou les deux simultanément (Lue TF, et al, 2004) Elle touche les hommes atteints de diabète, qui bénéficie souvent de moins d'attention malgré l'immense détresse qu'elle suscite. Alors, au cours du diabète, il faut différencier la dysfonction érectile des autres troubles sexuels qui lui sont parfois associés : éjaculation précoce, éjaculation rétrograde, baisse de la libido.

La dysfonction érectile est une préoccupation majeure pour les personnes atteintes de diabète. Une enquête réalisée chez ces derniers a révélé qu'ils étaient prêts à payer plus cher pour le traitement de leurs troubles érectiles que pour n'importe qu'elle autre complication associée au diabète, hormis la cécité et l'insuffisance rénale (Robertson M, 2006). En conséquence, la DE de par sa fréquence et l'impact négatif qu'elle a sur la qualité de vie, devient un problème de santé publique (Bambatsi M, 2010).

En cas de perte prématurée de l'érection, le problème est classé comme DE si la perte de l'érection survient avant l'éjaculation. On peut attribuer un score à la gravité du problème en utilisant l'Indice International de la Fonction Erectile (IIFE).

Chez les hommes, le diabète et les problèmes sexuels se concentrent souvent sur la dysfonction érectile et éjaculatoire. Cela peut entraîner des problèmes relationnels voire une dépression sévère pour les malades qui ont des difficultés à accepter leur diabète et considèrent ces problèmes comme une perte de leur personnalité. Dans cette logique les conséquences du diabète, semblent altérer la qualité de vie des diabétiques les conséquences du diabète. Alors les patients ont recours à des traitements pour modifier leur activité sexuelle. Ce problème de santé est pourtant selon les études très répandu chez les patients diabétiques et ceci pour plusieurs raisons : d'une part, les patients diabétiques sont le plus souvent âgés (Druet C, 2013) ; sachant que la dysfonction érectile est fortement corrélée à l'âge du patient (Delavierre D, 2002). D'autre part, les modifications vasculaires induites par le diabète perturbent fortement et de manière précoce la physiologie érectile (Lemaire Antoine, 2011). Le fait que la dysfonction érectile ne soit pas abordée de manière spontanée peut s'expliquer par de multiples raisons : honte, gêne par rapport au patient suivi depuis longtemps, tabou culturel ou religieux, absence de risque vital immédiat, etc... Elle n'en reste cependant pas moins une complication directe du diabète. En effet, sa survenue précoce chez le diabétique constitue un signal d'alarme intéressant pour le médecin généraliste concernant le risque vasculaire de son patient. Pendant de nombreuses années, la baisse de l'activité sexuelle a été considérée comme une évolution naturelle faisant partie du

vieillissement physiologique et donc une fatalité liée à l'âge. Toutefois, avec l'augmentation de l'espérance de vie, la santé sexuelle masculine est devenue une préoccupation importante au sein des couples âgés. La proportion d'hommes sexuellement actifs diminuerait de près de 50 % entre 60 et 85 ans (Lindau ST, et al, 2007). Malgré l'implication de différentes pathologies, la dysfonction érectile reste la première cause de la baisse d'activité sexuelle chez le sujet âgé (Smith LJ, et al, 2007).

En Afrique, les recherches portant sur la dysfonction érectile sont peu nombreuses du fait surtout des pesanteurs socio-culturelles ; pourtant, cette pathologie constitue un véritable problème de santé publique. Avec l'augmentation de l'espérance de vie, la santé sexuelle masculine est devenue une préoccupation importante au sein des couples âgés. La dysfonction érectile serait la première étiologie d'une diminution de près de 50 % des hommes sexuellement actifs entre 60 et 85 ans. (T. Seisena, et al, 2012).

En Côte d'Ivoire, de nombreux travaux ont été effectués sur le diabète tant dans le domaine des sciences médicales que sociales ; Ce sont entre autres : (Touvoli ballo guy, (1998) ; (Koné Bakary, 2020) ; (Sassor Odile Purifine Ake-Tano, Franck Kokora Ekou et al., (2017) ; (Kouakou, Adjoua Yeboua Florence et al, 2014) ; ([AssitaYao](#), Adrien Lokrou, et al, 2020) ; ([Koudou](#) gahie hermann patrick, 2016) ; (Adjoua Yeboua Florence (Kouakou et al, 2016) ; (A. Lokrou, D.P. Koffi et al, 2010) : (A.Lokrou et al, 2011). De tous ces travaux, la corrélation dysfonction érectile et son implication au sein des couples diabétiques restent peu explorées et surtout au Centre Antidiabétique d'Abidjan de l'Institut National de Santé Publique Cette approche touchant la dysfonction érectile dans le couple reste peu abordée par le personnel de santé au cours des consultations des patients diabétiques. . La contribution du travail serait d'humaniser les soins dans le suivi du patient diabétique. A terme, c'est d'arriver à améliorer la qualité des soins des personnes vivant avec une maladie chronique.

