



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume (1) N 2

ISSN : 1987-071X e-ISSN 1987-1023

Reçu, 1 Juin 2019

Accepté, 20 Septembre 2019

Publiée, 06 Novembre 2019

<http://revue-rasp.org>

Recherche

Représentation de la maladie et parcours de soins des patients diabétiques suivis au Centre Antidiabétique de l’Institut National de Santé Publique (Côte d’Ivoire)

Representation of the disease and care pathway of diabetic patients followed at the Antidiabetic Center of the National Institute of Public Health (Ivory Coast)

Doukouré Daouda.^{1*}, Kourouma Kadidiatou Raïssa ², Adjoumani Kobenan ³, Gbane Mory¹, Acka, K.Félix ¹, Ake-Tano Odile Sassor Purifine¹, Kouassi Dinard⁴

1. Service de Nutrition, Institut National de Santé publique (INSP), Abidjan, Côte d’Ivoire.
2. Centre de Recherche et d’Etudes en Population, Politiques et Système de Santé, Institut National de Santé publique (INSP), Abidjan, Côte d’Ivoire
3. Institut d’Ethnosociologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d’Ivoire
4. Direction Général, Institut National de Santé Publique (INSP), Abidjan, Côte d’Ivoire

*Auteur correspondant : Email : daouabass2017@gmail.com; Tel : 225 02 31 46 32

Résumé

Le diabète dont la prévalence en Côte d’Ivoire est passée de 4% en 2007 à 5,6% en 2014, représente un véritable défi pour le système de santé. En effet, les décisions de santé tel que les recours ou non recours thérapeutiques devront répondre à l’évolution du système de santé liée à la progression du diabète et des situations de perte d’autonomie. L’objectif de cette étude de produire des connaissances sur la perception de la maladie et l’itinéraire thérapeutique chez les patients diabétiques suivis au Centre Antidiabétique d’Abidjan, afin de mieux cerner les interactions qui existent entre le recours aux soins de type culturel et biomédical. Une enquête qualitative par entretiens approfondies a été réalisée du 09 au 20 janvier 2017 sur un échantillon de 55 patients sélectionnés de façon raisonnée. L’analyse des

entretiens dans Nvivo a montré que selon les patients les symptômes de la maladie se manifestent par une triade de symptômes tels la polydipsie, la polyphagie qui s'accompagne paradoxalement d'un amaigrissement, et la polyurie, la fatigue générale. La survenue du diabète s'explique également par la pauvreté, la vieillesse, la sédentarité, la mauvaise alimentation et par l'ordre surnaturel (Dieu). Par ailleurs, l'absence de protection sociale contre le risque maladie favorise le développement des choix dans le traitement de la maladie. Le paiement direct des médicaments par les patients diabétiques détermine l'inobservance dans le traitement détermine l'inobservance dans le traitement. La prise en charge dont bénéficiait les diabétiques sont d'ordre psychologique, médical, et alimentaire. La restriction alimentaire est utilisée comme méthode compensatoire pour contrôler le poids à la suite d'une prise alimentaire.

Mots clés : Représentation de la maladie, parcours de soins, patient diabétique, INSP, Côte d'Ivoire

Abstract

The prevalence of diabetes in Côte d'Ivoire increased from 4 % in 2007 to 5.6 in 2014. This evolution of the prevalence of diabetes represents a real challenge for the Ivoirian health system, since health decisions such as therapeutic recourse or non-use will have to respond to changes in the health system linked to the progression of diabetes and situations of loss of autonomy. The aim of this study is to produce knowledge on the perception of the disease and therapeutic route in diabetic patients monitored at the Antidiabetic Center of Abidjan, in order to better understand the interactions that exist between the of cultural and biomedical type. A qualitative survey was conducted from 09 to 20 january 2017 and 55 patients were selected. From this approach, the results showed that the symptoms of the disease are manifested by a triad of symptoms such as polydipsia, polyphagia which is paradoxically accompanied by a slimming, and polyuria, general fatigue. The onset of diabetes is also explained by poverty, old age, sedentary lifestyle, poor nutrition, and the supernatural order (God). In addition, the lack of a broad social protection coverage favors the development of choices in the treatment of the disease. The habit that patients have acquired in the purchase of their medicine themselves, determines the no observance in the treatment. The care that benefits diabetics are psychological, medical, and food. Food restriction is used as a compensatory method to control weight following food intake.

Keywords: Diabetic patients, care course, representation of the disease, INSP, Côte d'Ivoire

I. Introduction

Le diabète de type 2 est la forme la plus répandue du diabète et constitue un réel problème de santé publique. La prévalence des patients diabétiques a considérablement augmenté dans le monde en raison du style de vie moderne liée à une augmentation de la consommation des aliments à haute teneur en glucides et en graisses (Laleye et al., 2016).

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. Par ailleurs, toujours selon l'OMS, 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).

En effet, les pays développés connaissent une transition épidémiologique et semblent tous converger vers un rattrapage à court terme des pays développés, avec un effacement des maladies infectieuses au profit des maladies circulatoires, tumorales et chroniques (Deaton, 2004). Dans les régions d'Afrique la prévalence du diabète se situe entre 3 et 20% selon les enquêtes STEP OMS (2009).

