

# INTRODUCTION GENERALE

## 1- CONTEXTE ET JUSTIFICATION

Le diabète se pose désormais avec acuité comme « la pandémie silencieuse »<sup>1</sup> de l'Afrique subsaharienne. Actuellement, environ 12,1 millions d'adultes sont atteints de diabète dans ce continent, mais 15 % à peine des cas ont été diagnostiqués et 330. 000 d'entre eux mourront des maladies qui lui sont associées (The diabetes Atlas, 2009).

Le Cameroun en particulier compte près de 18 millions d'habitants et selon l'enquête de STEPS 2004 (STatistical Education through Problem Solving) environ 100 000 personnes sont diabétiques, mais 25% de la population en est réellement exposée, soit plus de 4 millions de Camerounais. Le diabète se singularise parmi les maladies non-transmissibles comme une maladie socio génique (François LAPLANTINE, 1992 : 291) c'est-à-dire, liée au mode de vie. La prévalence du taux de diabète en milieu urbain est plus élevée qu'en milieu rural, 68% des personnes atteintes de diabète dans le monde vivent en milieu urbain et ce chiffre atteindra une proportion de 78% en 2030 (Diabetes Leadership Forum, 2010). Au Cameroun le taux de prévalence est de 5 % en ville et 1 à 2 % en milieu rural.

Ainsi, la diffusion d'un mode de vie urbain «obésogène » est incriminée comme principal responsable de l'accroissement du diabète et particulièrement celui de type 2. Selon la Fédération Internationale du Diabète (FID), 80% des diabétiques de type 2 sont également obèses.

En effet, la crise urbaine résultant de l'urbanisation récente et spectaculaire de la société africaine, se présente de façon multiforme. Elle s'exprime singulièrement par la misère, la délinquance, le taux de chômage élevé, les émeutes de faim qui fondent l'émergence d'une obésité de précarisation (Jean-Pierre POULAIN, 1996), c'est-à-dire liée à la fragilisation de la situation économique et sociale. Ce qui entraîne qu'en Afrique subsaharienne, le diabète touche de plus en plus les personnes démunies en zone urbaine (Diabètes Leadership forum, 2010). De plus, à cette obésité de précarisation, se juxtapose une obésité de transition (Jean- pierre POULAIN, op.cit), c'est-à-dire consécutive à des transformations rapides de contextes alimentaires. De fait, le passage d'un mode de vie rural à un mode de vie urbain induit des changements d'habitudes alimentaires et une

---

<sup>1</sup> Expression contenue dans le document élaboré pour le forum African Changing Diabetes Leadership, Johannesburg, 30 septembre et 1 octobre, 2010

évolution des manières de vivre, caractérisée principalement par la réduction de l'activité physique et la sédentarité.

Au Cameroun en particulier où 6% de la population est diabétique, le diabète représente la 6<sup>ème</sup> cause de décès. Le diabète y constitue une cause majeure de morbidité à cause de ses multiples complications aiguës métaboliques et infectieuses. Pourtant, le respect des régimes thérapeutiques proposés par le corps médical peut réduire significativement les risques de complications graves et mortelles chez le patient. Cependant, les patients opposent une résistance aux recommandations médicales et ce malgré la prise de conscience des risques liés à cette non-conformité. Cette résistance au suivi des recommandations médicales, constatée chez les patients diabétiques, pose le problème de l'adhésion thérapeutique.

S'il est vrai que le respect des recommandations et des ordonnances médicales par le patient n'est pas une préoccupation nouvelle dans le champ de la médecine et des problématiques de santé publique ; il convient de reconnaître que ces questions prennent une dimension particulière dans le domaine des maladies chroniques où sont proposés des «régimes thérapeutiques» complexes, comportant des contraintes lourdes pour les patients et impliquant d'importantes conséquences tant sur le plan individuel que collectif et ce, particulièrement pour le diabète. Ce problème est d'autant plus important dans la prise en charge du diabète parce que 50 % des prescriptions médicales ne sont pas acceptées par les diabétiques. Ce chiffre s'élève à 70 % pour les règles hygiéno-diététiques (Elide MONTESI, 2003 : 83). Subséquemment, il nous semble qu'au lieu de qualifier les comportements des malades d'irrationnels, dans un contexte urbain marqué par la précarité économique, une analyse minutieuse des facteurs sociologiques sous-jacents permettrait de déceler les motivations profondes qui président à leurs faits. Surtout quand on sait comme le note Max WEBER (1920), que les actions des individus sont marquées par « le recours progressif au raisonnement rationnel en finalité, commandé par le calcul et l'adéquation des moyens avec les fins dont on dispose ».

Dans cette optique le questionnement sur les déterminants de l'adhésion thérapeutique des patients en milieu urbain vise à mettre à jour les rationalités plurielles, autrement dit, les logiques sociales et symboliques qui construisent l'adhésion ou la non-adhésion thérapeutique.

## **2- OBJECTIFS DE LA RECHERCHE**

Les orientations de cette recherche se déclinent autour d'un objectif principal et des objectifs spécifiques.

### **1-1- Objectif principal**

Cette recherche a pour but d'analyser sous un angle socio-anthropologique le rapport qu'établit le patient diabétique avec son régime thérapeutique ; elle tente d'aller au-delà des discours médicaux afin de saisir les logiques explicatives qui sous-tendent la conformité ou la non-conformité des patients diabétiques aux ordonnances médicales.

### **1-2- Objectifs spécifiques**

- Montrer que l'adhésion thérapeutique ne dépend pas uniquement de la volonté du patient mais qu'elle est profondément déterminée par l'ensemble des représentations sociales que développe le patient sur la maladie.
- Soutenir que la conformité ou la non-conformité aux prescriptions médicales est intimement liée à des facteurs sociaux et économiques de l'environnement des patients diabétiques.

