

PROBLEMATIQUE DE LA PRISE EN CHARGE MEDICALE DU DIABETE AU CENTRE ANTIDIABETIQUE D'ABIDJAN (CADA)

PROBLEM OF MEDICAL CARE IN DIABETES CENTER ANTIDIABETIC ABIDJAN (CADA)

OUATTARA Kalilou¹, DROH Antoine²,

1- Doctorant en Sociologie Université FHB, ouattara_kalilou@yahoo.fr,
Tel : 07 36 96 21

2- Chercheur Socio-gérontologue, Programme de Santé Mentale Ministère
de la santé et de la lutte contre le SIDA, antoinedroh@yahoo.fr,
Tel : 05 64 91 72 - 47 61 61 51

RESUME

Le diabète est l'une des maladies chroniques les plus répandues en Côte d'Ivoire durant ces années au regard des données fournies par la Fédération Internationale du Diabète (FID) et le Ministère de la santé. La prise en charge est complexe et multidimensionnelle. Plusieurs institutions publiques et parapubliques interviennent dans la prise en charge des personnes atteintes du diabète. C'est dans cette optique que le Centre Antidiabétique d'Abidjan (CADA) de l'Institut National de Santé Publique (INSP) a été créé dans les années 1970 pour assurer la prise en charge médicale des premiers cas de diabétiques (CADA, 2013). Mais le constat est qu'en dépit du savoir-faire de centre et de l'amélioration de l'offre de soins, une proportion importante de ses patients n'observent pas régulièrement leur traitement et affichent constamment un déséquilibre glycémique. Cet article vise à analyser les facteurs qui expliquent le taux élevé d'inobservance au traitement et de déséquilibre glycémique observé chez les diabétiques suivis au CADA. Pour ce faire, il examine les capitaux des diabétiques dans la gestion de leur maladie, les croyances étiologiques et la perception que ces malades ont du traitement ainsi que les problèmes spécifiques qui minent la prise en charge du diabète au sein de cette structure spécialisée.

Mots-clés : Diabétiques, Difficultés, inobservance, Prise en charge

ABSTRACT

Diabetes is one of the most common chronic diseases in Ivory Coast over the years in relation to the data provided by the International Diabetes Federation (IDF) and the Ministry of Health. The management is complex and multidimensional. Several public and parastatal institutions are involved in the care of people with diabetes. It is in this perspective that the antidiabetic central Abidjan (CADA) of the National Institute of Public Health (INSP) was established in 1970 to provide medical care first cases of

diabetes (CADA, 2013). But the fact is that despite the expertise center and improving the provision of care, a significant proportion of patients do not regularly observe their treatment and constantly display a glycemic imbalance. This article aims to analyze the factors that explain the high rate of non-adherence to treatment and glycemic control observed in diabetic monitored CADA. To do this, it examines the capital of diabetics in managing their disease, etiological beliefs and perceptions that these patients have the treatment and the specific problems that undermine the management of diabetes in this specialized structure.

Keywords: *Diabetes, Difficulties, non compliance, Support*

INTRODUCTION

Le diabète sous toutes ses formes, est devenu l'une des maladies métaboliques qui mettent en mal le bien-être des hommes et des femmes à travers le monde (OMS, 2005). Longtemps considéré comme la maladie des pays développés ou des communautés nanties du fait de leur mode de vie, le diabète touche désormais toutes les couches sociales. Son ampleur a atteint des proportions inquiétantes. En effet, l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), dans son rapport annuel de 2010 estimait le nombre de personnes atteintes du diabète à environ trois cent quarante-sept millions (34.7000.000). Soit 6,6% de la population adulte mondiale et que si aucune mesure urgente n'est prise, ce nombre atteindra quatre cent trente-huit millions (438.000.000) en 2030 (op cit).

La Fédération Internationale du Diabète (FID) en 2010, estimait qu'une personne meurt du diabète toutes les huit (8) secondes et que cette maladie est responsable de plus de décès que le VIH et la malaria réunis. L'ampleur et les conséquences multiformes du diabète ont emmené l'OMS à considérer cette pathologie comme un problème majeur de santé publique de portée mondiale et à appeler à l'action.

En Côte d'Ivoire, les données sur le diabète ne sont pas actualisées. Toutefois, la FID, en 2013, pense qu'environ cinq cent un mille cinq cent trente (501530) personnes sont atteintes du diabète, avec une prévalence qui se situe entre 5,19% et 10%. Environ un tiers de ces malades est sous insulinothérapie.

Déjà dans les années 1970, face à l'avancée de cette maladie, l'Etat de Côte d'Ivoire a créé le Centre Antidiabétique d'Abidjan au sein de l'Institut National de Santé Publique (INSP) d'Adjamé afin d'assurer la prise en charge médicale des personnes diabétiques. Chaque année ce centre reçoit environ onze mille

(11000) malades. En 2010, il totalisait plus de trente-cinq mille (35000) malades depuis sa création. Soit 80% des malades diabétiques enregistrés dans les structures sanitaires publiques d'Abidjan (CADA, 2013). Son capital expérience en matière de prise en charge des diabétiques et l'importance du nombre de patients qu'il reçoit en font une référence au plan national¹.

Aussi, après la crise post-électorale de 2010, le CADA a subi une rénovation de ses locaux grâce à un partenariat avec un laboratoire pharmaceutique. Il a connu également un renforcement de l'effectif de son personnel et son plateau technique (augmentation du nombre de lits et de box d'observation des malades, acquisition de nouveaux matériels biomédicaux...).