En Tanzanie, la prévalence est passée en Tanzanie de 2,3 % en 1980 à 4,6 % en 1996, avec une poussée particulière dans la tranche d'âge de 35 à 54 ans. (Claude Jaffiol, 2011). Au Cameroun, on note une croissance de 1,5 à 6,6 % entre 1990 et 2003. Le Maghreb n'échappe pas à cette évolution. Le taux de prévalence serait de 10 % en Tunisie, de 9,3 % en Égypte, de 8,1 % au Maroc. (Claude Jaffiol, 2011)

Dans d'autres pays de l'Afrique subsaharienne, les chiffres 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). Les valeurs les plus élevées concernent les zones urbanisées. Les campagnes de dépistage systématique confirment qu'au moins la moitié des patients ignoraient leur affection, en particulier en Tanzanie et en Guinée où 79 et 100 % des cas étaient méconnus (Mbanya et al. 2010). Au Bénin, parmi les maladies non transmissibles, le diabète constitue la deuxième maladie la plus fréquente après l'hypertension artérielle. (Kaossarath et al. 2017).

Une étude hospitalière à Ouagadougou en 2010 sur un échantillon de 821 patients, rapportait une prévalence de 5,8% (Vallée M et al, 2008). Ce qui révèle une situation inquiétante. Baldé en Guinée, trouvait une prévalence de 15% en milieu urbain et 3% en milieu rural (Baldé AM, et al, 2006).

En Côte d'Ivoire selon la Fédération International du Diabète (FID), la prévalence du diabète en Côte d'Ivoire est passée de 4% en 2007 à 5,6% en 2014. Mais, ces chiffres seraient passées de 6,2 % en 2017 selon le Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques et de prévention, des Maladies Non Transmissibles (PNLMM/ PMNT) de Côte d'Ivoire. La prévalence globale était plus élevée dans les zones urbaines (15, 3%) que dans les zones rurales (12,9%). (Zaoui S et al, 2008).

Cette évolution de la prévalence du diabète représente un véritable défi pour le système de santé ivoirien, vu que les décisions de santé tel que les recours ou non recours thérapeutiques

devront répondre à l'évolution du système de santé liée à la progression du diabète et des situations de perte d'autonomie.

Le Centre Antidiabétique d'Abidjan (CADA) créé en 1970 à l'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire, a pour missions de dépister le diabète et assurer sa prise en charge en ambulatoire, éduquer les patients, et participer à la recherche sur le diabète. Depuis quelques années, le traitement est décentralisé mais le CADA demeure le centre de référence pour le suivi en ambulatoire. Le traitement du diabète n'étant pas gratuit, le paiement direct réalisée par les patients est estimé à environ à 29. 879 FCA (Acka F et al, 2016).

Des études menées auprès des patients diabétiques ont mis en évidence le fardeau économique que représente la maladie ainsi que les situations de renoncement aux soins. Ainsi Acka et al, en 2016, ont montré que 76,6% des patients suivis au CADA était sans assurance maladie et 62,9% avait dû renoncer à des soins.

Aussi, faut-il révéler qu'en réalité, à Abidjan, il n'y a pas une association fonctionnelle des diabétiques. Même si, des efforts sont faits pour en créer, elles restent non fonctionnelles. En revanche, au Centre Anti-Diabétique d'Abidjan, (CADA), il a été mis en place une association des diabétiques et sport appelée ADSCI créée le 03 mars 2017 qui est fonctionnelle.

De nombreuses études anthropologiques ont été menées dans ce centre (M'bra K, 2014), (Coulibaly, 2016) ; (Doumbia, 2017); mais très peu de recherche ont porté sur la représentation de la maladie et l'itinéraire thérapeutique des patients diabétiques suivis au Centre Antidiabétique d'Abidjan. Ce type d'étude pouvant apporter des éléments de réponse aux situations de recours et de non recours aux soins.

En effet, au regard du problème de santé publique posé par le diabète, une étude sur la représentation de la maladie et des comportements de recours aux soins en cas de diabète en Côte d'Ivoire revêt un double intérêt. D'une part, l'étude des comportements de recours aux soins représente un formidable défi scientifique, lié à l'investigation de dimensions encore peu explorées par les sciences sociales. D'autre part, l'étude des comportements de recours aux soins et des normes de représentation de la maladie constitue une source de connaissance nécessaire à l'élaboration des futures stratégies sanitaires de prévention et de lutte contre le diabète.

Ainsi cette étude a pour objectif de connaître les perceptions du diabète et l'itinéraire thérapeutique des patients diabétiques suivis au CADA de l'Institut National de Santé Publique. L'itinéraire thérapeutique étant vu ici comme la succession des recours aux soins depuis le début de la maladie. Il s'agira dans cette étude de voir le cadre explicatif du diabète ; les connaissances des enquêtés sur la malade, le symptôme de la maladie, la terminologie ethno médicale ; les itinéraires thérapeutiques des malades pour une prise en charge moins coûteuse.

II. Matériels et méthodes

Il s'agit d'une étude qualitative par entretiens approfondis, à visée descriptive et analytique, menée au Centre Antidiabétique de l'Institut National de la Santé publique de Côte d'Ivoire, en septembre 2017. Ce centre a une file active de 50000 patients et accueille en ambulatoire environ 100 patients par jour sur rendez-vous, même s'il existe en son sein une unité dédiée aux urgences et aux tous venants.

