

Relecture des Déterminants Sociaux du Déséquilibre Glycémique chez les Diabétiques Suivis au Centre Antidiabétique d'Adjame (CADA)/Adidjan

Ouattara Kalilou

Institut d'Ethno-Sociologie,
Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody, Abidjan, Côte d'Ivoire

Doi: [10.19044/esipreprint.3.2023.p166](https://doi.org/10.19044/esipreprint.3.2023.p166)

Approved: 06 March 2023
Posted: 09 March 2023

Copyright 2023 Author(s)
Under Creative Commons BY-NC-ND
4.0 OPEN ACCESS

Cite As:

Ouattara K. (2023). *Relecture des Déterminants Sociaux du Déséquilibre Glycémique chez les Diabétiques Suivis au Centre Antidiabétique d'Adjame (CADA)/Adidjan*. ESI Preprints. <https://doi.org/10.19044/esipreprint.3.2023.p166>

Resume

Cette étude s'est déroulée du 06 au 12 juillet 2018. Elle a eu pour cadre géographique le centre antidiabétique d'Adjame (CADA) à Abidjan. Elle est à la fois quantitative et qualitative. Le but était d'analyser les déterminants sociaux du déséquilibre glycémique constaté chez 46% des diabétiques suivis au CADA en dépit de l'éducation à la santé instaurée dans le paquet des activités de soins de ce centre. Le recueil des données s'est fait à travers des entretiens par questionnaire et des entretiens semi-dirigés. Le questionnaire a été administré auprès de la population cible constituée de diabétiques suivis au CADA au nombre 21. A l'aide de guides d'entretien, nous avons réalisé des entretiens semi-dirigés avec deux médecins diabétologues et un infirmier spécialisé qui sont des experts dans la prise en charge du diabète. Les enquêtés ont été abordés de façon accidentelle, en fonction de leur disponibilité. Des résultats obtenus, il en ressort que le déséquilibre glycémique présenté par les diabétiques résulte de plusieurs facteurs que sont : le profil sociodémographique des diabétiques, leur niveau de conscience sanitaire, la perception qu'ils se font de leur maladie. Ces résultats montrent que le traitement du diabète est multifactoriel et va au-delà du savoir médical strict.

Mots-clés: Conscience sanitaire, Déterminants sociaux, Déséquilibre glycémique, Diabète, Relecture

Review of the Social Determinants of Glycemic Imbalance in Diabetics at the Adjamé (CADA)/Abidjan

Ouattara Kalilou

Institut d'Ethno-Sociologie,

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

Abstract

This study took place from July 06 to 12, 2018. Its geographical setting was the Adjamé anti-diabetic center (CADA) in Abidjan. It is both quantitative and qualitative. The aim was to analyze the social determinants of glycemic imbalance observed in 46% of diabetics followed at CADA despite the health education instituted in the care activities of this center. Data were collected through questionnaire interviews and semi-structured interviews. The questionnaire was administered to the target population of 21 diabetics followed at CADA. With the help of interview guides, we conducted semi-structured interviews with two diabetic physicians and a specialized nurse who are experts in the management of diabetes. The respondents were approached in an accidental manner, depending on their availability. From the results obtained, it appears that the glycemic imbalance presented by diabetics results from several factors. The socio-demographic profile of diabetics, their level of health awareness, and their perception of their disease. These results show that the treatment of diabetes is multifactorial and goes beyond strict medical knowledge.

Keywords: Health consciousness, Social determinants, Glycemic imbalance, Diabetes, Review

1. Introduction

Le diabète est une maladie métabolique caractérisée par une élévation anormale chronique de la glycémie, causée par un dysfonctionnement de la sécrétion ou de l'action de l'insuline et définie par le taux de sucre dans le sang. Cette augmentation de la glycémie est causée par un dysfonctionnement de la sécrétion ou de l'action de l'insuline, une hormone fabriquée par le pancréas. Près de 90% des diabétiques vivent pendant des années avec cette maladie sans le savoir car le diabète ne provoque en général pas de manifestations au début de son évolution.

Au niveau mondial, près de 400 millions de personnes sont touchées par cette pathologie (Atlas du diabète de la FID, 2019). La Côte d'Ivoire n'échappe pas à l'épidémie car dans ce pays, la prévalence du diabète est passée de 5,7% avant 2000 à 9,6 % en 2010 (J. R. Abodo, 2016, p. 3). Mais les progrès de la médecine ont réussi à en faire une pathologie « supportable », « gérable » à travers les antidiabétiques oraux, le régime alimentaire, le sport et l'insulinothérapie. L'insulinothérapie ou le traitement du diabète de type 2 par injections d'insuline est le traitement recommandé par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) depuis plusieurs décennies, vue son efficacité. Et le Centre Antidiabétique (CADA) d'Adjamé de l'Institut National de Santé Publique (INSP), structure de référence dans la prise en charge des diabétiques au niveau national a intégré l'insulinothérapie dans le protocole de soins. Cependant, la littérature indique que durant la période 2018-2019, plus de 46% des diabétiques suivis dans ce centre depuis deux ans au moins présentent un déséquilibre glycémique bien qu'ayant bénéficié régulièrement de séances d'éducation thérapeutique visant à leur assurer une autonomie de gestion de leur état de santé.

