

# Les Déterminants Qui Favorisent Ou Non L'autogestion Du Diabète De Type 2 Chez Les Personnes Souffrant De Cette Maladie : Une Etude Réalisée A l'Hôpital Régional d'Ebolowa

**BISSA NDEMBA Didier**

Faculté des Sciences de l'Education

Université de Ngaoundéré

Email : bissandem2@yahoo.fr

## Résumé

Cette étude exploratoire menée à l'Hôpital Régional d'Ebolowa vise à mieux comprendre les stratégies d'autogestion utilisées par les personnes diabétiques qui fréquentent cette institution hospitalière. Nous nous sommes basés sur le modèle de la triade disease / illness / sickness décrit par (Kleinman et al., 1978) et (Young, 1982) pour appréhender l'adaptation des personnes diabétiques dans leur environnement social et familial. Douze entretiens individuels de type semi-structurés ont été réalisés avec les diabétiques. Il ressort des résultats obtenus que, les personnes qui arrivent à mieux vivre avec le diabète sont celles qui ont combiné les recommandations médicales, le savoir populaire et leur contexte de vie. Les résultats de cette étude peuvent être utilisés comme piste d'intervention dans des programmes entourant la prévention des complications de la maladie et l'amélioration des conditions de vie des diabétiques.

**Mots clés :** diabète de type 2, autogestion, maladie, santé, genre

## Abstract

This exploratory study carried out at the Ebolowa Regional Hospital aims to better understand the self-management strategies used by people with diabetes who attend this hospital. We used the disease / illness / sickness triad model described by Kleinman et al. (1978) and Young (1982) to understand the adaptation of people with diabetes in their social and family environment. Twelve semi-structured individual interviews were carried out with diabetics. The results obtained show that the people who manage to live better with diabetes are those who have combined medical recommendations, popular knowledge and their context of life. The results of this study can be used as an avenue for intervention in programs aimed at preventing complications of the disease and improving the living conditions of diabetics.

**Keywords:** type 2 diabetes, self-management, disease, health, gender

## Introduction

Décrit comme étant rare et très fatal, le diabète sucré au cours du siècle dernier a été considéré comme une maladie rare en Afrique (Cook, 1901). Cependant, les études épidémiologiques réalisées au XXI<sup>e</sup> siècle ont fourni une image différente montrant une tendance mondiale en matière d'incidence et de prévalence du diabète sucré dans la population africaine.

Selon la Fédération internationale du diabète (FID), il y avait en 2015, 567 300 cas de diabète au Cameroun avec une prévalence de 6,5% chez les adultes (20 à 79 ans) et 14 998 décès dus au diabète. Quant au diabète de type 2, encore appelé « diabète non insulino-dépendant » ou « diabète de l'adulte », il représente 90 à 95% de tous les cas de diabète (American Diabetes Association, 2020). Par conséquent, le diabète en tant qu'épidémie mondiale n'a pas épargné les pays d'Afrique subsaharienne et son fardeau économique pour les patients, la famille, la communauté et la nation est énorme (Mbanya et al., 2010). Les changements de mode de vie dus à l'urbanisation rapide, les changements d'habitudes alimentaires ainsi que les modèles d'activité physique peuvent expliquer en partie la transition en cours au Cameroun (Sobngwi et al., 2002).

Longtemps appréhendée comme une maladie mortelle, le diabète est dorénavant considéré comme une maladie chronique présentant un énorme défi d'adaptation. Cette maladie est caractérisée par l'hyperglycémie (concentration élevée de glucose dans le sang) attribuable à une carence ou à une déficience dans la production d'insuline. On distingue principalement deux types de diabète. Le diabète de type 1 représente environ 10% des cas diagnostiqués et apparaît durant l'enfance, l'adolescence ou le début de l'âge adulte. Ce type de diabète est caractérisé par une insuffisance totale en production d'insuline. Beaucoup plus fréquent, le diabète de type 2 représente environ 90% des cas diagnostiqués (Hébert, 2002). Il est communément diagnostiqué chez les adultes âgés de 40 ans et plus. Le diabète de type 2 consiste en une diminution progressive de la production d'insuline ou en une insulino-résistance

Traditionnellement, l'apport des sciences du comportement dans la prise en charge est de deux ordres : d'une part, la précision de l'impact psychologique du diabète (le bien-être psychologique du malade étant susceptible d'influencer les comportements de soin et de prévention) ; d'autre part, l'impact de données psychologiques sur l'équilibre de la maladie. Ainsi, plusieurs études ont mis en évidence des relations entre le niveau de stress vécu et le déséquilibre glycémique. Cette dernière relation est principalement due, au long cours, au fait que les émotions négatives viendraient perturber les comportements de soins (Cox et Gonder-Frederick, 1992)

Le diabète, bien qu'il soit une maladie contrôlable, conduit à des complications. Des rétinopathies, des néphropathies, des neuropathies, des blocages des gros et petits vaisseaux sanguins peuvent affecter la qualité de vie des personnes atteintes et provoquer une diminution de leur espérance de vie (Inglada & Mercier, 2007). À Mirebalais, malgré des enseignements et des suivis médicaux, les diabétiques ne sont pas exempts de ces complications. Cependant, il y en a qui arrivent à gérer et à vivre avec la maladie en retardant significativement l'apparition de ces dernières. Il s'avère donc nécessaire d'explorer les diverses stratégies utilisées par les personnes vivant avec le diabète dans leur quotidien. Comment gèrent-elles leur maladie par rapport à la famille ? Quels sont les principaux obstacles en lien avec l'application des recommandations médicales ? Utilisent-elles d'autres sources thérapeutiques ? Nous nous proposons de trouver des réponses en lien avec le parcours de leur vie ainsi que de leurs expériences avec la maladie dans cette étude