Dans son système de soins, un intérêt particulier est accordé à la consultation médicale, à la délivrance des ordonnances et aux conseils hygiéno-diététiques, afin d'aider les patients à acquérir ou maintenir des compétences dont ils ont besoin pour gérer au mieux leur bien-être. Mais force est de noter que, malgré l'amélioration des conditions de travail (qui induit le renforcement de l'offre de soins), les statistiques indiquent que plus de 40% des patients diabétiques suivis dans ce centre de référence présentent un déséquilibre glycémique et une inobservance au traitement d'au moins 50% pour la période 2012-2013 (CADA, 2013). En outre, l'on constate que les diabétiques ont très souvent recours aux praticiens de la médecine traditionnelle installés à l'entrée de l'INSP.

Au regard de ce qui précède, le présent article questionne les facteurs qui expliquent le taux élevé d'inobservance au traitement et de déséquilibre glycémique observé chez les diabétiques suivis au CADA.

Autrement dit, pourquoi en dépit de l'amélioration de l'offre de soins et de l'expérience acquise par le CADA, une proportion importante de ses patients n'observe pas régulièrement le traitement et ne parvient pas à l'équilibre glycémique ?

Mais avant la présentation et l'analyse des résultats de notre étude, précisons le sens que revêt le concept de prise en charge médicale.

Le concept de prise en charge médicale a connu une évolution au cours des trois dernières décennies avec l'expansion des maladies chroniques (Haute Autorité de Santé, 2009).

1- Le Centre Antidiabétique d'Abidjan (CADA) est le premier centre de traitement des diabétiques en Côte d'Ivoire. Il a été créé en 1976. Il fait partie des services clés de l'INSP d'Adjamé.

L'OMS (2004), dans son approche définitionnelle du concept de prise en charge parle plutôt de prise en charge globale. Elle implique toute une série d'informations, de ressources et de services permettant de satisfaire un éventail de besoins, et pas seulement les besoins médicaux.

Dans le cadre de la présente étude la prise en charge globale comprend les éléments importants suivants: le diagnostic, le traitement, l'orientation-recours et le suivi, les soins infirmiers, le conseil, le soutien pour répondre aux besoins psychologiques, spirituels et socio- économiques.

La prise en charge du diabète renvoie à l'ensemble des dispositions pratiques mis en place au sein du CADA afin de permettre aux malades diabétiques de bénéficier de soins médicaux, de conseils hygiéno-diététiques et d'accompagnement psychosocial nécessaires à leur bien-être. Elle a donc une dimension médicale, structurelle, psychologique et économique : La dimension médicale comprend le dépistage, la consultation, les examens cliniques et para-cliniques, les conseils hygiéno-diététiques et les prescriptions médicamenteuses.

La dimension structurelle porte sur l'organisation et le fonctionnement du CADA. La dimension psychologique, quant à elle englobe le soutien psychosocial apporté par les travailleurs sociaux à travers l'écoute, l'orientation et conseils. Et enfin, le volet socioéconomique fait appel à l'aide financière, au maintien en activité professionnelle, l'aide au maintien de l'autonomie et de la dignité.

Après avoir élucidé la notion de prise en charge, l'article s'articule autour de trois axes : les capitaux socioculturels des diabétiques dans la gestion de leur maladie ; la dynamique autour du diabète et les problèmes spécifiques que connaît la prise en charge du diabète en Côte d'Ivoire.

L'hypothèse qui structure ce travail est que la non prise en compte de la dimension sociale dans la prise en charge médicale des diabétiques favorise l'inobservance au traitement et le déséquilibre glycémique. Il s'agit donc :

- d'analyser les capitaux qui sous-tendent la gestion du diabète
- d'analyser les croyances étiologiques et la perception que les diabétiques ont de leur traitement ;
- d'identifier les problèmes que connaît la prise en charge du diabète au sein du centre antidiabétique d'Abidjan.

METHODOLOGIE

Les diabétiques interrogés ont été choisis à partir du registre d'accueil du CADA. Ainsi, pendant sept (7) jours ouvrables nous avons interrogé les dix premiers patients suivis depuis deux (2) ans dans le service. Ce qui a donné un échantillon d'enquête de 70 malades diabétiques.

Quant aux personnes ressources, nous avons choisi d'interroger les responsables de postes de travail à savoir : le chef de service de service du CADA, le chef du service social, le diététicien, l'infirmier major, deux chargés d'étude du Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM)² et la présidente de l'association nationale des diabétiques de Côte d'Ivoire (ADIACI)³. Ces personnes ont été choisies selon leur emploi, leur fonction et leur disponibilité. Les enquêtés ont été interrogés après leur consentement éclairé non sans avoir manqué de leur expliquer le bien-fondé de cette étude et de les rassurer du respect de l'anonymat et de la confidentialité des informations à nous fournies.

En rapport avec l'approche qualitative dans laquelle s'inscrit notre étude, nous avons eu recours à l'entretien individuel avec des malades diabétiques, des médecins diabétologues, des chargés d'études du Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM) et la présidente de l'association nationale de diabétiques de Côte d'Ivoire. Au total, une quinzaine d'entretiens individuels semi-directifs ont été réalisés à l'aide de guides d'entretien.