De ce constat théorique naît la question de recherche suivante : quels sont les facteurs explicatifs du déséquilibre glycémique des diabétiques suivis au CADA et ayant bénéficié d'éducation thérapeutique durant toute la période de leur prise en charge, laquelle éducation thérapeutique est supposée leur apporter une autonomie de gestion de leur santé ? C'est à cette question que l'étude ambitionne d'apporter une réponse. Cette préoccupation nous amène de façon spécifique à :

- décrire les caractéristiques sociodémographiques des diabétiques suivis au CADA;
- décrire les caractéristiques liées à leur conscience sanitaire ;
- analyser les représentations sociales associées au diabète et la perception que les diabétiques ont du traitement,
- analyser l'itinéraire thérapeutique de ces diabétiques.

2. Matériel et méthode

L'étude s'est déroulée du 27 décembre 2018 au 11 janvier 2019 et s'inscrit dans une posture analytique. Elle combine deux méthodes complémentaires : quantitative et qualitative.

Le centre antidiabétique d'Abidjan (CADA) logé au sein de l'Institut National de Santé Publique (INSP) situé dans la commune d'Adjamé au centre d'Abidjan a été le champ géographique de l'étude. En rapport avec l'approche méthodologique retenue, le recueil des informations s'est appuyé d'une part, sur l'administration d'un questionnaire auprès de la population cible constituée de diabétiques suivis au CADA au nombre de 21. Et d'autre part, à l'aide de guides d'entretien, nous avons réalisé des entretiens semi-

dirigés avec deux médecins diabétologues et un infirmier spécialisé qui sont des experts dans la prise en charge du diabète. Ces professionnels de la santé, du fait de leur expérience, de leur savoir technique sont mieux placés pour nous renseigner sur les comportements des diabétiques qu'ils reçoivent, leur perception de la maladie dont ils souffrent, leur rapport aux indications thérapeutiques.

Les enquêtés ont été abordés de façon accidentelle, en fonction de leur disponibilité. Le traitement des données d'ordre quantitatif s'est effectué avec le logiciel Excel et celui des données d'ordre qualitatif s'est fait manuellement et par analyse de contenu.

La théorie de l'autodétermination (self-determination theory, en anglais) de Deci et Ryan (2000) nous a permis de faire une analyse sociologique des données d'enquête. En effet, la théorie de l'autodétermination est une macro-théorie de la motivation humaine et de la personnalité. Elle traite de la motivation agissant derrière les choix que les êtres humains font sans aucune influence ou interférence externe. Cette théorie définit le degré d'auto-motivation et d'auto-détermination d'un comportement.

Dans la régulation introjectée, l'individu intériorise les contraintes externes et agit sous pression. Il est motivé par les sentiments de honte et de culpabilité sans pour autant complètement accepter et endosser les pensées d'autrui. Pour cette étude, la théorie de l'autodétermination nous a permis d'appréhender le degré de détermination, de motivation et d'appropriation de l'auto-prise en charge thérapeutique des diabétiques afin de saisir les fondements de leurs rapports avec le traitement de leur maladie.

3. Considérations Ethiques

Pour préserver le secret médical, nous n'avons pas eu à parcourir les dossiers médicaux des patients. Aussi, le bien-fondé de l'étude a été expliqué aux diabétiques que nous avons abordés et non sans avoir rassuré ces derniers de ce que leurs propos et leurs identités seront placés sous l'anonymat.

4. Résultats

4.1. Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

4.1.1. Niveau d'instruction

Tableau I. Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction

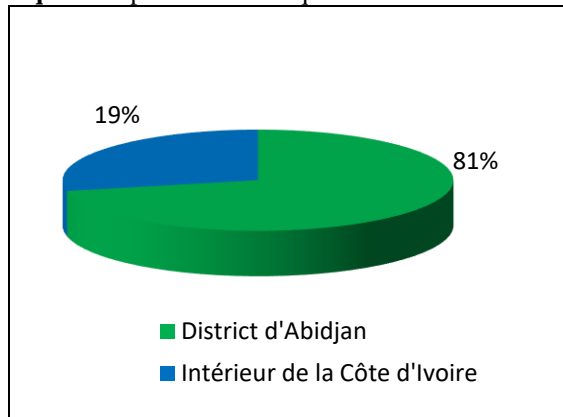
Niveau d'instruction	Effectif (N = 51)	Pourcentage
Primaire	11	21,56%
Secondaire	10	1,96%
Supérieur	9	0,01%
Analphabète	21	41,17%

Source : Notre enquête, décembre 2018

Les données du tableau n°1 indiquent que la majorité des diabétiques interrogés, soit (41,17%) sont analphabètes. Ils n'ont donc pas un niveau élevé pour connaître leur maladie et observer correctement les prescriptions nécessaires pour leur suivi. Etant donné que le suivi du diabète insulino-dépendant est complexe et contraignant, il nécessite une compréhension et une connaissance optimales pour respecter les recommandations du médecin traitant et parvenir à l'équilibre glycémique.