Sur le terrain, le constat est qu'au cours de leur traitement, il arrivait que certains patients mettent en cause le traitement dans leurs troubles sexuels. Alors, ils devenaient moins performants et pratiquaient de moins en moins et souvent difficilement l'activité sexuelle. Ce qui a suscité la question suivante : En quoi, le manque d'activité sexuelle du patient pourrait influencer sa vie de couple ?

Comment ce problème est-il appréhendé dans les couples ? le traitement prolongé pourrait être un facteur de survenu de la dysfonction érectile ?

L'objectif de cette étude est d'analyser les implications du diabète dans la vie sociale des couples des patients suivis au Centre Anti-Diabétique d'Abidjan (CADA) de l'Institut National de Santé Publique (INSP), afin de mieux comprendre l'interaction entre leur vécu quotidien et la dysfonction érectile.

De façon spécifique, il s'agira :

- D'évaluer la fonction érectile des patients diabétiques
- Décrire les difficultés au niveau socioprofessionnel et familial des patients diabétiques
- D'appréhender les stratégies de résilience du diabétique souffrant d'une dysfonction érectile

2. Matériels et méthodes

Cette étude a été menée auprès des patients connus diabétiques ayant été consultés au centre Anti Diabétique de l'institut National de Santé Publique.

Il s'agit d'une étude transversale à passage unique avec une approche mixte quantitative et qualitative portant sur la dysfonction érectile des patients diabétiques. Cette étude s'est déroulée du 1^{er} au 30 novembre 2019 pour la phase qualitative et du 02 au 25 octobre 2019 pour la phase quantitative. Les patients diabétiques étaient de sexe masculin et féminin, âgés de moins de 80 ans, diabétiques de type 2 et qui ont accepté de participer à l'étude.

2.1 Population d'étude et Échantillonnage

Profil des participants et taille de l'échantillon

Tableau 1 : Echantillon quantitatif

L'échantillon était composé de : Fonctionnaires, retraités, commerçants, ménagères, ferronniers, vendeuses, chauffeurs, frigoristes, éleveurs, plombiers, coiffeurs comme mentionné dans le tableau suivant :

Acteurs à enquêter	Nombre
Fonctionnaires	23
Retraités	21
Commerçants	19
Ouvriers	18
Autres (ménagères)	17
Total	100

Pour le volet quantitatif, la fonction érectile a été évaluée en se basant sur l'index international de la fonction érectile (IIEF5), auto questionnaire largement validé, qui, à partir de cinq questions, permet de dépister avec fiabilité l'existence d'une Dysfonction Erectile.

Le patient obtient à la fin d'interrogatoire un certain nombre de points qui permettent de le classer comme suit :

- Fonction érectile normale : score de 20 à 25.
- Trouble de l'érection léger : score de 16 à 20.
- Trouble de l'érection modéré : score de 11 à 15.

- Trouble de l'érection sévère : score de 5 à 10.
- Non interprétable : score de 1 à 4.

L'auto questionnaire IIEF-5 a été utilisé implicitement auprès de 100 patients diabétiques afin de mesurer les variables que sont l'activité sexuelle (les rapports sexuels, les caresses, les préliminaires et la masturbation). Les rapports sexuels sont définis comme la pénétration sexuelle de votre partenaire ; la stimulation sexuelle comprend des situations telles que les préliminaires, des photos érotiques, etc. L'éjaculation est l'éjection de sperme du pénis (ou la sensation de cela) ; l'orgasme est l'accomplissement ou l'apogée après une stimulation sexuelle ou un rapport sexuel. Dans ce questionnaire, ses 5 variables sont explorées. Chaque domaine est noté en fonction des réponses du patient. C'est l'ensemble des notes de ces cinq (05) questions qui représente le score qui permet d'évaluer le dysfonctionnement érectile selon l'International Index of Erectile Function (Rosen RC, Riley A, Wagner G et al. 1997) reference). Les personnes interviewées étaient des diabétiques depuis plus de 2 ans pendant la période de l'étude.

Pour le volet qualitatif,

Les données ont été recueillies au moyen d'un guide d'entretien qui a permis de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes préalablement définis et consignés dans un guide d'entretien. Les entretiens ont porté sur les thématiques suivantes : 1) les problèmes de la fonction érectile dans la vie sexuelle du couple ; 2) la perception de la dysfonction érectile sur la vie du couple ; 3) les difficultés rencontrées au niveau socioprofessionnel et familial 4) les stratégies de résilience du diabétique souffrant d'une dysfonction érectile.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et ont duré une trentaine de minutes. Les entretiens ont ensuite été retranscrits manuellement sur Word de façon exhaustive à l'aide du logiciel Microsoft Word avant leur traitement. Une fois la liste des codes élaborés manuellement après lecture et relecture des entretiens, ceux-ci ont été insérés dans les différents textes. Après quoi, les catégories d'idées ont été regroupées et ont fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. Certains verbatim extraits des messages clés ont été retenus pour appuyer certaines idées en guise d'illustration. Au niveau éthique, les couples ont été informés du but de l'étude, de ce que cela signifiait de participer à un entretien individuel semi-directif, de l'anonymat de leur réponse et du fait qu'ils pouvaient s'ils le voulaient interrompre leur participation à l'étude. Cette étude n'ayant pas été soumise à un comité d'éthique, nous avons respecté les principes de déclaration d'Helsinki. Selon ce principe, le consentement écrit ou verbal a été obtenu au début de chaque entretien. La confidentialité et l'anonymat des informations des patients ont été respectés à travers la non divulgation auprès d'une tierce personne.