### I Insertion théorique

Notre cadre de référence se base sur le modèle de Kleiman et collaborateurs (1978) et Young (1982). La maladie se réfère à une triade : *disease* qui représente la maladie dans ses manifestations organiques ; *illness* qui englobe le vécu du sujet souffrant, ses expériences psychologiques et individuelles et *sickness* qui est le processus à partir duquel les signes de perturbations biologiques et/ou du comportement ont des significations socialement identifiables (Bonnet et al., 1999). Nous nous appuyons sur l'approche phénoménologique proposée par Clark E. Moustakas pour dégager une signification commune des expériences vécues par les personnes diabétiques selon les trois dimensions de la maladie (Cresswell, 2013). Nous avons choisi cette approche parce qu'elle nous a semblé assez expressive en vue de comprendre comment les personnes diabétiques vivent la réalité, d'être diabétique et en même temps des gens responsables qui doivent répondre à toutes les exigences quotidiennes soit de la famille ou de la société (CIRP, 2013). Souvent L'approche phénoménologique est la méthode qui amène le chercheur à concentrer leur regard sur le

phénomène à occulter de façon paradoxale la subjectivité de celui qui vit le phénomène sans parler de sa subjectivité propre ( Cresswell, 2013). La phénoménologie est aussi une discipline rigoureuse qui vise à décrire le phénomène tels qu'ils se donnent à nous c'est dans cette optique notre discours s'élevé de nos préjugés, à partir des idées toutes faites, à partir de qu'il est convenu aujourd'hui de penser sans ne plus prendre la peine de s'appuyer sur la chose elle-même dont il est pourtant question(Qiang et al., 2013). Cette approche nous permet de retourner aux phénomènes à l'état pur, c'est à dire à recueillir des idées premières des discours originaux. Pour mieux cerner comment les personnes diabétiques arrivent à concilier les exigences de la vie quotidienne et la maladie, nous examinerons ces quatre concepts fondamentaux suivants : les représentations de la santé, les diverses dimensions du concept de la maladie ainsi que les rôles des hommes et des femmes (le genre).

### II-1 La santé

Les définitions de la santé ont évolué avec le temps. Du point de vue biomédical, les premières définitions portaient sur l'aptitude de l'organisme à fonctionner. La santé était considérée comme un état de fonctionnement normal pouvant être perturbée à l'occasion par la maladie (Colombo, 2013). Elle est caractérisée par l'intégrité psycho-anatomo-physiologique et la capacité de jouer des rôles valorisés par l'individu sur les plans familial, professionnel et communautaire (Colombo, 2013) . En 1946, l'OMS a considéré la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité (mondiale de la Santé, 1946) . Cependant, beaucoup de gens semblent concevoir la santé comme étant un bien-être holistique qui va au-delà de l'absence de la maladie. En 1984, l'OMS a modifié la définition de la santé. Elle est considérée comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. À travers cette définition, la santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. En outre, ce concept met en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques (AFMC, 2013). Cette conception de la santé varie d'une population à l'autre, d'une classe sociale à l'autre. Du point de vue anthropologique, la santé peut se définir d'un côté comme le rapport de l'être physique et psychique, de l'autre du monde social et politique (Fassin, 2000). Elle est plus que l'envers de la maladie. Ce rapport est historiquement construit et fait l'objet de concurrence et de luttes entre les agents s'efforçant d'imposer des visions différentes de la santé, ce qu'il faut politiquement et socialement traiter comme un problème de santé (Fassin, 2000). Nous allons nous baser sur ces différents concepts pour mettre l'emphase sur les représentations populaires de la

santé que se font nos participants afin de voir en quoi elles se diffèrent de ce qui est généralement admis par la norme médicale.

## II-2 La maladie

Les malades édifient des modèles qui tentent à rendre compte de leurs rapports à leur corps, des relations entre les organes, des sensations ressenties et des causes des souffrances qu'ils éprouvent, qu'elles soient liées à la maladie ou au traitement (Taieb et al., 2005). Un regard anthropologique permet de saisir les trois dimensions qui peuvent expliquer le sens de la maladie. Il s'agit de *disease*, d'*illness* et de *sickness* qui correspondent aux dimensions physiques, culturelles et sociales des problèmes de la santé décrite par Kleinman et collaborateurs (1978).

### II-2-1 *Disease* : la maladie biologique

Le terme *disease* renvoie à la définition médicale de la maladie. Elle est fondée sur une connaissance objective des symptômes physiques du patient. *Disease* se réfère à un dysfonctionnement d'un processus biologique. On l'appelle aussi la maladie objective ou celle du médecin. Dans notre étude, nous abordons cette dimension en parlant du diagnostic reçu par les femmes et les hommes, mais plus particulièrement à ce qui est exigé par la médecine pour la gestion du diabète.