4.1.2 Lieu de résidence

Graphique I. Répartition des enquêtés selon le lieu de résidence



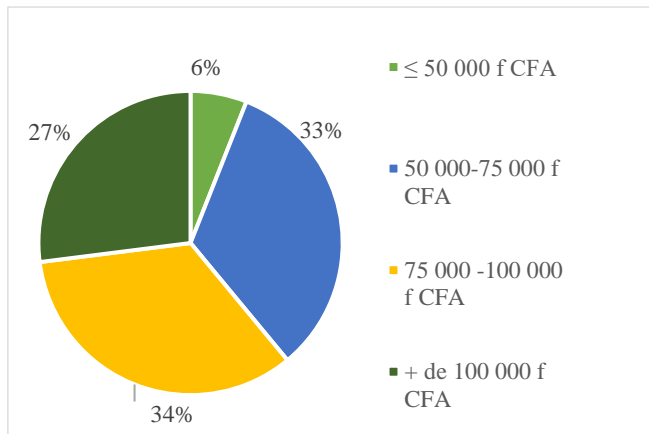
Source : notre enquête, décembre 2018

S'agissant de la répartition des enquêtés selon le lieu de résidence, les informations du graphique n° 1 indiquent que 81% des diabétiques interrogés résident dans le District d'Abidjan, tandis que 21% vivent en dehors d'Abidjan. Ce qui signifie que la grande majorité des enquêtés n'ont pas à parcourir de longues distances pour venir en consultation. De nombreuses études ont révélé que l'inaccessibilité géographique est l'un des obstacles majeurs à un accès équitable aux soins en Afrique, notamment en Côte d'Ivoire.

Ici, la majorité des diabétiques interrogés ne résidant pas trop loin du CADA situé dans la commune d'Adjamé, ils ont la possibilité de venir en consultation pour des contrôles réguliers de leur état de santé. Le lieu de résidence n'est donc pas un facteur qui peut expliquer le mauvais suivi glycémique des diabétiques suivis au CADA.

4. 1. 3 Revenu moyen mensuel

Graphique II. Répartition des enquêtés selon le revenu mensuel



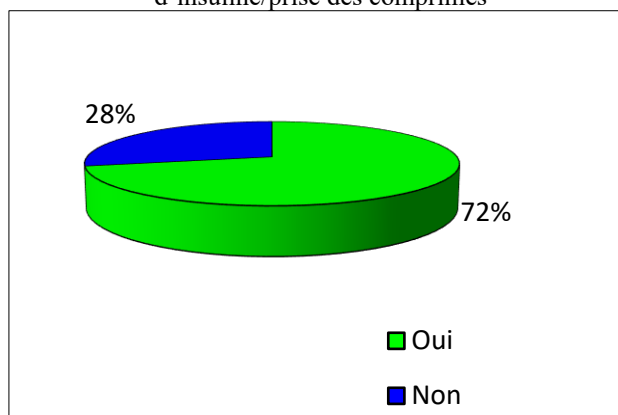
Source : notre enquête, décembre 2018

L'étude, à travers les données du graphique n°2, révèle ici que 33% des enquêtés ont un revenu mensuel d'au plus 75 000 f CFA et que 34% d'entre eux ont un revenu compris entre 75 000 f CFA et 100 000 f CFA, tandis que 27% seulement ont un revenu mensuel qui va au-delà de 100 000 f CFA. De par ces chiffres, l'on peut s'apercevoir que la majorité des diabétiques interrogés n'ont pas un revenu régulier qui puisse leur permettre de supporter efficacement le traitement qui leur est indiqué.

4.2. Caractéristiques liées au niveau de conscience sanitaire des diabétiques

4.2.1. Respect des horaires d'injections d'insuline

Graphique III . Répartition des enquêtés selon le respect ou non des horaires d'injections d'insuline/prise des comprimés



Source : notre enquête, janvier 2019

Les données issues de ce graphique n°3 indiquent que la majorité des enquêtés (72%) n'observent pas correctement les prescriptions car, ils avouent ne pas respecter les horaires des injections de l'insuline. Cette attitude thérapeutique est préjudiciable à l'équilibre glycémique. En effet, le non-respect des horaires indiquées pour l'injection de l'insuline prédispose le diabétique à une dérégulation de sa glycémie. C'est pourquoi, lors des consultations et des séances d'éducation à la santé, le personnel médical insiste généralement non seulement sur le respect du nombre d'injections d'insuline quotidiennes mais également sur les horaires précises auxquelles le diabétique devrait injecter les doses d'insuline nécessaires au bon fonctionnement de son système humanitaire.