3. Résultats

3.1. Données sociodémographiques

Les participants âgés de plus de 44 ans représentaient plus de trois quart (3/4) de nos patients soit 80 %. La moyenne d'âge était de 20 ans.

Tableau 2. Relation entre dysfonction érectile et âge du diabète.

Disfonctionnement érectile		
Age du diabète (ans)	Effectifs (n)	Fréquence (%)
≤ 2	60	60
5-9	13	13
10-14	11	11
15-19	8	8
20-24	8	8
TOTAL	100	100

Dans cette étude, la majorité des patients, soit 60% avaient une dysfonction érectile et un diabète qui évoluait depuis moins de deux ans. Ce qui implique que les signes de dysfonctionnement érectiles apparaissent précocement chez les diabétiques.

3.2. Evaluation de la dysfonction érectile sur la vie sexuelle du couple

3.2.1. Evaluation selon l'indice international de la fonction érectile

Tableau 3. Répartition des patients en fonction de l'index international de la fonction érectile (IIEF-5).

Nombre de patients	Score	Interprétation
10	entre 22 à 25	Une DE légère
27	Entre 17 à 21	DE légère à modéré
40	Entre 11 et 16	DE modérée
20	Entre 6 à 10	DE sévère
3	Entre 1 à 4	Non interprétable

Selon les résultats, 40 patients ont une Dysfonction Erectile modéré : ce qui nécessite la mise sous traitement hormonal du patient. Cette situation du diabétique n'est souvent pas connue de son entourage et surtout du partenaire. Les propos de cet enquêté le montre bien :

« *Depuis un certain temps, je prends régulièrement mes médicaments. Mais, j'ai remarqué que je n'ai plus envie de ma femme. Je me sens toujours fatigué, les médicaments me font dormir et souvent ma*

femme s'en plaint. Ces plaintes me donnent envie d'arrêter le traitement pour un temps ». Propos recueilli auprès de M. K.

Parmi les participants, 20 patients ont une Dysfonction Erectile sévère. Ce fait a une implication sur la vie du couple. Comme cela est relevé dans les lignes suivantes.

La faiblesse sexuelle a rendu les participants inquiets, parce qu'ils n'arrivent plus à satisfaire sexuellement leur épouse au lit. Et cela peut entraîner une instabilité au niveau du foyer. Cette inquiétude est perçue dans les propos suivants :

« Je suis affaibli physiquement et moralement parce que je ne suis plus performant. Au lit, je ne dure plus en érection. Et c'est inquiétant pour moi parce que mon foyer bat de l'aile, je suis sous traitement, mais ma femme refuse de me comprendre. Elle pense que je le fais intentionnellement ». Propos recueilli auprès de M. Y.

L'observance du traitement du diabète est devenue une source d'inquiétude. Le désir de stabiliser son taux de glycémie et de vivre plus longtemps avec la maladie demeurent une des priorités du patient. Cependant, il n'arrive plus à assumer ses responsabilités conjugales. Ce qui montre que les hommes sont confrontés à des troubles sexuels qui minent leurs foyers et détériorent leur santé. Le diabète agit négativement sur la vie sexuelle du couple. L'un des médecins diabétologues souligne que : « Les troubles de la sexualité sont fréquemment associés au manque d'intérêt sexuel, l'impossibilité d'orgasme ou d'éjaculation, l'anxiété de la performance, l'orgasme ou l'éjaculation trop rapide et l'activité sexuelle "non agréable" ». Il convient de noter que la sexualité du couple entraîne des difficultés conjugales. En effet, de nombreuses raisons peuvent expliquer ce constat : baisse de la libido liée à la fatigue, dysfonctions érectiles, douleurs localisées. Être atteint d'une maladie chronique peut fortement troubler les relations intimes avec son partenaire.

