



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 7 (2)

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

Received, 2 May 2025

Accepted, 28 September 2025

Published, 6 October 2025

<https://www.revue-rasp.org>

To cite: Ouattara K.(2025). *Problématique du décrochage thérapeutique chez les diabétiques suivis au Centre Anti-diabétique d'Abidjan (CADA)*. *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*,7(2), 129-146.
<https://doi.org/10.4314/rasp.v7i2.9>

Research

Problématique du décrochage thérapeutique chez les diabétiques suivis au Centre Anti-diabétique d'Abidjan (CADA)

The problem of diabetics dropping out of treatment at the Abidjan Anti-diabetic Center (CADA)

Dr Ouattara Kalilou

Chercheur, Institut d'Ethno-Sociologie (IES), Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody/Abidjan, Côte d'Ivoire

Correspondance : email : ouattara_kalilou@yahoo.fr ; Tél : + 225 07 07 36 96 21

Résumé

Cet article a pour objectif d'analyser les dynamiques sociales qui contribuent au décrochage thérapeutique constaté chez 43% des diabétiques suivis au Centre Anti-Diabétique d'Abidjan (CADA) sur la période 2020-2023. La démarche qui structure ce travail de recherche qui s'est déroulé du 12 au 23 février 2024, est adossée sur une approche mixte (qualitative et quantitative). Pour la collecte des données d'enquête, l'étude a mobilisé la technique par entretien semi-dirigé et par questionnaire et s'est appuyée sur l'échantillonnage à choix raisonné. La population cible principale est constituée de malades diabétiques qui étaient suivis au CADA et qui, à un moment donné de leur parcours, ont disparu des rangs des patients qui viennent aux rendez-vous médicaux. Pour obtenir des informations complémentaires à celles livrées par les diabétiques, des professionnels de santé et des responsables d'associations nationales de diabétiques ont été également interrogés. Les principaux résultats qui se dégagent de cette recherche montrent que le profil socio-démographique notamment l'âge, le niveau d'instruction, le pouvoir d'achat des diabétiques concernés, leur perception du traitement anti-diabétique liée aux pesanteurs socioculturelles et aux restrictions induites ainsi que la désintégration du soutien social associée au pluralisme thérapeutique qui s'offre à eux conduisent à se détourner du suivi médical formel au CADA.

Mots-clés : CADA, Décrochage thérapeutique, Dynamiques sociales, Diabétique, pluralisme thérapeutique

Abstract

This article aims to analyze the social dynamics that contribute to the therapeutic drop-out observed in 43% of diabetics followed at the Center Anti-Diabétique d'Abidjan (CADA) over the period 2020-2023. The approach that structures this research work, which took place from February 12 to 23, 2024, is based on a mixed approach (qualitative and quantitative). For the collection of survey data, the study mobilized the technique by semi-directed interview and questionnaire and was based on reasoned choice sampling. The main target population is diabetic patients who were followed in Canada and who, at some point in their journey, disappeared from the ranks of patients who come to medical appointments. Health professionals and leaders of national diabetic associations were also interviewed to obtain additional information beyond that provided by diabetics. The main results of this research show that the socio-demographic profile including age, education level, purchasing power of the diabetics concerned, their perception of anti-diabetic treatment related to socio-cultural burdens and induced restrictions as well as the disintegration of social support associated with therapeutic pluralism that is available to them lead to a shift away from formal medical follow-up in Cada.

Keywords: CADA, Therapeutic disengagement, Diabetics, Social dynamics, therapeutic pluralism

1. Introduction

Le diabète est une maladie chronique qui se définit par une élévation durable du taux de sucre dans le sang ou hyperglycémie. La Fédération Internationale du Diabète (2023) estime à plus de cinq cents millions le nombre de personnes vivant avec le diabète. Ce nombre pourrait croître de façon vertigineuse pour atteindre 1,3 milliard de cas au cours des 30 prochaines années, avec une augmentation dans chaque pays. Toutes les couches sociales sont touchées par cette maladie dans tous les pays du monde. Le taux de prévalence actuel, qui s'élève à 6,1 %, fera croître le diabète l'une des dix principales causes de décès et d'incapacité au niveau mondial.

En Côte d'Ivoire, le Programme National de Lutte contre les Maladies Métaboliques et le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMM /PMNT) ont, en 2017, estimé la prévalence du diabète à 6,2%. Face à l'ampleur de cette maladie qui appelle une réponse efficace, l'Etat ivoirien a adopté plusieurs mesures dont la subvention du coût des médicaments, particulièrement celui de l'insuline qui est passé de 16.800 FCFA (environ 29 USD) à 7300 FCFA (environ 13 USD) dans le privé, et 3700 FCFA (environ 6 USD) dans le public et la création de micro-cliniques installées dans des centres de santé publics afin de favoriser l'amélioration et l'accessibilité aux soins (Ouattara, 2016). En outre, au cours des visites les patients diabétiques bénéficient gratuitement de séances d'informations, de sensibilisations, de conseils hygiéno-diététiques indispensables pour une meilleure auto-gestion de leur maladie. Un accompagnement psycho-social est fourni par les assistants sociaux en vue de leur faciliter le suivi quotidien des soins. Le centre anti-diabétique d'Abidjan (CADA), qui est la plus importante structure sanitaire spécialisée dans

la prise en charge des diabétiques de la ville d'Abidjan (plus de 13.000 patients enregistrés par an au cours de cette dernière décennie) s'est restructuré en intégrant l'éducation thérapeutique dans ses activités, au profit des patients.

Malgré, le référentiel d'expérience du CADA et l'amélioration du dispositif de prise en charge des diabétiques, l'on constate que sur la période 2020-2023, 43% des diabétiques suivis par ce centre spécialisé, après deux à trois ans de soins, ne sont plus revenus pour des consultations. Ils sont perdus de vue. Ce constat soulève l'interrogation suivante : Pourquoi au bout de quelques années de parcours de soins au CADA, une part significative des diabétiques cessent de venir aux consultations ? Autrement dit, quelles dynamiques sociales sont à l'origine du décrochage thérapeutique constaté chez les diabétiques suivis au CADA ? Ainsi, cette étude vise à analyser les dynamiques sociales qui contribuent au décrochage thérapeutique chez les patients diabétiques suivis au CADA.

