

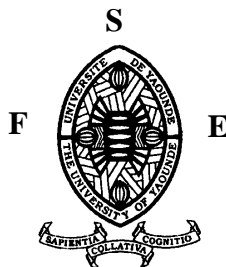
UNIVERSITE DE YAOUNDE I

CENTRE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES, SOCIALES ET EDUCATIVES

UNITE DE RECHERCHE ET DE FORMATION
EN SCIENCES DE L'EDUCATION ET DE
L'INGENIERIE EDUCATIVE

FACULTE DES SCIENCES DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'ÉDUCATION
SPÉCIALISÉE



THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

POST GRADUATE SCHOOL FOR SOCIAL
AND EDUCATIONAL SCIENCES

RESEARCH AND DOCTORAL TRAINING
UNIT FOR SCIENCE OF EDUCATION
AND EDUCATIONAL ENGINEERING

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

**INTERVENTIONS EDUCATIVES ET COMPETENCE
D'AUTOGESTION CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES
DE L'HOPITAL AMITIE TCHAD-CHINE DE
N'DJAMENA**

Mémoire présenté en vue de l'obtention de Master en Intervention et Action Communautaire.

Option : Psychologue Professionnel en Intervention et Action Communautaire

Par

Augustin KOSSINGAR

Titulaire d'une licence en Curricula Scolaire

Matricule : 20V3106

Sous la supervision de :

Albert NNA NTIMBAN

Maître de conférences

Juin 2023



A

Mon papa **KODINGAR NGUIRAMOUH René ;**
Ma maman **MINGUEYAM TORADOUM Ruth**

REMERCIEMENTS

Ce travail a été réalisé grâce au concours de plusieurs personnes auxquelles nous trouvons ici l'occasion d'exprimer notre gratitude.

Nous adresserons vivement nos sincères remerciements à notre encadreur, Professeur NNA NTIMBAN Albert, pour avoir accepté de sacrifier de son temps, malgré ses multiples occupations, pour nous encadrer et aussi pour sa disponibilité, sa rigueur, ses orientations, ses précieux conseils, ses qui ont permis la réalisation de ce travail.

Nos remerciements vont également à l'endroit du Pr Cyrille Bienvenu BELA, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Éducation, pour nous avoir accueilli au sein de son institution de formation et veillés à notre formation tout au long de notre parcours dans l'institution.

Nous tenons aussi à remercier le Pr MAYI Marc Bruno, ex-Chef de Département de l'Éducation Spécialisée (EDS) et Pr NGWBA Vandelin, nouveau Chef de ce Département pour la formation reçue.

Nous exprimons notre gratitude à tout le personnel enseignant, administratif et technique de la Faculté des Sciences de l'Education (FSE) de l'Université de Yaoundé 1 de manière générale et du Département de l'Éducation Spécialisée (EDS) en particulier qui ont su rendre un environnement favorable à notre épanouissement intellectuel et contribuer à notre formation.

A mes parents, grand frères et sœurs : KODINGAR NGUIRAMOUH René, MIGUEYA TORADOUM Ruth, NODJIALBAYE Fidèle, NDESAIN Clarice KODINGAR, MOYABAYE Richard KODINGAR, Véronique KODINGAR qui m'ont soutenu financièrement, moralement et encouragé durant toutes mes années d'études, je les remercie du plus profond du cœur.

A ma très chère fiancée BERANI Pélagie et mon fils TOG-YALLAH Miguel KOSSINGAR pour leurs soutiens multiformes et encouragements ;

A mes cousins : DOUKAM Fidèle et YOGUERNAN Jonathan et camarades de la promotion les conseils tout au long de ce travail.

SOMMAIRE

A.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
SOMMAIRE.....	iv
LISTES DES ABREVIATIONS.....	v
LISTE DES TABLEAUX.....	vii
LISTE DES FIGURES	viii
RESUME	ix
ABSTRACT.....	x
INTRODUCTION.....	1
I. PROBLEME	3
II. PROBLEMATIQUE.....	4
III. METHODOLOGIE	21
IV. CADRE CONCEPTUEL.....	33
PREMIERE PARTIE : SITUATION DU DIABETE ET MODE DE VIE CHEZ LES PATIENTS.....	37
CHAPITRE I : CADRE D’ETUDE ET POPULATION D’ETUDE	38
CHAPITRE II : CONNAISSANCE ET COMPETENCES D’AUTOGESTION DU DIABETE.....	52
DEUXIEME PARTIE : INTERVENTIONS EDUCATIVES CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES A L’HOPITAL AMITIE TCHAD-CHINE DE N’DJAMENA : EFFETS ET PERSPECTIVES	62
CHAPITRE III : EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS DIABETIQUES A L’HOPITAL AMITIE TCHAD-CHINE DE N’DJAMENA	63
CHAPITRE IV : ENJEUX DE L’EDUCATION THERAPEUCTIQUE ET REPONSES ADMINISTRATIVES A LA PROBLEMATIQUE.....	79
CONCLUSION	110
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....	114
ANNEXE.....	123
TABLE DES MATIERES.....	131

LISTES DES ABREVIATIONS

ADA	: American Diabetes Association
ADO	: Antidiabétiques Oraux
CSE	: Couverture Sanitaire Universelle
CEED	: Centre Européen d'Etude du Diabète
DCCT	: Diabetes Control and Complication Trials
DGPL	: Direction Générale de la Pharmacie et de Laboratoire
DMNT	: Direction des Maladies Non Transmissibles
DSR	: Délégation Sanitaire Régionale
DSIS	: Division du Système d'Information Sanitaire
DT	: Diabète du Type
DS	: District Sanitaire
EASD	: European Association for the Study of Diabetes
ENASS	: Ecole Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux
ET	: Education Thérapeutique
ETP	: Education Thérapeutique des Patients
FID	: Fédération Internationale du Diabète
HAS	: Haute Autorité de Santé
HbA1c	: Hémoglobine Glyquée
HCSP	: Haut Comité de Santé Publique
HI	: Handicap International
HGNR	: Hôpital Général National de Reference
HPM	: Modèle de Promotion de la Santé
MCV	: Maladie Cardiovasculaire
MNT	: Maladie Non Transmissible
MSP	: Ministère de la Santé Publique
NIDDKD	: National Institute of Diabetes and Digestive and Kidney Diseases
ODD	: Objectif de Développement Durable
OFSP	: Office Fédérale de la Santé Publique
OMD	: Objectif du Millénaire pour le Développement
OMS	: Organisation Mondiale de la Santé

ONU	: Organisation des Nations Unies
PANMT	: Plan d'Action des Maladies Non Transmissible
PDLMT	: Plan d'Action de Développement des Maladies Non Transmissible
PMA	: Paquet Minimum d'Activité
PNDS	: Politique Nationale du Développement Sanitaire
PNNS	: Plan National Nutrition Santé
PNS	: Politique Nationale Sanitaire
PRA	: Pharmacie Régionale d'Approvisionnement
RGPH	: Recensement Général de la Population et de l'habitat

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1 : Répartition des patients par genre.....	44
Tableau 2 : Répartition des patients par genre et par âge	45
Tableau 3 : Moyenne d'âge des patients.....	45
Tableau 4 : Répartition des patients selon leur statut matrimonial.....	46
Tableau 5 : Répartition des patients selon leur niveau d'éducation au moment de l'enquête.....	47
Tableau 6 : Répartition des patients selon leur appartenance religieuse	47
Tableau 7 : Répartition des patients selon le type de leur diabète.....	48
Tableau 8 : Durée moyenne du diabète chez les patients	48
Tableau 9 : Répartition de la durée de vie avec le diabète chez les patients selon leur sexe	49
Tableau 10 : Répartition des patients par genre et par durée de diabète	49
Tableau 11 : Répartition des patients par âge et par durée de diabète.....	50
Tableau 12 : Capacité d'alimentation	56
Tableau 13 : Prise de traitement	58
Tableau 14 : Activité physique	60
Tableau 15 : Connaissance de certains indicateurs du diabète	61
Tableau 16 : Présentation des résultats relatifs au climat relationnel entre soignant-patient.....	68
Tableau 17 : Présentation des résultats relatifs aux ressources organisées lors de l'ETP	69
Tableau 18 : Présentation des résultats relatifs aux activités organisées durant l'éducation.....	71
Tableau 19 : Présentation des résultats relatifs aux actions éducatives entreprises.....	73
Tableau 20 : Présentation des résultats du test de Corrélation de l'Hypothèse spécifique1	75
Tableau 21 : Présentation des résultats du test de Corrélation de l'Hypothèse spécifique2	76
Tableau 22 : Présentation des résultats du test de Corrélation de l'Hypothèse spécifique 3	76
Tableau 23 : Présentation des résultats du test de Corrélation de l'Hypothèse spécifique 4	78

LISTE DES FIGURES

Fig.1 : illustration des éléments associés au comportement selon la théorie sociale cognitive d'Albert BANDURRA (1977).....	26
Fig. 2 : Carte de la ville de N'Djamena.....	42
Fig. 3 : Carte géographique du Tchad	42
Fig. 4 : Organigramme Administratif.....	43

RESUME

Le diabète est une pathologie qui constitue un problème social et de santé publique. Ainsi ce présent travail aborde la problématique de la capacité des patients atteints de diabète à gérer eux même leur pathologie afin de vivre sainement et aussi longtemps que possible. L'objectif principal de cette étude est d'analyser la manière dont les dimensions interventions éducatives telles que les activités éducatives, les ressources organisées le climat relationnel soignant-patient et les actions éducatives qui contribuent positivement à amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital Amitié Tchad-Chine de Ndjamena. La population cible de cette étude est constituée des personnes vivant avec le diabète admises ou suivies dans l'Hôpital Amitié Tchad-Chine de Ndjamena. Pour tenter de mieux comprendre ce phénomène, nous avons eu recours à la théorie d'apprentissage sociale, modèle de promotion de santé et à la théorie sociale cognitive qui nous ont permis de saisir le phénomène dans sa globalité. En effet, cette problématique mérite d'être abordée dans sa diversité et globalité. L'analyse de ce phénomène mène nécessairement à l'analyse de la prise en charge de cette pathologie. Pour comprendre les compétences d'autogestion des patients, nous avons fait usage d'une approche mixte de recherche en administrant un questionnaire à 27 patients et en faisant des entretiens avec 13 patients et personnels de santé du service de Diabétologie.

Les résultats qualitatifs de l'étude ont révélé que les patients considèrent le diabète comme handicapante et ayant des conséquences négatives sur leurs vies et celle de leurs familles. Les patients ont développé par la suite une capacité à s'autogérer dans la consommation alimentaire et la prise de traitement bien que la pratique des activités soit peu effective. Les patients et les professionnels de santé accordent une importance capitale à l'éducation thérapeutique (ET) mais les stratégies pédagogiques et les matériels sont très limités. Les résultats du test des hypothèses ont démontré que seules les ressources organisées lors de l'ET contribuent à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients tandis que les activités éducatives et le climat relationnel n'exercent aucune influence sur les compétences des patients.

A partir de ces résultats obtenus nous concluons que les interventions éducatives sont importantes et peuvent aider à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.

Mots Clés : Intervention ; Education ; Compétence ; Autogestion ; Diabète ; Patient.