La maladie vient perturber le quotidien du couple, car c'est toute la vie pratique, physique, sexuelle et sociale qui est touchée. Cependant, la situation est très différente s'il s'agit d'un problème transitoire, d'une maladie chronique, sévère ou invalidante. Cette influence se traduit souvent par les actes d'infidélité du conjoint bien portant et même par la séparation définitive, une perte d'estime de soi. La maladie agit sur la puissance sexuelle de l'homme à tel enseigne qu'il a perdu sa virilité. La stabilité du couple est soutenue par la virilité de l'homme. La dysfonction érectile est source d'instabilité et de dislocation du couple. Un couple peut se disloquer parce que l'homme n'est pas en l'état de faire face à ses obligations conjugales. Cet exemple illustre bien cette situation. Ainsi, la femme a dû quitter son époux pour ce problème de dysfonction érectile et l'homme est tombé dans une désolation, le poussant à mener une vie de reclus, après le départ de sa femme :

« Je ne suis plus un garçon. Il se lève difficilement et a du mal à tenir debout longtemps (en parlant de sa partie intime). C'est pour cela ma femme est partie et maintenant, je suis dans mon coin. Il y a des moments où je ne sens aucune envie. Je me dis que lorsque ma tension et mon taux de glycémie seront bien stables, tout ira pour le mieux. Ma femme ne m'a pas compris. » propos de DK.

Un autre homme de 45 ans qui vit les complications du diabète ajoute : « *Je connais des difficultés dans mon foyer. J'ai fait un AVC avec 32 de tension et je suis diabétique. Depuis cette épreuve, sexuellement je ne peux pas fonctionner. Ma femme avait commencé des scènes d'infidélité. Elle ne dormait plus à la maison, c'était encore une épreuve difficile à supporter. J'ai donc déménagé chez ma grande sœur. Au fil du temps, j'ai fini par accepter cette vie dans laquelle je suis et apprécier cette nouvelle chance de vivre que DIEU m'a donné.* » propos de F B.

3.2.2. Difficultés au niveau socioprofessionnel

3.2.2.1. Perte de performance

La capacité d'assumer ses responsabilités devient faible pour le diabétique du fait de la maladie. Il devient la proie au stress, à la fatigue et au manque de performance pour exercer convenablement ses activités professionnelles. De plus, dans l'exercice de ses fonctions, le diabétique est souvent obligé de se faire couvrir par certains collègues de peur d'attiser la colère du responsable de service et d'être sanctionné ou de perdre son poste. C'est ce que cette patiente rapporte en substance :

« *Le stress avec le paiement des factures me crée beaucoup de problèmes. Donc lorsqu'il y a de l'affluence je prends bien mes médicaments et mes collègues me couvrent pour que je vienne avec un peu de retard entre 9h et 10h.* » (Une patiente, caissière à la CIE). Par ailleurs, les patients qui souffrent de maladies chroniques et de dysfonction érectile constatent plusieurs changements dans leur vie. Un patient s'exprime en ces termes :

« *Le stress dû à mon problème de foyer m'empêche d'être efficace au travail, seulement à y penser.* » (Diabétique, fonctionnaire, 56 ans).

Cette implication risque d'entraîner ou de provoquer plusieurs changements dans la vie du diabétique.

3.2.2.2 Perte d'espoir face à la chronicité du diabète

Le diabète est perçu comme un tueur silencieux qui détruit à petit feu la vie du diabétique. Le comportement de restriction alimentaire, la baisse du rendement au travail, le stress suscité par faute de manque de moyen financier. Le patient se trouve à la croisée de plusieurs problèmes, ce qui fait dire aux patients diabétiques qu'ils mènent une vie insensée, qui frise une mort silencieuse comme l'indique ce participant :

« *Tu ne manges plus bien, au niveau du travail mon rendement n'est plus le même. Je suis constamment fatigué et pourtant j'ai aussi besoin de travailler pour acheter mes médicaments qui sont chers. Quand ils me manquent, j'ai tous les petits soucis. Ce n'est pas une mort silencieuse ça, on dit que le diabète est un tueur silencieux, mais nous sommes déjà morts quoique vivant.* » Propos de M. G

Avoir le diabète, c'est exister sans pouvoir vivre convenablement. Vivre avec le diabète, c'est exister mais sans grand espoir de vivre longtemps.

C'est cette perception qu'en donne ce diabétique qui trouve cela comme un désespoir : « *le diabète c'est la mort avant la mort.* » (Patiente diabétique, souffrant depuis 10 ans).

3.3 Les stratégies de résilience du diabétique souffrant d'une dysfonction érectile

3.3.1 Les Itinéraires thérapeutiques

L'importance du problème et l'ampleur de la situation vécue quotidiennement par le malade, le pousse à se tourner vers un itinéraire thérapeutique moins coûteux et très prometteur comme le dévoile ce patient :

« *Je triche souvent, je bois des décoctions pour relever mes envies et être efficace au lit. Sinon, je peux perdre ma femme* ». Propos de O L.

Il s'ensuit que les hommes préfèrent vivre dans le mensonge en ne parlant à personne. Toutefois, ils trouvent comme solution les décoctions naturelles. Chez les femmes, le stress dû à la gestion de la maladie et à l'insertion sociale de leur progéniture couvre leur frigidité.