### II-2-2 *Illness* : la maladie signifiée

Il s'agit de la représentation subjective du patient. On l'appelle « la maladie du malade ». Cette dimension (*illness*) se réfère à l'expérience psychosociale de la maladie et à sa signification. Tous les symptômes d'une maladie sont modulés à travers l'expérience de l'*illness* (Taieb et al, 2005, Roy, 1998). Selon Douguet (2000), *illness* est la maladie telle qu'elle est éprouvée et perçue par les malades eux-mêmes. *Illness* concerne les comportements socioculturels liés à la maladie dans une société donnée. Cette dimension de la maladie constitue notre centre d'intérêt dans le cadre de cette recherche.

### II-2-3 *Sickness* : la maladie socialisée

*Sickness* se réfère à une catégorie sociale et au rôle de la maladie dans une société particulière. La maladie (*sickness*), selon Douguet (2000), est le processus par lequel les signes biologiques ou comportementaux inquiétants sont reconnus comme symptômes avec des conséquences socialement significatives. Ce même auteur soutient que *sickness* résulte de la socialisation de la maladie - *disease* et *illness* à la fois (idem, 2000). Dans la présente étude, nous examinerons les stratégies utilisées par les personnes diabétiques pour rester socialement actives. Même si nous nous sommes intéressés spécifiquement à la dimension *illness* du diabète de type 2, nous examinerons l'influence des trois dimensions dans la prise en charge de la maladie

ainsi que les rôles des hommes et des femmes dans la société.

## 3-3 Le genre

La problématique du genre « *gender* » a été introduite et développée par les féministes anglo-américaines vers les années 1970 (Löwy et al, 2003)). *Gender* évoqué par les féministes anglo-américaines avait des terminologies différentes et dépendait de certaines orientations théoriques et politiques de l'époque. Ainsi, il y avait le sexe social en anthropologie, les rapports sociaux de sexe en sociologie, le masculin/féminin en littérature, les hommes/femmes en histoire et la différence des sexes en philosophie (Löwy & Rouch, 2003)

Le genre se réfère aux distinctions entre les hommes et les femmes en considérant les rôles sociaux des hommes et des femmes établis par l'organisation sociale du pays par exemple, sur le plan domestique, le travail, la politique et l'éducation (Kergoat, 2010). Pour d'autres auteurs, le concept de genre est un concept essentiellement dynamique qui permet de remettre en question l'apparente immuabilité des rôles sociaux et d'envisager la fin de la subordination universelle des femmes (Löwy et al, 2003 ; Bédard, 2005).

Le genre peut avoir des significations différentes selon le pays ou la culture en question. Il va au-delà du sexe qui met la différence seulement sur le plan biologique entre les hommes et les femmes. Pour qu'une personne soit considérée comme genre féminin ou masculin, elle doit se conformer aux normes sociales qui sont déterminées par la culture. Ne pas se conformer à ces normes peut entraîner le rejet ou des représailles (Bédard, 2005). Dans plusieurs sociétés, les femmes sont les principales responsables de prendre soin de la famille, d'entretenir la maison et de préparer les repas. Ces tâches leurs sont attribuées traditionnellement et elles sont perçues par les femmes comme des nécessités immédiates. Certains auteurs parlent du triple rôle des femmes : productif, reproductif et communautaire (Rondeau, 1994 ; ; Mireille, 1995 ; Bédard, 2005 ; HS, 2008 ; Kergoat, 2010;) parce que les femmes d'aujourd'hui, en plus de s'occuper de la maison, vont aussi travailler ailleurs, alors que les hommes se voient plus dans les choses politiques et les travaux de bureaux. Une telle différence nous aide à mieux comprendre la façon dont ces deux catégories de personnes gèrent la maladie dans le cadre de cette recherche.

## III- matériel et méthode

### III-1 description de l'étude

Il s'agit d'une étude exploratoire fondée sur une méthode qualitative destinée à construire des connaissances nouvelles sur les stratégies d'autogestion du diabète de type 2. Les données ont été collectées dans un délai de 03 mois durant la période allant du 1er octobre au 31 décembre

2018.ques rencontrés à l'Hôpital Régional d'Ebolowa. Les données ont été collectées dans un délai de 03 mois durant la période allant du 1er octobre au 31 décembre 2018.

### III-1-1 population d'étude

La population à l'étude est constituée des sujets diabétiques, âgées entre 35 et 50 ans ayant des enfants et qui fréquentent le service de diabétologie de l'Hôpital Régional d'Ebolowa pour des consultations de routine de leur glycémie.

### III-1-2 critères d'inclusion et d'exclusion

#### III-1-2-1 critères d'inclusion

Les sujets présentant les caractéristiques suivantes ont été retenus pour notre étude

- ✓ Hommes et femmes âgés au moins de 35 ans et plus
- ✓ Être diagnostiqué de diabète de type 2 depuis au moins 2 ans
- ✓ Avoir un ou plusieurs enfants en bas de 18 ans à la maison
- ✓ Accepter de partager ses expériences

#### III-1-3 échantillon de l'étude

Le choix des sujets retenus pour notre étude a été fait par le processus de boule de neige (Ulin et al, 2005) à partir des personnes responsables des programmes des maladies chroniques à l'Hôpital Régional d'Ebolowa. Ces derniers ont informé les patients diabétiques du projet. Ceux et celles qui ont respecté les critères d'inclusion à savoir 12 sujets dont 8 hommes et 6 femmes ont été contactés afin de planifier des rencontres.