## **3- METHODOLOGIE**

Les méthodes qualitatives ont été privilégiées dans le cadre de cette étude. Nous avons eu recours plus spécifiquement à l'observation directe, à la recherche documentaire, à l'entretien et au focus group. En réalité, ces outils de collecte de données se présentent comme mieux appropriés pour « relever les discours et les situations permettant d'accéder aux croyances, aux pratiques et aux institutions qui donnent sens à une société » (Didier FASSIN, 1990). Néanmoins, nous avons fait appel à une technique quantitative, notamment le questionnaire. Notre population cible est constituée des patients diabétiques adultes résidant en zone urbaine, et suivis au Centre National d'Obésité de l'Hôpital Central de Yaoundé dont l'âge minimum du diabète est de 2ans<sup>2</sup>. Afin de définir notre échantillon, comme nous ne disposons pas d'une base de sondage appropriée nous avons procédé par échantillonnage spatial ou sur place. Les données collectées ont été analysées par le biais de l'analyse qualitative de contenu car, comme le mentionne si bien Laurence BARDIN (1983 : 9) : « elle absout et cautionne chez le chercheur cette attirance vers le caché, le latent, le non-apparent, le potentiel d'inédit (du non-dit) détenu par tout message. » Cette technique a permis une véritable « psychanalyse sociale » des discours

---

<sup>2</sup>Les patients diabétiques enfants ou adolescents et ceux dont l'âge du diabète est inférieur à 2ans sont exclus de notre recherche, car durant nos enquêtes exploratoires, il a été constaté qu'ils ne disposent pas d'aptitudes appropriées pour fournir des réponses pertinentes à ce travail

des patients interrogés tout au long de cette recherche.

Pour les questionnaires, nous avons procédé à une analyse quantitative à l'aide des méthodes de la statistique descriptive et inductive. L'usage de l'outil statistique dans ce travail a été très limité, car notre exploration a été fondamentalement menée sous un angle qualitatif qui vise la « recherche d'une diversité et non d'une représentativité ». Cette posture permet d'innover et d'augmenter la connaissance dans une problématique donnée.

#### **4- PRINCIPAUX RESULTATS ET DISCUSSION**

Les résultats de l'étude indiquent que l'adhésion thérapeutique ne dépend pas uniquement de la volonté du patient, mais qu'elle est profondément déterminée par l'ensemble des représentations sociales que développe le patient sur la maladie, le traitement et le corps médical. De plus, la conformité ou la non-conformité aux prescriptions médicales est intimement liée à des facteurs sociaux et économiques de l'environnement des patients diabétiques. En outre, les résistances qu'opposent les patients diabétiques face aux recommandations médicales sont dotées de rationalités et peuvent être comprises comme une quête du sens du mal.

##### **3-1- DES REPRESENTATIONS SOCIALES DU DIABETE AU PLURALISME THERAPEUTIQUE**

La représentation que le patient se fait de sa maladie influence l'adhésion ou la non-adhésion thérapeutique. A cela, se juxtapose la pluralité des systèmes de soins offerts dans la prise en charge de la pathologie.

##### **3-1-1- LES REPRESENTATIONS SOCIALES DU DIABETE**

Les patients diabétiques du fait de leur expérience de la maladie développent des conceptions populaires de la pathologie. Celles-ci traduisent et influencent leur rapport à la maladie et aux différentes recommandations médicales. De manière globale, nous pouvons affirmer que les diabétiques ne connaissent pas très bien la pathologie et ne maîtrisent que très partiellement son fonctionnement. Pour la majeure partie d'entre eux, la maladie n'a pas été l'objet d'une appropriation et elle reste source de mystères.

##### **- Maladie de la jouissance alimentaire**

Le diabète est perçu par les patients comme une conséquence, une récompense d'une mauvaise hygiène de vie, des excès alimentaires. L'idée d'une quelconque influence génétique est presque toujours élucidée.

« *Moi je n'ai jamais été un homme des excès alimentaires, mais je me retrouve diabétique, jamais je n'ai jamais été l'homme de la nourriture, de la boisson, j'ai toujours été modeste, pourquoi donc le diabète dans mon corps ?* » (KOUNG Thomas Roger, 20/12/2010).

Cette perception de la maladie génère un sentiment de fatalité ou de culpabilité chez les patients.

#### - **Une maladie diabolique**

Le diabète est décomposée suivant une logique définitionnelle par certains patients comme le « **DIAB**le qui em**BETE** ». Cette analogie traduit l'idée selon laquelle les causes de la maladie sont extrinsèques à l'individu. La pathologie est le fait d'une main maléfique extérieure qui manipule les états organiques du patient à son gré, prenant un vilain plaisir à le torturer et à le faire souffrir. Les variations métaboliques que subit le patient à cause d'une hausse ou d'une baisse de la glycémie confortent cette idée du « diable qui embête ».

« *Je souffre du diabète depuis plus de 10 ans, c'est le diable qui embête, aujourd'hui tu vas mieux, demain tu rechutes. Il est là te guette, quand il voit que tu es un peu épanouit il ressurgit dans ta vie* » (TALA Jeannette, 13/01/2011).

#### - **Une maladie hypocrite**

La représentation de « diable qui embête » entre en droite ligne avec la représentation de « maladie hypocrite », c'est-à-dire « une maladie actrice, qui cache son jeu, qui manipule l'individu, qu'on ne peut saisir, qui se dissimule ».

« *Le diabète est une maladie hypocrite, tu manges ce qu'on te demande, ça augmente, tu manges ce qu'on ne te demande pas ça baisse, en fait tu ne sais plus sur quel pied danser. C'est bizarre, de vivre avec le diabète, tu n'as mal nulle part, mais tu te sens fatiguée* » (TALA Jeannette 13/01/2011).

#### - **Une maladie – malédiction**

Pour d'autres encore, le diabète serait un châtement divin. En réalité, elle serait la résultante d'une inconduite vis-à-vis des commandements de Dieu, ou alors d'une punition divine pour avoir mal agi vis-à-vis d'autrui.

« *Je dormais la souris est venu manger mes orteils, quand je suis allée à l'hôpital, on m'a dit que j'étais diabétique. Personne dans ma famille n'a cette maladie c'est ma part de maladie que Dieu a donné, vraiment je ne sais pas ce que j'ai fait même si j'ai fait quoi, que Dieu me pardonne seulement* » (BEYINKI Simo, 19/01/2011).

« *On dit que c'est la mauvaise nourriture qui nous rend malade, j'ai mangé plus que qui ? Dieu seul sait pourquoi il me punit avec le diabète* » (BEYINKI Simo, 19/01/2011).

Le châtement divin évoqué par les patients leur permet de comprendre, de justifier et de rationaliser la présence du « mal » dans leurs corps. Cela signifie également que l'explication de l'origine biomédicale du diabète demeure inintelligible pour la plupart des patients. Le recours à l'ordre de la volonté divine permet alors de démystifier l'origine du mal, de l'accepter et même de le banaliser.

- **Une maladie sans maladie**

Les patients, dans leur très grande majorité ne s'estiment pas malades, aussi affirment-ils très souvent : *« je n'ai pas l'impression d'être malade, je ne sens mal nulle part, bref je vis ma vie »*.