2. Matériaux et Méthodes

2.1. Type de l'étude, période et cadre de réalisation

Cette étude qui est d'ordre analytique, s'est effectuée du 12 au 23 février 2024. Elle a eu pour cadre le CADA logé au sein de l'Institut National de Santé Publique (INSP) situé dans la commune d'Adjamé (au centre d'Abidjan). Le CADA est la plus ancienne et la plus importante structure sanitaire spécialisée dans la prise en charge médicale des patients diabétiques au niveau national. Environ onze mille patients y sont enregistrés chaque année.

2.2. Cible et échantillonnage

Le champ social permet d'indiquer la catégorie cible de la population à l'étude. Trois (3) catégories d'acteurs ont été ciblées par cette étude, à savoir : les diabétiques suivis au CADA (qui forment la population cible) ; le personnel soignant spécialisé en diabétologie (experts dans la prise en charge des diabétiques) et les travailleurs sociaux qui forment la deuxième catégorie; les leaders d'associations de diabétiques impliqués dans la lutte contre le diabète en Côte d'Ivoire dont la qualité de leurs déclarations permettent d'avoir des informations à même de mieux éclairer sur la problématique du décrochage thérapeutique observée chez les diabétiques.

Toutes ces catégories d'acteurs ont été sélectionnées sur la base de l'échantillonnage à choix raisonné. Ainsi, après avoir atteint la saturation des données (tel que définie par Glaser et Strauss, 1967) nous avons pu échanger avec trente-quatre (34) diabétiques perdus de vue, quatre (04) agents de la santé, deux (2) assistantes sociales et deux (2) leaders d'associations de diabétiques ; soit un total de quarante-deux (42) enquêtés.

2.3. Techniques de collecte des données

La collecte des données d'enquête s'est faite par la recherche documentaire, les entretiens semi-dirigés avec le personnel soignant, les assistants sociaux et les entretiens téléphoniques auprès des diabétiques perdus de vue. Ces entretiens téléphoniques ont été possibles grâce aux numéros de téléphone qui nous ont été communiqués par le personnel soignant et les travailleurs sociaux qui ont accès aux registres portant informations sur les patients.

2.4. Outils de collecte des données et traitement

À l'aide d'un guide d'entretien, nous avons procédé à la collecte des données qualitatives. Les données collectées ont été dépouillées manuellement. Elles ont par la suite fait l'objet d'une analyse de contenu thématique. Les informations retenues ont été illustrées à l'aide de verbatims. Quant aux données d'ordre quantitatif, elles ont été collectées à l'aide d'un questionnaire et traitées par le logiciel Excel. Ce qui a permis de produire des tableaux et des graphiques statistiques.

2.5. Posture théorique et considérations éthiques

Deux approches théoriques ont été mobilisées pour fournir une explication intelligible du décrochage thérapeutique noté chez les diabétiques suivis au CADA : Il s'agit de la théorie de l'engagement et de la dissonance cognitive de Kiesler (1971) et la théorie de la stigmatisation d'Erving Goffman (1963). Selon la théorie de l'engagement et de la dissonance cognitive, l'engagement du patient dans son traitement peut être influencé par la manière dont il perçoit les bénéfices du traitement et les efforts qu'il doit fournir. Lorsque les attentes ne sont pas rencontrées, elles peuvent développer une dissonance cognitive, c'est-à-dire un sentiment de tension entre leurs efforts (la persévérance dans le traitement) et les résultats perçus comme insuffisants. Ce mécanisme peut conduire à un relâchement de l'observance thérapeutique. Quant à la théorie de la stigmatisation, elle met l'accent sur l'impact des stéréotypes sociaux et des attentes normatives sur le comportement des individus. Ainsi, les diabétiques peuvent percevoir leur suivi thérapeutique comme un rappel constant de leur maladie et de leur responsabilité dans ce qui leur est arrivé (le diabète étant perçu comme une maladie liée au mode de vie).

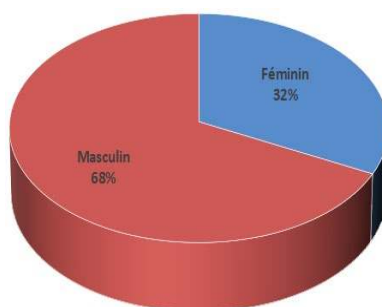
En rapport avec les considérations éthiques, nous avons pris soins d'expliquer aux différents acteurs, le bien-fondé de cette étude bien avant d'échanger avec eux et nous les avons rassurés de garder leurs propos et leurs identités sous anonymat. C'est pourquoi nous avons attribué des lettres pour identifier les auteurs des verbatims cités dans l'exploitation des données.

3. Résultats

3.1. Les caractéristiques des diabétiques en situation de décrochage thérapeutique

3.1.1. Le genre

Graphique 1 : Répartition des enquêtés selon le genre



Source : notre enquête, février 2024

La répartition des enquêtés en fonction du genre indique 68% des diabétiques interrogés sont de sexe masculin et 32% sont de sexe féminin. Ce chiffre confirme la littérature qui indique qu'au niveau mondial le diabète touche plus les hommes que les femmes.

3.1.2. Répartition des enquêtés selon leur âge

Tableau 1 : Répartition des enquêtés selon l'âge

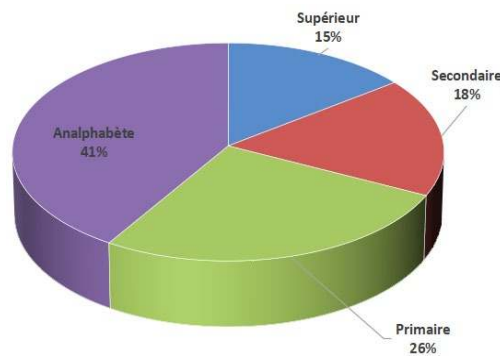
Age	Effectif	Pourcentage
35-40 ans	3	9%
45-50 ans	3	9%
50-55 ans	5	15%
55-60 ans	9	26%
Plus de 65 ans	14	41%

Source : notre enquête, février 2024

Le tableau statistique 1 ci-dessus renseigne que 18% des enquêtés ont entre 35 et 50 ans, et 26% ont un âge compris entre 55 et 60 ans tandis que 41% d'entre eux sont âgés de plus de 65 ans. Ce qui signifie qu'au CADA le diabète touche beaucoup plus les personnes du troisième âge. Le taux élevé de personnes de troisième âge dans la population d'enquête peut se justifier par le fait que les maladies métaboliques, dont le diabète, touchent généralement plus les personnes de cette tranche d'âge. C'est d'autant plus vrai en ce sens qu'à partir du troisième âge le mode de vie se caractérisant par la sédentarité, le manque d'activités physiques, le stress, le poids de la vie sociale, l'on est plus exposé aux pathologies métaboliques.