### III-2 matériel

Comme instrument de collecte de données, nous avons utilisé l'entretien semi-directif. Cet outil a permis de donner la parole aux participantes afin qu'ils nous livrent leur expérience avec le diabète. Nous avons eu recours à des questions simples et ouvertes visant à saisir comment nos sujets perçoivent leurs contraintes quotidiennes et celles liées à la maladie, de même qu'à dégager les moyens entrepris pour négocier avec le diabète. Pour s'assurer de la pertinence de la grille d'entretien, celle-ci a préalablement été testée auprès 2 sujets atteints de diabète. Certaines questions ont été revues par le responsable de l'unité de prise en charge du diabète pour s'assurer de l'adéquation des questions au contexte socioculturel. Nous avons également laissé la grille d'entretien évoluer en cours de processus pour nous permettre d'affiner la compréhension du problème à l'étude. Les entretiens étaient d'une durée d'une à une heure trente selon ce que les participantes avaient à nous livrer.

### III-3 méthode d'analyse

Les entretiens réalisés ont été transcrites en verbatim. Nous avons ensuite opté pour une analyse de contenu des verbatims en suivant certaines des grandes étapes de la méthode proposée par L'Écuyer (1990). Le déroulement de l'analyse s'est donc fait selon les étapes suivantes : (1) lectures préliminaires

et établissement d'une liste des énoncés ; (2) choix et définition des unités de classification (ou unités de sens); (3) processus de catégorisation et de classification; (4) description scientifique (analyse qualitative); et (5) interprétation des résultats. Dans la présente étude, nous n'avons pas procédé à la quantification et au traitement statistique qui sont généralement effectués après la catégorisation.

L'analyse a débuté par quelques lectures préliminaires des verbatims afin de s'imprégner du matériel et d'avoir une idée de certaines catégories qui ressortent du corpus de données. Ceci nous a permis d'établir une liste d'énoncés comme le propose L'Écuyer (1990). Puis, nous avons enchaîné avec le découpage du matériel en unités de sens, ce qui se rapproche de la codification décrite par Paillé (1994). Les unités de sens utilisées étaient généralement des lignes ou des paragraphes du texte. Cela nous a ensuite menés à la troisième étape, soit celle de la catégorisation, déjà amorcée dans l'étape de la codification. Notons que les étapes de codification et de catégorisation ont été facilitées à l'aide du logiciel N' Vivo 7 de QSR.

La catégorisation consiste à regrouper les unités de classification par analogie de sens. Cette étape a été effectuée selon un modèle mixte, étant donné que certaines catégories étaient préexistantes alors que d'autres ont été induites en cours d'analyse (L'Écuyer, 1990). Les catégories préexistantes retenues sont en partie tirées du cadre conceptuel et se rapportent principalement au contexte. Les grandes catégories ayant émergé du corpus de données sont : le processus de « prise de conscience » du diabète, les facilitateurs de la négociation avec cette maladie, de même que les stratégies développées pour établir ladite négociation dans leur environnement social et familial.

À la quatrième étape, nous avons procédé à l'analyse où « chacune des catégories doit être revue pour en faire ressortir les diverses caractéristiques des contenus qu'elle renferme. (.) Il faut ensuite mettre en évidence les relations (de ressemblance, de différence, de cooccurrence, etc.) qui peuvent exister entre les contenus d'une catégorie d'une part et ceux d'une ou de plusieurs autres d'autre part » (L'Écuyer, 1990). Finalement, l'interprétation des résultats a été effectuée. Cette étape a été réalisée à l'aide des données empiriques, mais également de la littérature.

### IV analyse et interprétations de résultats

#### IV-1 Les premières manifestations de la maladie

Nous avons interrogé les participants sur la façon dont la maladie avait débuté. Elle n'a pas commencé de la même manière chez tous les participants. Les premiers symptômes perçus par ces derniers sont décrits par conséquent différemment.

##### IV-1-1 boire beaucoup d'eau

Les sujets retenus pour l'étude affirment qu'ils étaient incapables de contrôler leur envie de boire et d'uriner. Quatre hommes et deux femmes ont mentionné ces deux symptômes comme motifs de leur première consultation médicale.

« *Durant les heures de travail, j'ai constaté depuis un certain moment, je dois me déplacer le plus souvent pour me rendre aux toilettes. A la maison je consommait beaucoup d'eau. J'ai eu à exposer la situation que je vivais à un voisin. Il m'a conseillé de rencontrer un médecin et après les examens, on a trouvé que ma glycémie était très élevée. Le médecin m'a ensuite expliqué que, c'est parce que j'étais inconscient que je ne faisais pas la maladie . (paroles de Charles 49 ans) »*

« *Je me souviens qu'en 2018, je me suis rendue compte que j'allais fréquemment aux toilettes pour faire pipi. Pour comprendre pourquoi je le faisais, j'ai décidé d'aller me faire consulter. Ce dernier m'a révélé que j'étais diabétique . (paroles de Anne 49 ans) »*

#### **IV-1-2 la perte de la masse corporelle**

La perte de la masse corporelle a également été évoquée par nos participants. Ils se réfèrent ici à ce qu'ils sont devenus plus petits. Ils ont remarqué que les vêtements qu'ils portaient sont devenus trop grands. Deux hommes et trois femmes ont relevé ce symptôme au début de la maladie.