On est bien là dans le cadre des représentations de la maladie chronique pour laquelle un refus de l'assimilation entre maladie et incapacité est affirmé. La maladie demeure dans l'imaginaire social une réalité dont on peut procéder à une lecture de sa visibilité à travers des signes extérieurs. En réalité, le diabète ne présente pas de signe extérieurs, la maladie est invisible dans bien des cas, l'anormalité du corps, ne se lit pas de l'extérieur, des signes visibles ne sont pas perceptibles. Etre malade socialement « c'est être alité, être invalide, ne plus pouvoir aller au travail ou manquer d'appétit ».

Cette image sociale de « maladie sans maladie » est renforcée par les propos du corps médical, qui dans une optique de dé-dramatisation de la maladie, affirme que *« le diabète n'est pas une maladie en tant que tel, mais un état »*. Ce message aboutit donc à une banalisation du diabète par certains patients. Cela a pour conséquence, la négligence du traitement, des recommandations des professionnels de santé, en un mot, ils prennent la maladie à la légère et cela a des conséquences désastreuses.

- **Une maladie incurable mais néanmoins guérissable**

En ce qui concerne l'aspect actuellement incurable de la maladie, celui-ci semble intégré. Cependant, l'espoir d'un traitement, d'un vaccin ou encore d'une guérison par la voie de la médecine traditionnelle ou la voie religieuse n'est pas exclu. À ce sujet, la médecine traditionnelle et la religion apparaissent comme deux pôles d'aide complémentaires et ne semblent aucunement s'exclure. La plupart des diabétiques oscillent entre ces deux altérités positives, porteuses d'espoir. Ainsi, des personnes rencontrées se sont déclarées observantes au début de la maladie, mais sur la durée, du fait de la persistance de la maladie sont moins observantes. Outre le fait de se questionner sur la nécessité de se soigner alors que la maladie n'est pas « guérissable », les personnes justifient leur non observance régulière par le besoin de voir les effets du traitement.

### **- Le diabète, une maladie pas grave**

Pour la plupart des patients, le diabète n'est pas une maladie grave. Il suffit de « jongler au quotidien ». C'est une légère maladie, vu qu'on n'a pas forcément mal quelque part, on vit comme tout le monde.

Des affirmations telles que : « *Au départ, je croyais que le diabète était vraiment une frayeur, mais au bout du compte je me rends compte que le diabète n'est pas une maladie grave, il suffit juste de jongler avec la glycémie selon ses moyens* » sont récurrentes.

Cette perception de maladie pas grave a pour conséquence une analyse magico-religieuse de la survenue des complications.

Malgré les explications fournies par le corps médical sur les processus des complications liées au diabète, les patients continuent de se forger et d'entretenir une logique profane et parfois magico-religieuse de la survenue des complications. En effet, comme le présente le tableau qui suit, 52 patients interrogés via le questionnaire attribuent la survenue des complications à la fatalité.

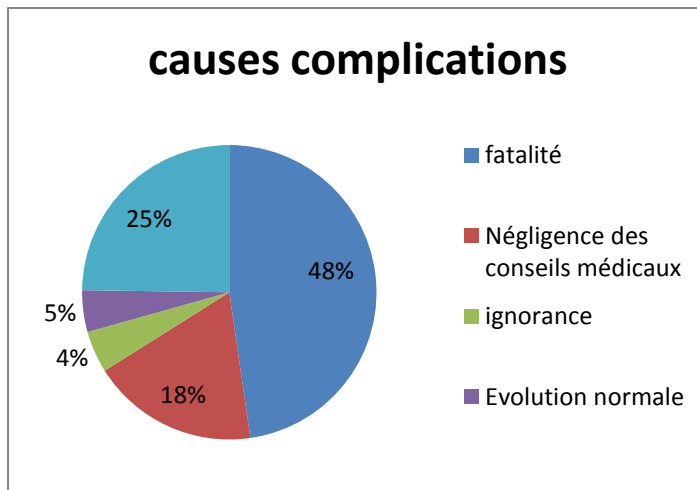
Tableau 1 : origine des complications

<b>Cause des complications</b>	<b>Effectifs</b>
Fatalité	52
Négligence des conseils médicaux	20
Ignorance	5
Evolution normale	5
Déficit économique	27
<b>Total</b>	<b>109</b>

Source : Nos enquêtes

Ainsi, comme l'illustre le graphique ci-après 48% attribue l'origine des complications à la fatalité et seulement une proportion de 18% des malades attache l'origine des complications à la négligence des conseils médicaux, 5% à une évolution normale de la maladie, 4% à de l'ignorance et 25% au déficit économique.

Graphique 1: causes des complications



Source : Tableau 1

Les croyances et pratiques magico-religieuses sont toujours prégnantes et se présentent souvent comme un filtre interprétatif des événements de la vie quotidienne et ceci, même chez ceux qui affirment ne pas croire à « bizarreries ». La notion de fatalité est intimement liée à celle de maladie envoyée ou de maladie mystique.

Les complications sont interprétées en fonction de l'histoire personnelle des individus, de leur imaginaire socio- culturel. Et pour tout dire, chez la plupart des patients interrogés, la présence des complications : pieds diabétiques, rétinopathie, problèmes cardiovasculaires épousent une « étiologie sorcellaire ».

*« J'ai des problèmes de pied depuis un bon bout de temps, mais je ne peux pas vraiment dire que c'est le diabète qui fait ça parce que mon arrière grand-père avait même les pieds gonflés, on ne soigne cela qu'à l'indigène ce sont les maladies que les gens lancent » (BEYINKI Simo, 19/01/2011).*

La notion de « maladie envoyée » est très présente dans la lecture interprétative des diverses complications. L'idée d'une maladie envoyée, réaffirme que la survenue des complications se construit autour des notions de malchance, de méchanceté, d'envie, de jalousie, qui toutes situent les causes des complications à l'extérieur de l'individu et alimentent une attitude fondamentale de déresponsabilisation du patient qui est préjudiciable dans le respect des recommandations médicales. Suivant cette logique, les complications résultent d'une intentionnalité humaine et surnaturelle de faire du mal à l'autre. Comme l'affirme fort pertinemment, BOUGEROL (1984 :247) « celui qui souffre et les siens cherchent un sens à la répétition du malheur ; généralement, ils le trouvent dans le désir



malveillant de quelqu'un. La recherche rétroactive de la cause du mal en présuppose toujours l'origine hors du sujet ».