L'étude a concerné un total de 55 patients diabétiques venus en consultation au Centre Antidiabétique d'Abidjan. L'échantillon était constitué de 30 hommes et de 25 femmes diabétiques connus dont l'âge variait entre 40 et 60 ans. Les patients ont été recrutés selon la technique du choix raisonné selon l'ordre de passage pour les consultations.

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 par les enquêteurs et consignés dans un guide d'entretien. Les entretiens ont porté sur les thématiques suivantes : 1) leurs représentations du diabète, 2) les connaissances qu'ils ont de cette maladie, 3) L'itinéraire thérapeutique, 4) les symptômes de la maladie et les terminologies ethno médicales, 5) les mécanismes de gestion de la maladie.

Tous les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone et ont duré entre trente minutes et trois quart d'heure ou une heure.

Les entretiens ont ensuite été retranscrits manuellement sur Word de façon exhaustive à l'aide du logiciel 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. L'analyse proprement dite a mis en exergue les idées convergentes, divergentes ainsi que certains détails inattendus mais essentiels à la compréhension de la situation étudiée. Les points communs ou divergents ont également été relevés. Certains verbatim extraits des messages clés ont été retenus pour appuyer certaines idées en guise d'illustration.

Les patients ont été informés du but de l'étude, de ce que cela signifiait de participer à un entretien semi-dirigé, 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. Les données ont été stockées dans une base de données sécurisées.

III. Résultats

1-Caractéristiques sociodémographiques des patients

Les participants à l'enquête avaient un âge compris entre 40 et 60 ans. En effet, à ces âges, ils ont constaté un dysfonctionnement dans leur organisme qu'ils n'arrivent pas à expliquer. Les causes de cette anomalie, les stratégies utilisées pour solutionner leur handicap sont données par les patients eux-mêmes.

Au niveau de la catégorie socioprofessionnelle la plupart des participants était des commerçants (13), suivi des fonctionnaires (09) et ceux qui exercent de petits métiers (08).

Les participants étaient de groupes ethniques et de confessions religieuses diverses.

2. Représentation du diabète et facteurs déclencheurs

La symptomatologie du diabète

Le diabète peut se manifester par une triade de symptômes : Le besoin de boire beaucoup d'eau (ou d'autres boissons rafraîchissantes) de façon très fréquente (polydipsie). L'envie de manger fréquemment et en quantité importante (polyphagie), qui, dans le cas du diabète de type 1, s'accompagne paradoxalement d'un amaigrissement. La nécessité d'uriner beaucoup et de manière très récurrente (polyurie). Conséquence logique de la polydipsie, elle est aussi liée à la forte concentration du sucre dans le sang que l'organisme tente d'éliminer.

Quarante patients ont exprimées en plus de ses symptômes la polydipsie, la polyphagie, la fatigue générale. Par ailleurs, les systèmes symboliques de nomination de la maladie s'analysent en fonction de certains groupes ethniques. La perception des symptômes du diabète est liée à l'aspect et la quantité d'urine émise par jour, perturbant le sommeil des acteurs pendant la nuit au cours de leur sommeil. Et la coloration visqueuse ou mousseuse des urines qui suscitent la peur chez le patient.

Le cadre logique d'identification des signes du diabète se retrouve dans les groupes sociolinguistiques ivoiriens. Ainsi, pour les populations Baoulé au Centre de la Côte d'Ivoire, le diabétique fait des urines incessantes au cours de la journée.

Chez les Agni à l'Est (F. Tra Bi, 2008) et les Malinké (F. Tra Bi, 2008) au Nord, l'urine du diabétique attire les fourmis en raison de la présence de sucres dans celle-ci. C'est pourquoi le peuple Malinké nomme cette maladie « *Soukarobannan* » c'est-à-dire maladie du sucre. La glycémie est le terme médical qui désigne la quantité de glucose contenu dans le sang. La glycosurie c'est la présence de glucose (sucre) dans les urines, qui n'en contiennent pas à l'état normal. Le glucose en excès dans le sang (1,8 g/l ou plus) passe dans les urines. On parle du « seuil rénal du glucose ». Cela s'accompagne d'urines, et ensuite de soif plus abondantes.

Pour les Dida au Sud, le diabétique fait des urines abondantes et moussantes, de coloration jaune foncée. En plus, les tradi-thérapeutes Dida identifient deux formes de diabète. La forme mâle caractérisée par un amaigrissement du patient et la forme femelle dont les patients sont obèses. (F. Tra bi, 2008 : .43).

3. Le cadre explicatif

La perception du diabète qui apparaît est variée et alambiquée. En effet, les hésitations sur la connaissance de la maladie sont remarquées chez la majorité des malades et même chez les proches des patients qui accompagnent les malades. Cela résulte du fait qu'elle fait partie des maladies émergentes et la plupart d'entre eux ne savent pas la cause réelle de leur mal. Cette situation fait du diabète une maladie chronique peu connue de la majorité des acteurs. En effet, la maladie trouve son interprétation en fonction de l'idée, de la définition ou des causes de la maladie. Dès le début de la maladie, les acteurs ne font pas attention à sa dangerosité. C'est une attitude de négligence ou soit de banalisation qui est manifesté chez les acteurs. Cette banalisation ne permet pas de rechercher le nom du mal qui les ronge.