Aux entretiens individuels, nous avons adjoint quatre entretiens de groupe effectués avec les malades diabétiques. Les échanges avec les diabétiques et le leader de l'association de diabétiques ont porté sur les capitaux qu'ils disposent pour la gestion de leur maladie, les croyances étiologiques et la perception du traitement du diabète ainsi que sur les problèmes auxquels se heurte la prise en charge de leur maladie. Les entretiens avec les autres catégories d'enquêtés ont tourné autour du contenu de la prise en charge médicale des diabétiques,

2- Le Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques (PNLMM) créé le 31 mars 2008 par arrêté du Ministère de la santé. En collaboration avec les associations de diabétiques, le PNLMM mène des activités de dépistage du diabète, de sensibilisation, de mobilisation, de formation d'agents de santé et d'installation de micro-cliniques du diabète et de l'hypertension artérielle sur l'ensemble du territoire national. Son objectif principal consiste à promouvoir la lutte contre les maladies métaboliques.

3- L'Association nationale de Diabétiques de Côte d'Ivoire (ADIACI) est une fédération de plusieurs associations de diabétiques. Elle comptait, en 2014, plus de vingt-cinq mille (25000) adhérents

les comportements sanitaires des patients, la perception que les patients ont du traitement, les difficultés que connaît la prise en charge des diabétiques.

Le Centre Antidiabétique d'Abidjan (CADA) situé au sein de l'Institut National de Santé Publique (INSP) d'Adjamé⁴, constitue le cadre de l'étude. Ce centre a été choisi comme cadre d'investigation en raison de l'importance du nombre de patients qu'il enregistre au quotidien (en moyenne 100 patients par jour) (CADA, *op. cit.*) et de son expérience en matière de traitement des diabétiques. Deux choses qui font de ce centre, une référence nationale dans la prise en charge médicale des diabétiques.

Pour l'analyse des données nous avons mobilisé les méthodes constructiviste et dialectique. En effet, la prise en charge des diabétiques insulinodépendants, au regard de la complexité du diabète lui-même, est multifactorielle et multidimensionnelle. Elle se construit en interaction avec le système de soins et l'environnement social. Pour tout dire, elle se présente comme un fait social total, qui n'est pas donné, mais construit autour d'une pluralité de logiques et de mécanismes.

Sous l'angle constructiviste au sens de Bourdieu Pierre, le constructivisme étudie la façon dont les acteurs en situation et en interaction produisent les représentations et le sens qui va orienter leurs pratiques, les réalités sociales sont appréhendées comme des constructions historiques et quotidiennes des acteurs individuels et collectifs. Cette approche nous permet de saisir comment les individus s'inscrivent dans les champs complexes de relations sociales, entre «l'histoire objectivée dans les choses et l'histoire incarnée dans le corps», arrivent à acquérir des capitaux sociaux pour gérer leur maladie.

Concrètement, la méthode constructiviste nous permet de montrer que la prise en charge du diabète n'est pas un fait donné, mais construit autour d'une pluralité de mécanismes sociaux et de ressources à la fois individuelles et collectives.

Quant à la méthode dialectique, elle apparaît comme la plus pertinente scientifiquement d'une part et la plus complète d'autre part pour l'analyse des phénomènes sociaux étudiés dans leur totalité (Debruyne, 1974).

La dialectique, selon cet auteur repose sur quatre principes fondamentaux : *le changement* comme mécanisme inéluctable, *l'interaction*, la *contradiction* et la *loi du bond qualitatif* qui permettent une analyse objective et pertinente des phénomènes dans leur totalité.

4- Adjamé est l'une des dix communes que comprend la ville d'Abidjan

Le choix de la dialectique est motivé par le fait qu'elle permet non seulement de comprendre mais aussi d'expliquer les contradictions liées à la prise en charge des diabétiques.

I. LES DIFFÉRENTS CAPITAUX DES DIABÉTIQUES POUR LA GESTION DE LEUR MALADIE

Les capitaux dont ils disposent sont d'ordre socioculturel, économique, psychologique et relationnel.

1.1. Les capitaux socioculturels

Le capital, pour Pierre Bourdieu (1986), évoque le concept de capital économique, culturel, social et symbolique. Alors dans un cadre comme dans un autre, le capital est l'ensemble des ressources détenues par un individu ou une famille. Le capital culturel peut exister sous différentes formes ou états: bien stockés (ouvrages, disques, etc.) ; habitudes et orientations incorporées ou intériorisées sous la forme de dispositions ; titres, qualifications, etc.

Partant de cette définition, l'on pourrait dire que le capital socioculturel serait l'ensemble des ressources liées aux contacts et aux réseaux relationnels dont le diabétique s'est doté en termes de valeur, de prestige social et de symbole mais aussi en termes de capital humain au cours de son parcours de vie. Sous cet aspect, les enquêtés ont affirmé ceci :

« Nous sommes africains et chacun dans sa culture, a sa manière de percevoir la maladie et de rechercher comment faire pour être guérir selon ses moyens. C'est-à-dire ses moyens financiers, ses relations avec la famille, avec les docteurs et aussi les guérisseurs qui sont aussi forts. Même si on dit que le diabète ne se guérit pas, on peut se traiter avec les deux. Et nous trouvons qu'il est normal de se soigner à l'indigénat quand y a maladie. Parce que les maladies sont causées souvent par les mauvais esprits, les sorciers et autres, C'est toujours comme ça. On dit que le diabète ne se guérit pas, mais on peut se traiter avec les deux (médicaments africains et médicaments de blanc). Mais comme le diabète est vraiment compliqué et c'est mieux de faire les prières ». (Monsieur K).

De ces propos, il ressort que l'environnement socioculturel des malades diabétiques constitue une pesanteur qui entrave leur prise en charge médicale.