*Depuis quelque année, j'ai constaté j'allais fréquemment aux toilettes et ceci comparativement aux autres collègues de service. Il faut tout de même préciser que mes urines devenaient plus épaisses et cela m'a fait. J'ai donc décidé de me rendre à l'hôpital et m'a dit que j'avais le diabète (paroles de madame Mani âgée de 45 ans )*

#### **IV-1-3 troubles diffus**

Ce type de troubles sont également évoqués par certains sujets pour expliquer qu'ils ne se sentaient pas bien dans leur corps. Ils ont affirmé se sentir mal de temps en temps. Des symptômes inhabituels tel que la douleur aux jambes et l'inflammation dans les extrémités ont été aussi signalés comme motifs de consultation. Quatre participantes nous ont expliqué que la maladie a commencé par une inflammation qui ne répondait pas aux traitements populaires.

*Je ressentais beaucoup de fatigue, je ne pouvais pas mener certaines activités intenses,*

*J'ai parlé avec certains amis qui m'ont conseillé d'aller à l'hôpital pour faire un test de glycémie. Les examens ont révélé que j'avais le (André 52 ans)*

*Je sentais très mal dans un pied, j'avais une inflammation dans ce pied, je faisais des*

*traitements avec des plantes, mais ça n'avait pas marché. Je n'en pouvais plus, je suis allée à un hôpital. Ce jour-là on m'a hospitalisé et il ressortait du diagnostic que j'étais diabétique (Lydie 49 ans)*

#### **IV-2 Les réactions des participants après avoir su le diagnostic**

L'annonce de la maladie a produit plusieurs réactions chez nos participants. Certaines d'entre elles sont décrites dans les lignes qui suivent.

#### **IV-2-1 Confiance en Dieu aux ancêtres et résilience**

Les sujets retenus dans notre étude étaient en majorité des croyants (8 sur 12). Ceux qui n'étaient pas des croyants avaient une relation très étroite avec leur culture. Par conséquent nos sujets avaient soit à

la providence divine ou au pouvoir des ancêtres. Dieu pour les uns et les ancêtres pour les autres sont au contrôle la vie. Ils peuvent donc contribuer la guérison de n'importe quelle maladie. Les résultats des examens (la dimension disease) n'avaient donc pas d'impact négatif sur certains d'entre eux. Ils n'étaient pas surpris parce qu'ils ont confiance en Dieu et aux ancêtres.

*Je sais bien de quoi je souffre mais j'ai remis ma vie à Dieu et j'ai la pleine conviction qu'il va me soulager (Claire 57 ans)*

#### **IV-2-2 le danger**

Ce terme est utilisé par nos participants quand ils veulent expliquer les bouleversements que le diagnostic (disease) de la maladie a pu provoquer dans leurs vies. Certains ont été très inquiets (illness) surtout au cours des premiers moments entourant le diagnostic. Trois hommes et deux femmes ont révélé que l'annonce du diagnostic a été considérée comme un choc qui générerait en eux un sentiment de peur au point de ne pouvoir ni manger ni dormir. Quelques-uns nous ont confié que leur état était devenu pire par rapport aux premiers problèmes de santé qu'ils avaient avant le diagnostic. D'autres ont aussi passé par cette même étape. Ils ont, par contre, relaté que la situation s'est améliorée avec le temps, lorsqu'ils ont commencé à discuter avec d'autres personnes diabétiques.

*Le diagnostic me faisait très peur, je me mettais à réfléchir. Je croyais que j'allais mourir. Or, mes enfants sont encore petits. Je passais environ 11 mois sans pouvoir marcher. j'étais comme paralysée (Charles 51 ans)*

#### **IV-3 Les représentations de la santé par les participants**

Les sujets retenus pour l'étude attribuent leurs représentations de la santé à la réalisation de leurs activités. Pour d'autres, il s'agit de l'absence de douleur.

*On est en santé lorsqu'on se sent bien dans son corps ou bien quand toutes les choses fonctionnent bien on a envie de faire toutes choses et on a la possibilité de faire toutes choses (Alain 56 ans)*

#### **IV-3-1 Exercer des activités quotidiennes pour pouvoir prendre soin de la famille**

Pour plusieurs participants, la santé est considérée comme la capacité de faire des activités quotidiennes. Cinq femmes ont affirmé qu'elles sont en santé quand elles sont capables de faire leurs activités et répondre aux besoins de leur famille. Quatre hommes ont partagé cette même conception

*On est en santé lorsqu'on se sent bien dans son corps ou bien quand toutes les choses fonctionnent bien on a envie de faire toutes choses et on a la possibilité de faire toutes choses (Alain 56 ans)*

#### **IV-4 Connaissances sur le diabète**

Les participants ont partagé avec nous leurs connaissances qu'ils ont de la maladie. D'après les propos de quelques-uns, le diabète est une maladie grave qui peut tuer quelqu'un à n'importe quel moment. Plusieurs se sont rendus compte que le diabète pourrait être une entité pathologique

silencieuse sans manifestations cliniques. Il faut noter cependant que certains sujets (02) avaient une bonne connaissance du diabète.