ABSTRACT

Diabetes is a pathology that constitutes a social and public health problem. Thus this present work addresses the issue of the ability of patients with diabetes to manage their pathology in order to live healthily and as long as possible. The main objective of this study is to analyze how educational interventions contribute to the improvement of self-management skills in diabetic patients at the Amitié Tchad-Chine Hospital in N'Djamena. The target population of this study is constituted of people living with diabetes admitted or followed in the Amitié Tchad-Chine Hospital in N'Djamena. To attempt to better understand this phenomenon, we have had recourse to the Social Learning Theory, model of health promotion and the social cognitive theory which allowed us to grasp the phenomenon. Indeed, this problem deserves to be approached in its diversity and globality. The analysis of this phenomenon necessarily leads to the analysis of the management of this pathology. To understand patients self-management skills, we used a mixed-method research approach by administering a questionnaire to 27 patients and conducting interviews with 13 patients and healthcare personnel from the Diabetology service.

The qualitative results of the study revealed that patients view diabetes as disabling and having negative consequences on their lives and those of their families. The patients subsequently developed an ability to self-manage food consumption and treatment intake, although the practice of the activities was not very effective. Patients and healthcare professionals attach great importance to therapeutic education (TE) but teaching strategies and materials are very limited. The results of the test of research hypotheses demonstrated only organized resources during the TE contribute to the improvement of the self-management skills among patients, while the educational activities and the relational climate have no influence on the self-management skills of patients.

From these results we conclude that educational interventions are important and can help improve self-management skills among diabetic patients at the Amitié Tchad-Chine Hospital in N'Djamena.

Keyword : Intervention ; Education ; Skill ; Self-management ; Diabetes ; Patient

INTRODUCTION

Le diabète est reconnu comme une cause importante de morbidité prématurée et d'incapacités. Il est l'une des quatre maladies non transmissibles prioritaires ciblées par les dirigeants mondiaux dans la Déclaration politique de 2011 sur la lutte contre les maladies non transmissibles, Organisation des Nations Unies, 2011. À l'échelle mondiale, on estime à 422 millions le nombre d'adultes qui vivaient avec le diabète en 2014 contre 108 millions en 1980. Ce qui est une hausse de prévalence au cours des années. La prévalence mondiale du diabète (normalisée selon l'âge) a presque doublé depuis 1980, passant de 4,7 à 8,5 % de la population adulte. Ces chiffres reflètent l'augmentation des facteurs de risque associés comme le surpoids et l'obésité. Cette dernière décennie, la prévalence du diabète a progressé plus rapidement dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé.

En France, le nombre de patients diabétiques est estimé à 3 millions en 2012 et nous constatons une augmentation de la prévalence de cette maladie, du fait du vieillissement de la population et également d'une prévalence plus importante chez les sujets jeunes du fait de la progression de l'obésité. Le diabète a provoqué 1,5 million de morts en 2012. Une glycémie supérieure à la normale, qui accroît le risque de maladies cardiovasculaires et d'autres pathologies, a été la cause de 2,2 millions de décès supplémentaires. 43 % de ces 3,7 millions de décès ont touché des personnes de moins de 70 ans. Le pourcentage des décès imputables à l'hyperglycémie ou au diabète qui surviennent avant l'âge de 70 ans est plus élevé dans les pays à revenu faible ou intermédiaire que dans les pays à revenu élevé.

En Afrique, les statistiques disponibles sur le diabète témoignent de l'ampleur du défi à relever sur le continent. Plus de 24 millions d'adultes vivent actuellement avec le diabète et l'on estime que ce nombre devrait augmenter de 129% pour s'établir à 55 millions adultes d'ici 2045 (WHO, 2021). Dans ces régions, les populations urbaines sont considérées comme présentant un risque particulièrement élevé de diabète. Cette exposition est due au passage d'un régime alimentaire rural basé sur les aliments peu transformés à un régime plus « occidentalisé » riche en produits transformés et qui gagne rapidement en popularité dans les villes (Dehorty et al., 2014). Selon OMS le diabète provoque 416 000 de décès sur le continent l'année écoulée et devrait devenir l'une des principales causes de mortalités en Afrique d'ici à 2030.

Au Tchad, le diabète est l'une de pathologie fréquente avec une prévalence rurale et urbaine respectivement de 7,36% et 12,9%. En raison de manque de structures sanitaires

qualifiées pour la prise en charge des patients, le pays ne dispose que des services en endocrinologie dans les hôpitaux pour la prise en charge. Les personnes vivant avec cette pathologie font face aux difficultés liées à l'autogestion de la maladie. L'autogestion du diabète est reconnue comme étant la pierre angulaire du contrôle de la maladie (Nagelkerk, Reick & Meengs, 2006) puisque le diabète est avant tout une maladie gérée par la personne qui en est atteinte ; cette dernière se trouve responsable de la majorité des décisions quotidiennes concernant sa maladie et son traitement.

Les compétences d'autogestion des patients diabétiques font partie intégrante de la prise en charge du patient diabétique et ont démontré leur efficacité par l'éducation thérapeutique. Des mesures hygiéno-diététiques bien suivies pourraient diminuer l'apparition du diabète de 50% chez des patients prédisposés. Ces règles sont expliquées aux patients dès le diagnostic et reprises à chaque changement thérapeutique. Le diabète fait l'objet de nombreuses études partout dans le monde, que ce soit en termes de diagnostic, de prévention, de complications, de thérapeutique, et d'éducation.

Dans notre travail de recherche, l'objectif principal est d'analyser les dimensions interventions éducatives telles que les activités éducatives, les ressources organisées le climat relationnel soignant-patient et les actions éducatives qui contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.

Notre travail est divisé en deux grandes parties et chaque partie comprend deux chapitres. Dans la première partie nous présentons la situation du diabète et le mode de vie chez les patients. La deuxième partie et le dernier de notre travail, évalue les interventions éducatives auprès des patients diabétiques à l'hôpital Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.

I. PROBLEME

Le diabète est une maladie chronique qui constitue un problème de santé publique à l'échelle mondiale, en Afrique et plus particulièrement dans les pays sous-développés du fait de sa morbidité et sa mortalité du coût de la prise en charge (M.Mansour.,2012). Cette maladie constitue un majeur problème de santé au Tchad, l'on assiste à une augmentation du nombre de cas chaque année. Le diabète est une pathologie fréquente au Tchad (Dionadji, Oumar, Nodjito et Ibrahim) avec une prévalence rural et urbaine respectivement de 7,36% et 12,9% (Dionadji, Boy, Mouanodji, et Pathé, 2004). Il favorise la survenue d'autres complications ou état de morbidité notamment cétoacidose, plaies diabétiques, myocardopathies et rétinopathie diabétique (Dionadji et al, 2015). Il est responsable d'une mortalité importante au Tchad qui représente 16,4% (Dionadji et al 2014). Cette augmentation est due à un changement de mode de vie sédentaire dans les zones urbaines que rural ainsi qu'une adoption rapide de nouvelle habitude alimentaire.

Cependant, les difficultés liées à l'intervention éducative ainsi à la compétence d'autogestion de la maladie pourrait certainement prédisposés les patients diabétiques aux développements des complications qui permet la prise en charge des patients plus efficacement et de façon multidisciplinaires, de retarder la progression.

Le Tchad fait partie des pays où le diabète continue par faire de ravage. Les personnes atteintes de cette maladie ne savent quel saint se vouer. La prise en charge du diabète pose jusqu'à là un problème à cause du manque de structure de prise en charge. La plus part des tchadiens qui souffrent aujourd'hui de cette maladie n'ont pas la possibilité de s'offrir des soins adéquats et nécessaires chaque année (N.O.Cynthia). Le Tchad, ne dispose pas un système de santé organisé officiel pour la prise en charge tant au niveau primaire que secondaire par un personnel paramédical et des médecins formés à cette profession. C'est ainsi que les personnes atteintes du diabète ne parviennent pas à contrôler leurs glycémies en raison des obstacles qui engendrent les risques liés à la gestion de la maladie. Il existe peu de données publiées sur la fréquence et les facteurs influençant le contrôle de glycémique en Afrique (Camara, 2014). Les interventions éducatives constituent une part essentiel du traitement, à la fois pour corriger l'hyperglycémie et pour limiter les risques cardiovasculaires. Le fait de vivre avec cette maladie chronique a également des conséquences biologiques et psychosociales.

II. PROBLEMATIQUE

Les chiffres de l'épidémie de diabète dans le monde sont impressionnants et alarmants, en 1985, une évaluation incertaine mais sans doute assez proche de la réalité, donnait 30 millions des personnes diabétiques dans le monde. Ce chiffre s'accroît en 2000, suite à une évaluation plus fine qui donnait 150 millions des patients diabétiques en 2013, on en compte plus de 400 millions d'où la projection des taux de patients diabétiques peut atteindre en 2025, un taux de 450 à 500 millions, peut-être plus (Gleyzes, 2009).

En 2019, on estime 463 millions le nombre de personnes vivant avec le diabète et ce nombre devrait atteindre 578 millions en 2030 et 700 millions en 2045 (FID, 2021). Ces estimations du diabète concernent les adultes âgés de 20 à 79 ans, elles incluent le diabète de type 1 et de type 2 diagnostiqué et non diagnostiqué. On estime que 79,4% d'entre eux vivent dans des pays à faible revenu d'où les principaux éléments responsables de l'augmentation du diabète sont les changements de style de vie et le vieillissement des populations (FID, 2021). Selon la Fédération Internationale du Diabète (2019), en Europe Occidentale on compte aujourd'hui 33 millions des diabétiques avec une prévision de 50 millions en 2030. Chaque année plus de 4 millions de décès sont imputables au diabète dans le monde, ces chiffres en valeur montrent que le diabète est sans doute très inquiétant mais ce qui l'est plus c'est la progression vertigineuse de la maladie. Le diabète est un fléau contre lequel les forces mobilisées sont très insuffisantes (Gleyzes, 2009).

Pour plusieurs organismes internationaux, à sa tête l'Organisation Mondiale pour la Santé (OMS) et la Fédération Internationale du Diabète (FID), une épidémie mondiale de diabète se constitue au point de représenter un problème majeur de santé publique pour les sociétés dans un proche avenir. Les coûts du traitement de l'hyperglycémie et des nombreuses et graves complications du diabète grèveront tant les budgets des systèmes de santé que ceux des individus et leurs entourages (R. Besson et al., 2009). En 1965, l'expansion de cette maladie dans de nombreux pays, considérée concomitante à l'augmentation de la consommation alimentaire, la réduction de l'activité physique et la haute de l'obésité est observée par les experts de l'OMS. Selon eux, le diabète sera un fardeau croissant pour toutes les populations dans le monde (R.Besson et al., 2009). La prévalence du diabète reste relativement élevée dans de nombreux pays et une activité physique régulière réduit le risque de diabète et de l'hyperglycémie, et elle est un facteur important d'équilibre énergétique général, de maîtrise du poids et de prévention de l'obésité et tous les risques liés à la survenue future du diabète.

L'OMS définit le diabète comme une affection chronique qui apparaît lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou que l'organisme n'utilise pas correctement l'insuline (insulino-résistance). Il existe plusieurs types de diabète, notamment deux principales formes : le type I, qui auparavant était nommé insulino-dépendant, caractérisé par une carence en insuline ; le type II, non insulino-dépendant, caractérisé par une diminution de l'action de l'insuline et/ou une résistance à l'insuline. Le diabète sucré est l'une des affections à long terme non transmissibles les plus courantes dans le monde. Il est lié à une mortalité, une morbidité, une perte de qualité de vie et un coût social et économique élevé.