1.2. Les capitaux économiques

« ...Tu sais, diabète est chère et il n'y a pas assez de docteurs et de services pour se soigner. Si tu n'as pas de l'argent ou une assurance maladie pour aller à l'étranger ou dans les grandes cliniques de la place, tu ne peux pas te soigner normalement comme les docteurs nous demandent de faire le régime et les injections. C'est l'argent qui fait tout. Sans les moyens, c'est difficile pour nous. Souvent quand on a les moyens on fait les examens que les médecins nous demandent. Mais souvent aussi on n'a rien pour payer les médicaments et faire le bilan de santé. C'est pourquoi beaucoup fuient les hôpitaux et ne suivent plus les conseils des docteurs. C'est quand leur devient grave qu'ils reviennent ici à l'hôpital. » (Madame I) ;

« Je n'ai pas de moyens financiers pour bien suivre correctement le traitement que le médecin me demande. Ça fait qu'il est difficile de garder un bon taux de glycémie. Quand on a l'argent pour faire les examens médicaux et contrôler chaque fois sa glycémie, on suit bien l'évolution de sa maladie. Mais le contraire nous complique les choses » (Monsieur B, diabétique).

De ces récits, l'on peut noter que le traitement médical du diabète nécessite des moyens financiers de la part du malade. Et la complexité du diabète fait que le traitement est couteux, difficile à supporter pour bon nombre de malades et leurs familles. Le flacon d'insuline, par exemple, connaît certes une baisse du prix (voir page 2), mais ce coût reste inaccessible pour de nombreux diabétiques qui par ailleurs ne bénéficient pas de couverture sociale. La faiblesse des capitaux économiques ne permet donc pas aux diabétiques de suivre correctement leur traitement et concoure à créer le déséquilibre glycémique.

1.3. Les capitaux psychologiques

La dépendance au traitement et l'idée que les diabétiques ont de se savoir malades à vie les mettent dans un état d'anxiété et d'incertitude. Ils y voient le signe de leur fin imminente. Cet état déprécie sérieusement leur capacité psychologique. Or, pour accepter la maladie (le diabète) et faire face à son traitement nécessite pour les malades de disposer d'importantes ressources psychologiques et cognitives. Ces ressources leur permettent en à point douter, de reprendre des forces et de reconstruire leur trajectoire sociale modifiée par la maladie. Ce qui n'est pas toujours le cas en témoignent les récits des enquêtés ainsi livrés :

« Le traitement du diabète fatigue. Il faut prendre médicaments tous les jours. On ne sait même pas où on va. Moi, je vois que la mort n'est pas loin pour nous. En plus, on constitue un poids pour notre famille. Parfois, on se demande si ça vaut la peine de vivre comme ça et de continuer d'aller à l'hôpital. On n'est plus homme » (Monsieur A, diabétique suivi au CADA depuis douze (12) ans) ;

« Nous sommes fatigués par la maladie. La prise en charge est pénible, difficile à supporter surtout quand on n'a pas assez de ressources financières ou quand les parents n'arrivent plus à vous supporter au niveau du régime alimentaire, de l'achat des médicaments et autres. Il nous arrive parfois de déprimer et d'autres mêmes refusent de continuer le traitement. Psychologiquement ce n'est pas facile ». (La présidente de l'ADIACI).

Pour accepter la maladie et arriver à vivre avec, la mobilisation de ressources psychologiques s'avère indispensable. Or, certains enquêtés semblent essouffés par le poids de la maladie et disent ne plus posséder d'assez de ressources psychologiques pour se reprendre et construire une nouvelle trajectoire sociale.

1.4. Le capital relationnel

Outre ce qui précède, notons que la qualité des relations entre le médecin traitant et les patients est aussi ressortie des données de l'enquête comme une des composantes des capitaux dont disposent les diabétiques. Docteur A, diabétologue, parlant de l'importance des relations médecins-malades dans la prise en charge des malades diabétiques affirme: *« Il est fondamentale que le praticien ait de bons rapports avec ses patients. Cela met en confiance les malades et les prédisposent à dominer leurs appréhensions et à mieux suivre les prescriptions ».*

Madame C, diabétique, abonde dans le même sens. Pour elle :

« Les diabétiques que nous sommes, on a intérêt à garder de bonnes relations avec l'équipe médicale. Cela nous aide car quand on a de bonnes relations avec le médecin traitant ou l'infirmier on devient comme des partenaires. Nos parents aussi sont incontournables dans notre prise en charge. Le soutien de la famille est le premier médicament. C'est elle qui nous aide en dehors de l'hôpital. Le diabète est une maladie compliquée et le malade seul ne peut pas la gérer ».

Ces deux affirmations démontrent l'utilité d'une bonne relation médecins-malades et du soutien familial dans la prise en charge du diabète. Cela, parce que la complexité du diabète fait que la prise en charge se fonde sous la trame de négociations et de partenariat. En d'autres termes, le médecin (détenteur du savoir expert), selon

Grimaldi André (2001), s'il veut atteindre des résultats satisfaisants qui consistent à parvenir à l'équilibre glycémique, se doit d'intéresser le patient (profane en la matière) à la prise en charge de sa maladie en l'impliquant de façon active dans le suivi thérapeutique. « ...du fait de la délégation d'actes de soins vers les profanes et suite à l'évolution des connaissances et des techniques, ce type de malade n'a plus seulement à être un patient passif qui attend en confiance l'acte et l'activité médicale. Il peut jouer un rôle de plus en plus actif dans sa prise en charge et devenir dans bien des cas un véritable collaborateur » (Bakhta B, 2009). La relation médecin-malades, si elle est de bonne qualité constitue une ressource adventice pour le malade diabétique qui a en face de lui une personne qu'il voit comme un partenaire dans la gestion de sa maladie.