*J'ai entendu dire que c'est une maladie très grave. La glycémie peut augmenter n'importe quand et produire la mort. Un jour, j'ai failli mourir, je me suis retrouvée dans la salle d'urgence après avoir perdu connaissance (Jeanne 52 ans)*

*Je sais c'est une maladie grave, si on ne prend pas les médicaments, si on ne va pas à l'hôpital on peut tomber comme ça puis mort (Céline 44ans)*

#### **IV-5 Les causes du diabète**

Plusieurs participants (10) ont établi des liens entre l'apparition du diabète et le stress, consécutif à certains événements malheureux tel que la perte d'un être cher ou des réflexions prolongées sur des sujets importants relative à la vie.

*On a dit que c'est le stress, si on passe beaucoup plus de temps à réfléchir on peut devenir diabétique facilement. (Alphonse 51 ans)*

#### **IV-6 Les moyens d'obtenir les informations**

La quasi-totalité des participants ont rapporté avoir obtenu des informations à partir des personnes qui ont déjà eu le diabète et par les séances éducatives offertes l'unité de prise en charge du diabète de l'Hôpital Régional d'Ebolowa. D'autres affirment avoir obtenu des informations par leurs propres moyens soit en achetant des livres qui parlent du diabète ou par le biais d'internet.

*Dans notre quartier, nous avons une association des femmes. En marge de nos activités, on discute souvent des problèmes liés à la santé. C'est sœur de ma réunion qui m'a expliqué ce qu'est le diabète (Suzanne 47 ans)*

*Depuis que j'ai su que j'étais diabétique, je cherche à m'enformer au sujet de cette maladie en suivant certaines émissions télévisées et en lisant certains documents. (Alfred 53 ans)*

#### **IV-7 Les prescriptions médicales et ses applications**

Les prescriptions des professionnels de la santé ne sont pas sans conséquences sur les habitudes alimentaires des participants.

Selon deux participantes, les gens mangent normalement quand ils peuvent manger tout ce qu'ils veulent en utilisant tous les ingrédients habituels dans la nourriture (par exemple, graisse, sel, piment, etc.) selon leur goût. Or, selon les instructions reçues, ils doivent diminuer dans ces ingrédients. En ce qui a trait aux médicaments, les hommes ont expliqué qu'il n'est pas très convenable pour eux de se promener partout avec les médicaments dans leur sac. Il est préférable de les garder à la maison. Certaines femmes oublient de prendre parfois les leurs avant de se rendre au marché.

*Je ne mange plus de la même manière. Avant la maladie j'aimais bien consommer le macabo mais maintenant je n'en consomme presque plus. Par ailleurs on doit me faire des repas spéciaux car je ne consomme plus de nourriture salée. (Pierre 52 ans)*

*J'oublie de prendre mes médicaments à l'heure exacte, je les laisse pour un autre jour. Je n'applique*

*pas complètement les normes médicales (Adeline 48 ans)*

#### **IV-8 Les facteurs qui favorisent ou non l'autogestion du diabète**

Plusieurs barrières et éléments facilitateurs en lien avec l'autogestion du diabète ont été identifiés par les participants. Il s'agit du support économique et moral, de l'appui des proches, de la présence des enfants à la maison et du partage de connaissances avec d'autres diabétiques.

##### **IV-8-1 absence de support économique**

Dans notre étude, plusieurs de nos participants (11) nous ont confié que les conséquences de cette carence économique avaient une incidence sur la gestion de la maladie principalement sur le régime alimentaire

*Ce n'est pas comme ça que j'avais l'habitude de manger, maintenant je ne peux plus manger comme avant, si on cuisine le manioc à la maison, on doit me cuisiner une autre chose. Or, il n'y a pas assez d'argent (Martial 50 ans)*

##### **IV-8-2 Soutien des proches**

Certains sujets retenus pour notre étude ont affirmé le caractère mortel du diabète et ont refusé d'accepter leur diagnostic. Ils ont passé des mois dans un état dépressif. Le besoin d'un appui moral s'avérait nécessaire pour pouvoir surmonter le stress de la maladie. Un de nos participants nous a raconté comment il se sentait après avoir reçu le diagnostic de la maladie.

*Dans tous les cas, c'est l'examen qui a révélé que j'étais diabétique. Je devais accepter que j'étais malade. J'avais tellement des activités à réaliser je me demandais comment est-ce que vraiment j'aurais pu attraper une telle maladie et ça m'avait beaucoup dérangé. Au début je ne l'acceptais pas. Je passais des mois à réfléchir à ce qui allait m'arriver. Mais ma femme et mes enfants m'ont aidé à surmonter cette impasse par leurs conseils et leurs mots d'encouragement (Charles)*

##### **IV-8-3 Présence des enfants à la maison et l'impact sur la vie des diabétiques**

Certains participants ont souligné l'aide reçue par ces derniers notamment dans la préparation des repas et dans les tâches ménagères. Pourtant, d'autres enfants ont contribué à augmenter le niveau de stress de leurs parents.