Parmi ceux qui gardent le secret de cette dysfonction érectile, certains utilisent des comprimés conseillés par un confident à savoir un ami ou un proche pour régler la situation de foyer. Toutefois, c'est une solution éphémère parce que ce comprimé est à prendre chaque fois avant l'acte sexuel. Un enquêté explique l'application de cette méthode :

« *J'ai un ami qui m'a envoyé chez un naturothérapeute. Ce sont des comprimés que j'avale 45mn avant de faire. Il me stimule. Après 45mn, les envies viennent et voilà tout se passe bien. Mais c'est plus une stimulation naturelle. Je dois prendre chaque fois que je dois aller avec ma femme. C'est mon secret, c'est ma vie pour ne pas perdre ma femme avec laquelle j'ai 3 enfants* ». Propos de M. D

4. Discussion des résultats

4.1. Caractéristiques socio- démographiques

L'objectif de cette recherche était d'analyser les implications du diabète de type 2 dans la vie sociale des patients suivis à l'institut National de Santé Publique. Il s'agit des bouleversements qui ont lieu dans les couples des patients diabétiques où le conjoint connaît une dysfonction érectile. De ce fait, pour cerner l'étude, une méthode mixte a été adoptée pour comprendre le vécu des patients diabétiques ayant une dysfonction érectile.

A partir de L'auto questionnaire IIEF-5 et d'un guide d'entretien avec 100 diabétiques, 25 couples et d'un médecin-diabétologue, ont révélé que la prédominance du diabète de type 2 touche classiquement l'adulte après l'âge de 40 ans. Et de plus, le diabète touche toutes les couches sociales. Cette prédominance du diabète de type 2 est liée au caractère sédentaire de certains catégories sociales, telles que les fonctionnaires, les commerçants et des retraités. Ensuite, les plus de 44 ans représentaient 80 % des patients et dont l'âge est associé à la dysfonction érectile. L'âge prédispose au diabète. Ainsi, Racine, 2015, p.24, a mentionné que le diabète de type 2 touche majoritairement les sujets de plus de 45ans ; plus l'âge s'élève et plus la prévalence augmente : 0,4% entre 0-44 ans ; 6,3% entre 45-64ans et 14,8% pour les plus de 75ans.

4.2 Dysfonction érectile et son implication socioprofessionnelle et familiale

La dysfonction érectile est un mal qui ronge les diabétiques et auquel il faut trouver une solution pour le bonheur des couples. Les patients qui souffrent de maladies chroniques et de dysfonction érectile constatent plusieurs changements dans leur vie dont l'incapacité d'assumer ses responsabilités conjugales. Le stress qu'engendre cette maladie entraîne aussi une incapacité d'assumer également ses charges professionnelles. Ce souci découle du fait que le diabète, maladie chronique, accroît souvent le sentiment de dévalorisation, aggravé par la survenue des difficultés sexuelles, comme le souligne Romarick Bambatsi M, (2010 p.38).

La virilité a été décrite comme indispensable pour se forger une identité et se positionner en tant qu'homme dans la société (Bokhour BG et al, 2001). Pour Romarick Bambatsi M. (*Ibid*), ce manque de virilité conduit à une perte d'estime de soi, dans la mesure où la survenue d'une « panne sexuelle », avec son corollaire d'angoisse de la performance, peut engendrer un état dépressif. Au lieu de tenter de traiter son mal, le patient persuadé que son diabète entraîne inéluctablement ce type de handicap, évite l'acte sexuel, accroissant ainsi la frustration du partenaire ; ce qui génère de nouveaux problèmes tels que les troubles mentaux ou peut être dans une situation d'inconfort face à sa condition sociale et sexuelle.

Pour redonner vie au relation sociale, le traitement d'une dysfonction érectile peut alors entraîner une amélioration des relations sociales et émotionnelles (Jonler M et al, 1995).

Il serait intéressant d'introduire ce volet de la prise en charge des maladies chroniques dans l'offre de soins afin d'améliorer les complications qui pourraient survenir au cours du diabète. Le volet humanisation des soins doit primer dans la prise en charge des diabétiques de type2 car s'il n'est pas traité efficacement, le traitement médicamenteux ne pourra pas améliorer la santé du patient. Cette idée est soutenue par Zhou et al. qui ont montré que l'amélioration de la fonction sexuelle et affective améliore les scores de qualité de vie et de dépression ou d'anxiété (Zhou et al., 2011). C'est pourquoi, Schreiner-Engel et al avancent que les difficultés sexuelles amènent souvent une importante diminution de la satisfaction conjugale et de l'entente dans le couple après l'installation de la maladie chronique (Schreiner-Engel et al., 1987). Mais si une sexualité adaptée aux contraintes de la maladie se maintient, l'entente dans le couple est bonne et le soutien du ou de la partenaire est acquis (Lal et Bartle-Haring, 2011). Ceci est particulièrement important lorsque l'on prend la mesure de l'impact majeur de la participation du ou de la partenaire pour l'adhésion au traitement de la maladie chronique (Martire et al., 2010). Pour ce qui est de l'implication d'ordre socio-professionnel, la capacité du patient diabétique d'assumer ses responsabilités devient faible du fait de la maladie. Il devient la proie du stress, de la fatigue et du manque de performance pour exercer convenablement ses activités professionnelles. Et de plus, cet acteur est souvent obligé de se faire protéger par certains collègues de service de peur d'être sanctionné ou de perdre son poste et d'attiser la colère du responsable de service. Ainsi, d'après Avril et Pradines (2010), quand la chronicité de la maladie s'installe, elle fragilise la personne dans son insertion professionnelle par l'absentéisme qu'elle engendre mais aussi par la réduction de la capacité de travail qu'elle peut provoquer. Pour des raisons de santé, il est