4.2.2. Autocontrôle glycémique (au moins une fois par mois)

Tableau II. Répartition des enquêtés selon la pratique de l'autocontrôle glycémique

Autocontrôle glycémique	Effectif	Pourcentage
Oui	11	22%
Non	32	62%
Sans réponse	8	16%

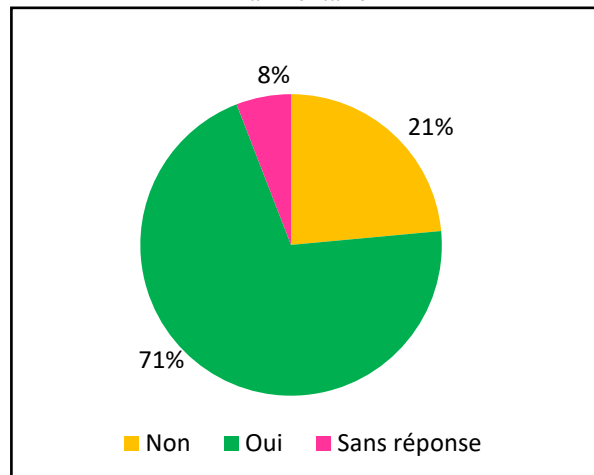
Source : notre enquête, janvier 2019

Les données de l'enquête montrent à travers ce tableau, que la majorité des enquêtés (62%) n'ont pas l'habitude de contrôler par eux-mêmes leur glycémie. Le contrôle de la glycémique continu devrait être un réflexe pour le diabétique. Il fait partir des conseils prodigués par le personnel médical à l'occasion des visites. Il permet au diabétique de savoir l'évolution de sa santé et d'adopter de bonnes attitudes qui puissent lui garantir le mieux-être.

Le contrôle continu de la glycémique peut se faire par le diabétique lui-même, sans qu'il n'ait besoin de recourir à une pharmacie ou un service de santé, à l'aide des lecteurs de glycémie accessibles aujourd'hui à des coûts réduits en Côte d'Ivoire. Ne pas adopter l'autocontrôle de sa glycémie, les enquêtés choisissent de vivre dans l'ignorance et se mettent ainsi en danger avec le risque de subir d'éventuelles complications.

4.2.3. Observance d'un régime alimentaire

Graphique IV. Répartition des enquêtés selon l'observance régulière d'un régime alimentaire

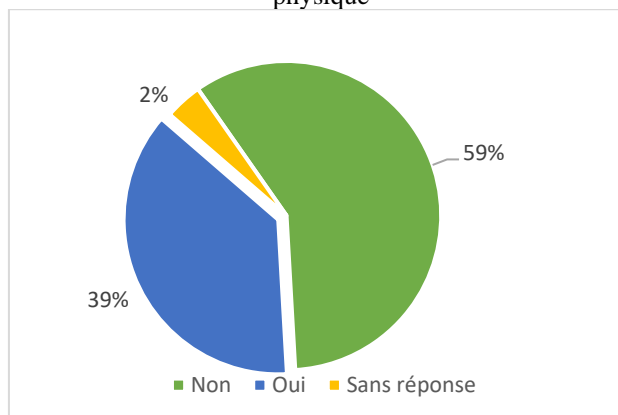


Source : notre enquête, janvier 2019

71% des enquêtés, selon les données du graphique IV, ont affirmé ne pas observer de façon régulière leur régime alimentaire. Ce mauvais rapport aux prescriptions thérapeutiques qu'entretiennent les diabétiques est un facteur de risque qui les expose à un déséquilibre glycémique. Le diabète adulte étant une maladie métabolique causée en grande partie par l'alimentation, il est fondamental pour le diabétique d'observer scrupuleusement d'abord un régime alimentaire. Le non-respect ou la mauvaise observance du régime alimentaire prescrit par le médecin traitant ou le diététicien conduit inexorablement à une défaillance métabolique.