Pour comprendre le cadre explicatif de la maladie, les enquêtés attachés à leur logique dualiste, montrent que les maladies obéissent au principe de la double causalité (causes naturelles de la maladie et surnaturelles). C'est pourquoi, ils décrivent ce cadre explicatif pour donner un sens à la maladie.

« La mauvaise alimentation » comme un facteur déclencheur du diabète.

Nous devons manger pour survivre. En effet, les aliments plus qu'une simple source d'énergie et de substances nutritives sont indispensables à notre santé et à notre bien-être. Toutefois, l'alimentation est source de santé et par conséquent source de maladie, si elle n'est pas prise de façon adéquate.

Plus de la moitié des patients interrogés ont dit qu'une mauvaise alimentation trop sucré ou trop riche en matière grasse était à l'origine de leur diabète. Par conséquent, l'habitude alimentaire est le terreau fertile de la maladie des patients diabétiques.

Pierre, commerçant, âgé de 47 ans et diabétique depuis 5 ans révèle : « *C'est parce que j'ai trop consommé le sucre pendant ma jeunesse que j'ai fini par avoir le diabète* ».

Cette habitude alimentaire est relativement culturelle, de par la pratique alimentaire des enquêtés tel qu'on le voit chez les Sénégalaïs, les Maliens et les Malinké enquêtés, qui ont l'habitude de consommer assez d'huile dans leur nourriture. En effet, le « tchep » mets sénégalais demande assez d'huile dans la préparation. Egalement, les sauces sont également à base d'huile chez d'autres peuples.

Maimouna, malienne : « *Ma fille depuis que je suis jeune jusqu'à l'âge que j'ai 50 ans. Je ne peux me passer de café bien sucré avec de la confiture d'abricot. Si ce n'est pas la confiture c'est du beurre je mets bien dans le pain et je mange* ».

Astou, sénégalaise renchérit « *moi c'est l'huile, d'abord le tchèp. Ensuite, chaque fois que je mange j'ajoute un peu d'huile. Je faisais des sauces avec beaucoup d'huile. Et me voilà aujourd'hui privé de tout ce que j'aimais manger* ».

Le diabète une maladie de pauvre ; dans la mesure où, il est ressorti de l'analyse des entretiens que la situation socioéconomique de certains patients a entraîné la survenue du diabète. Les soucis pour faire face à la réalité quotidienne créent une situation de déséquilibre mental chez certains acteurs. Alors, vivre dans la pauvreté est susceptible de déclencher le diabète. La propension à contracter le diabète est élevée, lorsque survient les licenciements. Cette situation décrite illustre bien les propos de cet enquêté : « *Après mon licenciement, plus de revenus. Le niveau de vie était devenu bas, de sorte que je n'arrivais pas à se suffire* ».

La vieillesse détermine la survenue du diabète ; selon certains enquêtés, contracter le diabète relève des personnes âgées. Il est alors inconcevable qu'un acteur moins âgés soit diabétique, c'est incongrue que cela se retrouve dans la catégorie des acteurs, plus jeunes. Pour cet enquêté contracter cette maladie, il faut être « grosse » ou en « surpoids » ou être une « vieille personne ». Ayant à peine 40 ans, une femme, venue en consultation, a été après deux examens d'urines, suite à plusieurs polyuries régulières, elle a vu son taux de glycémie supérieur à 3g/l ; et par la suite, elle a été déclarée diabétique.

Le diabète une maladie liée à la sédentarité ; le manque d'exercice physique, la sédentarité et la consommation d'aliments sucrés seraient l'un des facteurs déclencheurs du diabète. En effet, la sédentarité et la composante nutritionnelle peuvent contribuer à aggraver leur mutation métabolique. Le fait de rester assis longtemps sans rien fait.

Le diabète une maladie surnaturelle ; le cadre théologico-métaphysique est aussi le socle de l'origine du malheur ou du mal. Devant la chronicité de la maladie, dont le traitement est pour la vie, de nombreux acteurs, ont attribué la source de leur mal aux origines supranaturelles car c'est Dieu qui peut décider du sort d'un être humain : « *Diabète là, c'est Dieu. C'est lui seul qui sait pourquoi ça m'arrive. Ma fille. Ça fait quatre mois aujourd'hui* ».

4. Itinéraire thérapeutique

L'absence d'une large couverture de protection sociale favorise le développement des choix dans le traitement de la maladie. En effet, les malades ne bénéficient pas d'une réduction sur le coût des médicaments, des examens et des consultations excepté ceux qui ont des bons. Cependant, force est de constater que plusieurs médicaments nécessaires ne passent pas sur les bons. Alors, sur les 55 patients diabétiques interrogés, 30 ont eu comme premier et seul recours le Centre Antidiabétique d'Abidjan. Pour eux, cette maladie ne peut être traitée que dans ce centre. Cet état de fait est exprimé par Maurice, 56 ans, en ces termes : « *dès que j'ai vu que je pissais beaucoup, je me suis directement rendu au CADA, car j'ai un ami diabétique qui se fait suivre ici* ».