En 2013, la prévalence de diabète traité en France est estimée à 4,7% de la population avec une fréquence qui ne cesse d'augmenter de 2,4% sur une période de 2013. La prévalence du diabète est plus élevée chez les personnes de niveau socio-économique moins favorisé ainsi qu'en Afrique (OMS, 2016). La France réunit aujourd'hui 625 professionnels épidémiologistes, tacticiens, éducateurs pour la santé, experts de la communication qui suivent de près l'évolution des maladies non transmissibles comme le diabète ou les maladies cardiovasculaires (F.F. Diabétique, 2018). Faute d'une prise en charge satisfaisante du diabète, les complications qui s'ensuivent compromettent la santé et mettent la vie des concernés en danger. Les complications aiguës sont une importante cause de mortalité, de dépenses et de mauvaise qualité de vie. Une glycémie anormalement élevée peut mettre la vie de l'individu en danger si elle déclenche des maladies comme l'acidocétose diabétique chez les diabétiques de type 1 ou type 2, et un coma hyperosmolaire chez les diabétiques de type 2. Quel que soit le type de diabète, une hypoglycémie peut survenir et provoquer une crise épileptique ou une perte de conscience. Cela peut se produire lorsque le patient a sauté un repas ou fait plus d'exercice que de coutume, ou si la posologie d'un antidiabétique était trop élevée (OMS, 2016).

Le diabète, à long terme, peut affecter le cœur, les vaisseaux sanguins, les yeux, les reins et les nerfs, et accroître le risque de cardiopathie et d'infarctus du myocarde. Ces atteintes peuvent réduire la circulation sanguine, ce qui est avec des lésions nerveuses (neuropathie) touchant les pieds accroît le risque d'infection des pieds, nécessitant une amputation définitive du membre affecté. La rétinopathie diabétique est une cause importante de cécité et elle est consécutive à l'accumulation à long terme de lésions des petits vaisseaux sanguins de la rétine. Le diabète figure au nombre des principales causes d'insuffisance rénale (OMS, 2016).

Selon le professeur André Grimaldi, le diabète est une maladie chronique dite de civilisation, due à l'augmentation de la longévité, à l'urbanisation, à la sédentarité ainsi qu'à

la déculturation (Lagger & Grimaldi, 2014). Différentes causes et facteurs de risque interviennent dans l'apparition de la maladie, c'est pourquoi elle doit être traitée efficacement pour éviter les conséquences biologiques (maladies cardiovasculaires, insuffisance rénale, cécité, amputation, troubles sensitifs) (Mohammadreza, Abdolghani, Afsaneh, Balouchi, & Ahmadreza, 2018) psycho-sociale (anxiété, troubles du sommeil, dépression, baisse de la qualité de vie) (Varghese, Balakrishnan, & Pailoor, 2018) (Loose et al., 2018) et sexuel (dysfonction érectile chez l'homme et sécheresse vaginale chez la femme) (Colson, Cuzin, Faix, Grellet, & Huyghes, 2018) (Fédération Française des Diabétiques, 2018) (Consoli, 2013).

Les facteurs de risques de diabète de type 1 sont inconnues. Il est généralement convenu que le diabète de type 1 résulte d'une interaction complexe entre des facteurs génétiques et environnementaux, bien qu'aucun facteur de risque environnemental particulier n'ait été reconnu responsable d'un grand nombre de cas. Les enfants et les adolescents constituent la majorité des cas de diabète de type 1. Le risque de diabète de type 2 est déterminé par l'interaction de facteurs génétiques et de facteurs métaboliques. L'appartenance ethnique, les antécédents familiaux, et un diabète gestationnel antérieur, associés à un âge avancé, au surpoids et à l'obésité, une mauvaise alimentation, la sédentarité et le tabagisme, augmentent le risque.

Les complications associées au diabète de type 2, tout comme les complications chroniques, peuvent avoir des conséquences graves, voire mortelles pour les diabétiques. Elles se manifestent lorsque le diabète est mal contrôlé et se caractérisent principalement par des états d'hypoglycémie et d'hyperglycémie. La reconnaissance de signes et symptômes des complications est un élément crucial de l'autogestion (Canadian diabetes association, 2013). L'hypoglycémie se définit par une glycémie inférieure à 4 mmol/L, l'apparition de symptômes autonomes ou neuroglycopeniques (tremblements, palpitations, anxiété, confusion, faiblesse, convulsions, coma), et par un soulagement des symptômes suite à l'administration de glucides (Canadian diabetes association, 2013). L'hypoglycémie peut mener à un éventail de complications en fonction de son intensité (Canadian diabetes association, 2013). L'augmentation du risque de présenter diverses anomalies du rythme cardiaque pouvant entraîner la mort est aussi associée aux hypoglycémies (Ligthelm, Kaiser, Vora & Yale, 2012). L'hypoglycémie sévère et récurrente pourrait, être associée à des séquelles intellectuelles qui peuvent se manifester par une diminution des performances intellectuelles et la démence (Canadian diabetes association, 2013). Des séquelles neurologiques telles que des paresthésies, des convulsions et des encéphalopathies peuvent

aussi être observées. Puisque les hypoglycémies sévères et récurrentes affectent aussi la sensibilité individuelle à détecter et ressentir les hypoglycémies, elles représentent un enjeu grave et dangereux (Canadian diabetes association, 2013). Les hypoglycémies peuvent représenter un fardeau pour les diabétiques, car elles sont entre autres associées à une réduction de la qualité de vie, une diminution de la qualité et de la quantité du sommeil, à une altération de la capacité à conduire un véhicule et à des effets négatifs sur les relations interpersonnelles (Braun et al., 2008 ; Brunton, 2012; Schopman, Geddes & Frier, 2010; Wu, Juang & Yeh, 2011).

L'hyperglycémie marquée peut provoquer un état d'acidocétose diabétique ou un syndrome d'hyperglycémie. Ces deux conditions représentent des urgences médicales en raison des nombreuses anomalies métaboliques qu'elles provoquent et peuvent entraîner la mort. Parmi les manifestations de l'hyperglycémie, notons les troubles respiratoires, les nausées et vomissements, la baisse du niveau de conscience, les troubles neurologiques se manifestant par des convulsions ou un état évoquant un accident cérébral vasculaire (Association canadienne du diabète, 2008).

Outre les complications à court terme, il est reconnu depuis quelques décennies que le diabète mal contrôlé ($HbA1c > 7\%$) est associé à une augmentation des complications à long terme (Greenfield et al., 2009 ; Nunnelee, 2008; Patel et al., 2008), telles que les maladies coronariennes, les accidents vasculaires cérébraux, la neuropathie, la rétinopathie, les dysfonctions sexuelles et l'hypertension artérielle (Desforges J., 2010; Leiter et al., 2013). Au Canada, le diabète est la principale cause de cécité, d'insuffisance rénale terminale et d'amputations non traumatiques. De plus, les maladies cardiovasculaires sont deux à quatre fois plus fréquentes chez les diabétiques et sont la première cause de décès dans cette population (Canadian diabetes association, 2013).

Les complications affectant la santé mentale sont aussi fréquentes en présence de diabète (Péres, Franco & dos Santos, 2008; Shehatah, Rabie & Al-Shahry, 2010; Zauszniewski & Graham, 2009). Il semble, selon le comité d'experts de l'Association canadienne du diabète (2013), que les symptômes dépressifs sont plus fréquents chez les personnes diabétiques que dans la population en général et que le trouble dépressif majeur soit présent chez environ 10% des diabétiques, soit jusqu'à deux fois plus fréquent que dans la population non diabétique. Il en est de même pour les troubles anxieux qui sont jusqu'à six fois plus fréquents chez les diabétiques (au moins 40 % des diabétiques présentent certains symptômes de ce trouble). Or, les troubles anxio-dépressifs sont associés à de moins bonnes habitudes d'hygiène personnelle, à un contrôle glycémique sous-optimal, à des complications

médicales, à une diminution de la qualité de vie et du bien-être psychologique, à des problèmes sociaux et à l'augmentation des coûts de santé (Stewart B. Harris, 2008).

Quel qu'en soit le type, le diabète peut entraîner des complications qui affectent plusieurs parties de l'organisme et accroître le risque général de décès prématuré. Au nombre des complications possibles figurent l'infarctus du myocarde, l'accident vasculaire cérébral, l'insuffisance rénale, l'amputation des jambes, la perte de vision et des lésions nerveuses. Pendant la grossesse, un diabète mal maîtrisé accroît le risque de mortalité intra-utérine et d'autres complications.

En fin, il nous paraissait important de rappeler que le diabète engendre des couts économiques important car il est responsable d'une augmentation des consultations médicales mais aussi augmentation du nombre hospitalisation. En effet, le diabète est responsable à lui seul de 12% de dépenses globales de santé dans le monde (FID,2015). On peut donc dire que le diabète est une maladie dont les répercutions sont considérable autant pour l'individu lui-même que pour ces proches et la société.

L'éducation thérapeutique (ETP) est une nécessité absolue dans la gestion des maladies chroniques, dont le diabète. L'ETP favorise non seulement l'autonomie du patient dans la prise en charge de sa maladie mais aussi lui permet de se réaliser dans les domaines de la vie personnelle, sociale, professionnelle (Lacroix & Assal, 2016). Un de ses autres objectifs est de rendre le patient capable d'agir au mieux pour préserver sa santé et ainsi éviter la survenue de complications (Education thérapeutique, 2013). L'efficacité de l'ETP doit être évaluée non seulement sur des connaissances mais aussi sur l'amélioration de la qualité de vie ou sur des paramètres cliniques ou biologiques mesurant l'amélioration de l'état de santé, tels que la glycémie, l'hémoglobine glyquée (Education thérapeutique, 2013).

En Afrique, depuis 1901, il a été rapporté par la FID que le diabète était plutôt peu fréquent, mais fatal en Afrique. Le diabète continue à être considéré comme rare dans la région pendant les années 50 à 60 années suivantes, mais il est devenu de plus en plus fréquent depuis quelques décennies. Cette augmentation rapide de la maladie se justifie suite à une étude épidémiologique menée en Afrique montre que le diagnostic de diabète est souvent méconnu par la plupart des patients qui se présentent avec l'une des complications du diabète (FID.R. Afrique, 2017). Autre étude portant sur le vieillissement rapide de la population en Afrique souligne qu'il alourdit un fardeau du diabète de type 1 ou du type 2. L'Afrique a tellement de défis urgents à relever en matière de santé notamment le diabète qui est jugé un peu prioritaire (Delisie et al, 2011).

L'OMS prévoit qu'en 2025, le monde comptera 300 millions de diabétiques contre 125 millions actuellement dont 75% vivront dans les pays en voie de développement, ce qui laisse préjuger de l'importance de ce problème de santé publique et du poids économique qu'il représentera pour ces pays dans les années qui viennent (T.Carmo al, 2007). L'Afrique sera alors la région du monde avec une forte progression de la maladie (Gardier, 2019). Elle est présentée comme de plus en plus affectée alors que les maladies infectieuses y restent toujours importantes (Gobatto et al 2014).