généralement difficile de gérer les conséquences ou l'aggravation de la maladie. Ce qui peut entraîner une rupture de vie du diabétique. En effet, avec cette maladie, le diabétique ne se donne pas d'espoir de vivre longtemps. Ainsi, avoir le diabète, c'est exister sans pouvoir vivre convenablement. Le diabète est perçu comme un tueur silencieux qui détruit à petit feu. Le comportement de restriction alimentaire, la baisse du rendement au travail, le stress suscité par faute de manque de moyen financier rend la gestion de la maladie difficile. Les patients enquêtés se trouvent à la croisée de plusieurs problèmes soulevés par le diabète, qui selon eux, fait allusion à une vie insensée, qui frise une mort silencieuse. Alors, plus largement, l'irruption de la maladie dans la trajectoire de vie amène chez le patient une brutale confrontation avec l'imprévisible. Vivre avec une maladie chronique, c'est vivre dans un corps que l'on ne reconnaît plus, auquel il n'est plus possible de faire confiance. Un corps qui ne sera plus jamais silencieux, imposant de nouvelles limites à son périmètre d'action et de vie. Pour Colson M-H., (2016), la Maladie Chronique fait pénétrer celui qui en est atteint dans une autre réalité physique, avec une image de soi remaniée en profondeur, une autre dimension de vie et de vie sexuelle. Il va falloir vivre différemment, oublier ses plans de vie et ses rêves d'avenir. Alors, la dysfonction érectile a un impact sur la qualité de vie du sujet âgé. L'avancée en âge est associée à l'apparition de nombreuses pathologies qui peuvent être des facteurs de développement de la dysfonction érectile et peut impacter la qualité de vie. La sexualité est une intimité physique et émotionnelle partagée tout au long de la vie ; tant qu'ils ont une partenaire et une condition physique les y autorisant, les hommes âgés poursuivent les rapports sexuels (Marandola P et al. 2002). Plus de 60 % d'entre eux expriment leur désir de maintenir une activité sexuelle (Laumann et al. 1999).

La dysfonction érectile pourrait impacter la satisfaction conjugale et diminuer la satisfaction en tant que support conjugal. Face à cette situation, le diabétique trouve des stratégies résilientes. Parmi ceux qui gardent le secret de cette dysfonction érectile, certains utilisent des comprimés conseillés par un confident à savoir un ami ou un proche pour stabiliser la vie familiale. Toutefois, c'est une solution éphémère parce que ce comprimé est à prendre chaque fois avant l'acte sexuel. D'autres hommes préfèrent vivre dans le mensonge en ne parlant à personne. Toutefois, ils trouvent comme solution les décoctions naturelles. Chez les femmes, le stress dû à la gestion de la maladie et à l'insertion sociale de leur progéniture couvre leur frigidité (manque de désir sexuel). Et cela entraîne une entente dans le couple. Cette situation est corroborée par Lal et Bartle-Haring (2011) pour qui si le couple s'adapte aux contraintes de la maladie, l'entente dans le couple reste bonne et le soutien du ou de la partenaire reste aussi acquis.

5. Conclusion

Cette étude sur l'implication du diabète de type 2 dans la vie sociale des patients a mobilisé un auto questionnaire IIEF-5 et un guide d'entretien pour collecter les données. Les participants ont été sélectionnés de façon aléatoire et de façon raisonnée. De cette démarche, la dysfonction érectile chez les hommes a été identifiée à travers les entretiens, à partir desquels, ils ont exprimé ce que cette

pathologie impliquait dans leur vie sociale et familiale. Les femmes ont exprimé leur frigidité et leur acceptation de la situation que vit leurs conjoints, de maintenir le foyer.

De nombreuses pathologies sont à la base du développement de la dysfonction érectile et ont une implication sur la qualité de vie chez les patients diabétiques. L'impact psychologique de la maladie est important dans le vécu du patient, surtout dans le domaine de son activité sexuelle. Cependant, les patients ont une réserve "socioculturelle" à parler de sexualité à leur médecin-diabétologue. Pourtant le volet socio-psychologique pourrait jouer un rôle indéniable dans la prise en charge des complications du diabète et de l'amélioration de l'offre de soins. Cela est d'autant plus important que le diabète génère des conséquences énormes dans la vie du couple ; ce qui se traduit souvent par les actes d'infidélité du conjoint bien portant et même par la séparation définitive. Ces résultats vont servir à la formulation de recommandations axées non seulement sur la prise en charge curative mais aussi et surtout préventive de la dysfonction érectile au niveau des structures sanitaires, dans le souci d'améliorer la qualité de vie des patients, dans la mesure où, la diminution de la fréquence des rapports n'entache pas leur désir de poursuivre une activité sexuelle, chez de nombreux hommes âgés.