4.2.4. Pratique régulière d'activité physique

Graphique V. Répartition des enquêtés selon la pratique régulière ou non d'une activité physique

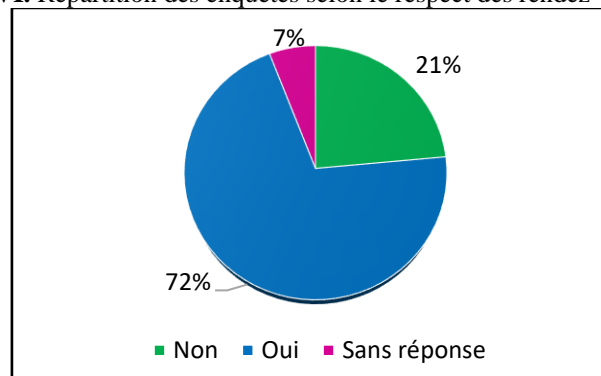


Source : notre enquête, janvier 2019

Sur ce graphique, l'on note que la majorité des diabétiques interrogés (59%) ont affirmé ne pas pratiquer une activité physique régulière, tandis que 2% n'ont pas répondu à la question. Pourtant, la pratique régulière d'une activité physique telle que la marche rapide, est fortement conseillée pour le diabétique adulte afin de favoriser un meilleur fonctionnement de l'organisme. Ainsi, en observant pas cette indication qui participe au traitement du diabète, les diabétiques suivis au CADA s'exposent à un mauvais métabolisme. Sous le prisme de la théorie de l'autodétermination (Déci et Ryan, 2000), la pratique d'une activité physique relève du bon vouloir, de la détermination du diabétique, de sa motivation à autogérer sa santé. En choisissant de vivre dans la sédentarité, le diabétique s'expose au déséquilibre glycémique préjudiciable à sa santé.

4.2.5. Respect des rendez-vous médicaux

Graphique VI. Répartition des enquêtés selon le respect des rendez-vous médicaux



Source : notre enquête, janvier 2019

La répartition faite sur ce graphique VI ci-dessus, 72% des diabétiques interrogés ont affirmé ne pas respecter les rendez-vous médicaux qui sont fixés pour chaque trois (3) mois tandis que 7% n'ont pas voulu répondre à la question. On peut donc affirmer que la majorité des enquêtés ne respectent pas les rendez-vous ; seulement 21% d'entre eux viennent régulièrement à leurs rendez-vous médicaux pour des contrôles. Ainsi, en ne pratiquant pas régulièrement l'autocontrôle glycémique et en ne respectant pas les rendez-vous médicaux, les diabétiques adoptent-ils des comportements qui favorisent l'instabilité de leur état glycémique.

4.3. Représentation sociale associée au diabète et perception du traitement antidiabétique

D'une manière générale, être diagnostiqué diabétique est une nouvelle douloureuse à prendre en compte pour tout individu et pour les membres de la famille, car le réajustement social et médical que nécessite la

prise en charge, le suivi de cette maladie chronique, aux complications insoupçonnées désorganisent psychologiquement et socialement la trajectoire socioculturelle de l'individu (Ouattara, 2016). L'impossibilité pour le malade de retrouver la guérison, la dépendance au traitement et le bouleversement des habitudes de vie créent chez ces personnes fragilisées, une rupture biographique. De cette rupture biographique, les diabétiques insulino-dépendants ont besoin de se ressaisir afin de se reconstruire, et de faire un réajustement. Apprendre à vivre avec le diabète, accepter et s'approprier le traitement indiqué est mal accueilli, mal vécu par les diabétiques qui considèrent cet évènement comme une perte de leur autonomie à cause de la dépendance à un traitement.

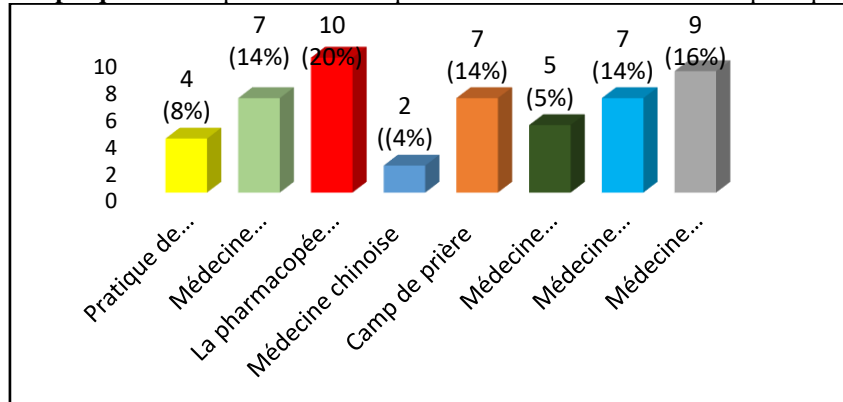
Etre assujetti à une thérapie complexe et contraignante renvoie systématiquement dans la conscience des diabétiques un déclin social en ce qu'elle modifie leurs habitudes de vie, leurs rapports aux autres et donne l'image d'une personne improductive, un poids pour la famille. Cette perception influe inéluctablement sur le comportement du malade et le prédispose à la non compliance au traitement insulinique, à la mauvaise observance des pratiques thérapeutiques inhérentes à ce traitement, quoi que son efficacité soit prouvée. Notre analyse se fonde sur les récits ci-dessous :