L'autogestion du diabète semble représenter alors un enjeu primordial pour une prise en charge efficace pour la maladie. En effet, selon OMS (2016), lorsque la maladie est prise en charge correctement, les personnes atteints de diabète ont une meilleure espérance de vie et une meilleure santé. Les professionnels de la santé ont alors un rôle central à jouer en ce qui concerne l'éducation à l'autogestion (Association canadienne du diabète 2013). Cela est repris par Udulis (2011), les personnels soignants doivent œuvrer pour améliorer les résultats cliniques des patients vivants avec des maladies chroniques. À l'annonce d'une maladie chronique, un suivi de la part de professionnels de la santé est mis en place afin de donner de l'information à la personne sur son état de santé et les soins qui s'y rattachent (Haute Autorité de Santé, 2014). C'est à partir du moment où la personne doit commencer à prendre soin d'elle-même, avec sa ou ses maladies, que l'autogestion entre en jeu (Association des infirmières et infirmiers autorisés de l'Ontario, 2015). L'autogestion a été décrite comme par Lorig et Holman (2003) comme «l'ensemble des activités que la personne effectue lorsqu'elle participe activement à la gestion de sa santé dans le but de contrôler et de vivre avec une maladie ou une condition à long terme. Dans la promotion de la santé elle inclut le développement des compétences nécessaires pour concevoir, mettre en œuvre, évaluer et réviser un plan individualisé de changement de style de vie (Orem, 1991). L'autogestion intègre donc un ensemble de compétences que la personne doit posséder pour prendre sa santé en main.

Ce concept qui englobe toutes les activités qu'un diabétique doit effectuer pour répondre lui-même aux exigences liées au maintien et à l'amélioration de sa santé (Sousa & Zauszniewski, 2005), est complexe et exigeante. Il est reconnu que 95% de la gestion du diabète est effectuée par le diabétique lui-même et par sa famille (Siminerio et al., 2006). L'utilisation de plus en plus répandue de l'insuline dans le traitement du diabète de type 2, efficace mais plus contraignante que la médication par voie orale, accroît la complexité de l'autogestion (Comité d'experts des lignes directrices de pratique clinique de l'Association canadienne du diabète, 2013). Plusieurs facteurs personnels et environnementaux sont

susceptibles d'influencer l'autogestion du diabète. La connaissance de ces facteurs est primordiale, car leur incompréhension peut mener à l'impasse thérapeutique (Ahola & Groop, 2013; Handley, Pullon & Gifford, 2010; Janes, Titchener, Pete, Pere & Senior, 2013; Rodriguez, 2013).

Toutefois, en dehors des réponses des organismes et de l'Etat qu'il fallait apporter en urgence aux médecins et aux patients diabétiques, sur la question d'interventions éducatives et la compétence d'autogestion chez les patients diabétique afin de retarder sa progression. Bien que la prise en charge et l'éducation thérapeutique, puissent paraître comme la première urgence à apporter aux populations souffrants, elles constituent un élément majeur pour la réduction du taux de mortalité des patients diabétiques au Tchad.

➤ **Le droit à la santé**

Si l'on se réfère au deuxième principe énoncé au préambule de la constitution de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), selon lequel « la possession du meilleur état de santé (...) constitue l'un des droits fondamentaux de tout être humain quelle que soit sa race, sa religion, ses opinions politiques, sa condition économique ou sociale ». On constate que le droit à la santé est parmi les nombreux droits reconnus à l'individu en tant que tel. Cette constatation se renforce de la reconnaissance de certaine manifestation de ce droit dans divers instruments classiques de droits de l'homme : Déclaration universelle de 1948, pacte internationale relatif aux droits économiques, sociaux et culturels de 1966, charte sociale européen de 1961.

En 1946, la Constitution de l'OMS a défini la santé comme « un état de bien être complet sur les plans physique, mental et social, et qui ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité ». On n'observe que le droit à la santé compris comme le droit à un état complet du bien-être, correspond plus au droit de l'homme. Et ce n'est pas tout si nous lisons le troisième principe du même préambule à l'effet que « la santé de tous les peuples est une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité », on doit conclure que la réalisation du droit à la santé n'est rien moins qu'une des conditions de la paix internationale (E. David, 1985).

Le droit à la santé est intrinsèquement lié à la réalisation des autres droits de l'homme. Les droits à l'information, à l'éducation et au logement, le droit à l'intégrité physique et mentale, le droit de vivre à l'abri de la violence : chacun de ces droits joue également un rôle déterminant dans la réalisation du droit à la santé et donc dans la construction d'un environnement propice à la santé.

En 1981, la Charte africaine des droits de l'homme et des peuples stipule que « toute personne a le droit de jouir du meilleur état de santé physique et mentale qu'elle soit capable d'atteindre ». En 2000, la Charte des droits fondamentaux de l'Union européenne reconnaît que : « Toute personne a le droit d'accéder à la prévention en matière de santé et de bénéficier de soins médicaux dans les conditions établies par les législations et pratiques nationales ». En 2015, le Comité des droits de l'enfant fournit une interprétation qui fait autorité du droit de l'enfant à la santé et en 2016, sur les droits similaires de l'adolescent (Rapport du groupe de travail de haut niveau sur la santé et le droit de l'homme des femmes des enfants et des adolescents, 2016).

➤ **Le droit à la santé, protection contre toute nature**

De la même manière que les droits de l'homme sont généralement subdivisés entre ceux reconnus à l'homme abstrait (droit civile et politique) et ceux connus à l'homme concret ou situé (droit économique, sociaux et culturels), les droits destinés à protéger la santé de l'individu contre les agressions naturelles peuvent faire l'objet de même classification. On trouve en effet, d'une part, des droits qui sont reconnus abstraitement et globalement à tout être humain en tant que tel, et d'autre part des droits qui sont conférés à des catégories spécifiques d'individus sur la base de leur situation physique particulière (Eric, 1985, p.65).

Si nous passons à une revue des normes du droit à la santé qui visent à protéger tout être humain au nom de sa seule qualité d'être humain quels que soit son âge, sexe, sa condition physique mentale etc., contre l'agression de la nature on constate que la plus part de ces droits figurent dans des textes à portée universelle, comme le pacte international relatif aux droits économiques, sociaux et culturels, la Déclaration universelle de droit de l'homme de 1981.

Un certain nombre de normes mettent en évidence les aspects curatifs et sociaux du droit à la santé. Ainsi l'article 1 de la Déclaration universelle de droit de l'homme reconnaît le droit aux soins médicaux et la sécurité sociale en cas de maladie d'invalidité de vieillesse. D'autres instruments énoncent le même principe en insistant parfois sur la gratuité des soins médicaux. Le droit à la santé, on l'a dit, ne consiste pas seulement à bénéficier des soins médicaux en cas de maladie ou d'un système de santé publique visant à prévenir et à éradiquer la maladie. C'est également le droit en général de vivre dans des conditions décentes au plan économique

(Eric, 1985, p.67).

➤ **Agendas stratégique de santé (Vision, Mission et but du Programme de lutte contre MNT au Tchad)**

• **Vision**

Le Tchad libéré des MNT à l'horizon 2020.

• **Mission**

Mettre en place des stratégies appropriées de lutte contre les MNT au niveau du territoire national et assurer la coordination des interventions sur le terrain en la matière.

• **But**

Le but du plan stratégique de lutte contre les MNT est d'établir un programme intégré, solide et viable capable de réaliser les objectifs spécifiques pour chaque MNT et ainsi contribuer à l'amélioration de la santé de la population tchadienne notamment dans le domaine des maladies chroniques.

➤ **Principes Directeurs et priorités stratégiques du Plan MNT du Tchad**

Ce plan directeur de cinq ans de lutte contre les maladies chroniques au Tchad vise à renforcer l'appropriation du programme par le gouvernement, la mobilisation des ressources, le renforcement de la collaboration multisectorielle et du partenariat, la mise à l'échelle des interventions de lutte et le renforcement de la surveillance. La mise en œuvre du présent plan directeur est régie par les principes directeurs qui devront être largement approuvés par les différents acteurs pour une réussite de l'intégration : codécision, transparence, équité, cadre institutionnel défini, en coordination avec les différentes parties prenantes, respect strict des normes/protocoles. Ceci passe nécessairement par :

- La mise en place d'un vaste programme de plaidoyer, de sensibilisation et d'information qui cible les pouvoirs publics, les décideurs, les partenaires techniques et financiers, les professionnels de la santé y compris ceux du privé, la population.
- La mise en place d'un cadre institutionnel de pilotage et de suivi-évaluation présidé par le Secrétaire Général du Ministère de la Santé Publique et regroupant les coordonnateurs des différents programmes MNT, La DGHLM, la DMTNT, la DSEPS, DSIS, DGPL, DRH. Ces parties prenantes ont été ciblées à cause de leur implication effective dans les différentes stratégies de lutte contre les MNT, notamment dans la

prévention, la recherche, l'approvisionnement en médicaments et l'éducation pour la santé. Ce comité est élargi aux secteurs de l'élevage, de l'éducation, de l'hydraulique, ainsi qu'aux institutions de recherche et d'autres partenaires notamment l'OMS, l'UNICEF, l'Union Européenne, la BID, le Centre Carter, CBM, OPC, ITI, CSSI, l'INSSSED et la fondation R. Follereau. Il est prévu de faire chaque année un rapport d'avancement de l'exécution du plan validé et diffusé par ce comité ;

- Une implication effective et coordonnée des différents partenaires pour une utilisation rationnelle et efficiente des ressources disponibles ;
- Un respect strict des normes et protocoles standardisés de prise en charge des cas et de distribution de masse des médicaments en fonction de la co-endémicité ;
- Une intégration de la planification annuelle des activités de lutte contre les MTN dans les Plans de Travail Annuels au niveau région et district (PDL MNT)

➤ **Cadres normatifs internationaux visant la lutte contre les maladies non transmissibles**

Durant des siècles, les gens mourraient généralement des maladies transmissibles telles que la peste, le choléra, la tuberculose ou la grippe. Grâce à la prospérité et aux progrès de la médecine, l'espérance de vie a fortement augmenté au cours des dernières décennies. Par contre, la part des maladies non transmissibles telles que le cancer, le diabète, les maladies cardiovasculaires, les affections chroniques des voies respiratoires et les troubles musculo-squelettiques sont nettement plus élevées qu'avant. C'est particulièrement vrai des pays qui comptent un pourcentage élevé de personnes âgées. En effet, l'espérance de vie élevée a aussi son revers de l'augmentation des maladies non transmissibles (stratégie MNT, 2017-2024).

La progression rapide des maladies non transmissibles va constituer au siècle prochain l'un des principaux défis sanitaires pour le développement dans le monde. Ce défi d'ampleur croissante menace le développement socio-économique tout autant que la vie et la santé de millions de gens. En 1998, les maladies non transmissibles ont contribué, selon les estimations, à près de 60% (31,7 millions) des décès dans le monde et 43% de la charge de morbidité mondiale. Compte tenu des tendances actuelles, ces maladies devraient, d'ici 2020, être à l'origine de 73% des décès et de 60% de la charge de morbidité (OMS, 2020). Les pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire qui souffrent le plus de l'impact des maladies non transmissibles, dont la progression rapide s'observe parfois de façon disproportionnée dans les populations pauvres et défavorisées et contribue à creuser plus encore le fossé sanitaire

entre pays comme à l'intérieur des pays. Ainsi, en 1998, sur l'ensemble des décès attribuables à des maladies non transmissibles, 77% sont survenus dans des pays en développement, et 85% de la charge de morbidité qu'elles représentent a été supportée par des pays à faible revenu ou à revenu intermédiaire (OMS, 2020).