Vu que le diabète est appréhendé comme une maladie pas grave, « *c'est juste un problème de sucre à équilibrer dans le sang* », l'idée que cela puisse endommager durablement et de façon destructive le corps est peu ou pas du tout intégré par les patients, et ils n'imputent cela qu'à la sorcellerie.

« *On parle de plus en plus de maladies cardio- vasculaires, c'est vrai que c'est aussi causé par le diabète, mais il ne faut pas aussi oublier, que ça peut avoir une origine mystique, vous ne vous êtes jamais posés la question de savoir pourquoi ça ne frappe que les gens qui peuvent être d'un soutien matériel ?* » (EVINA Rose, 13/01/2011).

L'origine du malheur, de l'infortune, de l'échec et plus particulièrement de la maladie est accordée à une attaque en sorcellerie dans la société camerounaise comme partout ailleurs en Afrique noire.

« *j'ai entendu des témoignages des gens qui se sentaient bien, aucun trouble de vision et un matin , leur vision est brouillée et ils perdent leurs yeux d'un coup, c'est vrai que le diabète peut rendre aveugle, mais il y'a souvent des règlements de compte mystiques dans ces histoires* » (EVINA Rose, 13/01/2011).

Cette notion de « maladie envoyée » justifie le quasi- recours à des acteurs tels que les guérisseurs traditionnels et les hommes religieux comme nous le verrons plus loin.

Si, incontestablement, la population infectée à l'étude est une sous- population de celle générale et donc partage un imaginaire culturel commun, n'oublions pas que les patients ont été recrutés par le biais des services sanitaires et elles ont donc un contact étroit avec le milieu médical. Les personnes rencontrées ici sont suivies (ou du moins au moment de l'entretien certaines l'étaient) par le corps médical et elles ont donc accès à des informations et des éléments de connaissance, de manière « favorisée ». Cette situation de concordance dans la lecture du diabète n'est donc pas sans poser de questions sur la réception ou le traitement de l'information dispensée par les médecins. En effet, nous nous retrouvons dans une situation où le discours médical n'arrive pas à taire certaines croyances et ce, peu importe la durée de leur maladie.

Dans cette logique, le patient diabétique allie plusieurs médecines et effectue des allers et retours thérapeutiques

### ***3-1-2- LE PLURALISME THERAPEUTIQUE DES PATIENTS DIABETIQUES***

De manière générale, le marché des soins en milieu urbain camerounais est simultanément dominé par plusieurs systèmes de recours thérapeutiques :

- La médecine moderne ou la biomédecine ;
- La médecine traditionnelle ;
- La médecine alternative<sup>3</sup> ;
- Les églises de guérison (les églises prophétiques ou syncrétiques, les églises institutionnalisées, ici les thérapies se fondent sur les prières, les incantations, les rites religieux et sacrificiels).

Ainsi, à l'apparition des premiers symptômes, le diabétique dispose en milieu urbain d'un éventail de possibilités thérapeutiques. Cependant, le choix de l'orientation thérapeutique est tributaire de plusieurs dynamiques, voire logiques sociales.

Comme illustré dans le tableau ci-dessous, plusieurs raisons sont évoquées pour justifier le ralliement à plusieurs médecines.

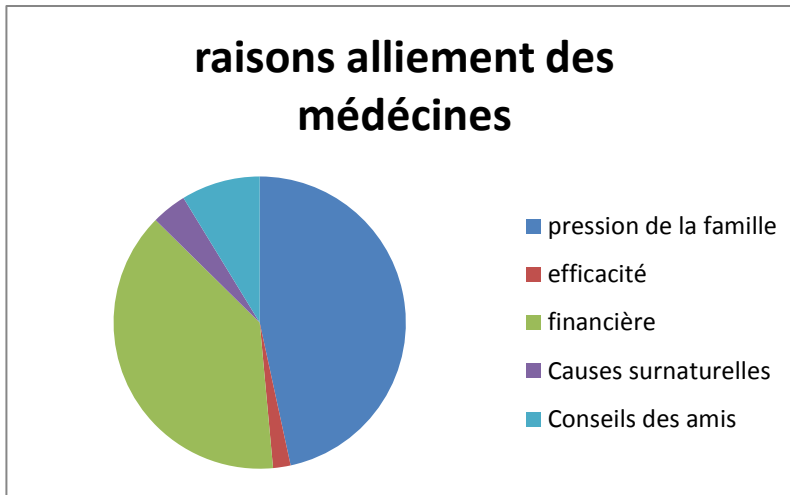
Tableau 2: raisons de ralliement des médecines

<b>Raisons ralliement de plusieurs médecines</b>	<b>Effectifs</b>
Pression de la famille	48
Efficacité	2
Financière	40
Causes surnaturelles	4
Conseils des amis	9

Graphique 2 : raisons allieiment des médecines

---

<sup>3</sup> Il s'agit notamment des produits non pharmaceutiques chinois, américains et philippiens diffusés et commercialisés dans des réseaux de marketing tels que Green World, Edmark, Nature Gifts for Life, GNLG, Forever Living Products.



Source : Tableau 2

Les interactions sociales, ainsi que les moyens financiers dont le malade dispose, jouent également un rôle important dans le choix des recours thérapeutiques.

Amis, parents, religieux, guérisseurs, personnel paramédical, constituent ce que FREIDSON appelle « le système de référence profane »<sup>4</sup>. Ce système de référence profane joue un rôle majeur dans l'orientation et le choix des itinéraires thérapeutiques par les patients diabétiques.

En effet, les connaissances profanes relatives aux symptômes se construisent à travers l'expérience du sujet par rapport à des manifestations symptomatiques similaires, ou encore à travers l'expérience de tiers (amis, famille) connues lors des causeries. C'est tout d'abord dans le réseau relationnel du patient que se construit une interprétation des symptômes de la maladie.

De plus, l'on constate que les patients effectuent des allers et retours thérapeutiques. Autrement dit, le patient diabétique oscille entre plusieurs médécines. On note des -va et -vient principalement entre médecine traditionnelle et biomédecine. Ce tableau illustre les médécines de recours après interruption du régime médicamenteux hospitalier.