3.1.3. Le niveau d'instruction des enquêtés

Graphique 2 : Répartition des enquêtés selon le niveau d'instruction



Source : notre enquête, février 2024

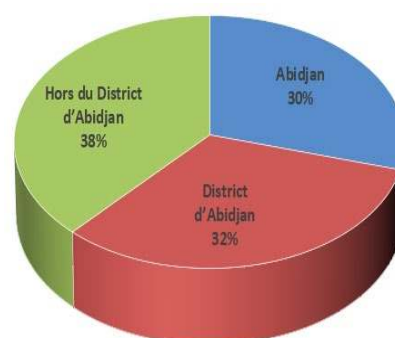
Pour cette étude, les chiffres du graphique 2 ci-dessus montrent que 41% des diabétiques que nous avons interrogés sont analphabètes, 26% ont le niveau d'étude primaire. Ceux qui ont fait des études supérieures représentent 15% de la population d'enquête.

Le niveau d'instruction est un facteur déterminant de compréhension, du savoir-être, du comportement de l'individu face à la maladie. Le suivi thérapeutique du diabète étant complexe et contraignant, il est indispensable pour le diabétique de disposer d'une meilleure compréhension de la conduite à tenir dans l'autogestion de sa maladie.

Mieux connaître sa maladie, savoir comment se comporter, obéir aux exigences pour éviter des complications et vivre « une vie normale » est une entreprise que le diabétique devra construire. Elle n'est pas gagnée d'avance. Il lui faut opérer un réajustement social aux contours multiples. Cela passe par la capitalisation d'une éducation thérapeutique dans laquelle le niveau d'instruction du malade constitue le pilier central. Savoir comment s'auto-administrer les injections d'insuline par exemple, comment prendre ses médicaments, connaître la composition de son régime alimentaire, les risques encourus en cas d'inobservance des prescriptions nécessite de la part du diabétique et de ses aidants familiaux de disposer d'un niveau d'instruction minimum, c'est-à-dire savoir lire et écrire.

3.1.4. Le lieu de résidence

Graphique 3 : Dispersion des enquêtés suivant le lieu de résidence



Source : notre enquête, février 2024

La distance géographique que parcourt un malade pour accéder à un centre de santé peut être un obstacle à la prise de décision pour la conduite des soins. Selon Picheral (2001), l'accessibilité géographique est la capacité matérielle d'accéder aux services de santé. Les

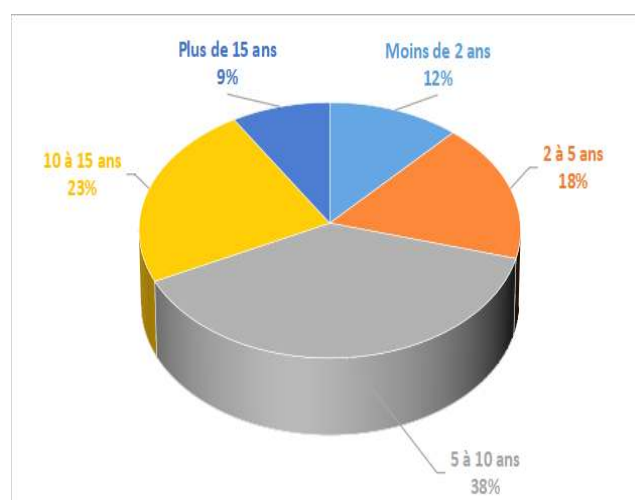
données indiquées sur le graphique 3 ci-dessus laissent observer que 30% des diabétiques interrogés résident dans la ville d'Abidjan et 38% d'entre eux résident hors du district d'Abidjan (à l'intérieur du pays) tandis que 32 % vivent dans le district.

En d'autres termes, 62% des enquêtés résident à Abidjan et dans le district d'Abidjan. Le district comprend les dix communes de la ville d'Abidjan plus les communes d'Anyama, de Bingerville et de Songon. À travers l'urbanisation accélérée en cours en Côte d'Ivoire durant ces deux dernières décennies, ces trois communes annexes ont fusionné avec la ville d'Abidjan et sont devenues plus accessibles. Vu sur cet angle, la majorité des diabétiques (62%) qui sont suivis au CADA ne devraient pas avoir beaucoup de difficultés à se rendre dans ce centre spécialisé pour honorer leurs rendez-vous, faire des contrôles et garder ainsi le fil de soins.

Mais l'accessibilité géographique n'étant pas l'unique déterminant de l'observance thérapeutique, il va sans dire que d'autres variables telles que l'âge, le pouvoir d'achat, le niveau d'instruction et l'assistance d'un accompagnateur ont un impact significatif sur le rapport à la santé, le suivi médical d'une maladie complexe et perturbatrice comme le diabète.

3.1.5. L'expérience maladie

Graphique 4 : Le temps passé dans la maladie



Source : notre enquête, février 2024

Les statistiques fournies par le graphique 4 nous donnent de constater que 38% des patients diabétiques interrogés vivent dans la maladie depuis 5 à 10 ans ; 23% vivent avec le diabète depuis 10 à 15 ans et 9% d'entre eux ont une expérience pathologique qui date de plus de 15 ans. En somme, 70% des diabétiques qui bénéficiaient d'un suivi médical au CADA ont par la suite décroché. Nous notons donc que le temps passé dans la maladie, qui détermine l'expérience pathologique, est également un autre facteur explicatif de l'abandon des soins fournis au CADA par les diabétiques.

Cet état de fait peut trouver son explication dans le fait que le diabète est une pathologie incurable. Son traitement est complexe et contraignant. Il impacte indubitablement la vie de celui ou celle qui en souffre, modifie sa trajectoire sociale. De ce fait, il finit par exaspérer et épuiser psychologiquement, socialement et financièrement le malade et même son entourage.