« Moi, on m'a déclaré diabétique il y a de cela 3 mois. Je suis sous insuline. J'avoue que ce n'est pas facile. Je suis perturbé par cette maladie et surtout par le traitement. Parce que ce traitement-là est coûteux et il impose beaucoup de restrictions. Il est difficile de vivre normalement avec ce traitement. Il faut se piquer l'insuline trois par jour. Ce n'est pas facile, ce n'est pas donné. L'insuline coûte cher alors qu'il en faut plusieurs boîtes dans le mois. Malgré que je sois assuré, le traitement pèse sur moi tout de même » (Monsieur T, 62 ans) ;

« La plupart des patients que nous recevons ici n'acceptent pas facilement l'insuline. Ils trouvent que le traitement insulinique est non seulement contraignant et coûteux, mais aussi de long court. Il ne leur permet pas de mener une vie normale et estiment qu'ils n'ont pas suffisamment de moyens financiers pour supporter une telle thérapie. D'autres par contre l'acceptent, parce qu'ils savent que leur santé et leur survie en dépendent. C'est leur façon de percevoir l'insuline qui détermine la suite de leur prise en charge. Et ce n'est pas gagné d'avance. Certains de nos patients fuient, disparaissent carrément, mais reviennent plus tard quand il y a des complications, parce qu'ils ont peur de l'insuline » (Docteur A, Diabétologue).

4.4. Itinéraires thérapeutiques

Graphique VII. Répartition des enquêtés selon leurs itinéraires thérapeutiques



Source : notre enquête, janvier 2019

En examinant les données qui figurent sur le graphique ci-dessus, l'on note que 8% des diabétiques interrogés ont affirmé avoir pratiqué l'automédication, 14% ont eu recours à la prière dans des camps de prière alors que 40% ont fait du syncrétisme thérapeutique en associant la médecine moderne à la médecine à la prière ou à la médecine chinoise ou à la pharmacopée africaine. On note également qu'une proportion non négligeable des enquêtés, soit 20%, ont eu recours à la pharmacopée africaine et seulement 14% ont sollicité la médecine moderne. Cette pérégrination thérapeutique contribue à l'éloignement de nombreux diabétiques (46%) du CADA.

L'itinéraire thérapeutique est une variable essentielle dans le rapport des diabétiques au suivi de leur état de santé. En effet, l'itinéraire thérapeutique, selon (Sidibé, 2010) peut se définir comme la succession des recours aux soins, depuis le début jusqu'à la fin de la maladie (guérison, stabilisation ou décès). En se référant à Kleinman (1980), on peut aussi dire que l'itinéraire thérapeutique est le parcours suivi par une personne exposée à un problème de santé pour tenter de le résoudre. Kleinman les appelle les comportements de recherche de soins ou stratégies de recours aux soins (*health care seeking behaviour*). Ceux-ci répondent à la quête de la guérison et aussi à celle du sens de la maladie. Il est spécifique aux appartenances ethniques, à l'histoire, à la cosmogonie, à l'écosystème dans lequel elle vit, aux relations interculturelles entre différents groupements humains.

L'itinéraire thérapeutique des malades en Afrique de manière générale, se décline sous différentes formes. Les soins traditionnels constituent la première voie empruntée pour la recherche de solutions aux problèmes de santé en Afrique noire, notamment en Côte d'Ivoire. Selon l'OMS (2019) 80% des africains ont recours à la médecine traditionnelle. Et

d'un point de vue socio-anthropologique, l'itinéraire thérapeutique peut être plus ou moins long et peut partir du recours au devin au guérisseur en passant par le naturothérapeute. Mais il peut partir de l'auto médication aux soins médicaux dispensés par un médecin ou infirmier dans un hôpital sans occulter le recours aux camps de prière.

Discussion

Dans sa thèse de médecine portant sur l'observance du traitement antidiabétique chez les patients suivis au centre Antidiabétique, Konan Patrice (2007), a identifié plusieurs facteurs qui déterminent le rapport des diabétiques au respect des prescriptions médicales. Il s'agit du lieu de résidence des diabétiques, de la faiblesse de leur niveau d'instruction, la faiblesse de la couverture sociale des patients, le faible niveau de connaissance de la maladie diabétique, une mauvaise relation médecin-malade. Elle a aussi mis en exergue le faible niveau d'adhésion des patients au traitement, l'autocontrôle glycémique. Les résultats de cette étude ont révélé que 26,1% des sujets résidant hors de la ville d'Abidjan, 68% des enquêtés présentaient un bas niveau d'instruction tandis que 10% seulement avaient une assurance santé et 25% des diabétiques concernés par cette étude avaient un faible niveau de bonne connaissance de la maladie diabétique. Les données issues de cette étude corroborent celles de notre étude car le lieu de résidence des diabétiques, leur niveau d'instruction, leur niveau de conscience sanitaire constituent les principaux résultats. Cependant, la présente étude va un peu plus loin en portant un autre regard sur la perception que les diabétiques font de leur maladie.