Pour améliorer la qualité de vie des patients diabétiques, il conviendrait de se pencher sur l'humanisation de la prise en charge des patients diabétiques pour améliorer les potentielles complications qui surviennent couramment dues à la dysfonction érectile chez les hommes.

Remerciements

Nos remerciements vont à l'endroit du personnel du Centre antidiabétique de l'Institut National de Santé Publique pour leur disponibilité et les patients qui ont accepté de participer à notre étude. Nous remercions également la cellule de recherche en santé de la reproduction en Côte d'Ivoire (CRESAR-CI) qui a renforcé nos capacités en « communication scientifique », et « la méthodologie de la recherche-action » et à l'analyse qualitative assisté du logiciel NVIVO.

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt lié à cet article. Source de financement soutenant le travail de recherche.

Références bibliographiques

- Althof SE.(2002). Quality of life and erectile dysfunction. *Urology*;59:803–10.
- Arpita, L, Bartle-Haring, S. (2011). Relationship among differentiation of self, relationship satisfaction, partner support, and depression in patients with chronic lung disease and their partners. *Journal of Marital Family Therapy* ;37(2):169-81.doi: 10.1111/j.1752-0606.2009.00167.x
- Avril, C & Pradines D. (2010). Maladies chroniques et qualité de vie « sociale ». *Maladies chroniques* ; adsp n 72.
- Bambatsi M R O. (2021). Contribution a l'étude de la dysfunction érectile chez le diabétique au CHU du point G et au centre national de lutte contre le diabète, thèse faculté de médecine, de pharmacie et d'odonto-stomatologie, Université de Bamako

Cappelleri JC, Rosen RC, Smith MD, Mishra A, Osterloh IH.(1999). Diagnostic evaluation of the erectile function domain of the International Index of Erectile Function. *Urolog* ;54:346- 51.

- Drust, C, Bourdel-Marchasson, I., Weil A, Eschwege, E, Penfornis, A, Fosse, S, Fournier, C, Chantry, M, Attali, C, Lecomte P, Dominique, Poutignat, A, G, Risso, M, S & Fagot-Campagna, A. (2013). (2013). *Type 2 diabetes in France: epidemiology, trends of medical care, social and economic burden* . *Presse Med* ;42(5):830-8.doi: 10.1016/j.lpm.2013.02.312. Epub 2013 Apr 6
- Colson M-H. (2016). Dysfonctions sexuelles de la maladie chronique, l'état des lieux. Première partie : fréquence, impact et gravité. *Sexologies*, <http://dx.doi.org/10.1016/j.sexol.2016.01.007> ..
- Druet C, Bourdel-Marchasson I, Weill A, Eschwege E, Penfornis A, Fosse S, et al. (2013). Le diabète de type 2 en France : épidémiologie, évolution de la qualité de la prise en charge, poids social et économique. *ENTRED 2007*. *Presse Médicale*; 42(5) : 830-8.
- Delavierre D. (2002). Epidémiologie de la dysfonction érectile (1ère partie). Prévalence et incidence mondiales. *Andrologie*. ; 12(2) :167-85.
- Lemaire Antoine. Lemaire A. (2011). Diabète, endocrinopathies et érection. *Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie* 2011 ; 13 (supplément 1) : 38-44.
- Fedele D, Coscelli C, Santeusanio F, Bortolotti A, Chatenoud L, Colli E et al. (1998). *Erectile dysfunction in diabetic subjects in Italy*. *Diabetes Care*; 21(11) : 1973-77.
- Jonler M, Moon T, Brannan W, et al: (1995).The effect of age, ethnicity and geographical location on impotence and quality of life. *Br J Urol* ;75:651–55.
- Koné B. (2020). Sécurité alimentaire et santé urbaine en Afrique Sub-saharienne : influence du mode d'alimentation sur la prévalence du diabète sucré à Abidjan (Côte d'Ivoire). *Revue Espace, Territoires, Sociétés et Santé*, 3 (5), 143-155
- Kouakou A, Yeboua F ; YAPO, PA; Kamagaté, A. (2014). *Diabète en Côte d'Ivoire de la prévalence de l'obésité aux complications: cas de l'UNA et du CHU de Yopougon*. Master, Université Nangui Abrogoua
- Koudou G H P. (2017). facteurs de risque du diabète dans la population non diabétique de la région du sud-comoe (cote d'ivoire) : cas des villes d'abioisso et de Bonou. Thèse de pharmacie, UFR des Sciences Pharmaceutiques et biologiques
- Laumann EO, Paik A, Rosen RC. (1999). Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*;281:537- 44.
- Lemaire A. (2011). Diabète, endocrinopathies et érection.mt *Médecine de la Reproduction, Gynécologie Endocrinologie* ; 13 (supplément 1) : 38- 44.
- Lindau ST, Schumm LP, Laumann EO, Levinson W, O'Muircheartaigh CA, Waite LJ. A. (2007). study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med*; 357:762–74.
- Lokrou A. (2006). Diabète en Côte d'Ivoire. In : Atelier de formation sur le diabète Hôtel Sofitel-Amitié de Bamako.
- Lue TF, Basson R, Rosen R, Giuliano F, Khoury S, Montorsi F. (2004). Sexual medicine: sexual dysfunction in men and women. 2nd international consultation on sexual dysfunction.