En Afrique, par effet d'un allongement de l'expérience de vie, les maladies non transmissibles occupent une place toujours plus grande dans le profil épidémiologique. Les systèmes de santé des Etats Membres n'ont pas la capacité de prendre en charge les maladies non transmissibles. Actuellement, les pays traitent celle-ci en recourant à des services cliniques très onéreux dont la couverture et les retombés sur l'état de santé en général de la population sont très modeste. En outre, le traitement des maladies non transmissibles nécessite de grande quantité de médicaments essentiels, un encadrement psychosocial et une réorganisation des systèmes de service de santé. La charge mondiale des maladies non transmissibles continue à augmenter et la lutte contre ces maladies est l'un des principaux défis pour le développement au XXIème siècle. Dans sa résolution, l'Assemblée de la Santé a réaffirmé que la stratégie mondiale de lutte contre les maladies non transmissibles et le plan d'exécution qui l'accompagne visaient à réduire la mortalité prématurée et à améliorer la qualité de la vie.

En 2011, l'Assemblée de la Santé a adopté la résolution sur la préparation de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, dans laquelle elle prie le Directeur général de dresser, avec les institutions et entités compétentes du système des Nations Unies, un plan de mise en œuvre et de suivi des résultats qui indique leurs incidences financières et qui sera soumis à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif. En janvier 2012, le Conseil exécutif a adopté la résolution intitulée « Lutte contre les maladies non transmissibles résultats de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles », dans laquelle il prie le Directeur général, notamment, d'élaborer, de manière consultative, un plan d'action de l'OMS concernant la lutte contre les maladies non transmissibles pour 2013-2020, en s'appuyant sur les enseignements tirés du plan d'action 2008- 2013 et en tenant compte des résultats de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale des Nations Unies sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, de la Déclaration de Moscou sur les modes de vie sains et la lutte contre les maladies non transmissibles, de la Déclaration de Rio sur les déterminants sociaux de la santé, tout en s'inspirant et en s'inscrivant dans la suite

logique des stratégies et instruments de l'OMS relatifs au tabagisme, à l'usage nocif de l'alcool, au déséquilibre de l'alimentation et à la sédentarité.

Ce plan d'action devrait être soumis pour examen à la Soixante-Sixième Assemblée mondiale de la Santé, par l'intermédiaire du Conseil exécutif, aux fins de son éventuelle adoption. Les organisations non gouvernementales nous accompagnent à résoudre ce problème. Finalement, c'est notre responsabilité individuelle et collective qui est questionnée comme jamais elle ne l'a été. La riposte face à cette grande menace des maladies non transmissibles incombe à tous, aux institutions, aux états. Aux conséquences socioéconomiques dramatiques prévues, on opposera une politique de prévention réaliste dont les axes stratégiques seront adaptés aux populations locales, à leurs vécus culturels et à leurs possibilités de participation (pouvoir d'achat, niveau de scolarisation...). L'adoption, à court terme, de mesures préventives et thérapeutiques est non seulement nécessaire mais relève du champ des possibles.

➤ **Cadre mondial de suivi, indicateurs compris, et série de cibles mondiales volontaires**

Un certain nombre d'agendas, de pactes, d'engagements et de cadres mondiaux récents offrent un suivi d'un plan d'action politique mondial qui peut être utilisés pour lutter contre les maladies non transmissibles en veillant à l'accessibilité, accès aux soins des patients. C'est dans ce cadre que le Programme de développement durable à l'horizon 2030, adopté en septembre 2015, consiste réduire d'un tiers, par la prévention et le traitement, le taux de mortalité prématurée due à des maladies non transmissibles et promouvoir la santé mentale et le bien-être Objectifs de Développement Durable (ODD17).

Les cibles mondiales volontaires portent sur les décès prématurés dus aux grandes maladies non transmissibles, sur les facteurs de risque comportementaux et biologiques et sur les mesures prises par les systèmes de santé face à l'épidémie de maladies non transmissibles. L'atteinte de ces cibles d'ici 2025 signifierait que l'on a beaucoup progressé dans la lutte contre les maladies non transmissibles. Le plan d'action est destiné à réduire plus vite la charge des maladies non transmissibles afin de progresser suffisamment d'ici 2020 pour atteindre les cibles mondiales en 2025 (OMS, 2013).

- **Renforcer la sensibilisation et la coopération internationale et accorder plus d'importance à la lutte contre les maladies non transmissibles aux niveaux mondial, régional et national, et dans le cadre de l'action en faveur du développement**

Dans la Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles, les chefs d'État et de gouvernement et représentants d'État et de gouvernement se sont engagés à renforcer les politiques et les programmes de lutte contre les maladies non transmissibles et les intégrer, selon qu'il conviendra, dans les processus de planification en matière de santé et de programme de développement national.

Dans la Déclaration issue de la Conférence des Nations Unies sur le développement durable à Rio les chefs d'État et de gouvernement et représentants de haut niveau reconnaissent que le fardeau que les maladies non transmissibles représentent à l'échelle mondiale figure aujourd'hui parmi les principaux obstacles au développement. Dans le même ordre d'idées, le premier rapport de l'équipe spéciale des Nations Unies chargée du programme de développement pour après 2015, intitulé *Realizing the Future We Want*, estime que la lutte contre les maladies non transmissibles est une priorité pour le développement social et pour l'épanouissement personnel. La prévention des maladies non transmissibles est à la fois le préalable et le résultat d'un développement humain durable et elle dépend des dimensions sociale, économique et environnementale du développement (OMS, 2013).

Comme les causes des maladies non transmissibles ont en grande partie comme base plusieurs facteurs qui déterminent la position sociale, notamment le revenu, l'éducation, la profession, le sexe et l'origine ethnique, il faut adopter une approche axée sur les déterminants sociaux afin de combattre les inégalités sociales et celles présentes dans le système de santé pour lutter efficacement contre les maladies non transmissibles. En outre, en raison des liens étroits qui existent entre la pauvreté et les maladies non transmissibles, les pays doivent combattre les deux phénomènes simultanément. Ces maladies entraînent des dépenses catastrophiques, d'importantes dépenses directes pour les patients, une perte de revenus en cas d'affection chronique et des dépenses pour la prise en charge des personnes malades au sein des familles, et tout ceci peut contribuer à l'appauvrissement des ménages. Le coût de ces maladies pour les systèmes de santé, les entreprises et les gouvernements et la perte de productivité causée par les décès prématurés aggravent l'impact macroéconomique.

Il faut adopter des approches novatrices pour renforcer la sensibilisation afin de maintenir l'intérêt des chefs d'État et de gouvernement à long terme, par exemple en faisant participer l'ensemble des secteurs concernés, la société civile et les communautés, selon les besoins. La coopération et l'aide internationales sont essentielles pour appliquer efficacement le plan d'action aux niveaux mondial, régional et national et pour atteindre les cibles mondiales en matière de lutte contre les maladies non transmissibles. Le plan d'action fournit

une plateforme mondiale qui permettra d'informer les pays, la société civile et les organisations internationales du problème que représentent les maladies non transmissibles pour la santé publique mondiale et de prendre des mesures intersectorielles cohérentes pour réduire la charge de ces maladies et favoriser ainsi le développement social et économique, en particulier dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Les mesures proposées dans le cadre de cet objectif seront essentielles pour créer un environnement propice aux niveaux mondial, régional et national qui permettra à tous les pays de réduire progressivement la charge des maladies non transmissibles (P.A.MNT, 2013-2020, p.15).

➤ **État actuel de l'accès aux soins des maladies non transmissibles**

Toutes les personnes atteintes de maladies non transmissibles devraient avoir accès équitablement aux soins de santé et à la possibilité de posséder ou de recouvrer le meilleur état de santé qu'elles sont capables d'atteindre, quelles que soient leur âge, leur sexe ou leurs positions sociales (Plan d'action OMS 2013-2020). Dans ce cadre, l'ODD3 se concentre sur la santé et le bien-être. Le point 3.8 mentionne : « *Faire en sorte que chacun bénéficie d'une assurance-santé comprenant une protection contre les risques financiers et donnant accès à des services de santé essentiels de qualité et à des médicaments et vaccins essentiels sûrs, efficaces, de qualité et d'un coût abordable.* ». La Couverture sanitaire universelle (CSU) proposée par l'OMS, a pour objectif de faire en sorte que tous les individus aient accès aux services de santé dont ils ont besoin sans encourir de difficultés financières. La Couverture Sanitaire Universelle veille à ce que chacun ait accès aux services et aux médicaments essentiels (Atlas, FID, 2019).

➤ **Les barrières liées à l'accès aux soins des patients**

Afin de garantir des soins de santé de qualité pour le diabète, l'approvisionnement en médicaments fait partie des éléments composant du système de santé pour améliorer l'état de santé des patients. En Afrique, l'on constate des limites sur les capacités à fournir des soins pour le diabète. Ces limitations ont un impact direct sur l'accès aux soins et aux traitements pour le diabète. L'accès aux traitements pour le diabète nécessite de prendre en compte trois facteurs : le prix du traitement, sa disponibilité et si ce traitement est abordable. Le prix est la somme d'argent requise pour pouvoir payer le traitement. La disponibilité représente le fait que le médicament est présent lorsque le patient souhaite l'acheter à la pharmacie. Enfin, le dernier point important est de savoir si ce médicament est abordable, à savoir si le médicament est présent et que l'individu doit le payer, est-ce que le coût est dans les moyens financiers de cette personne (Beran, 2011)

Les données concernant l’Afrique subsaharienne ont montré que de nombreux besoins en matière de prise en charge du diabète n’étaient pas couverts pour la plupart des personnes vivant avec le diabète, y compris l’accès au dépistage des complications, aux conseils et aux médicaments. Par exemple, les estimations mondiales indiquent qu’une personne sur deux vivant avec le diabète de type 2 n’a pas accès à l’insuline qui lui a été prescrite. L’analyse de l’accès aux médicaments du diabète montre que la disponibilité des médicaments du diabète est variable au niveau mondial, les populations pauvres ayant moins accès aux médicaments que dans les pays à revenu élevé (FID, 2019).

➤ **Les facteurs du diabète influençant la pauvreté et le développement humain**

Les décès précoces font partie des éléments qui contribuent aux pertes de revenus. De plus, de nombreuses personnes souffrent de complications potentiellement évitables qui les empêchent de travailler. Cet état de fait équivaut à une importante perte pour l’économie en général et, dans les pays où il n’existe pas de couverture sociale, cela peut faire basculer certaines familles dans la pauvreté et priver les enfants d’une alimentation saine, d’une bonne éducation et d’une perspective d’emploi. Le diabète n’est pas seulement un enjeu de santé, c’est également un enjeu de développement. En renforçant la lutte contre le diabète à l’échelle mondiale, l’on crée par la même occasion la possibilité de contribuer à la réalisation d’autres indicateurs clés du développement (FID, 2011-2021).

➤ **Les facteurs domestiques**

Au niveau du ménage, les obstacles liés aux traînements des maladies non transmissibles incluent les obstacles financiers (causés par le coût direct et indirect de la maladie), la distance à parcourir pour aller dans un centre de santé, les obstacles linguistiques, la sécurité et l’intolérance sont autant des problèmes que les personnes souffrant font face. Les pratiques et les croyances, ainsi que les besoins occasionnels liés au déplacement des patients et accès aux soins empêchent ces derniers à contrôler leur état de santé. Même lorsque les patients prennent conscience des dangers des maladies non transmissibles l’importance du changement de comportement alimentaire et les contraintes financières deviennent leurs principales préoccupations.