Ouattara et Droh (2015), à travers leur publication intitulée « Problématique de la prise en charge médicale du diabète au centre antidiabétique d'Abidjan (CADA) » notent que la prise en charge du diabète dans une institution spécialisée telle que le centre antidiabétique d'Abidjan (CADA) est multifactorielle. Selon eux, la prise en charge médicale du diabète dans ce centre antidiabétique 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, son vécu et l'amélioration des conditions de l'offre de soins à partir de 2012, la politique de prise en charge médicale du CADA occulte certains aspects tels que la prise en compte des considérations socio-anthropologiques des malades.

Un autre facteur associé au déséquilibre glycémique chez les diabétiques mis en relief par Alioune Camara (2014) est le recours à la médecine traditionnelle. Dans leur étude, ces auteurs affirment que de nombreuses personnes "complètent" souvent les soins qu'ils reçoivent dans les cliniques et les hôpitaux par un traitement proposé par un guérisseur

traditionnel. La médecine traditionnelle a de tout temps été utilisée en Afrique dans le traitement du diabète sucré. Certains patients en Afrique utilisent des décoctions de plantes médicinales auxquelles sont attribuées des vertus curatrices du diabète. Pour ces auteurs, nombreux patients diabétiques en Afrique s'attendent à ce que la maladie puisse être guérie et pas seulement contrôlée. C'est pourquoi, ils se tournent de préférence vers les guérisseurs traditionnels qui promettent des guérisons plutôt que vers la médecine moderne conventionnelle. L'affirmation selon laquelle le diabète peut être guéri sert à conforter le statut du guérisseur traditionnel.

Aussi, l'alimentation du diabétique est-il un facteur clé de la perturbation glycémique qui est souvent observée si elle n'est pas conforme aux indications diététiques. Ce facteur a été mis en relief par Aké-Tano et al (2017) dans leur étude portant sur les pratiques alimentaires des diabétiques de type 2 suivis au CADA. En effet, dans leur étude les auteurs ont souligné que L'impact des habitudes culinaires locales est un autre facteur souvent incriminé dans les pratiques alimentaires des diabétiques. En Côte d'Ivoire, la plupart de nos préparations sont grasses et cela peut influencer les pratiques alimentaires des patients diabétiques qui auront tendance à avoir une alimentation hyper-lipidique qui influe négativement sur l'équilibre glycémique des personnes diabétiques a révélé ces chercheurs.

Une éducation thérapeutique insuffisante du diabétique peut entraîner un désordre glycémique ; car le diabétique n'étant suffisamment informé sur la conduite à tenir face à la maladie qui est venue perturber son quotidien. Il ne peut s'approprier l'autocontrôle de sa santé. Cependant, les aspects cognitif et nutritionnel de la prise en charge du diabète évoqués par Ouattara (op cit, p 9) n'ont pas été abordés par la présente étude.

Alioune Camara (op cit, p 9), tout en indiquant que trois diabétiques sur quatre (74%) en Afrique subsaharienne avaient un contrôle glycémique insuffisant (> 7,0%) et que seulement 6% des sujets diabétiques de type 2 avaient à la fois l'HbA1c et la pression artérielle aux seuils recommandés, pense que la présence d'une pathologie associée paraît avoir un effet protecteur du déséquilibre glycémique. Les diabétiques ayant une hypertension artérielle inconnue étaient plus à risque d'avoir un mauvais contrôle glycémique que ceux qui ont une tension artérielle normale dans notre étude. Cette association entre l'hypertension artérielle et le mauvais contrôle glycémique a été rapportée par une étude en Inde sans pouvoir établir un lien de causalité.

Conclusion

Les résultats de cette étude montrent que le déséquilibre glycémique constaté chez les diabétiques suivis au CADA est multifactoriel. Il y'a d'abord la perception que les diabétiques se font de leur maladie, viennent

ensuite le profil sociodémographique des diabétiques et la faiblesse du niveau de conscience sanitaire des diabétiques qui traduit leur rapport au suivi de leur état de santé. Cela malgré le fait qu'ils aient bénéficié durant des années de l'éducation thérapeutique. En effet, le caractère contraignant et complexe du traitement du diabète fait qu'être diagnostiqué diabétique est perçu comme un drame par les diabétiques. Aussi, le niveau d'instruction, le pouvoir d'achat, l'accessibilité géographique à la structure de prise en charge participent à une observance irrégulière des indications thérapeutiques.

Sous l'angle sociologique, cette étude montre que malgré les mécanismes structurels mis en place pour favoriser l'efficacité du traitement ambulatoire du diabète, les malades peuvent adopter des comportements qui mettent en mal l'équilibre glycémique. Or c'est l'équilibre glycémique qui constitue l'indicateur du niveau d'observance des mesures thérapeutiques. Ainsi, pouvons-nous conclure que la prise en charge ambulatoire des diabétiques ne peut se construire uniquement dans le cadre médical. Elle doit prendre en compte les réalités socio-culturelles et économiques des diabétiques.