Les diabétiques concernés par la présente étude n'échappent pas à cette réalité surtout que l'étude montre que 82% des sujets interrogés ont plus de 55 ans, 70 % vivent hors de la ville d'Abidjan. Ce qui peut entraîner des difficultés de mobilité susceptibles de démotiver bon nombre de patients à garder le fil avec les services du CADA et par conséquent à se tourner vers d'autres voies.

3.1.6. Le relâchement de la solidarité familiale autour de la gestion des soins

Graphique 5 : Répartition des enquêtés selon qu'ils bénéficient régulièrement ou non de l'assistance d'accompagnateur pour les visites médicales



Source : notre enquête, février 2024

La gestion du diabète désorganise les habitudes de vie, modifie la trajectoire sociale de l'individu qui est confronté à cette maladie incurable, car il doit apprendre à vivre avec, s'y adapter et redimensionner son quotidien. Y parvenir n'est pas ipso facto. Cela nécessite la mobilisation de ressources matérielles, physiques et psychologiques. C'est pourquoi le diabétique, qu'il soit insulino-dépendant ou non, a besoin d'assistance notamment celle d'un accompagnateur pour les rendez-vous médicaux.

Pour la présente étude, les chiffres contenus dans le tableau ci-dessus renseignent sur le fait que vingt-huit des trente-quatre diabétiques interrogés, soit 82 %, ont affirmé qu'ils ne bénéficient pas régulièrement de l'assistance d'accompagnateur pour les visites médicales. Seulement 6 enquêtés, soit 18 %, ont dit qu'ils bénéficient régulièrement de l'assistance d'un accompagnateur pour les rendez-vous médicaux.

Alors que les données exposées plus haut indiquent que 82% des enquêtés ont plus de 55 ans et que 82% d'entre eux ne bénéficient pas de l'assistance d'un accompagnateur pour les rendez-vous médicaux au CADA tandis que 70% résident hors de la ville d'Abidjan, il est aisé de comprendre qu'il n'est pas donné à tous les malades diabétiques de respecter leurs rendez-vous médicaux (qui sont trimestriels ou semestriels) et de rester en contact avec le CADA.

3.1.7. Le pouvoir d'achat des enquêtés en fonction de leur revenu mensuel

Tableau 2 : Répartition des enquêtés selon le revenu mensuel

Revenu mensuel	Effectif	Pourcentage
Moins de 100.000 f CFA	7	21%
100.000 à 150.000 f CFA	10	29%
150.000 à 200.000 f CFA	7	21%
200.000 à 300.000 f CFA	6	18%
Plus de 300.000 f CFA	4	11%

Source : notre enquête, février 2024

En examinant les chiffres du tableau 2 ci-dessus, l'on note que 21% des diabétiques interrogés gagnent moins de 100.000 f CFA par mois, 29% ont un revenu mensuel compris entre 100.000 et 150.000 f CFA, tandis que 18% ont plus de 200.000 f CFA comme revenu mensuel et 11% ont plus de 300.000 f CFA par mois. Ces chiffres donnent une indication sur le pouvoir d'achat de ces personnes diabétiques suivies au CADA.

Le revenu dont dispose un individu ou une famille détermine son rapport à la santé. Le revenu mensuel détermine le pouvoir d'achat et donc la capacité qu'a un individu à faire face aux charges quotidiennes. En effet, la santé étant l'un des piliers de la vie de l'être humain, parvenir à faire face aux dépenses liées aux problèmes de santé est primordial. Les dépenses de santé peuvent augmenter en fonction de la taille de la famille et au fur et à mesure que l'âge augmente ou que l'on tend vers la vieillesse, car vieillir entraîne l'apparition de certaines pathologies chroniques. Or, la gestion de ces maladies exacerbe les dépenses de la famille. Ainsi, 82% des diabétiques interrogés étant des personnes du troisième âge, l'on peut déduire qu'en plus du diabète qu'ils ont à gérer au quotidien, ils sont aussi sujets à d'autres pathologies sous-jacentes qui alourdissent leurs dépenses de santé. Ce qui rend hypothétique l'observance du traitement médical recommandé. Ces difficultés peuvent se manifester par l'incapacité à faire face aux examens biologiques de routine. Toute chose qui peut emmener le diabétique à interrompre ses visites et ne plus honorer ses rendez-vous médicaux.

En 2013, la contribution des ménages aux dépenses totales de la santé en Côte d'Ivoire représente 57% du financement. Selon l'OMS (2012), sur la période 2002-2010, les dépenses totales de santé par habitant en Côte d'Ivoire sont en progression, passant de 109 à 185 \$US. Soit 66.490 à 112.850 F CFA. À cela, il convient d'ajouter l'inflation (estimée à 3-5 %) depuis ces cinq dernières années qui impacte considérablement le pouvoir d'achat des populations et exaspère les dépenses quotidiennes des ménages. En dépit de la synergie d'action entre l'Etat ivoirien et les organisations non gouvernementales locales qui a permis la réduction de certains produits médicaux telle que l'insuline (passé de 16.000 à 3500 f CFA depuis 2013) et les anti-diabétiques oraux, le traitement du diabète demeure onéreux à cause du traitement au long cours de cette pathologie.

Dans ce contexte, disposer d'un revenu mensuel compris entre 100.000 et 200.000 F CFA peut ne pas suffire pour soutenir durablement le suivi thérapeutique du diabète qui, en plus du traitement médicamenteux, nécessite le respect d'un régime alimentaire spécifique. Or, ce régime alimentaire entraîne également un supplément de dépenses sur le budget du ménage déjà éprouvé par les autres charges de la vie quotidienne. Par conséquent, le diabétique face au dépérissement de son pouvoir d'achat peut ne plus donner la priorité au suivi de sa santé à travers les visites médicales au CADA et opter pour d'autres voies thérapeutiques.