Ceux qui ont choisi deux ou trois types de recours différents avant de se rendre au CADA constituent plus de la moitié de l'échantillon. Parmi ceux ayant eu un recours unique, une plus grande proportion se sont rendus au CADA. Venait ensuite ceux ayant fait la médication moderne ou traditionnelle. Certains produits naturels et de la tradition comme la « pierre noire », les « feuilles de cacaoyer, les feuilles de manguier » bouillis, utilisés matin et soir destiné à la boisson permettent de stabiliser la glycémie.

Certains produits testés et reconnus relevant de la pharmacopée traditionnelle comme « diabétrine » ont été cités comme utile au traitement du diabète.

5. L'inobservance pour le traitement

L'habitude que les patients ont acquise dans l'achat de leur médicament eux-mêmes, détermine le manque d'intérêt pour la prise en charge, freinant, par ricochet leur traitement. Alors qu'est ce qui explique la réticence, ce manque d'intérêt ou le refus à l'observance ?

Les facteurs explicatifs sont entre autres :

5.1 Le manque de moyen financier

L'argent permet la prise en charge des malades souffrant du diabète. Les personnes les plus observant sont les personnes âgées (40-60 ans). Toutefois, ce qui contrarie la prise des médicaments, c'est la cherté des médicaments. Toutefois, le problème financier des patients est relativement partagé. Tous les acteurs ne rencontrent pas les mêmes problèmes financiers. Certains des enquêtés bénéficient de l'aide financiers, tandis que d'autres rencontrent d'énormes difficultés à se prendre en charge. Cette situation est décrite par cet enquêté, pour qui les ordonnances prescrites par les professionnels de la santé sont « chers » et parmi ces médicaments certains ne passent pas sur les bons.

5.2 L'ancienneté de la maladie

Tout au début de la maladie, il existe un engouement pour le traitement. Sur les cinquante-cinq (55) enquêtés, il y a vingt-deux (22) qui ont une ancienneté entre 2 et 35 ans. Oubliant que les maladies chroniques sont à vie. Alors, l'ancienneté est un facteur permettant de connaître le degré d'observance des patients et celui de leur attachement au traitement.

C'est un traitement à vie, principe foulé aussi aux pieds par certains malades, et du coup l'observance devient un problème. Or, les critères d'observance de la prise en charge thérapeutique sont la prise de médicament à une heure bien précise, le respect du dosage, des rendez-vous et aussi du régime alimentaire.

6. Prise en charge des patients diabétiques

La précision de la prise en charge psychologique du diabète est susceptible d'influencer les comportements de soin et de prévention pour procurer le bien-être psychologique et l'équilibre de la maladie. Lorsque le diabète survient, les acteurs sont stressés et les émotions négatives pourraient perturber les comportements de soins.

En ce qui concerne la stratégie de prise en charge médicale, la stratégie thérapeutique du diabète de type 2 doit rester « agressive » et fait appel à une mobilisation importante des patients. Cette détermination des thérapeutes dans la lutte contre la maladie et son évolution place les aspects comportementaux au centre du dispositif de traitement, qu'il s'agisse de comportement de prise de médicaments, d'injection d'insuline ou plus largement de comportement de prévention par des mesures d'hygiène de vie ou diététiques. Il s'agit pour les thérapeutes de mettre en confiance les patients.

Au niveau de la restriction alimentaire: La restriction constitue aussi un moyen fréquemment observé chez ces patients pour contrôler leur poids ou pour compenser les excès alimentaires. Le contrôle et la surveillance de l'alimentation sont fondamentaux pour un acteur diabétique. L'alimentation est un véritable traitement, au même titre que l'activité physique, et les médicaments. Le contrôle de l'alimentation permet d'éviter des modifications importantes de la glycémie et de prévenir l'apparition des complications du diabète.

La restriction alimentaire peut être utilisée comme méthode compensatoire pour contrôler le poids à la suite d'une prise alimentaire (par exemple suite à une orgie alimentaire), mais elle peut aussi survenir seule sans épisode spécifique.

IV. DISCUSSION

Cette étude avait pour objectif de produire des connaissances sur la représentation de la maladie et itinéraire thérapeutique et les mécanismes de gestion de la maladie des patients diabétiques suivis au Centre Antidiabétique d'Abidjan de l'Institut National de Santé Publique. Les résultats ont portés sur la représentation du diabète, l'itinéraire thérapeutique des malades diabétiques et mécanisme de prise en charge