Remerciements

La réalisation de cette étude qui porte sur les déterminants sociaux du déséquilibre glycémique chez les diabétiques suivis au centre antidiabétique d'Adjamé n'a été possible que grâce à la collaboration et à la disponibilité du personnel médical du CADA et surtout des diabétiques suivis dans ce centre. Nous adressons ici nos sincères remerciements et notre reconnaissance à tous ces acteurs.

Conflit d'intérêt: Aucun conflit d'intérêt.

References:

1. ABODO Jacko Rhedoor Fètè (2016), Association Obésité et Diabète de Côte d'Ivoire (A.O.D.C.I), 2009- 2018, Rapport d'activité 58p.
2. ABODO Jacko Rhedoor Fètè (2000), Aspects du diabète sucré chez le noir africain à l'hôpital militaire d'Abidjan à propos de 473 cas colligés du 1^{er} janvier 1995 au 31 décembre 1999, Thèse de Médecine, Université de Cocody/Abidjan : n°2635; 207p.
3. AKE-Tano Sassor, EKOOU Kokora, KONAN Yao, Ekissi Orsot Tetchi, Kpebo Denise Olga (2017), « Pratiques alimentaires des diabétiques de type 2 suivis au Centre Antidiabétique d'Abidjan » in Revue Santé Publique 2017/3 (Vol. 29), Éditeur : S.F.S.P., Paris, pp 423-430

4. ATKINS Robert (1976), La révolution diététique du Dr ATKINS, Traduit de l'américain par Anne JOBA, Éditions Buchet / Chatel Paris, 327p.
5. AUGE Marc (1984), Ordre biologique, ordre social; la maladie forme élémentaire de l'événement, Le sens du mal. Anthropologie, histoire et sociologie de la maladie, M. Augé et C. Herzlich, Paris, Éditions des Archives contemporaines, 35-92.
6. AUGE Marc (1986), L'anthropologie de la maladie, L'Homme, 97-98, XXVI, pp 81-90.
7. CAMARA Alioune (2014). Facteurs associés au mauvais contrôle glycémique dans une population de diabétiques de type 2 de l'Afrique Sub-saharienne. Thèse de Biologie et Sciences de la Santé. Université Rennes 1, France, 2014REN1B004f, 148 p.
8. COMOIE Kouakou Clément (1988), Epidémiologie et prévention du diabète dans la ville d'Abidjan, Thèse de médecine, Université d'Abidjan, n° 925, 175p
9. RYAN Richard et DECI Edward (2008), La théorie de l'auto-détermination, approche pour la psycho-thérapie. La base motivationnelle d'un changement efficace. Psychologie canadienne, 49, pp 186-193
10. FID (2019), Atlas du diabète de la FID, dixième édition, 153 p.
11. GRIMALDI André (2001), Guide pratique du diabétique, Paris : MMI éditions
12. KLEINMAN Arthur. (1980), Patients and healers in the context of culture, Berkeley, University of California Press.
13. KONAN Patrice (2007), Observance du traitement antidiabétique chez les patients suivis au centre Antidiabétique d'Abidjan, Thèse de médecine. Université de Cocody/Abidjan ; 130 p.
14. OMS (2016), Rapport mondial sur le diabète, 88 p.
15. OMS (2019), Rapport mondial de sur la médecine traditionnelle et complémentaire
16. OUATTARA K.alilou, (2016), Socio-anthropologie de la prise en charge des diabétiques insulino-dépendants : cas des patients diabétiques suivis au cada d'Adjamé, aux chu de Treichville et de Yopougon, Thèse de Doctorat unique de sociologie, Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody/Abidjan, 307 p.
17. OUATTARA Kalilou, DROH Antoine (2015) « Problématique de la prise en charge médicale du diabète au centre antidiabétique d'Abidjan (CADA » In Revue ivoirienne d'Anthropologie et de Sociologie KASA BYA KASA, n° 30, Abidjan, EDUCI, ISSN 1817-5643, pp 221-238

18. OUEDRAOGO Alphonse (2002), Étude de l'alimentation des diabétiques : résultats d'une enquête qualitative et semi-quantitative à Ouagadougou Thèse de Médecine, Université de Ouagadougou n°005; 131p.
19. SIDIBE Famoussa (2010) Etude des itinéraires thérapeutiques reliés aux soins de médecine traditionnelle au sein des ménages de la commune v du district de Bamako: cas du quartier de sabalibougou, Thèse de médecine, 48 p.
20. WOGNIN Amoudji Morisson (2004), Diabète et travail : Profil professionnel des diabétiques reçus au Centre Antidiabétique d'Abidjan (C.A.D.A.), Thèse de Médecine, Université de Cocody/ Abidjan : n°3723; 173 p.