C’est dans cette perspective qu’il nous a semblé nécessaire de poser la formulation de ce sujet de recherche «**Interventions éducatives et compétence d’autogestion chez les patients diabétique de L’Hôpital d’Amitié Tchad-Chine de N’Djamena** ».

2.1. Questions de recherche

Nous formulons dans le cadre de ce travail deux types de questions de recherche à savoir : une question générale et quatre questions spécifiques.

2.1.1. Question générale de la recherche

QGR : *Quelles sont les dimensions d'intervention éducative telles que les activités éducatives, les ressources organisées, le climat relationnel soignant-patient et les actions éducatives qui contribuent à la compétence d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena ?*

2.1.2. Questions spécifiques de recherche

QSR1 : *De quelle manière les activités éducatives proposées contribuent-elles à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena ?*

QSR2 : *Comment les ressources organisées contribuent-elles à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena ?*

QSR3 : *Quel climat relationnel soignant-patient contribue-t-il à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena ?*

QSR4 : *Quelles sont les actions éducatives qui contribuent à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena ?*

2.2. Objectifs de la recherche

2.2.1. Objectif général de la recherche

QGR : *Analyser la manière dont les dimensions d'intervention éducative telles que les activités éducatives, les ressources organisées le climat relationnel soignant-patient et les actions éducatives contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.*

2.2.2. Objectifs spécifiques de la recherche

OSR1 : *Comprendre la manière dont les activités éducatives proposées contribuent à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.*

OSR2 : *Comprendre la manière dont les ressources organisées contribuent à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.*

OSR3 : *Comprendre la manière dont le climat relationnel soignant-patient contribue à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.*

OSR4 : *Comprendre la manière dont les actions éducatives contribuent à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.*

2.3. Hypothèses de recherche

2.3.1. Hypothèse générale de recherche

HGR : *Les interventions éducatives dans leurs dimensions d'activités éducatives, de ressources organisées de climat relationnel soignant-patient et d'action éducative contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.*

2.3.2. Hypothèses spécifiques de recherche

HSR1 : *Les activités éducatives proposées contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.*

HSR2 : *Les ressources organisées contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.*

HSR3 : *Le climat relationnel soignant-patient contribue positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.*

***HSR4 :** Les actions éducatives contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.*

III. METHODOLOGIE

3.1. Cadre théorique

D'après Guéguen : une théorie est un ensemble unifié de connaissance qui permet d'expliquer un ou plusieurs processus mentaux que l'on peut étudier. Ces connaissances sont obtenues par le biais de recherche qui ont été conduites par des chercheurs et qui permettent par effet cumulatif d'élaborer une théorie. La théorie tend à fournir une explication à un fonctionnement psychologique. Toutefois, plusieurs initiatives visant la modification des comportements des individus n'ont pas obtenu un résultat escompté (Green, 1980). Cette accumulation d'échecs a conduit plusieurs intervenants dans le secteur de la santé à conclure que l'amélioration de la santé communautaire ne passait pas par la modification des comportements des individus (Labonté & Penfold 1981).

En fait, pour modifier un comportement il faut faire un choix judicieux des méthodes d'interventions et définir de façon appropriée le contenu des messages éducatifs d'une intervention. Dans le domaine de la psychologie de la santé, la théorie utilisée aborde le comportement des individus dans une perspective sociale, considérant l'interaction de l'individu avec son environnement social. De ce fait, nous convoquons trois théories.

3.1.1. La théorie de l'apprentissage sociale

La théorie d'apprentissage social (Social Learning Theory) de Julian B. Rotter, (1966) est l'une des théories potentielles dans la prise en charge psychologique des maladies chroniques. Elle met accent sur l'action éducative en soin infirmiers (behavior potentiel) qui est déterminé par la valeur accordée au résultat attendu et par les attentes de ces résultats, dont la valeur est accordée au contrôle de son état de santé. L'un des apports significatifs de cette théorie est en effet le concept de lieu de contrôle. L'attente qu'on contrôle ou non le résultat serait influencée par les expériences antérieures et par le caractère spécifique de la situation vécue (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988).

La gestion du diabète met l'accent sur le mot « contrôle ». Que l'on fasse allusion au contrôle glycémique, à la discipline nécessaire, à la responsabilité de l'individu ou à la surveillance par l'équipe médicale. Les personnes qui vivent au quotidien avec le diabète ont

entendu et utilisent elles-mêmes dans leur discours le mot « contrôle » (Broom & Whittaker, 2004). Cette perception, d'exercer ou non un contrôle sur son état de santé, est considérée comme un des éléments faisant en sorte de rester en santé voire parfois de tomber malade.

Julian B. Rotter (1966) fût le premier à avancer le concept de lieu de contrôle « locus of control » comme étant l'attente qu'a une personne d'obtenir un résultat spécifique suite à une action qu'elle a posée. En d'autres termes, le lieu de contrôle représente le sentiment d'un individu d'avoir le contrôle sur les renforçateurs qu'il désire obtenir. Les personnes possédant un lieu de contrôle interne croient avoir le contrôle sur les résultats obtenus alors que les personnes possédant un lieu de contrôle externe ne croient pas avoir ce contrôle (DeVito, Bogdanowicz, & Reznikoff, 1982). Ces lieux de contrôle ne se situent pas sur un continuum, mais constituent bien deux dimensions indépendantes l'une de l'autre (Luszczynska & Schwarzer, 2005).

Depuis maintenant plus de vingt ans, l'équipe de recherche de Kenneth A. Wallston a adapté le concept de Rotter au domaine de la santé. Ces auteurs (Wallston, 1992; Wallston, Stein, & Smith, 1994) ont avancé le concept de « lieu de contrôle de santé » (health locu of control) comme pouvant prédire l'adoption de comportements de santé.

En effet, pour mieux comprendre pourquoi un individu s'engage ou échoue à s'engager dans les actions relatives à la santé, la notion de lieu de contrôle de santé est nécessaire bien que non suffisante. Wallston (1992) précise également que les premières théorisations du lieu de contrôle de santé suivaient celles de Rotter en ce sens qu'elles concevaient le lieu de contrôle de santé comme étant unidimensionnel avec deux extrêmes, le lieu de contrôle interne et externe. Toutefois, des versions ultérieures des travaux de Wallston et ses collègues (1994) ont plutôt mis de l'avant une conception multidimensionnelle du lieu de contrôle de santé. Ainsi, le lieu de contrôle interne subsiste et le lieu de contrôle externe est subdivisé en deux types, soit celui attribué aux autres (ex. : autorités, médecins) et celui dû au hasard ou à la chance. Généralement, chez les personnes en santé, le lieu de contrôle de santé interne est le plus susceptible d'être présent: la personne croit avoir le contrôle sur sa santé. Le lieu de contrôle externe de santé dû aux autres implique qu'un individu croit que les autres personnes en position d'autorité influencent sa santé. Finalement, le dernier type consiste en la croyance que la chance, le hasard ou le destin influence sa santé (Wallston, 1992; Wallston et al., 1994).

3.1.2 Modèle de la promotion de la santé (HPM)

Nola PENDER, une infirmière thérapeute née en 1941 dans le Michigan, qui a commencé à travailler sur sa théorie, le modèle de la promotion de la santé en 1972. Cette

théorie a été présentée dans son livre *promotion de la santé dans la pratique infirmière* en 1982. Le modèle de HPM propose un cadre permettant d'intégrer les perspectives des soins infirmiers en lien avec les facteurs prédictifs des comportements de santé. Le modèle fournit un moyen d'explorer les processus biopsychosociaux qui motivent les individus à adopter un comportement visant à améliorer la santé et le bien-être (PENDER et al., 2018). Dans ce travail, il est question, au travers de l'intervention éducative, d'accompagner le patient diabétique à autogérer sa pathologie et adopter un comportement plus sain dans la gestion de sa maladie.

Dans ce contexte de soins, l'éducation thérapeutique peut être une plus-value. Elle permet d'avoir une meilleure conscience de sa situation de santé en visualisant ses propres compétences au travers du contrôle de sa maladie. La théorie d'HPM est divisée en trois parties qui constituent la structure du modèle.

- a) Les caractéristiques et expériences individuelles (individual characteristics and experiences) : signifient que chaque personne est unique avec des expériences et des affects propres selon les actions menées. Elles incluent les comportements antérieurs (Prior Related Behavior) et les facteurs personnels (Personal factors) (Alligood, 2014). Les comportements antérieurs (Prior Related Behavior) sont souvent les mêmes ou similaires à un comportement s'étant produit dans le passé. Les comportements ayant déjà été démontrés dans le passé ont comme avantage un engagement plus probable et une base ancrée par la répétition de la pratique. Au contraire, un comportement antérieur ayant été mal vécu sera présent dans la mémoire de la personne et influencera la prise en soins (PENDER et al., 2018).

Durant les premiers entretiens d'ETP, l'infirmière aidera le patient à former un historique de comportements positifs. Pour le futur, ceci permettra de se concentrer sur les bénéfices des comportements tout en enseignant comment dépasser les obstacles et mener à bien le but recherché. Il en ressortira comme effet un sentiment d'auto-efficacité de la part de la personne et un affect positif par rapport à sa performance. Les facteurs personnels (Personal factors) sont classés comme biologiques, psychologiques et socioculturels. En théorie, les facteurs personnels peuvent expliquer ou prédire des comportements et seront essentiels à prendre en considération et à connaître lors d'une prise en soins du patient diabétique.

- b) Les connaissances et affects des comportements spécifiques ((behavior specific cognitions and affect) : sont à prendre en considération dans le but d'aider la personne à

modifier son comportement. Ils incluent les bénéfices (Perceived benefits of action), les barrières (Perceived barriers to action), le sentiment d'efficacité personnel (Perceived self efficacy), les activités relatives aux affects (Activity related affect), les influences interpersonnelles (Interpersonal influences) et les influences situationnelles (Situational influences). Mesurer ces variables est important dans le but d'évaluer les changements et les résultats des interventions (Pender et al., 2018). Au moment de l'éducation thérapeutique, il est essentiel de la part du corps soignant d'avoir à l'esprit les bénéfices d'une action ainsi que les barrières et obstacles perçus. Ceci va déterminer son engagement dans le plan d'action (PENDER al., 2018 ; Alligood, 2014).

Au travers de l'intervention éducative, l'infirmière met en place, en partenariat avec le patient atteint du diabète, des actions perçues comme bénéfiques dans le changement de comportement de santé. En ayant des représentations positives de ses comportements, le patient adhère à la mise en place de son plan de soins. Au contraire, les barrières (Perceived barriers to action) sont souvent vues comme des obstacles, un coût personnel par rapport à l'engagement. Percevoir des barrières dans le modèle d'HPM affecte les comportements, bloque les actions et réduit l'engagement au plan d'action (Pender al., 2018 ; Alligood, 2014).