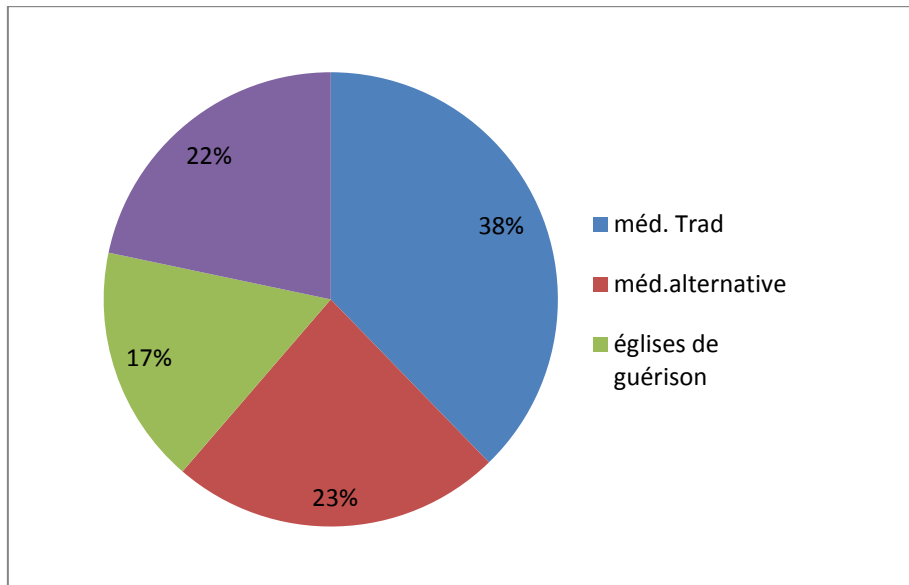
Tableau3 : médecine de recours

Médécines de recours	Effectifs	Pourcentage
Médecine traditionnelle	40	37,73
Médecine alternative	25	23,58
Eglises de guérison	18	16,98
Pas de recours	23	21,69
<b>Total</b>	<b>106</b>	<b>100</b>

<sup>4</sup> Cité par Jacques CORRAZE, Psychologie et médecine, Paris, Editions PUF, 1992, p. 106

Source : Nos enquêtes

### Graphique 3 : Recours thérapeutiques



Source : Tableau 3

« *J'ai eu à interrompre mon traitement pendant environ six mois pour les remèdes indigènes. Je croyais que tout allait bien, vu que je ne sentais plus rien. J'ai même pensé que j'étais guéri. Puis je suis tombé dans un coma terrible, c'est comme cela que je suis revenu à l'hôpital* » (TATSINKU Magloire, 18/ 12/ 2010).

Certains patients interrompent totalement leur traitement pharmaceutique au profit de la médecine traditionnelle et c'est face à une complication sévère qu'ils recourent vers les produits pharmaceutiques. De même, d'autres patients, assidus aux traitements pharmaceutiques, font un détour vers la médecine traditionnelle ou les églises de guérison pour faire face à une complication de la maladie.

« *Je suivais vraiment mon traitement, l'insuline, les comprimés, tout. Mais je ne voyais pas une amélioration de ma glycémie, tous les jours ma glycémie était élevée. Et on comptait me faire une amputation aux pieds à l'hôpital. Alors, on m'a conseillé un naturopathe qui a demandé que j'arrête pendant un certain temps avec les produits pharmaceutiques, j'ai commencé à consommer certains produits naturels, et il me faisait aussi des prières mais mon pied ne s'améliorait pas. (.....) Et je suis encore revenue à l'hôpital dans un état vraiment grave,* » (Mère de Sandrine NGUEWOU, 13/01/ 11)

Aussi, d'autres patients allient médecine biomédicale et médecine traditionnelle ou médecine alternative, particulièrement ceux qui sont un peu plus sceptiques vis-à-vis de la médecine traditionnelle.

De plus, il est important de noter que ces différentes additions de recours de soins sont régulées par une relation de complémentarité et non de compétitivité.

Le jonglage entre plusieurs systèmes thérapeutiques peut être interprété comme le désir du patient de faire face à l'incurabilité de la maladie. La quête de la thérapie, dans le cas du diabète comme dans d'autres maladies, est caractérisée par son polymorphisme. Les démarches thérapeutiques du malade varient selon son entourage, son histoire individuelle.

Comme le souligne Didier FASSIN,

*« Le cheminement du malade à la recherche d'un diagnostic et d'un traitement apparaît donc comme la résultante de logiques multiples, de causes structurelles (système de représentation de la maladie, place du sujet dans la société) et de causes conjoncturelles (modification de la situation financière, conseil d'un voisin) qui rend vaine toute tentative de formalisation stricte. [...] D'où la nécessité de resituer la séquence événementielle du recours aux soins par rapport à la complexité des facteurs sociaux qu'elle implique » (1992 : 118).*

### **3-2- LES DETERMINANTS DE L'APPROPRIATION DU REGIME MEDICAMENTEUX ET ALIMENTAIRE**

#### **3-2-1- L'APPROPRIATION DU REGIME MEDICAMENTEUX**

Suivre le régime médicamenteux suppose une certaine appropriation de ce régime. L'appropriation du régime médicamenteux est un processus par lequel le patient diabétique intègre son médicament à sa vie sociale et par là se fidélise à son absorption. Cela aboutit à une relation personnalisée du patient avec son traitement pharmaceutique.

Cette appropriation est fondamentalement tributaire des perceptions du patient vis-à-vis des médicaments proposés d'une part, et d'autre part des différentes contraintes sociales, économiques et psychologiques liées à la prise des médicaments. Plusieurs représentations sont liées à la thérapie médicamenteuse du diabète.

##### **3-2-1-1- Représentations liées au traitement**

Le patient diabétique procède à une hiérarchisation de la thérapie médicamenteuse. Cette hiérarchisation découle des représentations symboliques et mécaniques de leur mode d'action et d'administration.

- **Les comprimés, pour soigner un « petit diabète »**

Prendre les hypoglycémiantes oraux selon les patients c'est avoir « un petit diabète » qu'on peut facilement gérer.

« *Au début de ma maladie, je prenais juste les comprimés, mon diabète n'était pas encore grave comme aujourd'hui* » (MBANGOP Emmanuel, 18/12/2010).

De plus les patients diabétiques qui ne sont pas sous insuline jugent leur état de santé meilleur par rapport aux autres.

« *Moi, je n'ai pas un diabète grave, juste un petit diabète. Donc je ne prends pas l'insuline. Je prends juste les médicaments et je contrôle mon alimentation* » (TALA Jeannette, 13/01/2011).

Prendre les comprimés, c'est être dans son environnement social « un malade normal. La prise des comprimés engendre moins ou pas du tout une certaine stigmatisation.

« *Quand tu dis que tu es malade, et qu'on te voit prendre des comprimés cela n'engendre aucun problème c'est normal. Mais quand tu dis être malade et qu'on te voit t'injecter toi même et pour toute ta vie, le regard des autres change sur toi, on ne te regarde plus de la même façon. Tu es diminué de toute façon.* » (MBANGOP Emmanuel, 18/12/2010).