2. Les croyances étiologiques et la perception du traitement

L'apparition du diabète et la gestion de son traitement constituent une période difficile pour le diabétique et sa famille. En effet, la chronicité de la maladie, l'impossibilité de recouvrer la guérison et la dépendance au traitement, le bouleversement des habitudes de vie font que le malade vit dans le stress quasi-quotidien et dans l'incertitude.

L'idée de vivre avec une maladie chronique comme le diabète est perçue par les malades comme un drame, une aggravation de leur état de santé, une modification de leur trajectoire sociale et une perte de l'estime de soi. Il vit de fortes mutations à la fois sociale et psychologique qui le plongent dans un état d'anxiété et d'incertitude, voire dans une rupture biographique. Cette perception résulte des croyances étiologiques fondées sur des considérations irrationnelles, métaphysiques. Des diabétiques que nous avons interrogés pensent que leur diabète est le fait d'esprit malveillant, de parents sorciers qu'ils veulent nuire à leur bien-être quand bien même qu'ils savent qu'il y a une explication rationnelle à la survenue de leur maladie. Ils l'ont signifié en ces termes : « *Le diabète là, c'est les sorciers, les gens méchants qui le lancent aux autres. C'est pas une maladie qui est simple. On nous dit qu'on attrape le diabète quand on mange trop sucré, c'est vrai, mais la plupart des cas sont causés par les mauvais esprits* » (Madame K, diabétique insulinodépendante).

Ces croyances étiologiques et cette perception favorisées par l'analphabétisme et le contexte socioculturel déterminent les itinéraires thérapeutiques des malades et leur comportement sanitaire. Lesquels itinéraires thérapeutiques tournent pour une grande part, autour du système de guérison traditionnelle, moderne et magico-spirituelle. La médecine traditionnelle très sollicitée par 80% des africains selon l'OMS

(2007) impacte sérieusement la prise en charge médicale des malades diabétiques. L'un des chargés d'étude du PNLMM, Docteur B, n'a pas manqué de souligner ce fait quand il dit : « En Afrique, tout comme en Côte d'Ivoire, la prise en charge du diabète est difficile du fait des croyances culturelles, de l'analphabétisme. Ce sont ces croyances qui créent la perception négative que les gens ont du diabète, de son traitement et qui font que les malades vont consulter les tradipraticiens⁵, les camps de prière... Moi je pense que de plus en plus, l'on devrait tenir compte des facteurs sociaux dans la prise en charge des maladies chroniques telles que le diabète ».

Le contexte socioculturel qui favorise des particularismes sociaux, accentue d'une manière ou d'une autre les difficultés qui jalonnent la prise en charge du diabète. Ainsi, l'alimentation ou l'acte alimentaire qui est une forme de socialisation (Corbeau J.P. et al. 2002), est une valeur non négligeable dans la société ivoirienne. En effet, « Manger ensemble » en famille, c'est-à-dire consommer le même plat que tous les membres de la famille et souvent « dans la même assiette », exclut l'individualisme qui consiste à suivre un régime alimentaire spécifique. Ainsi donc « se faire un plat à part » à cause de sa maladie est souvent mal perçu par l'entourage. Il est considéré comme un acte de désocialisation. D'où la difficulté pour les diabétiques d'observer le régime diététique, Besançon et al (2012). Ce fait est mis en évidence dans le récit des diabétiques, contraints à un régime alimentaire :

« Chez nous ici en Afrique, il est difficile pour les diabétiques de faire régime à part, manger un autre plat que les autres membres de la famille. Certains pensent que nous le faisons parce que nous sommes égoïstes ou qu'on fait le malin. D'autres disent que c'est parce qu'on ne veut s'associer aux autres qu'on décide de manger à part. Ce qui fait qu'il est difficile de suivre son régime et avoir une vie communautaire normale » (Monsieur S, diabétique soumis à un régime diététique adapté).

Un des médecins (Docteur S) abordant cet aspect de notre analyse nous livre ceci :

« Le diabète est une maladie difficile à gérer aussi bien pour le personnel médical que pour les diabétiques eux-mêmes surtout en Afrique. Car, la perception que les populations ont de la maladie laquelle perception qui liée à la culture, compliquent davantage la prise en charge d'une maladie chronique comme le diabète. Souvent les gens voient leur maladie comme le fait des sorciers au sein de la famille ou un mauvais sort qui leur est lancé. Cette perception influence leur comportement sanitaire. L'éducation des patients vise agir sur leur comportement et leur donner des rudiments pour leur autogestion ».

5- Tradipraticiens : C'est le nom attribué aux praticiens de la médecine africaine dans le contexte ivoirien.