Dans ce travail, la mise en place d'un programme sur l'autogestion doit être abordée dans un entretien afin de fournir aux soignants des compétences nécessaires pour le contrôle de la maladie. Ensuite, le ressenti du sentiment d'efficacité personnel (Perceived self efficacy) dans une situation, motive l'individu à s'investir dans un comportement parce qu'il y excelle. A contrario, si la personne ressent qu'elle n'a pas les compétences, elle ne réitérera pas l'expérience. Lorsqu'il y a perception d'une efficacité par la personne, les obstacles ne seront pas pris en compte dans la réflexion du plan d'action (Pender et al., 2018 ; Alligood, 2014).

Avant d'introduire l'ETP, il est important de se focaliser sur le comportement de la personne et ainsi déceler si un quelconque biais au sentiment d'efficacité personnel est présent. L'ET offre une organisation structurée des données que le patient doit prendre en considération dans la prise en soins de son diabète. Si l'infirmière est face à une personne désorganisée, la mise en place de cet programme peut être perçue comme inefficace. L'affect résultant de l'état émotionnel (Activity related affect) est susceptible de déterminer si l'individu va maintenir son comportement sur le long terme. Les affects négatifs peuvent constituer une barrière et être stockés dans la mémoire (Pender et al., 2018 ; Alligood, 2014). Durant l'intervention éducative, il sera important de tenir compte des représentations des

affects du patient vis-à-vis de la problématique du diabète, mais aussi par rapport aux programmes proposés dans le plan de soins.

- c) Les influences interpersonnelles (Interpersonal influences) sont des cognitions (pensées) qui impliquent le comportement, les croyances et les attitudes aux autres. Les éléments influenceurs de ces cognitions sont : la famille, les amis et le personnel de la santé (Pender et al., 2018 ; Alligood, 2014). Ils déterminent les prédispositions d'un individu à s'engager dans un comportement de prévention de la santé. Pour finir, les situations influençables (Situational influences) représentent des éléments de l'environnement qui vont conduire à produire un comportement plutôt qu'un autre (Pender et al., 2018 ; Alligood, 2014).
- d) Résultats comportementaux (Behavioral outcome) : mettent en lien l'importance entre les besoins et les préférences de la personne qui sont en constante compétition (Immediate competing demands and preferences). La personne a peu de contrôle sur ses besoins à cause des contraintes environnementales (comme le travail) contrairement aux préférences où elle exerce un haut contrôle. Pour les préférences, il est, par exemple, possible que le patient puisse choisir une application par rapport à une autre parce qu'il se sent plus à l'aise avec son fonctionnement. Concernant les besoins, le dilemme peut être de pouvoir combiner les entretiens thérapeutiques avec les contraintes au niveau du travail (comme les horaires). Ensuite, il y a l'engagement à planifier une action (Commitment to a plan of action) qui suit le comportement de promotion de la santé (Health promoting behavior). En effet, au travers des interventions infirmières, un plan d'action peut être déterminé afin de définir les comportements de promotion de la santé. En conclusion, suite aux objectifs préalablement établis, les comportements de promotion de la santé amènent les résultats attendus (Pender et al., 2018 ; Alligood, 2014).

3.1.3 Théorie Sociale Cognitive selon Albert BANDURA

Cette théorie reconnaît l'influence de l'environnement sociale et des apprentissages réalisés par les individus sur les comportements sociaux. Bandura (1977) a proposé une théorie qu'il a récemment nommée la théorie sociale cognitive (Bandura 1986). Selon cette théorie, les différences individuelles, dans la façon d'accomplir une action ou emprunter un comportement significatif s'expliquent en grande partie de deux croyances :

- La croyance en l'efficacité du comportement ;
- La croyance en l'efficacité personnelle.

Selon BANDURA (1977), la première croyance consiste à vérifier le degré de conviction d'une personne face à l'adoption d'un comportement donné (celui-ci provoquera-t-il les résultats escomptés ?) alors que le second tente plutôt de vérifier jusqu'à quel point la personne est convaincue de réussir à adopter le comportement requis pour obtenir les résultats escomptés (figure 2). On peut comprendre que l'éducation thérapeutique permet aux patients diabétiques de connaître la maladie et être capable de vérifier à quel moment de la journée sa glycémie. Pour certains patients faire de l'exercice physique régulièrement les permettra d'obtenir les résultats souhaités (exemple : améliorer leur état de santé par les exercices physiques : cas des diabétiques) et si elles croient être capables d'adapter ce comportement c'est-à-dire faire l'exercice sur une base régulière et avoir une alimentation saine et équilibré. La mise en place d'une intervention éducative dans le processus du traitement des maladies chroniques comme le diabète doit être appliqué pour permettre aux participants de réfléchir à leur comportement à partir des résultats glycémiques. Ils peuvent sélectionner une attitude qui leur semble pertinente de changer en vue d'un meilleur résultat glycémique. Dans ce sens, les participants ont parfois vu cette approche comme un « défi ». Certains notent que, grâce à l'application d'une intervention éducative ils réussissent à faire des liens entre les changements glycémiques et leur comportement. C'est ainsi qu'ils notent l'opportunité de devenir plus engagé dans le contrôle de leur diabète. Un participant rapporte n'avoir jamais pris l'habitude de prendre un petit-déjeuner. Il constate « j'ai appris ce qui faisait monter mes glycémies ».

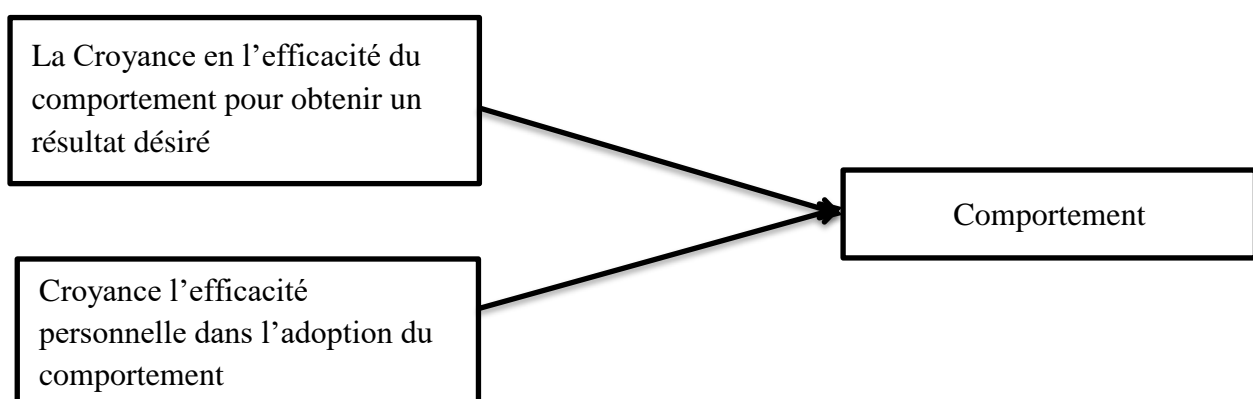


Figure N°1 : illustration des éléments associés au comportement selon la théorie sociale cognitive d'Albert BANDURRA (1977).

Dans la littérature scientifique, il semble de plus en plus évident que ces croyances sont associées à l'adoption d'une variété de comportements significatifs, dont certains liés à la santé (Diclemente, 1986 ; Strecher, 1986). C'est toutefois la croyance en efficacité

personnelle face aux tâches à réaliser qui a retenu l'attention du chercheur. A titre exemple, Diclemente (1981) rapportait que les gens animés d'une forte croyance en leur efficacité personnelle au début d'un programme pour cesser de fumer réussissaient dans une grande proportion à éliminer la cigarette de façon définitive. Dans le cadre de la théorie sociale cognitive, ces résultats s'expliquent par le fait que la croyance en efficacité personnelle détermine la somme des efforts que la personne est capable à fournir un comportement, malgré les difficultés qu'elle rencontrera. A cet effet, plusieurs études montrent que, confrontés à une tâche difficile, les gens très confiants en leur efficacité personnelle persévèrent davantage que ceux qui sont moins (Weinberg 1979).

3.1.4 Modèle biopsychosocial

L'étude de l'adhésion au traitement et de l'autogestion des soins chez les diabétiques implique la conviction qu'il existe une relation étroite entre le corps et l'esprit. George Enge en 1977 a été le premier à croire en l'importance de tenir compte non seulement des dimensions biologiques de la maladie et de la santé, mais également des dimensions psychologiques et sociales pouvant les influencer (Borrell-Carri6, Suchman, & Epstein, 2004). Sa conception se différenciait du modèle biomédical en faisant appel au modèle biopsychosocial. Le modèle biopsychosocial constitue un cadre théorique et clinique fondamental à la base des théories du domaine de la psychologie de la santé. Ce « méta-modèle » met en lumière l'influence des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux sur les comportements de santé. Plus encore, il comprend à la fois une approche systémique et transactionnelle de la santé et de la maladie. L'approche systémique conçoit les facteurs influant sur les comportements de santé en différents sous-systèmes, par exemple la maladie, l'individu, l'entourage et la relation soignant- soigné (Fisher et al., 2005, p.1524 ; Glasgow et al., 2001, p. 34). Ces sous-systèmes ne sont pas considérés comme indépendants, mais plutôt comme étant l'objet de transactions réciproques. L'approche transactionnelle implique des relations dynamiques entre les sous-systèmes influençant les comportements de santé. Par exemple, l'entourage est susceptible d'influencer l'individu et d'être influencé par lui dans un processus dynamique. Ce processus d'interrelations est susceptible, quant à lui, d'influer sur les comportements de santé adoptés ou non. Le modèle biopsychosocial est donc constitué de processus transactionnels entre plusieurs systèmes de facteurs biologiques, psychologiques et sociaux devant théoriquement être pris en compte dans leur globalité. Finalement, le modèle biopsychosocial se veut pluridisciplinaire, en ce sens qu'il fait appel à la fois aux théories de plusieurs disciplines de la médecine ainsi que de la psychologie.

3.1.4. METHODE DE RECHERCHE (Mixte)

Vu la dimension de notre étude, nous avons opté pour une méthode mixte car les données sont à la fois quantifiables et qualifiables. Wacheux (2005) trouve que cette méthode suggère d'associer dans les travaux de recherche les approches qualitative et quantitative. Selon lui, «les vas et vient entre l'exploration qualitative et quantitative sont des fait complémentaires à l'émergence des savoirs ».

Les données qualitatives sont issues de l'entretien avec les patients et les personnels dudit hôpital. Wacheux pense que l'association du qualitatif et du quantitatif est intéressante si on respecte non seulement la représentativité des approches quantitatives mais également le pouvoir de compréhension des approches qualitatives. La combinaison de ces données qualitative et quantitative nous aide à voir sur l'objet d'étude qui est d'analyser la manière dont les interventions éducatives contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques. Quant aux données quantitatives sont celles issues du questionnaire administré aux patients et aux soignants de l'hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djaména.

• La recherche documentaire

Utile à toutes les étapes de l'élaboration d'une recherche en science sociale, la recherche documentaire est une investigation préalable à la recherche proprement dite. Elle consiste en la recension des différents documents qui permettent au chercheur de mieux comprendre le sujet et surtout son domaine d'investigation. Pour Grawitz (1979), « la technique documentaire consiste en une fouille systématique de tout ce qui est écrit ayant une liaison avec le domaine de recherche » (p.571). La documentation apporte certains types de matériaux sur des événements passés que d'autres techniques seront incapables de procurer, elle évite des démarches inutiles là où les matériaux existants sont suffisamment riches pour admettre une analyse directe sans nécessité de supplémenter les faits et attitudes rapportés. Les documents que nous avons explorés tout au long de cette étude ont été collectes entre autres : dans les structures universitaires de Yaoundé I notamment à la bibliothèque de la Faculté des Sciences de l'Education, le navigateur Google Chrome et dans les sites de recherche scientifique tels que Google Scholar. Par cette observation documentaire, nous avons pu retracer les différentes types de diabète ainsi les complications qui prédisposent les patients à des risques graves et aussi les différents travaux sur l'éducation thérapeutique des patients atteints de diabète et leurs comportements de santé.