#### - **Les comprimés, un affaiblissant de l'organisme**

D'autres patients se représentent les médicaments comme des « affaiblissants de l'organisme ». De fait, pour certains la prise constante et régulière des médicaments oraux a pour effet secondaire des problèmes d'asthénie sexuelle. D'où la nécessité d'interrompre de temps à autre le traitement pharmaceutique au bénéfice de la médecine traditionnelle.

« *Prendre les médicaments tout le temps ça rend l'eau, l'eau. Ce sont les médicaments qu'on prend tout le temps qui affaiblissent l'organisme parce que c'est toxique* » (NDO Claude Laurent, 12/01/2011).

Cette perception symbolique de la régularité de la prise des médicaments, comme cause d'asthénie sexuelle milite en faveur d'une addition entre médecine traditionnelle et médecine pharmaceutique.

« *Les médicaments des blancs sont bons, ça agit vite. Mais ça intoxique le corps. Or les médicaments traditionnels agissent lentement mais ils sont naturels, donc ça soigne sans détruire. Parfois j'arrête pour prendre autre chose quand je ne me sens plus comme un homme* » (NDO Claude Laurent, 12/01/2011).

#### - **L'insuline, pour les vrais malades**

L'insulinothérapie bénéficie de représentations très contrastées. La symbolique, selon laquelle « l'insuline est pour les vrais malades » comporte deux significations très distinctes :

d'un côté l'insuline c'est pour ceux qui sont en phase terminale du diabète. Dans ce cas l'insuline est associée à la mort précoce. Et d'un autre côté, c'est un moyen d'autonomie pour « les malades matures ».

#### - **L'insuline pour les patients en phase terminale**

Le passage à l'insulinothérapie pour les patients diabétiques de type 2 constitue un véritable choc psychologique. L'insulinothérapie, est associée à la mort dans l'imaginaire collectif des patients diabétiques et constitue un stade de non- retour.

*« Quand on m'a annoncé que je devais passer à l'insuline, mon cœur s'est emballé. C'était un véritable choc, et je voyais mes jours comptés. Je croyais qu'une mort précoce était la seule issue possible pour les personnes qui prennent l'insuline pour leur diabète et je venais donc de recevoir une condamnation à mort »*(MBANGOP Emmanuel, 18/12/2010).

Ce passage à l'insulinothérapie engendre aussi la peur, la culpabilité et parfois une sorte de dépréciation de soi.

*« Je m'en voulais beaucoup quand on m'a dit que désormais je serais sous insuline. Je m'en voulais vraiment. Parce que je me disais que voilà, je n'ai pas réussi à me conformer au régime et je devais donc subir les conséquences de ma négligence »* (MBANGOP Emmanuel, 18/12/2010).

Pour les patients diabétiques de type 2, l'insuline est avant tout une «*complication*» pour les «*vrais malades*».

Alors, le traitement fait peur tant par la désignation sociale, le «*stigmat*e» qu'il peut engendrer bien des fois à travers des expressions telles que : « *le pauvre, il est diabétique, il est obligé de se piquer tous les jours* », que par les risques auxquels il expose (hypoglycémies ou hyperglycémies).

*« Je me sentais vraiment diminué par le fait de devoir m'injecter plusieurs fois par jour, et j'ai une vraie peur des injections. Au début c'est ma femme qui me faisait des injections à la fesse et cela m'humiliait tellement »* (NDO Claude Laurent, 12/01/2011).

Ainsi, comme le mentionne si bien l'éducatrice thérapeutique,

*« Pour les patients diabétiques de type 2, passer à l'insuline signifie que leur cas s'est aggravé, l'insuline est perçue comme le dernier recours avant la mort. Or, tous les diabétiques de type 2 doivent comprendre qu'un jour ou l'autre ils seront sous insuline. L'insuline ne tue pas »* (MVOM Angéline, 13/01/2011).

Toutefois l'insuline apparaît également comme un moyen d'autonomie.

#### - **L'insuline, un moyen d'autonomie**

Pour d'autres patients de type 2 qui se considèrent comme « matures <sup>5</sup>» dans la gestion du diabète, passée la phase d'adoption, l'insuline devient un «*traitement efficace*» qui représente pour le patient un moyen d'autonomie ou plus exactement une possibilité de contrôle de la maladie.

« *Avec l'insuline je peux contrôler efficacement mon diabète. Je peux modifier les doses à ma guise pour pouvoir manger ce que je veux, avec l'insuline on est plus libre et je gère moi même ma santé*» (AVOMO Laurentine, pair-éducateur, 19/01/2011).

Au delà des représentations sociales qui pèsent sur l'appropriation du régime médicamenteux plusieurs contraintes sont associées à l'acte de « prendre les médicaments ».

### **3-1-1-2- Prendre les médicaments, un acte aux multiples contraintes**

La prise des médicaments hypoglycémisants oraux ou l'injection de l'insuline n'est pas qu'un acte biomédical dépourvu de toute signification sociale ou implications socio-économiques. De fait, prendre les médicaments est un acte médical qui comporte de multiples contraintes pour le patient diabétique : contraintes financières, contraintes sociales et psychologiques.

#### **- Les contraintes financières**

La cherté des produits pharmaceutiques est mentionnée comme la cause première de la non prise des médicaments telle que recommandée par le corps médical.

« *Le traitement est cher, il y'a des moments où je ne prends pas mes produits parce que je n'ai pas l'argent, il faut acheter les bandelettes, acheter les comprimés, acheter l'insuline.*»

(MVOFFOU Madeleine, 17/01/2011).

Aussi, le manque de moyens financiers pousse les patients à ne pas prendre les produits selon la posologie recommandée. Ils réduisent soit les doses d'insuline soit la fréquence des prises des médicaments oraux.

« *En fait, moi j'essaye de jongler avec les médicaments vue mes moyens financiers, je réduis les doses. Le diabète est une maladie extrêmement chère*» (ONDO Jeannette ; 14/01/2011).

#### **- Les contraintes sociales et psychologiques**

Les contraintes sociales sont surtout liées aux situations où le patient se trouve hors de sa maison. Pour plusieurs malades, prendre le traitement hors de la maison c'est s'exposer à

---

<sup>5</sup>Selon notre observation, les patients ayant vécu plus de dix ans avec le diabète, se considèrent comme matures. Du fait de la durée de la maladie, ils ont acquis une certaine compétence dans la gestion de la maladie au quotidien.



la « discrimination, à la marginalisation ». Dans leur souci de dissimuler la maladie, les patients diabétiques préfèrent interrompre leur traitement lors des voyages.