Ainsi, la perception et l'interprétation de la maladie dans la société ivoirienne reposent sur des considérations métaphysiques, irrationnelles qui déterminent les traditions de guérison. La maladie, est perçue dans société comme un désordre métaphysico-social, une offense aux ancêtres, aux génies protecteurs. C'est pourquoi les divinités occupent une place centrale (Massé R, 1995). Les rapports aux différentes divinités affermissent la psychologie des personnes souffrant de maladie chronique telle que le diabète. Subséquemment, le diabète, quoique reconnu comme une maladie liée à l'alimentation, au mode de vie (considération rationnelle), fait l'objet d'interprétation. Notre analyse se fonde sur le discours des enquêtés qui se décrivent en ces termes :

« Le diabète est une maladie qui ne se guérit pas. C'est Dieu qui peut nous sortir dans ça. On dit que la maladie est causée par la mauvaise alimentation, mais moi je pense qu'il y a trop de mauvais esprits en Afrique et c'est ça qui nous crée toutes ces maladies. La médecine ne peut pas guérir le diabète, mais avec la foi en Dieu je sais qu'un jour ça ira ». (Monsieur A, malade diabétique).

Le moins que l'on puisse dire de cette affirmation est que les malades diabétiques pensent que « leur diabète » est le fait d'esprits malveillants, de sorciers qui veulent nuire à leur bien-être, à leur vie (considération irrationnelle). Cette perception du diabète ne permet souvent pas aux personnes qui en souffrent de recourir à la biomédecine pour leur prise en charge. Ils se lancent dans une pérégrination thérapeutique qui les conduit vers le devin-guérisseur, le naturothérapeute, ou les centres de prière dont les rationalités tournent autour du jeûne, prières et de la flagellation. Toute chose qui constitue un obstacle majeur à une bonne prise en charge des diabétiques et entraîne des complications dégénératives parfois mortelles.

La prévention et le traitement du diabète dans notre société devraient tenir compte des croyances et des spécificités socioculturelles des patients qui déterminent les décisions et les comportements sanitaires.

3. Les problèmes spécifiques de la prise en charge du diabète au CADA

Les problèmes spécifiques de la prise en charge du diabète au centre antidiabétique d'Abidjan se situent à plusieurs :

Au niveau structurel, Docteur A, diabétologue, soutient que :

« ... Outre l'insuffisance du nombre de centres de prise en charge du diabète dans notre pays, malgré les efforts entrepris, il y a aussi l'insuffisance de personnel qualifié pour assurer une prise en charge efficiente des diabétiques. Malgré l'âge de ce centre et de ce qu'on dit bien de lui, il connaît d'énormes difficultés dont l'insuffisance de personnel médical. Pour cent patients en moyenne que nous recevons par jour ici, il n'y a que huit médecins diabétologues et un infirmier spécialisé. C'est un problème sérieux. Il constitue un obstacle majeur dans la politique de prise en charge de cette maladie ».

Monsieur K, infirmier major va dans le même sens et affirme :

« Ici on reçoit beaucoup de patients qui viennent d'un peu partout de la Côte d'Ivoire pour bénéficier des soins. Là où les gens vivent il n'y a pas de centres de traitement du diabète. Les médecins généralistes ne sont pas suffisamment outillés pour la prise en charge des diabétiques et face à la complication des cas ils nous les réfèrent ici. C'est l'un des problèmes importants que nous rencontrons dans la lutte contre le diabète ».

Ces récits montrent bien qu'il y a une insuffisance d'infrastructures et de personnel qualifié pour assurer la prise en charge du diabète. Cette situation pose incontestablement le problème d'accessibilité aux soins. Ce qui justifie l'engorgement qui reçoit plus de 80% des patients diabétiques (CADA, 2013). Cela parce que les malades affluent. La demande de soins est grandissante, mais à l'inverse, le nombre de personnel spécialisé et des infrastructures reste insuffisant. Il y a donc un déséquilibre entre l'offre de soins et la demande de soins.

Au niveau économique, les difficultés s'expriment en termes de coût élevé de la consultation de spécialité, des médicaments (comprimés antidiabétiques oraux et insuline) et des moyens de contrôle. Cela est d'autant plus vrai que le traitement du diabète coûte cher pour les patients et leurs familles. Cela transparaît dans les propos des enquêtés:

« Le traitement du diabète coûte cher. Il demande beaucoup d'argent alors que nous les diabétiques de Côte d'Ivoire n'avons pas grands moyens. C'est difficile pour nous. On ne sait pas comment on va faire pour nous en sortir. Nos problèmes financiers sont beaucoup. Toujours on en parle, mais les difficultés continuent » (Monsieur P, diabétique insulinodépendant) ;

« L'insuline coûte cher de même que le bilan de santé que les médecins nous demandent souvent. Le contrôle de notre glycémie est de (1000 F CFA) ; tous les malades n'ont pas la possibilité de le faire. Pourtant c'est important. En tous cas nous les diabétiques, nous rencontrons beaucoup de difficultés » (Dame N de l'ADIACI).

Les affirmations ci-dessus indiquent que le traitement du diabète coûte cher. Au CADA, le traitement à l'insuline dans la Nouvelle Pharmacie de la Santé Publique (NPSP) revient à près de 3500 francs CFA la dose contre 8000 francs CFA à 17000 francs CFA, voire 25000 francs CFA (selon le type d'insuline) dans les pharmacies privées. Ces coûts sont élevés pour la grande majorité des diabétiques et les médicaments sont parfois indisponibles occasionnant ainsi des ruptures dans le traitement. Lesquelles ruptures qui se manifestent par l'abandon de la prise des médicaments, le non contrôle glycémique, le recours aux praticiens de la médecine traditionnelle. A cet effet, un patient avance ce qui suit : « *Le traitement de notre maladie est abordable avec les guérisseurs traditionnels. C'est pourquoi beaucoup parmi choisissent d'aller chez les tradipraticiens qui eux, proposent des médicaments qui sont naturels et moins coûteux. L'hôpital est trop coûteux* » (Monsieur K).