3.2. La perception du traitement anti-diabétique sous la trame de pesanteurs socio-culturelles et de restrictions

Longtemps considéré comme la maladie des couches sociales les plus aisées ou des sociétés industrialisées, le diabète est resté méconnu surtout en milieu rural (Ouattara, 2016). En milieu urbain, cette maladie n'est pas trop répandue. C'est au fil du temps que les populations ont eu une idée plus précise de l'existence du diabète et de ses manifestations. Ainsi, dans l'imaginaire populaire, le diabète apparaît comme la maladie du sucre. Nombreux arrivent à lier la cause du diabète à la trop grande consommation du sucre. D'où le nom '*maladie du sucre*'. (Droh A., 2015)

Toutefois, les pesanteurs socioculturelles renforcées par l'analphabétisme font que le diabète est perçu comme un sort lancé par les mauvais esprits, des esprits malfaisants, des sorciers qui seraient des membres de la famille résidant au village ou des jaloux que l'on côtoie au sein de la communauté ou dans le milieu professionnel. Cette perception tient au fait qu'en Afrique, la maladie n'est jamais un simple fait biologique, un désordre biologique, mais un désordre métaphysique car l'homme est à la fois physique, métaphysique et spirituel. Ce désordre biologique au sens de la rationalité médicale est interprété comme l'œuvre du sorcier, de l'esprit malfaisant, du mauvais génie. C'est cette logique interprétative qui gouverne le rapport des gens à la maladie. L'une des assistantes sociales que nous avons interrogées confirme notre point de vue en ces termes :

« Dans leur entendement, les gens pensent que la maladie dont ils souffrent n'est pas simple. On leur fait croire que ce sont des sorciers dans la famille qui leur ont lancé un mauvais sort. D'autres mêmes disent que c'est parce que les gens sont méchants qu'ils ont eu cette maladie. Ce qui fait que les patients que nous suivions ici au CADA, sortent de la file de soins et vont voir les tradipraticiens, les marabouts, pasteurs dans les églises. Il y en a qui reviennent plusieurs années après, d'autres par contre restent sans nouvelles. On apprend souvent le décès de certains, les plus connus de nos services, à travers leurs amis ou les associations de diabétiques ».

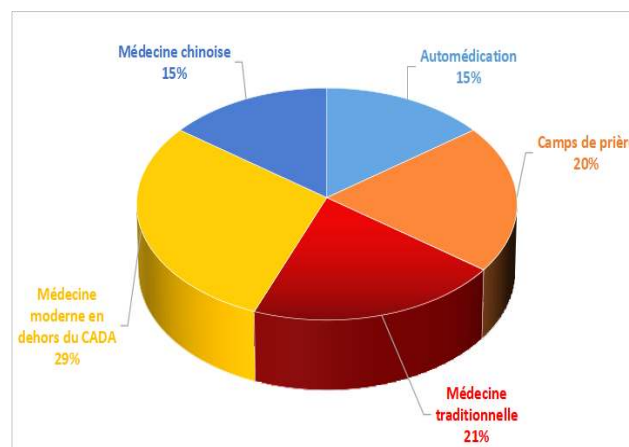
Aussi, le caractère chronique du diabète impose un traitement à vie. Les diabétiques traités à l'insuline sont tenus d'observer les injections multiples d'insuline au quotidien à des heures précises afin de parvenir à l'équilibre glycémique. Quant aux diabétiques sous anti-diabétiques oraux, ils sont également soumis au respect des horaires de prise de ces comprimés et cela tous les jours sans discontinuer. Tout un lot de contraintes sous-tend la gestion quotidienne de cette pathologie. En plus des restrictions et observances

thérapeutiques, le diabétique est contraint à un régime alimentaire qui lui interdit la consommation de certains aliments auxquels il était habitué. Les habitudes alimentaires changent, le quotidien est perturbé. L'individu perd là une partie de son estime de soi. Il pense qu'il n'est plus lui-même et que la fin de sa vie n'est plus loin. La mort sociale hante son esprit. Pourtant, il doit continuer à vivre et par conséquent, il se doit d'apprendre à vivre avec cette "sale maladie" qui veut lui ôter la vie. L'obligation de réajustement social, parfois difficile à opérer pousse le diabétique à abandonner le suivi de son état de santé. Il ne revient plus au CADA pour les contrôles médicaux. L'un des médecins nous le confirme à travers son verbatim ci-dessous :

« Cette sale maladie est venue mélanger notre vie. On fait avec sinon ce n'est pas facile. Il faut ceci, il ne faut pas cela. On ne vit plus. On ne doit plus manger certains aliments auxquels on était habitué. Moi, à cause de la maladie là, je ne peux pas durer en voyage. Pour ne pas gêner les gens avec les interdits. Ceux qui sont sous insuline sont obligés de se piquer plusieurs fois chaque jour. C'est une souffrance ». (février 2024, CADA)

3.3. L'itinéraire thérapeutique possible des diabétiques en rupture avec les soins au CADA

Graphique 6 : Répartition des enquêtés suivant le parcours de soins



Source : notre enquête, février 2024

Sur ce graphique, l'on observe que 29% des diabétiques interrogés ont affirmé continuer les soins médicaux mais en dehors du CADA ; 20% se sont orientés vers les camps de prière tandis que 21% sollicitent la médecine traditionnelle. Aussi, 15% d'entre eux pratiquent l'automédication et 15% ont recours à la médecine chinoise. Ces données montrent que les diabétiques dans leur grande majorité en rompant le fil avec les services du CADA, empruntent d'autres voies de traitement en s'orientant vers la médecine traditionnelle, la médecine chinoise, les camps de prière et en pratiquant l'automédication. Ceux d'entre eux qui continuent de croire en la médecine moderne, vont se faire traiter dans des centres de santé de proximité autres que le CADA. La majorité a conscience de la nécessité de continuer à suivre les soins médicaux pour la gestion de leur état de santé. Sauf qu'ils ne reviennent plus

au CADA pour se faire suivre. Si cela s'avère réel, c'est que ces attitudes et pratiques peuvent être liées au poids de l'âge et à la distance géographique que les malades ont à parcourir pour se rendre au CADA alors que nombreux n'ont pas régulièrement d'accompagnateurs qui puissent les aider dans le déplacement et les assister.