*Depuis que je suis tombée malade, les enfants viennent à mon secours. Ils réalisent toutes les tâches ménagères. Je ne m'occupe que du marché (Lydienne)*

##### **IV-9 Les stratégies utilisées pour mieux gérer le diabète**

Les stratégies utilisées par les participants pour mieux gérer le diabète sont diverses. Il y a des recommandations données par les professionnels de la santé, des conseils d'autres diabétiques. Les membres de la famille ont également rempli leur rôle en collaborant avec le régime alimentaire du diabétique.

*Chaque fois que je viens aux rendez-vous, les médecins et les infirmières m'expliquent comment*

*prendre les médicaments. J'ai pris mes médicaments et j'essaie de manger les aliments qui n'augmentent pas mon niveau de sucre (Suzanne)*

#### **IV-9-1 les séances éducatives**

Les participants ont développé leurs propres stratégies pour gérer la maladie et éviter des complications. Certaines stratégies ont été apprises au cours des séances éducatives réalisées par les professionnels de la santé exerçant dans l'unité de prise en charge du diabète de l'Hôpital Régional d'Ebolowa.

#### **IV-9-2 Les activités physiques**

Certains participants ont relaté avoir pratiqué certaines activités physiques comme la marche et parfois le vélo. Toutefois, plusieurs d'entre eux ont mentionné que ces dernières étaient trop compliquées car elles exigeaient du temps. Ils ont considéré suffisants les mouvements effectués pour se rendre à leurs boulots.

*Il m'arrive parfois de rentrer du travail à pied. En dehors de cette activité, je n'ai assez de temps pour faire le sport. (Roland 45 ans)*

#### **IV-9-3 l'alimentation**

Certains participants ont expérimenté les effets de certains aliments sur leur niveau de glycémie. Le fait de se sentir mal à l'aise après avoir consommé un aliment est interprété comme une augmentation éventuelle de la glycémie. Cette façon de procéder a permis d'exclure une liste d'aliments du régime. Il s'agit des mangues, du riz, des patates douces, le macabo, les battons de manioc. D'autres plats sont néanmoins tolérés

*Je ne mange pas les aliments sucrés. Il me faut limiter ma consommation de macabo et de bâton de manioc. J'ai également laissé la bière dans mesure ou toutes ces choses là me rendaient plus malade. Tout est difficile mais je dois le faire pour ma santé (Jean 52 ans)*

#### **IV-9-4 Le régime diabétique et le repas familial**

Certains participants ont relaté une certaine frustration car ils ne sentaient pas vraiment libres de choisir leurs plats comme les autres membres de la famille. D'autres, par contre, s'adaptent sans difficulté. D'autres, par contre, s'adaptent sans difficulté. Ils ont pu trouver de nouvelles manières de cuisiner mais ils s'efforcent de rendre le repas si agréable à tel point qu'aucun membre de la famille ne peut s'en rendre compte

*Je fais un seul repas, seulement on mange moins de sel, on n'utilise pas de cube, on diminue la quantité de graisse, et le repas est agréable, et tout le monde mange (Monique 48 ans)*

#### **IV-10 Importance des nouvelles prescriptions diététiques pour la famille**

Certains participants considèrent les normes prescrites par les professionnels de la santé comme un moyen de bien vivre avec la maladie et de prévenir des complications. Divers participants ont relaté avoir partagé aux membres de leurs familles les connaissances apprises au cours des séances éducatives réalisées à l'Hôpital Régional d'Ebolowa afin de faciliter une meilleure adaptation au nouveau

régime alimentaire. Il existe des familles où tous les membres mangent selon le régime du patient. Certains participants nous ont confié avoir voulu respecter les prescriptions médicales mais les aliments qui sont à leur portée ne correspondent pas toujours à leur diète. Ils sont obligés de souffrir ou de les consommer parce qu'ils n'ont pas beaucoup de choix. D'autres réclament du soutien financier de la part des dirigeants parce qu'ils se sentent incapables de répondre aux exigences de la maladie.

*Je constate que les choses ont changé depuis que je suis malade en ce qui concerne les repas. Je ne cuisine plus avec le cube. A la maison on s'est adapté à mon régime alimentaire par conséquent on partage les mêmes repas. (Marie 52 ans)*

*Je pouvais boire un jus ou prendre mon déjeuner avec du pain mais maintenant je ne peux plus. C'est difficile pour moi vue mon nouveau alimentaire. Il faut que l'Etat nous vienne en aide (Joseph 58 ans)*

#### **IV-11 Principaux problèmes identifiés par les participants dans l'autogestion du diabète**

Les participants ont identifié plusieurs problèmes qui ne facilitent pas une gestion efficace du diabète. L'accès aux services de santé en est un. Nombreux sont ceux qui viennent de loin parce que dans leur zone, il n'y a pas de centres hospitaliers ou ceux qui existent sont dépourvus de programme de prise en charge des maladies chroniques. De plus, le manque de personnel médical et paramédical dans les hôpitaux fait grossir la liste d'attente. Par ailleurs, ils ont fait état de la difficulté de maintenir un régime alimentaire équilibré et régulier dû au coût élevé des produits nationaux naturels.