1. Représentation du diabète

En Afrique, tout comme en Côte d'Ivoire, compte tenu du faible taux de scolarisation et de la méconnaissance des maladies chroniques, la connaissance sur le diabète semble être difficilement saisissable. Cette situation montre que les patients n'ont pas une connaissance large sur la pathologie dont ils souffrent. De ce fait, en plus des campagnes de masse, des entretiens doivent être faits avec les malades pour leur donner une éducation exceptionnelle sur la maladie, les risques qui y sont liés lorsqu'on ne respecte pas les prescriptions du médecin. Concernant les connaissances de la population sur la maladie ; on note une méconnaissance de la maladie. Et cela est pareil pour plusieurs pays africains. En effet, une étude menée en Tunisie a montré que le taux des patients diabétiques considérés non éduqués (niveau global des connaissances moyen ou mauvais) vis-à-vis de leur maladie était de 41,1 %. Seulement 58,9 % (IC 95 % : 53,9 - 63,7) de la population étudiée ont été considérés « bien informés » à propos de leur maladie contre 35,9 % (IC 95 % : 31,2 - 40,8) ayant un niveau de connaissances « moyen ». (A. BEN ABDELAZIZ (Maroc), 2007 : 509). Ce qui montre que la perception et la connaissance sur la maladie restent encore à un niveau très bas en Tunisie. Il est pareil pour les autres pays africains. La représentation est « une idée que l'on se fait de quelque chose, d'une maladie, d'un traitement. Elle correspond à un état de connaissance antérieure à un apprentissage systématique. Elle comporte une dimension de jugement, elle est une forme de connaissance pratique. » (Lacroix, (France), 2003 : 34). La représentation émerge d'une idée que le patient peut avoir sur sa maladie par rapport à ses connaissances et à son propre ressenti. Le patient se réfère à ces idées, même erronées. (Lacroix, 2003 : 9). La construction des représentations pour le patient se fait sur le vécu de la maladie. De par cette approche, certaines études ont montré que la transition nutritionnelle générée par les migrations urbaines a renforcé le rôle de la précarité comme facteur contributif au développement du diabète et de l'obésité. En effet, les sujets les plus précaires vont disposer en ville d'une nourriture plus abondante mais choisiront des aliments bon marché de haute densité calorique. Comme révèle Claude Jaffiol, (2011 (Maroc), : 1246) Aussi, le manque de pratique physique et la consommation d'aliments sucrés seraient l'un des facteurs déclencheurs du diabète. Par ailleurs, la sédentarité à cette composante nutritionnelle peut contribuer à aggraver leur mutation métabolique. (Claude Jaffiol, 2011 :

1246). Dans la conception africaine, la plupart des maladies rencontrées obéissent au principe de la double causalité qui consiste à s'intéresser, en plus des causes naturelles de la maladie, aux origines d'ordre surnaturel. Cet état de choses fait de la maladie, une réalité indépendante de sa définition médicale. C'est ce à quoi, ces auteurs font allusion. Par ailleurs, la notion de maladie chronique a une représentation différente en Afrique. On conçoit tout à fait être atteint d'une maladie aiguë par une cause naturelle. En revanche, si celle-ci persiste ou devient chronique, le patient y voit une dimension surnaturelle et pour lui, un traitement dit "naturel" ne suffira plus. Il risque alors de se tourner vers d'autres médecines. (Fonga, France),, 2014 : 24).

Cette approche est développée par H. Mémel-Foté et A. Yangni-Angaté, dans la mesure où, la maladie ne doit pas être vue sous l'angle biomédical uniquement. Pour A. Yangni-Angaté (2004 : 18). « En milieu africain, la maladie ne résulte pas d'un simple dérèglement d'organe, mais, d'un ou de plusieurs système du corps humains... ».

Pour H. Memel, à l'origine de la santé, de la maladie comme de la mort, il y a Dieu-ciel dont la volonté décide de toute existence. Mais celui-ci est si lointain qu'il ne saurait être rendu responsable du malheur de l'humanité. Et de poursuivre : La maladie peut être perçue comme la négation de la santé. C'est la régression générale de la vie, de l'être dans ses relations et dans ses activités. Cette régression

est aussi individuelle et sociale. Ce sont plutôt au sens indirect par les mécanismes des sanctions immanentes aux lois naturelles et morales du monde notamment les causes invisibles (génies, sorciers), causes d'ordre social (violation d'interdit) d'ordre individuel (rancune) et physique (soleil) (H. Memel-Foté, 1998 : 30).

2. Itinéraire thérapeutique des malades diabétiques et mécanisme de prise en charge

Les systèmes de soins qui s'offrent aux patients sont composés de trois secteurs vers lesquels les patients peuvent se tourner : le "secteur populaire", le "secteur professionnel" et le "secteur traditionnel". Différents facteurs pousseront chaque individu à faire confiance à tel ou tel système de soins: ses croyances par rapport à la cause d'une maladie, le ou les traitements qu'il voudra utiliser, sa perception de la place du malade et la notion de pouvoir dans la société, l'accessibilité des soins. (Fonga, 2014 : 21). Ainsi, l'itinéraire thérapeutique peut se définir comme la succession des recours aux soins, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie (guérison, stabilisation ou décès). Il est la succession des recours de formation des soignants (Famoussa, Mali) SIDIBE, 2011 : 15) En outre, le recours aux soins se justifient de différentes manières : En effet, les africains, attachés à leurs pratiques socio-culturelles, acceptent mal la notion de maladie chronique nécessitant un traitement à vie ; aussi, lorsque le diabète est bien équilibré, ils arrêtent souvent le traitement pensant la guérison acquise, ce qui provoque une rechute. De même, les patients ne jugent pas utile de réaliser des contrôles cliniques et biologiques réguliers ce qui rend aléatoire l'adaptation thérapeutique tout particulièrement l'insulinothérapie. La même situation mais à un moindre degré se retrouve au Maghreb : un rapport de A. Farouqui (2010 : 1248) concernant le Maroc confirme l'insuffisance des

résultats obtenus dans le traitement du diabète, la trop forte prévalence des complications dégénératives et le manque de rigueur dans la qualité du suivi.