En rapport avec ces considérations subjectives qui s'écartent de toutes approches rationnelles et face aux restrictions multiples qui s'imposent au diabétique, celui-ci, en quête d'un mieux-être, sous influence de son entourage, est très souvent tenté de s'orienter vers d'autres voies thérapeutiques. Ainsi, après avoir observé le traitement thérapeutique au CADA, après avoir fait « le traitement des blancs », le diabétique se tourne vers d'autres voies thérapeutiques. Madame K, l'une des enquêtées, soutient ce choix lorsqu'elle dit ceci : « *On essaie tout, avec les médicaments des blancs on peut stabiliser le taux de glycémie mais ça ne guérit pas. Donc, on a recours à des médicaments africains que souvent des connaissances nous conseillent* ». (février 2024)

L'un des leaders d'associations de diabétiques renchérit et va plus loin en évoquant le poids économique du traitement, l'exacerbation liée à l'impossibilité de guérir un jour de cette maladie et les difficultés de mobilité pour les seniors diabétiques. Voici son verbatim :

« Lorsqu'on s'est traité pendant plusieurs années avec les médicaments des blancs, c'est toujours difficile, on est tenté de recourir à d'autres voies de guérison. Il y'a aussi le fait que beaucoup, surtout les personnes âgées, ont du mal à se déplacer pour venir ici au CADA et continuer à se faire suivre. Le traitement du diabète reste encore coûteux malgré les actions menées en faveur de la lutte contre cette maladie. Tout ceci explique pourquoi les gens à un moment donné de leur parcours de soins disparaissent ». (février 2024, CADA)

3.4. Le relâchement du soutien social autour du diabétique

Le diabète est une maladie qui ne se guérit pas. Cependant, elle se traite et se gère au quotidien. Le caractère incurable de cette pathologie rend complexe le suivi de l'état de santé du diabétique. La gestion du diabète se présente donc comme une activité de longue haleine qui requiert la mobilisation de ressources psychologiques, sociales, et financières aussi bien de la part de l'individu malade que de la part de la famille, voire de la communauté et/ou du milieu professionnel sans cesse. Ainsi, la solidarité autour du malade dans sa quête du mieux-être est un pilier essentiel dans la gestion de son état. Cette solidarité se construit autour du soutien psychologique, matériel et financier des uns et des autres autour du malade. Chez bon nombre de patients diabétiques interrogés, le soutien social apporté par la famille (les enfants, les frères et sœurs), des amis, des collègues et les associations de diabétiques leur permet de surmonter l'angoisse, le désespoir causé par l'apparition inattendue de la maladie. Cela se confirme dans le verbatim suivant :

« Sans nos enfants, nos frères et certains amis et collègues, la maladie nous aurait emportés depuis. La famille, tout comme les actions de notre association, est notre espoir face au mal qui menace notre vie. C'est la solidarité autour de

notre cause qui nous aide à surmonter un temps peu les problèmes que nous, les diabétiques, vivons ». (février 2024)

Mais, au fil des ans, les problèmes sociaux, les charges de la vie quotidienne que les uns et les autres vivent font que la solidarité qui s'est construite autour du parent ou de l'ami diabétique s'effrite. L'épuisement en termes d'accompagnement physique, financier, matériel, psychologique s'installe. L'attention accordée au parent ou à l'ami malade du diabète finit par se rétrécir et même par ne plus exister. Il est délaissé et livré à son propre sort, sans soutien véritable.

Le relâchement du soutien social qui s'ensuit crée une situation d'insécurité, de précarité qui enfonce le diabétique dans la tourmente surtout que la plupart d'entre eux sont du troisième âge (donc fragiles) et à la retraite (plus de revenus soutenus). Ils n'ont plus d'argent suffisant pour faire face aux dépenses de leur santé. Ce qui finit par emmener les malades à marquer des ruptures dans leur parcours de soins. Ils deviennent rares aux rendez-vous médicaux pour les contrôles et très souvent abandonnent le suivi médical assuré par le CADA au bout d'une certaine période. Cette analyse est corroborée par le témoignage de l'une des assistantes sociales qui dit ceci :

« La plupart des patients que nous avons perdu de vue, et que nous recontactons par téléphone après, sont des gens du troisième âge qui bénéficiaient de l'aide, de l'assistance de leurs parents (enfants, conjoints), amis ou associations durant de longs moments. Mais comme le diabète là épuise financièrement et socialement, les autres finissent par s'épuiser et ils ne soutiennent plus les malades comme il se devait. Ce qui fait que les malades abandonnent les soins que nous leur apportons ici et se tournent vers les vendeurs de médicaments traditionnels et chinois, l'automédication, les églises et camps de prière qui ne sont pas la solution indiquée pour l'équilibre de leur santé, mais au contraire aggravent leur situation. C'est dommage mais c'est la réalité ». (février 2024, bureau du service social au CADA)

4. Discussion

Les caractéristiques de la population d'enquête

Dans une étude effectuée en France sur les facteurs associés à la rupture du parcours de soins chez des diabétiques de type 2, Coline Hehn et al. (2023) ont mis l'accent sur les caractéristiques socio-économiques des sujets interrogés. Parmi ces caractéristiques figurent l'âge, le sexe et la situation économique. En effet, ces auteurs ont trouvé que la moyenne d'âge était de 63 ans pour le groupe de participants considéré par le questionnaire comme n'étant pas en rupture, et de 64 ans pour ceux l'étant. Les femmes étaient plus nombreuses dans les deux groupes et la moitié des répondants était à la retraite. Concernant le niveau d'études, la plupart des patients dans le groupe rupture interrogés s'étaient arrêtés au certificat d'études. Pour le groupe n'étant pas en rupture, la quasi-totalité des répondants étaient allés jusqu'au baccalauréat et plus.

En outre, la même étude a ressorti que la plupart des patients rencontrés et étant en rupture du parcours de soins étaient en situation de précarité. La précarité est généralement la conséquence d'un faible capital économique (difficultés d'accès aux soins), social (relations avec autrui) et culturel (compréhension de la santé). Achouri M.Y. et al. (2021), quant à eux, ont trouvé que le genre masculin est un facteur lié à l'inobservance médicale. Le genre masculin est également un facteur d'inobservance thérapeutique. Globalement dans la littérature, le lien entre le sexe et l'inobservance est diversément apprécié.

Par contre, Mense K. et al. (2010), dans une étude de cas-témoin effectuée à Kinshasa ont trouvé que les arrêts de traitement représentent plus de 20% des patients dès la première année de traitement. Et six ans après l'année de mise sous traitement, plus de 80% des patients sont déjà en arrêt de traitement. Mais ces chercheurs, dans leur étude, n'ont pas trouvé de lien entre le niveau de connaissance et la non-observance. Pour eux, l'âge, tout comme le niveau d'instruction, ne jouerait qu'un rôle insignifiant.