- Paris: Editions 21 ; 820.
- Mbanya N J-C, Ayesha A M, Sobngwi E, Assah K F, Enoru S T. (2010). Diabetes in sub-Saharan Africa. *Lancet.* 26;375(9733):2254-66. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60550-8.
- Marandola P et al.(2002). Love and sexuality in aging. *Aging Male*;5:103–13.
- Martire LM, Schulz R, Helgeson VS, Small BJ, Saghafi EM. (2010). Review and meta-analysis of couple-oriented interventions for chronic illness. *Ann Behav Med* ;40(3):325—42.
- M Virally , G. Hochberg E, Eschwèze S, De Mbanya N J-C, Ayesha A M, Sobngwi E, Assah K F, Enoru S T. (2010). Diabetes in sub-Saharan Africa. *Lancet.* 26;375(9733):2254-66. doi: 10.1016/S0140-6736(10)60550-8.
- jager H, Mosnier-Pudar, O. Pexoto P, J. Guillausseau, S.Halimi.(2009). Enquête Diabasis : perception et vécu du diabète par les patients diabétiques: Diabasis survey: Patients' life experience and perception of the disease. *Médecine des Maladies Métaboliques. Volume 3, Issue 6.* Pages 620-623
- Racine G. (2015). Présentation d'une classe thérapeutique innovante dans le traitement du diabète de type 2 : Les inhibiteurs de la DPP-4. thèse faculté des sciences pharmaceutiques, université toulouse III paul sabatier faculté des sciences pharmaceutiques. En ligne : // <http://thesesante.ups-tlse.fr> , consulté le 22/06/2021
- Robertson M (2006). Troubles sexuels chez les personnes atteintes de diabète, Diabète voice, ; 51:2.
- Ake-Tano S O P, Ekou Kokora F, Konan Y E, Orsot T E, Kpebo OD, Sable PS, Aka F, Ncho SD. (2017). Pratiques alimentaires des diabétiques de type 2 suivis au Centre Antidiabétique d'Abidjan. *Santé Publique 3 (Vol. 29)* : 423 à 430
- Schreiner-Engel P, Schiavi RC, Vietorisz D, Smith H. (1987). The differential impact of diabetes type on female sexuality. *J Psychosom Res*;31(1):23—33.
- Seisen, Th., M. Rouprête, P. Costab,F. Giuliano. (2012). Influence de l'âge sur la santé sexuelle masculine, *Progrès en urologie*. 22, S7-S13
- Smith LJ, Mulhall JP, Deveci S, Monaghan N, Reid MC. (2007). Sex after seventy: a pilot study of sexual function in older persons. *J Sex Med*;4:1247–53.
- Touvoli B G. (1998). le diabète sucre chez le noir africain en côte d'ivoire etude transversale a propos de 1576 cas observes au chu de treichville. Thèse de médecine, UFR Sciences Médicales Ventegodt S. (1998). Sex and the quality of life in Denmark. *Arch Sex Behav* ;27:295- 307.
- Virally M, Hochberg G, Eschwèze E, et al.(2009).Enquête Diabasis : perception et vécu du diabète par les patients diabétiques. *Médecine des maladies Métaboliques* ;3:620-3.
- WHO | Global status report on noncommunicable diseases 2010 [Internet]. WHO. Disponible sur: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
- Wild S. (2007). Global prevalence of diabetes-estimated for the year 2000 and projections for 2030. *Diabetes care*, 2007; 20:1183-93.
- Yao A, Lokrou A, Kouassi F, Danho J, Hué A, Dago P.K., Abodo J. (2020). Profil épidémioclinique et mortalité des diabétiques hospitalisés dans le service d'endocrinologie-diabétologie du CHU de Yopougon, Abidjan, Côte d'Ivoire. *Médecine des Maladies Métaboliques* ; Volume 14, Issue

8, 754-760

Zhou ES, Kim Y, Rasheed M, Benedict C, Bustillo NE, Soloway M, et al. (2011). Marital satisfaction of advanced prostate cancer survivors and their spousal caregivers: the dyadic effects of physical and mental health. *Psychooncology* ;20(12):1353—7.

© 2021 DOUKOURE, License Bamako Institute for Research and Development Studies Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)