Par ailleurs, les études menées par Fonga, (2014 : 32) montrent qu'au niveau de la biomédecine, le professionnel de santé s'attache uniquement au côté somatique, ce qui entraîne une insatisfaction du patient. Alors, quand la guérison ne survient pas tout de suite, et que le patient et son entourage s'interrogent sur des causes non naturelles, la notion de maladie chronique n'étant pas commune ; des facteurs économiques, culturels (volonté de déterminer ce qu'il y a derrière la maladie, maladie perçue comme typiquement africaine....) peuvent également inciter le patient ou sa famille à consulter en médecine traditionnelle.

Les patients diabétiques ont recours à la médecine traditionnelle pour se traiter, ce qui justifie le nombre important et la gamme variée de plantes utilisées contre l'hypertension et le diabète commercialisées sur les marchés de la ville d'Abidjan. L'intérêt que portent les patients pour les plantes tient du fait que la pharmacopée, pour ce qui est du traitement de ces deux affections, revient nettement moins chère. De plus, le traitement est moins contraignant par rapport à celui de la médecine moderne. (TRA BI F. et al. 2008 (Côte d'Ivoire) : .46). En outre, dix- neuf (19) plantes sont antidiabétiques. Elles appartiennent à 19 genres et 13 familles, les familles les plus représentées étant les Euphorbiaceae (4 espèces), les Asteraceae (3 espèces) et les Apocynaceae (2 espèces). Les plus sollicitées sont *Phyllanthus amarus*, *Ageratum conyzoides*, *Catharanthus roseus* et *Alchornea cordifolia* (Tra bi Fezan et al. 2008 : 45).

En outre, les effets indésirables liés à la prise de l'insuline en forme piqûre ne sont pas de nature à favoriser l'observance. La prise régulière de l'insuline perçue comme une « prison ». C'est pourquoi, certains d'entre eux veulent remplacer ce produit par les comprimés.

Pour mieux vivre avec la maladie, certains conseils hygiéno-diététiques sont donnés au patients et la pratique régulière des activités physiques, le contrôle de l'alimentation et le contrôle de la tension et lipidique. Selon l'OMS, 2016, bien vivre avec le diabète suppose un diagnostic précoce. Des systèmes de recours et de renvoi devront être mis en place, car les patients auront besoin d'examens spécialisés périodiques ou d'un traitement en cas de complications. Pour les personnes chez lesquelles un diabète a été diagnostiqué, une série d'interventions efficaces au regard de leur coût pourra améliorer les résultats sanitaires, quel que soit le type de diabète qu'elles présentent. Au nombre de ces interventions figurent le contrôle glycémique, assorti de précautions alimentaires et d'une activité physique et, le cas échéant, de médicaments ; les contrôles tensionnels et lipidiques destinés à réduire les risques cardiovasculaires et d'autres complications ; et les examens réguliers destinés à dépister les lésions oculaires, rénales et des pieds, qui faciliteront un traitement précoce. La prise en charge du diabète pourra être renforcée par l'application de normes et de protocoles. OMS, rapport mondial sur le diabète (OMS, 2016 : 7).

Conclusion

L'analyse des connaissances, de la perception des patients en ce qui concerne le diabète ainsi que leur itinéraire thérapeutique a mis en évidence de faible connaissance sur la maladie. Le

diabète est encore perçu par les patients comme une maladie multidimensionnelle ce qui explique les différents itinéraires thérapeutiques de la médecine traditionnelle à la médecine moderne. La représentation du diabète associée au fardeau économique que constitue la prise en charge de la maladie explique également les situations de recours et de non recours aux soins. Il est important pour les décideurs de renforcer l'éducation des patients diabétiques sur la maladie mais également d'améliorer le recours aux soins et la prise en charge du diabète.

Remerciements

Nos remerciements vont à l'endroit du personnel du Centre antidiabétique de l'Institut National de Santé Publique pour leur disponibilité.

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».

Conflits d'intérêts

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt lié à cet article.

Source de financement soutenant le travail de recherche.

Les sources de financement sont celles provenant de nos primes de recherche octroyées par l'Etat ivoirien, aux enseignants-chercheurs et les chercheurs, destinées à nous soutenir dans nos travaux de recherche.

V. Références bibliographiques

Abdelb, B., Aziz, A, H.Tabet, I. Soltane, K, Gaha, R. Gaha, H.Tilili, H.Ghannem. (2007). Connaissances des patients diabétiques de type 2 sur leur maladie à Sousse (Tunisie). *Eastern Mediterranean Health Journal, vol. 13, N°3.*

Acka KF, Kourouma KR, Yapi A, Aka J, Ake M. Connaissances, perceptions et pratiques des patients diabetiques suivis au Centre Antidiabetique d Abidjan (CADA) sur la Couverture Maladie Universelle (CMU). Afr.Bioméd. 2016; 21(1):62-67.