La situation économique qui détermine le niveau de vie d'un ménage est un facteur clé de la non-observance des prescriptions médicamenteuses et même hygiéno-diététiques, qui sur le long terme conduit au décrochage thérapeutique. C'est pourquoi Mense K. et al. (Op. cit.) pensent qu'une famille nombreuse pourrait prédisposer à la non-observance. Le coût total du suivi médical à la dernière visite était estimé à 27,2 USD, soit 18% du revenu mensuel permanent des ménages (153,17 USD). Le patient sous insuline dépense deux fois plus que celui sous antidiabétiques oraux, lors d'une consultation de suivi.

À l'analyse de ce qui précède, nous notons que nos résultats ne s'écartent pas des résultats issus des travaux scientifiques susmentionnés. Cependant, notre étude n'a pas abordé la littératie en santé des répondants qui demeure un facteur essentiel dans le rapport des individus à la santé, dans la prise de décision en matière de santé.

La perception du traitement anti-diabétique liée aux pesanteurs socio-culturelles et aux restrictions induites

Seydou M. et al., (2022), parlant de la perception sociale du traitement antidiabétique, ont affirmé que la durée du traitement joue un rôle important dans l'inobservance thérapeutique. Pour eux, la prise en charge d'une maladie chronique dont le diabète est beaucoup plus difficile à assurer par les patients car elle expose à une lassitude bien compréhensible face à la prise au long cours d'un ou plusieurs médicaments quotidiennement et à un manque de perception de l'impact bénéfique au traitement dont les effets positifs ne se marqueront qu'avec retard alors que les contraintes (éventuels effets secondaire, prise quotidienne...) sont immédiates.

Ouattara K. (2016), dans sa thèse de doctorat de sociologie, avait abordé la représentation sociale associée au diabète et à la perception du traitement antidiabétique. Selon lui, d'une manière générale, être diagnostiqué diabétique est une nouvelle douloureuse pour l'individu et pour les membres de la famille, car le réajustement social et médical que nécessite le suivi de cette maladie chronique, aux complications insoupçonnées désorganise psychologiquement et socialement la trajectoire socioculturelle de l'individu. L'impossibilité pour le malade de retrouver la guérison, la dépendance au traitement et le bouleversement des habitudes de vie,

dit-il, 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 accepté par les diabétiques qui considèrent cet évènement comme une perte de leur autonomie à cause de la dépendance à un traitement.

Être assujéti à une thérapie complexe et contraignante renvoie systématiquement dans la conscience des diabétiques à 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 mauvaise observance des pratiques thérapeutiques inhérentes à ce traitement, quoique son efficacité soit prouvée.

L'itinéraire thérapeutique potentiel des diabétiques en rupture avec les soins au CADA

Chan Wan et al. (2020), en interrogeant la fréquence de consultation au cours de l'année de mise sous traitement AD, selon la spécialité médicale, ont trouvé que malgré une bonne fréquence des consultations chez le médecin généraliste sur les huit années, il existe un décrochage au niveau des recours aux spécialistes. Ils ont noté un décrochage net de consultation chez les spécialistes, en corrélation avec l'essoufflement des visites chez le médecin généraliste.

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 ou au guérisseur en passant par le naturothérapeute. Mais il peut partir de l'automédication aux soins médicaux dispensés par un médecin ou un infirmier dans un hôpital sans occulter le recours aux camps de prière.

Le relâchement du soutien social autour du diabétique

Les résultats de notre étude ont montré que l'observance thérapeutique chez les diabétiques a été associée à plusieurs facteurs liés à la maladie elle-même et en relation avec le patient et son entourage.

Gezim M. et Komi A. (2016), dans une étude portant sur la famille et son influence sur l'adhérence chez les personnes âgées atteintes d'un diabète de type 2 en empruntant de la plupart des théories du changement de comportement de santé requis pour l'exécution d'auto-soins du diabète ont identifié les membres de la famille comme une source importante de soutien social dans l'assistance apportée aux adultes atteints de diabète. Selon ces auteurs, les membres de la famille peuvent avoir un impact positif et/ou négatif sur la santé des personnes atteintes de diabète, interférer ou faciliter des activités de soins, et contribuer ou atténuer les effets néfastes du stress sur le contrôle glycémique. Bien que les membres de la famille

puissent fournir de nombreux types de soutien, le soutien psychosocial a été le plus fortement associé à l'adhérence à des comportements d'auto-soins à travers les maladies chroniques. (p. 72)

Snouffer E. (2018), dans un article portant sur la gestion du diabète, affirme que quel que soit le type de diabète, l'observance du traitement est très difficile et nécessite de faire preuve d'engagement, de discipline et de zèle. L'autogestion du diabète est complexe. Les personnes atteintes de diabète de type 1 et de type 2 doivent consulter leur médecin plusieurs fois par an ; prendre différents types de médicaments ; prendre part à de nombreux aspects de l'auto-traitement, notamment la surveillance à domicile de la glycémie, l'adoption d'une alimentation saine et des exercices physiques ; et faire face aux obstacles à la gestion, dont le coût des soins et l'équilibre entre vie professionnelle et privée, l'essentiel de la gestion du diabète se déroule à la maison.

Cet auteur pense que les membres de la famille peuvent encourager, soutenir et aider de manière active la personne atteinte de diabète. Cependant, les membres de la famille peuvent s'inquiéter ou ne pas bien comprendre la maladie. Ils peuvent également réagir de manière excessive ou sous-estimer la gravité de la situation au moment du diagnostic. Il est important de communiquer avec ces aidants et de les aider à mieux comprendre les besoins et les exigences. Cette littérature livre des informations intéressantes sur l'importance indéniable du soutien familial dans l'accompagnement des diabétiques. Elle rejoint ainsi notre travail de recherche qui a identifié le soutien familial comme un pilier incontournable du suivi médical des diabétiques pris en charge au CADA.