#### **V discussion des résultats**

##### **V-1 faiblesses de l'étude**

Nous avons rencontré pas mal de difficultés au cours de cette recherche. Premièrement nous avons eu des contraintes d'ordre temporel qui nous ont empêché de recruter un plus grand nombre de participants. S'agissant toujours des participants, nous n'avons pas tenu compte de l'approche culturelle et celle liée au genre. En effet, genre tout comme ma culture sont des maillons essentiels pour déterminer le profil d'un individu. Compte tenu de ce premier manquement, affirmer que nos résultats peuvent être généralisés. Deuxièmement, des contraintes financières limitaient le nombre de déplacements et la durée des entrevues. En outre, comme toute étude qualitative, il existe des risques de biais d'interprétation. Mais nous avons limité l'impact de ce biais car les catégorisations ont été révisées rigoureusement.

##### **V-1 Force de l'étude**

Notre étude est originale car elle est basée sur les stratégies d'autogestion développées par les hommes et les femmes avec des obligations familiales et qui les ont permis de mener une vie équilibrée avec la maladie. Bien que la couverture du sujet soit partielle, cette recherche va permettre de mettre en lien certaines caractéristiques individuelles du diabète avec la gestion du diabète. Les résultats de cette étude démontrent l'importance d'un tel sujet et jettent

les bases pour de nouvelles recherches. Ils offrent, en outre, des éléments d'orientations pour des interventions visant une meilleure prise en charge du diabète

#### VI conclusion

Cette étude exploratoire visait à mieux comprendre les principaux facteurs qui favorisent ou qui ne favorisent pas l'autogestion du diabète et le vécu des personnes diabétiques dans une structure sanitaire à Ebolowa. Le moyen économique est considéré comme une barrière par les participants dans le cadre de la prise en charge du diabète. Une combinaison des prescriptions médicales, des enseignements de la part d'autres diabétiques, d'expériences personnelles ont permis aux participants à mieux gérer la maladie tout en restant connectés à la réalité quotidienne. Les résultats ont apporté de nouveaux éléments qui peuvent être utilisés pour orienter des interventions.

#### Bibliographie

American Diabetes Association. (2020). 7. Diabetes technology: Standards of medical care in diabetes—2020. *Diabetes Care*, 43(Supplement 1), S77- S88.

Bonnet, D., Bhatia, M., Wang, J., Kapp, U., & Dick, J. (1999). Cytokine treatment or accessory cells are required to initiate engraftment of purified primitive human hematopoietic cells transplanted at limiting doses into NOD/SCID mice. *Bone marrow transplantation*, 23(3), 203- 209.

Colombo, A. (2013). 9th AFMC International Medicinal Chemistry Symposium (AIMECS), Taipei, Taiwan-October 15-18, 2013. *DRUGS OF THE FUTURE*, 38(11), 771- 774.

Cook, O. F. (1901). Priority of place and the method of types. *Science*, 13(331), 712- 713.

Creswell, J. W. (2013). *Steps in conducting a scholarly mixed methods study*.

Fassin, D. (2000). Entre politiques du vivant et politiques de la vie: Pour une anthropologie de la santé. *Anthropologie et sociétés*, 24(1), 95- 116.

Hébert, R. (2002). La recherche sur le vieillissement: Un apport de données à la rescousse du système de santé canadien:(Mémoire présenté à la Commission sur l'avenir des soins de santé au Canada, le 28 mai 2002). *Canadian Journal on Aging/La Revue canadienne du vieillissement*, 21(3), 337- 341.

Inglada, J., & Mercier, G. (2007). A new statistical similarity measure for change detection in multitemporal SAR images and its extension to multiscale change analysis. *IEEE transactions on geoscience and remote sensing*, 45(5), 1432- 1445.

Kergoat, D. (2010). Le rapport social de sexe de la reproduction des rapports sociaux à leur subversion. In *Les rapports sociaux de sexe* (p. 60- 75). Presses universitaires de France.

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of internal medicine*, 88(2), 251- 258.

L'Ecuyer, P. (1990). Random numbers for simulation. *Communications of the ACM*, 33(10), 85- 97.

Löwy, I., & Rouch, H. (2003). Genèse et développement du genre: Les sciences et les origines de la distinction entre sexe et genre. *Cahiers du genre*, 1, 5- 16.

Mbanya, J. C. N., Motala, A. A., Sobngwi, E., Assah, F. K., & Enoru, S. T. (2010). Diabetes in sub-saharan africa. *The lancet*, 375(9733), 2254- 2266.

mondiale de la Santé, O. (1946). *La définition de la santé de l'OMS*. 2.

Qiang, X., Yang, W.-L., Wu, R., Zhou, M., Jacob, A., Dong, W., Kuncewitch, M., Ji, Y., Yang, H., & Wang, H. (2013). Cold-inducible RNA-binding protein (CIRP) triggers inflammatory responses in hemorrhagic shock and sepsis. *Nature medicine*, 19(11), 1489- 1495.

Sobngwi, E., Mbanya, J., Unwin, N., Kengne, A., Fezeu, L., Minkoulou, E., Aspray, T., & Alberti, K. (2002). Physical activity and its relationship with obesity, hypertension and diabetes in urban and rural Cameroon. *International journal of obesity*, 26(7), 1009- 1016.

Taieb, O., Heidenreich, F., Baubet, T., & Moro, M. R. (2005). Donner un sens à la maladie: De l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. *Médecine et maladies infectieuses*, 35(4), 173- 185.

Young, A. (1982). The anthropologies of illness and sickness. *Annual review of anthropology*, 257- 285.