*« J'ai interrompu mon traitement pendant trois mois, parce que je me suis déplacée, Je suis allée au nord, dans la famille de mon mari. Là bas personne ne sais que je suis diabétique. Ce n'est pas facile le traitement, quand je suis au nord. On est tout le temps en groupe, je ne peux pas vraiment m'isoler pour prendre mes injections avant le repas, c'est très difficile. Et si on te voit prendre les remèdes on va te poser les questions et si tu dis que t'es diabétique, tu seras très mal vue, une femme diabétique est facilement rejetée par sa belle famille. »* (Fatima 14/01/2011).

Ainsi, les contraintes sociales sont surtout de l'ordre de la stigmatisation potentielle du patient en public. En outre, le fait de devoir prendre un traitement sur toute sa vie sans aucune guérison produit le découragement et un certain relâchement dans l'observance.

*« Au début, on se dit que tout ira bien. Même si on sait que la maladie est incurable, il y'a un espoir de guérison, mais tous les jours tu prends les médicaments, rien ne s'améliore, ça fatigue, ce n'est pas une vie ! »* (NDO Claude Laurent, 12/01/2011).

De l'analyse des questionnaires réalisés auprès des patients diabétiques les observations suivantes et contenues dans le tableau ci-après ont été dégagées :

Tableau 2 : Circonstances de non-prise des médicaments

<b>Circonstances de non prise des médicaments</b>	<b>Effectifs</b>
Hors de la maison	31
Manque d'argent	48
Prend toujours	21
Effets secondaires	9
<b>Total général</b>	<b>109</b>

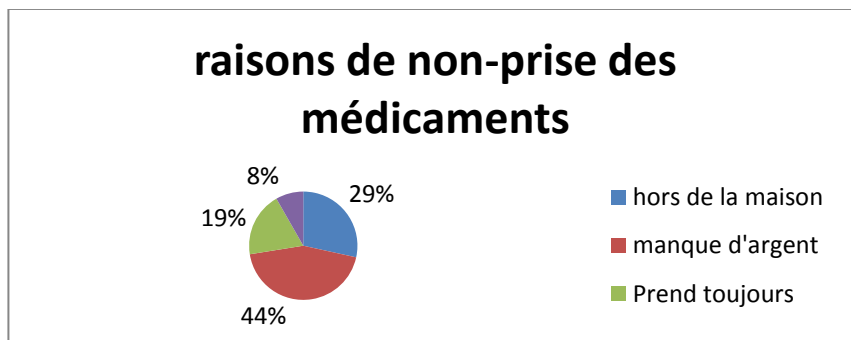
Source : Nos enquêtes

Ce tableau dévoile que sur un effectif de 100 patients, 69 ne sont pas fidèles à leur régime médicamenteux. De fait, en des circonstances particulières telles que le manque d'argent et les déplacements la plupart des patients ne prennent pas leur traitement pharmaceutique. Dès lors, il apparaît indéniablement que les causes majeures de la non-prise

des médicaments sont les contraintes financières et les contraintes sociales et psychologiques (prendre les comprimés hors de la maison avec la stigmatisation que cela induit).

De plus, comme le confirme le graphique ci-dessus explicatif du tableau 2, le facteur majeur de la non prise des médicaments c'est le manque de moyens financiers. 48% des patients interrogés via le questionnaire affirment avoir interrompu leur traitement du fait de manque d'argent. D'autres patients 31% dans leur souci de dissimuler la maladie ne prennent pas leur traitement hors de la maison. Et seulement 21% des patients interrogés affirment toujours prendre leurs médicaments.

Graphique 2 : raisons de non-prise des médicaments



Source : tableau 2

A la lecture de ce graphique, on peut aisément conclure que les moyens financiers et la stigmatisation sont au cœur de l'adhésion thérapeutique en ce qui concerne le régime médicamenteux.

### **3-2-2- L'APPROPRIATION DU REGIME ALIMENTAIRE**

#### **3-2-2-1- Le régime, un accessoire thérapeutique**

L'intérêt du régime pour le contrôle métabolique et la prévention des complications est connu des patients. Pour autant, dans leurs discours, les mesures diététiques apparaissent plus comme un adjuvant, un complément thérapeutique que comme une thérapeutique à part : ce n'est «*pas très important*». De plus ce traitement n'est «*pas évident*». Il s'agit donc d'une contrainte supplémentaire qu'il faudrait respecter «*en continu*». Et comme les contraintes sont multiples, on choisit de mettre de côté le régime alimentaire.

#### **3-2-2-2-Suivre le régime alimentaire, un acte aux multiples contraintes**

En outre, imposer un régime alimentaire nécessite la prise en compte des dimensions sociales et culturelles de l'alimentation. En effet, comme le résume si bien POULAIN et CORBEAU, (2002), manger ensemble permet de créer des liens, de construire et d'entretenir son identité, un mangeur, même malade, est marqué par une culture alimentaire particulière,

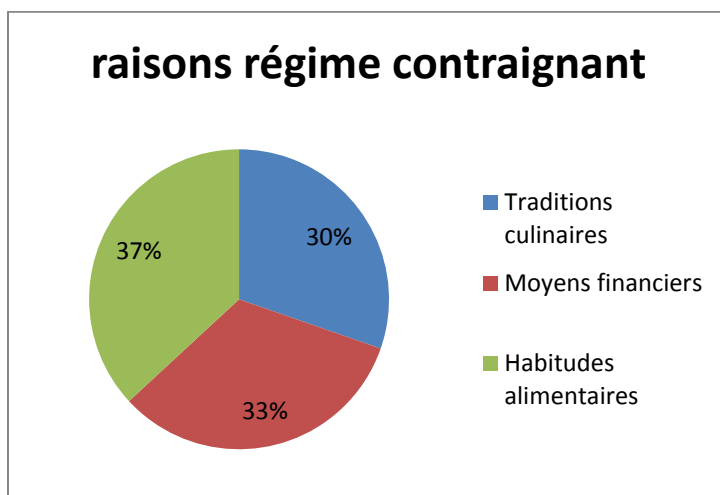
et il faut considérer le risque d’entrer en interférence avec ces mécanismes sociaux et culturels quand on tente de modifier les habitudes alimentaires d’un individu. De plus les mangeurs sont à la fois libres de leur choix et surdéterminés par des processus biologiques, sociaux et culturels. La décision alimentaire apparaît donc comme une “décision individuelle sous contraintes.