Augé, M. (1986). L'anthropologie de la maladie. *L'Homme, 97-98,XXVI*, 81-90

Baldé AM, Traore S, Toure M, Diallo D, K'eita. (2006). Hypertension artérielle en Guinée: épidémiologie et place de la phytothérapie dans la prise en charge dans les zones urbaine et rurale de Fria, Boke, Forecariah (basse Guinée) *Pharm Méd Trad Afr. ;12:19–43.*

Coulibaly, M A. (2016). Psychologie autour des enfants et adolescents diabétiques suivis au Centre Anti-Diabétique (CADA). Doctorat de médecine, UFHB.

Deaton, A. (2004). Health in an Age of Globalization. NBER Working Paper 10669, Cambridge, MA : National Bureau of Economic Research.

Doumbia, M. (2017). Analyse socio-anthropologique de la gestion de l'ordonnance médicale du sujet diabétique suivi au Centre Anti-Diabétique d'Abidjan (CADA), Master 2, ISAD, UFHB.

Farouqui, A, Harti M.A, Neijari C., (2010). Prise en charge du diabète au Maroc : résultats de l'International Diabetes Management Practices Study (IDMPS) Vague 2. Médecine des Mala-dies Métaboliques, 2010, 4, 705-11.

Fézan, H. TRA BI, Guy M. IRIE, Kohué C.C. N'Gaman, Clejesson H.B. Mohou. (2008), Etudes de quelques plantes thérapeutiques utilisées dans le traitement de l'hypertension artérielle et du diabète : deux maladies émergentes en Côte d'Ivoire. Sciences et Nature, vol.5 N° 1: 39-48. UFR des sciences de la nature, Université d'Abobo-Adjame.

Fonga, S. (2014). Représentations de la maladie chez des patients hypertendus originaires d'Afrique noire ayant migré en France. Thèse de médecine, Université Pierre et Marie Curie, N°2014PA06 G034.

International Diabetes Federation. Récupéré le 02 janvier 2015, from <http://www.idf.org/membership/afr/cote-d-ivoire>

Jaffiol, C. (2011). Le diabète sucré en Afrique : un enjeu de santé publique. Communication : *Bulletin Académique Nationale Médicale*, 195, N°6, 1239-1254, P.1246

Kaossarath, A. Fagbemi, S. Azonbakin, M. Adjagba, Lamine Baba-Moussa, A. Laleye. (2017). Aspects épidémiologiques du diabète de type 1 à la banque d'insuline de Cotonou (Bénin), *International Journal of Biological and Chemical Science* 11(3): 1085-1095, June 2017ISSN 1997-342X (Online), ISSN 1991-8631 (Print).

Kleinman, A. (1980). Patients and healers in the context of culture. Berkeley, University of California Press.

Konaté K. (2016). L'Hôpital et la gestion gériatrique : l'organisation hospitalière face aux besoins de santé des personnes âgées, l'exemple de l'Institut National de Santé Publique (INSP), Master de Sociologie, IES. UFHB

Lacroix, A. (2003). L'Education thérapeutique des patients, Nouvelle approche de la maladie, Maloine, 2^{ème} édition.

Laleye, O. A F, Ahissou, H, Olounlade, Abiodoun, P, Azando, E.V. B, Laleye, A. (2016). Etude bibliographique de trois plantes antidiabétiques de la flore béninoise: Khaya senegalensis (Desr) A. Juss (Meliaceae), Momordica charantia Linn (Cucurbitaceae) et Moringa oleifera Lam (Moringaceae). *Int. J. Biol. Chem. Sci.*, 9(5): 2682-2700. DOI: <http://dx.doi.org/10.4314ijbcs.v9i5.38>.

MBanya, J. C., Motala, A. A, M., Sobngwi, Félix K Assah. (2010). Diabetes in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 375, 2254-66.

M'bra, K. (2014). Rupture biographique et processus d'ajustement identitaire des malades diabétiques du Centre Antidiabétique d'Abidjan. Thèse de Sociologie, IES, UFHB.

Sidibé, F. (2011). Etude des itinéraires thérapeutiques reliés aux soins de médecine traditionnelle au sein des ménages de la commune V du District de Bamako, Mali : Cas du Quartier de Sabalibougou. Thèse de médecine, Université de Bamako.

Taïeb O et al. Donner un sens à la maladie: de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. *Médecine et maladies infectieuses*, 2005, 35, p. 173-185.

Vallée M, Leenen FH, Dumais J, McInnis NH, Turton P. (2008). Results of the Ontario survey on the prevalence and control of hypertension, Faculté de médecine Université de Montréal. *CMAJ*. 2008;178(11):441-9.

World Health Organization. Global Health Estimates. (2014). Deaths by Cause, Age, Sex and Country, 2000-2012. Geneva, WHO, 2014.

WHO, Bureau Régional de l'OMS pour l'Afrique. (2009). Rapport de la Journée Mondiale contre le Diabète. Port Louis: 2009. Le défi du diabète à l'Horizon 2030.

Zaoui S, Biemont C, Meguenni K. (2007). Approche épidémiologique du diabète en milieux urbain et rural dans la région de Tlemcen (Ouest algérien) Cahiers santé ; 17(1):15.

© 2019 Doukouré, License BINSTITUTE Press. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)