Il faut souligner également que le coût mensuel des antidiabétiques oraux tels que (glibenclamide et metformine les plus utilisés) s'évalue en moyenne à 9000 f CFA selon le PNLMM (2014).

Enfin, au niveau psychologique, les diabétiques de façon générale savent que leur maladie ne se guérit pas et qu'ils sont tenus de suivre un traitement au long court. Cette idée fait que le diabétique subit un choc émotionnel à la découverte de sa maladie. De ce choc émotionnel, le sujet a besoin d'être remonté en vue de se reconstruire. Pour y parvenir, sa prise en charge implique un accompagnement psychologique. Cependant ce volet psychologique n'est pas incorporé dans le paquet d'activités, dans le système de soins mis en place au CADA. C'est l'assistante sociale qui souvent fait une prise en charge psychosociale des patients et leurs parents. Bien qu'ayant des pré-requis en psychologie, elle n'est pas suffisamment outillée pour un accompagnement psychologique des diabétiques. Ce qui constitue une faille de ce système. Ce fait est ressorti dans les propos de Dame N de l'ADIACI qui nous dit ceci :

« Les difficultés auxquelles les diabétiques sont nombreuses. Ce qui fait que nous ressentons le poids de la maladie au quotidien. Psychologiquement, ce n'est pas facile. Parfois, on déprime à force de se poser des questions sur son avenir. Prendre médicaments tous les jours n'est pas donné. C'est pourquoi, les diabétiques pensent et souhaitent que les autorités instaurent le soutien psychologique dans le suivi des diabétiques. C'est important. Cela se fait en France, dans les pays développés. Ici aussi, on peut le faire car il y a des psychologues qu'on peut recruter pour nous aider. Pour le moment ça n'existe pas au CADA qui est pourtant le plus grand centre de traitement du diabète en Côte d'Ivoire ».

DISCUSSION

La prise en charge du diabète dans les structures sanitaires publiques d'Afrique de façon générale n'est pas toujours reluisante. Elle rencontre des difficultés diverses problèmes dont les plus marquantes sont entre autres l'insuffisance des infrastructures et du personnel médical qualifié, les pesanteurs culturelles, les difficultés économiques, l'inaccessibilité géographique des hôpitaux, l'indisponibilité des médicaments.

En Côte d'Ivoire, le nombre de structures sanitaires spécialisées dans la prise en charge du diabète est insuffisant et reste concentré particulièrement à Abidjan et dans certaines grandes villes du pays. Abidjan seule abrite les quatre centres de traitement du diabète les plus importants et les plus connus du pays tel que le CADA qui connaît une insuffisance au niveau de son personnel. Cette analyse situationnelle rejoint celle de Berand D. et al (2007) qui soutiennent qu'au Mali, pays de presque 16 millions d'habitants, il n'y avait, en 2004, que deux médecins spécialisés pour la prise en charge du diabète, auxquels s'ajoutaient trois agents de santé avec, pour tout bagage, de petites formations d'appoint. Ce personnel spécialisé exerçait uniquement dans la capitale, au niveau des trois services de prise en charge spécialisée du pays. Des patients, résidant parfois à plus de 800 km, devaient faire le trajet jusqu'à Bamako et nombre d'entre eux se limitaient à une seule consultation annuelle en raison du coût et de la difficulté des déplacements. De plus, le nombre croissant de patients diabétiques pour seulement trois médecins, entraînait des consultations bondées ne permettant pas une qualité des soins optimale.

Cette situation, qui a pour conséquence la multiplication des complications et une très forte mortalité, n'est pas propre au Mali. Elle concerne la majorité des pays d'Afrique. Diop N (2014) abordant cette problématique, écrit que l'insuffisance des infrastructures, l'insuffisance de médecins diabétologues accentuent les difficultés à assurer une prise en charge efficiente des diabétiques au Sénégal et dans plusieurs pays africains. Comme quoi, toute chose égale par ailleurs.

En dehors de l'insuffisance des infrastructures sanitaires et de personnel qualifié, il y a la représentation sociale que ces derniers font de leur maladie, le coût élevé des médicaments et le poids de la médecine traditionnelle. En effet, le traitement du diabète dans nos sociétés reste tributaire des pesanteurs culturelles qui déterminent la perception du traitement, les comportements sanitaires, les itinéraires thérapeutiques. L'étude, sur ce point est en phase avec Grimaldi A (2001) qui dit que « le traitement du diabète passe par

l'acquisition des connaissances sur la maladie elle-même. Mais l'acquisition des connaissances se heurte aux représentations naïves que se fait le malade de sa propre maladie qui sont bien entendu, conditionnées par des facteurs culturels. L'acquisition des connaissances et surtout leur mise en pratique dépend de l'acceptation de la maladie et de l'attitude du malade face à celle-ci qui est éminemment culturelle ».

Quant aux difficultés financières que rencontrent les diabétiques, elles sont quasiment identiques dans plusieurs pays africains. Selon Besançon S. et al (2012) l'absence de système de prise en charge des coûts de santé dans les pays africains et le coût élevé des médicaments (antidiabétiques oraux et insuline) rendent l'accès aux soins diabétiques très difficiles pour les patients.