Tableau 3 : Appréciation régime alimentaire

<b>Appréciation régime alimentaire</b>	<b>Causes</b>	<b>Effectif</b>
Contraignant	Traditions culinaires	37
	Moyens financiers	40
	Habitudes alimentaires	45
	Total	100
Facile	Traditions culinaires	2
	Moyens financiers	0
	Habitudes alimentaires	7
	Total	9
<b>Total général</b>	<b>100+9</b>	<b>109</b>

Source : Nos enquêtes

Graphique 3 : raisons régime contraignant



Source : tableau 3

Au-delà des fonctions sociales que revêt l’acte alimentaire, le graphique ci –dessus laisse comprendre que le suivi du régime alimentaire se conditionne également au niveau

socio-économique. Les moyens financiers constituent dans une proportion de 33% le suivi du régime alimentaire par le patient diabétique.

#### **4- RECOMMANDATIONS**

Au final, le diabète n'est pas qu'une pathologie médicale, mais également une pathologie sociale. Ainsi, il sert de support à l'expression des croyances et de valeurs plus larges. En un mot, le diabète permet la ré-affirmation de l'ordre social et culturel en vigueur dans la société camerounaise. Et, permet de voir et de comprendre comment se construit culturellement les pratiques des individus en matière de santé. L'approche des représentations peut aider et servir dans l'effort d'éducation du patient diabétique. Car la saisie des représentations traditionnelles de la maladie par la population en générale et les conceptions populaires de la maladie par la sous population diabétique en particulier permet une conceptualisation culturelle et sociale des programmes d'éducation thérapeutiques et subséquemment améliore l'adhésion. De là, toute la pertinence d'une approche socio-anthropologique des régimes thérapeutiques des patients diabétiques. Celle-ci a le mérite de montrer que l'adhésion du patient aux divers régimes qui lui sont proposés est un processus socialement et culturellement déterminé. D'où les recommandations suivantes :

##### **- Aux responsables politiques de santé publique**

- **Mise en œuvre d'un programme national d'éducation thérapeutique du patient diabétique**

Adhérer aux régimes thérapeutiques suppose une connaissance approfondie de la maladie, la maîtrise des gestes techniques par le patient ; d'où l'importance du transfert des compétences à travers l'éducation thérapeutique.

- **Faire reposer le contenu des programmes d'éducation thérapeutique sur l'univers du patient diabétique**

La démarche de l'éducation du patient nécessite la prise en compte des vérités scientifiques mais aussi des « vérités » des malades, liées à *leurs représentations, leur entourage, leur expérience, leurs connaissances antérieures*, leur environnement socioculturel, etc. Il ne suffit pas de faire preuve d'écoute et d'empathie, de diffuser une information sous forme de vulgarisation médicale ou encore de donner des conseils aux patients. Il est nécessaire que soignant et soigné traitent ensemble l'information afin de permettre sa compréhension, son appropriation et qu'ainsi, elle prenne sens dans le système de représentations du patient. Pour le soignant, cela implique aussi de travailler en permanence sur ses propres représentations.

L'éducation suppose que le formateur s'intègre suffisamment dans l'univers du patient, s'adapte à son langage afin de faciliter l'assimilation des connaissances.

**- Aux institutions de formation sanitaires**

- **Intégrer la perspective socio-anthropologique de la maladie comme une approche transversale dans les formations sanitaires.**

Il s'agit d'utiliser la socio-anthropologie pour éclairer, par une connaissance des faits de culture, la pratique médicale. Par là, la socio-anthropologie de la santé entre dans le cadre de la santé publique et ne consiste plus seulement à décrire les croyances et pratiques relatives à la maladie, mais à les analyser en vue d'améliorer l'efficacité des programmes médicaux.

## **CONCLUSION**

Les présents travaux se sont attelés à mettre en exergue sous un angle socio-anthropologique le rapport qu'établit le patient diabétique avec son régime thérapeutique ; d'aller au-delà des discours médicaux afin de saisir les logiques explicatives qui sous-tendent la conformité ou la non-conformité des patients diabétiques aux ordonnances médicales. Ainsi, il était principalement question de s'interroger sur la construction sociale et culturelle de l'adhésion des patients aux régimes thérapeutiques qui leurs sont prescrits par le corps médical.

Il ressort de cette recherche que les représentations sociales qui existent autour du diabète constituent les cadres de références qui guident les comportements thérapeutiques et les choix des trajectoires thérapeutiques. De ce fait, l'adhésion thérapeutique est d'autant plus faible qu'il existe, parallèlement aux soins biomédicaux, des "soignants populaires" crédibles aux yeux des populations et des malades. L'interprétation de la maladie par le patient est un processus social qui détermine l'appropriation et l'intégration des régimes thérapeutiques : fidélisation au traitement, respect du régime alimentaire.

Les contraintes économiques jouent un rôle indéniable dans le suivi des régimes thérapeutiques : régime alimentaire, régime médicamenteux. L'adhésion thérapeutique est sous-tendue par un ensemble de contraintes, d'ordre financier conjugué à des facteurs psychosociologiques.

## BIBLIOGRAPHIE

**BARDIN, L** ; (1983), *L'analyse de contenu* ; Paris, PUF, 320p

**BOUGEROL, C** ;(1985), « Héritier de la « malédiction » ou de la persécution

**Diabète Leadership Forum Africa**, (2010), Diabète: la pandémie silencieuse en Afrique subsaharienne

**FASSIN, D** ; (1992), *Pouvoir et maladie en Afrique* ; Paris, PUF, 359p.

**FREIDSON, E**; (1984), *La profession médicale* ; Paris, Payot. [Traduit de *Profession of medicine* , New York, Harperand row, 1970 ]

**LAPLANTINE, F** ; (1986), Anthropologie de la maladie, étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine ; Paris, Payot, 411p.

**MONTESI, E** ; (2003) « observance : vous avez- dit observance ? » ; *La Revue de la Médecine Générale* n° 200, p. 83.

**POULAIN, J. P** ; (1996), «L'alimentaire, un champ sociologique ? » ; in *Sociologie et anthropologie de l'alimentation* ; Portugal, 15<sup>ème</sup> colloque de l'A.I.S.L.F Evora C.R, p.17.

**POULAIN, JP** et **CORBEAU JP** ; (2002), *Penser l'alimentation. Entre imaginaire et rationalité* ; Paris, Editions Privat, 209p

**WEBER, M** ; (1920), *Economie et société : les catégories de la sociologie* ; paris, Pocket, (réimprimée en 2003), tome 1 834p.