5. Conclusion

La présente publication scientifique avait pour objectif de porter une analyse sociologique sur les raisons qui sous-tendent la problématique du décrochage thérapeutique observé chez près de 43% des diabétiques suivis au Centre Anti-Diabétique d'Abidjan (CADA) sur la période 2020-2023. Elle a mobilisé la technique de l'échantillonnage par choix raisonné, la recherche documentaire, l'entretien semi-dirigé pour la collecte des données. À l'aide de l'analyse de contenu thématique, les données collectées ont été exploitées. L'exploitation des données a mis en exergue quatre principaux facteurs qui justifient le décrochage thérapeutique constaté chez les diabétiques pris en charge au CADA à savoir : les caractéristiques des diabétiques en situation de décrochage thérapeutique, la perception du traitement anti-diabétique liée aux pesanteurs socio-culturelles et aux restrictions induites, l'itinéraire thérapeutique potentiel des diabétiques en rupture avec les soins au CADA, le relâchement du soutien social autour du diabétique. Dans une perspective sociologique, ces résultats démontrent que la prise en charge d'une pathologie complexe telle que le diabète est multifactorielle. Elle dépasse le cadre médical. L'amélioration des dispositifs médicaux seule ne peut suffire à garantir une continuité dans la prise en charge. C'est pourquoi, il est nécessaire d'interroger les dynamiques sociales qui pèsent sur les trajectoires thérapeutiques ; en d'autres termes interroger la manière dont les patients vivent, perçoivent et intègrent cette maladie chronique dans leur quotidien.

Remerciements

Nous exprimons ici notre infinie reconnaissance aux différents acteurs qui ont accepté de participer au recueil des informations ayant permis la réalisation de ce travail de recherche.

Conflits d'intérêt

Aucun conflit d'intérêt n'a été porté à notre connaissance au cours de cette étude.

Références bibliographiques

Achouri M. Y., Tounsi F., Messaoud M., Sénoussaoui A., & Ben Abdelaziz A. (2021). Prévalence de la mauvaise observance thérapeutique chez les diabétiques de type 2 en Afrique du Nord. Dans *Revue systématique et méta-analyse. La Tunisie Médicale*, N°99 Volume 10, pp 932-945

Atlas (2021). Rapport d'activité de la fédération international du diabète, Grenoble (France) 44 pages

Audulv A., Asplund K., Norbergh K. (2012). The integration of chronic illness self-management. *Qual Health Res.* Mar;22(3):332-45

Chan W. G.-N., Chopinet-dijoux S., Ricquebourg M., Simonpieri J.-M. (2020). Parcours de soins des patients diabétiques à La Réunion, Etude longitudinale des parcours des patients mis sous traitement antidiabétique en 2010. Synthèse des principaux résultats. La Réunion. 38 pages

Conseil Scientifique /Domaine de la santé (2019). Prise en charge du diabète. GT Diabète, Fiche 6 : Soutien psychologique. Luxembourg, 2 P (FID, 2021). <http://www.un.org> décembre 2021, consulté le 27 janvier 2024

Diabète Québec (2014). Vivre avec le diabète. Les 4 piliers de l'équilibre [En ligne]. Canada : Disponible sur: <http://www.diabete.qc.ca/fr/vivre-avec-le-diabete>. pp 5-6, consulté le 27 janvier 2024

Doukouré d., Kourouma K. R., Adjoumani k., Gbané Mory, Acka K. F., Ake-Tano o., Kouassi D. (2019). « Représentation de la maladie et parcours de soins des patients diabétiques suivis au Centre Antidiabétique de l'Institut National de Santé Publique (Côte d'Ivoire) ». In *Revue Africaine des sciences sociales et de la santé publique*, Bamako Volume (1) N° 2 ISSN : 1987-071X e-ISSN 1987-1023 pp14-28

Droh A. (2015). Socio-anthropologie des habitudes et pratiques alimentaires des personnes âgées diabétiques en milieu urbain ivoirien, Thèse de Doctorat unique de sociologie, Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody/Abidjan Côte d'Ivoire, 326 pages

Duhamel F. (2007). La santé et la famille : une approche systémique en soins infirmiers. 2e éd. Montréal: Gaétan Morin Éditeur, Chenelière Éducation, 246 p. 63.

Hehn C., Naïditch N., Bubeck A. (2023). Les Facteurs associés à la rupture de parcours de soins chez les patients vivant avec le diabète de type 2. In *Diabète LAB*, Fédération Française des Diabétiques, Paris, pp 2-5

- Konan P. (2007). Observance du traitement antidiabétique chez les patients suivis au centre Antidiabétique d'Abidjan, Thèse de médecine. Université de Cocody/Abidjan ; 130 p.
- Mense K., Mapatano M. A., Mutombo P. B., Muyer M. C. (2010). Une étude cas-témoins pour déterminer les facteurs de non-observance du suivi médical chez les patients diabétiques à Kinshasa en 2010. In *Pan African Medical Journal*, 2014, April 8; 17:258. pp3-4 Doi:10.11604/pamj.2014.17.258.2892. PMID: 25309658; PMCID: PMC4189857.
- Monsour K. (2013). Etude des facteurs associés aux complications Chez les diabétiques du RSSB Préfecture des arrondissements de Ben Msik [Mémoire de fin d'études pour le cycle de Master]. Ecole Nationale de Santé Publique Filière: Epidémiologie de Santé Publique, Rabat. 81 pages
- Morina G. et Agbekponou K. (2016). La famille et son influence sur l'adhérence chez les personnes âgées atteintes d'un diabète de type 2. Une revue de littérature étoffée, Travail de Bachelor, Haute Ecole de Santé, Filière Soins Infirmiers, Fribourg. 170 pages
- Ouattara K. (2020). « Education thérapeutique et prise en charge des diabétiques au CHU de Treichville/Abidjan : Modèle et pratiques », In *Journal Africain de Communication Scientifique et Technologique*, N° 75/Juillet 2019, Abidjan, IPNETP, ISBN 2-909426-32-7 EAN 9782909426327, pp.9727-9839.
- Ouattara K. (2016). Socio-anthropologie de la prise en charge des diabétiques insulinodépendants : 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, Côte d'Ivoire, 307 p.
- Ouattara K., Droh A. (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.
- Ruiz J. (2008) « Accompagnement thérapeutique : le chemin du suivi à long terme ». In *Revue Med Suisse*. Janvier 2008 ;4(160):1405-9. pp 4-6
- Seydou M., Hima Y. O., Saidou Y., A., Aloua M. A., Issaka H., Hama, I., & Ali I. T. (2022). Observance thérapeutique du sujet âgé hypertendu: Etude comparative au service de cardiologie de l'Hôpital National de Lamorde. *Jaccr Africa*, 6(3), 70-77.

© 2025 OUATTARA, Licensee *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Créative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.