Au Mali, par exemple, les auteurs (op cit) écrivent qu'en 2004, un flacon d'insuline valait autour de 10 euros, dans un pays où le salaire mensuel moyen avoisine 50 euros. Sous cette base l'on estime qu'une année de traitement à l'insuline représentait pour un malade près de 40% des ressources annuelles de sa famille. Les antidiabétiques oraux, rarement disponibles dans leur forme générique, restaient hors de portée pour la bourse de la majorité des malades. Cette dimension de la problématique liée à la prise en charge du diabète en Côte d'Ivoire a été également développée par Ouattara Seydou (1996). Pour cet auteur, en côte d'Ivoire, le coût direct de la prise en charge du diabète absorbe 70 à 96% du budget familial pour les patients les plus pauvres et de 25 à 55% pour les revenus moyens. Ce coût est jugé insupportable pour la plupart des patients diabétiques. Il ne permet donc pas à de nombreux diabétiques d'accéder aux soins qu'ils demandent. Ces résultats se rapprochent de ceux livrés par notre étude.

CONCLUSION

La présente étude sur la problématique de la prise en charge du diabète au centre antidiabétique d'Abidjan (CADA) visait à apporter des éléments de réponse à la question « *pourquoi en dépit de l'amélioration de l'offre de soins et de l'expérience acquise par le CADA, une proportion importante des patients suivis dans ce centre développent constamment le déséquilibre glycémique et l'inobservance au traitement ?* »

En référence aux résultats de l'étude, nous pouvons noter que la prise en charge du diabète dans une institution spécialisée telle que le centre antidiabétique d'Abidjan (CADA) est multifactorielle. Elle dépend des ressources propres aux diabétiques eux-mêmes, à leur perception du traitement et à des insuffisances notées dans le

système de soins. Mais malgré son capital expérience et l'amélioration de l'offre de soins, la politique de prise en charge médicale du CADA occulte certains aspects tels que la prise en compte des considérations socio-anthropologiques des malades. Ce qui confirme notre hypothèse de travail qui postule que la non prise en compte de la dimension sociale dans la prise en charge médicale des diabétiques favorise l'inobservance au traitement et le déséquilibre glycémique. C'est pourquoi nous pensons que la prise en charge du diabète, pour gagner en efficacité devrait s'inscrire dans un processus multidimensionnel intégrant une multiplicité de facteurs qui ne relèvent pas uniquement de la rationalité médicale. Il importe donc de dépasser le cadre médical et d'appréhender la lutte contre cette maladie complexe sous plusieurs angles, notamment sous l'angle socio-anthropologique.

BIBLIOGRAPHIE

- Bakhta, B (2009), « Le diabétique face à l'insuline, Journée d'étude, Famille et maladie chronique », In *GRAS*, Alger, Université d'Oran : 2-8
- Berand, D et al (2007), « Le diabète, un nouvel enjeu de santé publique pour les pays en voie de développement : l'exemple du Mali », In *Santé Diabète*, Grenoble : Editions Médecine des maladies Métaboliques:93-98, Article en ligne : http://www.santediabete.org/images/presse/articles_maladies_métaboliques_mars07.pdf
- Besançon, S et al (2012), « Le diabète, un enjeu de santé publique au Mali », In *Fiches de soins infirmiers*, Grenoble, Editions Elsevier Masson : pp 16-19
- Bourdieu, P. (1972). *La reproduction*, Paris, Editions de Minuit
- Bourdieu, P (1986), « The forms of capital », In J. Richard (Edition) *Hand book of Theory Research for Education*, New-York: 241-258
- Centre Antidiabétique d'Abidjan (CADA), (2013), *Rapport annuel d'activités*, Abidjan
- Corbeau, J P et Poulain J P (2002), *Penser l'alimentation-Entre imaginaire et rationalité*, Toulouse, Editions Privat
- Debruyne P. (1974), *La dynamique de la recherche en sciences sociales*, Paris, PUF
- Diop, N (2014) « La prise en charge du diabète en Afrique », In *Médecine d'Afrique noire*, II-FMPO, Dakar : 15-20
- Droh, A (2013), *Socio-anthropologie des habitudes et pratiques alimentaires des personnes âgées diabétiques en milieu urbain ivoirien*, Abidjan, Thèse Unique de Doctorat de Sociologie, Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody/Abidjan, Institut d'Ethno-Sociologie
- Fédération Internationale du Diabète (2010) *Atlas du diabète de la FID I*, 6ème édition, Genève, Article en ligne : http://www.idf.org/sites/default/files/fr_6e_atlas_full.pdf

- Grimaldi, A (2001), *Guide pratique du diabétique*, Paris : MMI éditions
- Institut National de la Statistique, (2014), *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), Rapport Préliminaire*, Abidjan, 2014
- Massé, R (1995), *Culture et santé publique, les contributions de l'Anthropologie à la promotion de la santé à Montréal, Paris, Casablanca*, Paris : Gaétan Morin Editeur
- Organisation Mondiale de la Santé (2004), *A glossary of community health care and services for older persons*, Genève
- Organisation Mondiale de la Santé, (2007), *Objectifs du Millénaire pour le Développement-Rapport 2007*, New-York
- Organisation Mondiale de la Santé (2005), *Prévention des maladies chroniques, un investissement vital : présentation générale*, Genève, Agence de santé publique du Canada
- Organisation Mondiale de la Santé (2015), *Rapport sur la situation mondiale des maladies non transmissibles*. Rapport en ligne : <http://www.who.int>, page ouverte le 17 juillet 2015
- Ouattara, S (1996), *L'Insulinothérapie ambulatoire en Côte d'Ivoire : Difficultés et perspectives*, Thèse de Médecine, Abidjan, Université de Cocody, Faculté de Médecine
- PNLMM, (2014), *Rapport annuel d'activités*, Abidjan