• Entretiens semi directifs

Selon Loubet (2000), l'entretien est « un type de relation interpersonnelle que le chercheur organise avec les personnes dont il attend des informations en rapport avec le phénomène qu'il étudie » (p.47). Ainsi pour Grawitz (1990), l'entretien semi directif est : « une communication orale ayant pour but de transmettre des informations de l'enquêté à l'enquêteur » (p.744). Cette technique distingue l'entretien directif de l'entretien non directif. Selon, le contenu est ou non structuré par l'enquêteur, la participation est active. Chacun intervient à l'intérieur d'un champ délimité en fonction de l'objectif de l'enquête. Le choix motivé de ce type d'entretien est le fait qu'il peut admettre des questions formulées et/ou non formulées à l'avance, des questions ouvertes et celles fermées. Ce qui garantit une certaine marge de liberté aux répondants. Il se traduit par la production d'un discours par un sujet, dans le cadre d'une interaction avec une personne interviewée. Pour notre travail de recherche, nous avons privilégié l'emploi de l'entrevue semi-dirigée, puisque cette méthode permet aux sujets de « parcourir des questions ouvertes comme ils l'entendent, selon un axe central proposé par la chercheuse » (Mucchielli, 2009, p.122). Aussi, nous désirions enrichir notre matériel d'analyse et le contenu de notre recherche en favorisant l'afflux d'informations nouvelles avec nos enquêtés.

Également, l'entrevue permet de recueillir le point de vue de protagonistes sur un sujet en particulier, en accédant de manière compréhensive à leurs représentations et à leurs perceptions, en obtenant un matériel ancré dans leurs réalités personnelles et sociales (Roussiau et Bonardi, 2001 ; Van der Maren, 1996), ce qui concorde avec nos objectifs de recherche relatifs aux patients diabétiques de l'hôpital Amitié Tchad Chine de N'Djamena. Les entretiens ont été réalisés au sein de l'hôpital Amitié Tchad-Chine à partir du 07 au 09 septembre 2022 après les consultations du Médecin et la durée des entretiens variait entre 15 et 20 minutes.

• Questionnaire

Le questionnaire est une technique de recherche quantitative qui a « *pour fonction principale de donner à l'enquête une extension plus grande et de vérifier statistiquement jusqu'à quel point sont généralisables les informations et hypothèses préalablement constituées* » (Combessie. J-C. 1999 :33). Le questionnaire nous a permis de recueillir les données quantifiables ayant pour fonction principale de donner à l'enquête une extension plus large et de vérifier statistiquement jusqu'à quel point sont généralisable les informations et hypothèses préalablement constituées. Grâce à ce questionnaire, nous avons déterminé les

caractéristiques sociodémographiques, les compétences d'autogestion du diabète, le climat de relation entre patient et soignant, les ressources organisées durant l'éducation ainsi que les activités organisées. Dans ce travail, notre questionnaire est administré aux patients diabétiques de l'hôpital Amitié Tchad-Chine de N'Djamena. Il est soumis à soixante-dix (27) patients. Notre questionnaire est élaboré en français.

Echantillonnage

Il n'est pas souvent facile en sciences sociales, ni même nécessaire d'ailleurs d'étudier exhaustivement un ensemble pour obtenir des résultats satisfaisants. Toutefois, on peut mener des investigations sur une fraction de la population-cible et procéder à des généralisations. Échantillonner c'est choisir un nombre limité d'individus dont on observe et mesure un caractère dans le but de tirer des conclusions applicables à la population entière à l'intérieur de laquelle le choix a été fait ou à laquelle on s'intéresse. Les types d'échantillonnage sont nombreux certes, mais nous avons opté dans le cadre de ce travail pour le choix de l'échantillonnage par aléatoire simple. Pour cette technique, le choix de l'échantillon doit être minutieusement rigoureux pour permettre à ce dernier d'être le plus représentatif que possible de la population générale de la zone d'étude dont il n'est par ailleurs qu'une fraction.

Notre travail est constitué d'un échantillon de quarante (40) personnes. Nous avons soumis le questionnaire à vingt-sept (27) patients. Ensuite treize (13) participants sont soumis à un entretien au service de diabétologie de l'hôpital Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.

Guide d'entretien

Le guide d'entretien comprend un ensemble organisé des thèmes que l'on souhaite explorer. C'est un ensemble d'indicateurs qui structurent l'activité d'écoute et d'intervention de l'interviewer. Le degré de formalisation est fonction de l'objet d'étude, de l'usage et du type d'analyse que l'on projette de faire. Un guide d'entretien se prépare de manière toute aussi rigoureuse qu'un questionnaire même si l'élaboration d'un guide est plus concise que celle d'un questionnaire (Tichelen, n.d). Le guide d'entretien selon Azioun (2018) est la liste des thèmes auxquels l'interviewer s'intéresse, thèmes sur lesquels il est susceptible d'effectuer ses relances. Il doit comporter les thèmes jugés pertinents par la littérature de recherche et/ou par les praticiens, les thèmes pertinents par rapport à la problématique du chercheur, et les thèmes venant de l'intuition et de l'observation de ce dernier. Azioum (2018), affirme davantage que les thèmes de ce guide sont un aide-mémoire qui signale au chercheur tous les éléments sur

lesquels il essaiera d'amener le répondant à s'exprimer de façon approfondie, mais seulement si le répondant aborde ou mentionne le thème lui-même.

Le guide de l'interviewer doit être connu par cœur par l'interviewer. Ce guide peut être fixe ou évolutif (Azioun, 2018). Le but de l'interview est d'obtenir des réponses qui correspondent exactement à l'objet de la recherche et traduisent fidèlement ce que le sujet interrogé souhaite exprimer. Les questions doivent être comprises de la même façon par toutes les personnes interrogées (Delbayle, 1989).

Dans le cadre de cette recherche, nous avons utilisé le téléphone comme matériel de collecte de données. Le téléphone nous a permis d'enregistrer les conversations que nous avons eu avec les participants. Cela nous a permis de faire la retranscription des informations obtenues en vue de faciliter l'analyse.

- **Analyse de contenu**

L'analyse de contenu est généralement définie comme un ensemble permettant de décrire tout contenu de communication en vue de l'interpréter, une méthode empirique, dépendante du type de « parole » que l'on veut étudier et du type d'interprétation que l'on vise. L'analyse des données qualitatives est la technique la plus répandue pour étudier les interviews ou les observations qualitatives (Mucchielli, 2009). Elle consiste à retranscrire les données qualitatives, à se donner une grille d'analyse, à coder les informations recueillies et à les traiter. Cette méthode comporte plusieurs techniques dont nous nous sommes appuyés sur l'une d'entre elles qui nous ont permis de traiter et d'analyser nos données de façon qualitative.

- **Description de l'analyse de contenu**

Il s'agit d'un effort d'interprétation qui se balance entre deux pôles, d'une part, la rigueur de l'objectivité et d'autre part, la fécondité de la subjectivité (Bardin, 1986). Ainsi, l'analyse de contenu s'organise autour de trois phases chronologiques que sont : le pré analyse, l'exploitation du matériel ainsi que le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation.

- Pré-analyse

C'est l'étape préliminaire d'intuition et d'organisation pour opérationnaliser et systématiser les idées de départ afin d'aboutir à un schéma ou à un plan d'analyse. Cette étape renferme trois missions à savoir : le choix des documents à soumettre à l'analyse, la

formulation des hypothèses ainsi que des objectifs et l'élaboration des indicateurs sur lesquels s'appuiera l'interprétation finale. Elle a donc pour ambition d'organiser l'information, cependant elle est composée, elle-même, d'activités non structurées et « ouvertes ».

- Exploitation du matériel

Le but poursuivi durant cette phase centrale d'une analyse de contenu est d'appliquer, au corpus de données, des traitements autorisant l'accès à une signification différente répondant à la problématique mais ne dénaturant pas le contenu initial. Cette deuxième phase consiste surtout à procéder aux opérations de codage, décompte ou énumération en fonction des consignes préalablement formulées. Il s'agit donc de la classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par différenciation puis regroupement par genre (analogie) d'après des critères définis afin de fournir, par condensation, une représentation simplifiée des données brutes (Bardin, 1986).

- Traitement, inférence et interprétation des données.

Lors de cette phase, les données brutes sont traitées de manière à être significatives et valides. Ainsi, des opérations statistiques simples, tels que, par exemple, des pourcentages, permettent d'établir des tableaux de résultats, des figures, des modèles qui condensent et mettent en relief les informations apportées par l'analyse (Bardin, 1986). Ces résultats peuvent être soumis à des épreuves statistiques et des tests de validité pour plus de rigueur.

L'interprétation des résultats consiste à prendre appui sur les éléments mis au jour par la catégorisation pour fonder une lecture à la fois originale et objective du corpus étudié. Cette phase de l'analyse de contenu est certainement la plus intéressante puisqu'elle permet, d'une part, à évaluer la fécondité du dispositif, et d'autre part à déterminer la valeur des hypothèses. Pour Bardin (1986, p.100) « les résultats acquis, la confrontation systématique avec le matériel, le type d'inférences obtenues peuvent servir de base à une autre analyse ordonnée autour de nouvelles dimensions théoriques ou pratiquées grâce à des techniques différentes ».

- **Analyse statistique**

Les données collectées à partir des questionnaires ont été analysées en utilisant un logiciel d'analyse statistique SPSS, Version 20 française. Les analyses descriptives ont été obtenues à travers la compilation des données utilisant le l'effectif, pourcentage et la moyenne. Les hypothèses de recherche ont été testées en utilisant la Corrélacion de Pearson Product Moment.

IV. CADRE CONCEPTUEL

La première démarche d'un éducateur doit consister à définir les choses dont il traite afin que l'on sache et qu'il sache bien de quoi il est question. C'est la première et la plus indispensable condition de toute preuve et de toute vérification : une théorie, en effet, ne peut être contrôlée que si l'on sait reconnaître les faits dont elle doit rendre compte. (Durkheim 1986, p.34). Cette exigence méthodologique nous amène à définir dans la présente étude les concepts : intervention, éducation, connaissance, mesure, hygiène, diabète afin d'éviter tout obstacle épistémologique.

4.1. Intervention

L'intervention c'est l'action d'agir face à un problème. C'est aussi l'idée d'une action dans le cadre d'un métier relationnel dont le but est de modifier ou changer un système ou un processus. Il s'agit d'un processus par lequel le spécialiste en intervention apporte aide et accompagnement aux personnes en difficultés sociale. (Dr Ndi.S Cours clinique ingénierie en intervention et action communautaire, 2020)

Selon la HAS (2014), l'intervention brève est une stratégie d'accompagnement ou de prise en charge appliquée dès les premières manifestations d'un problème lié à la consommation. Elle consiste en une intervention rapide et brève visant à modifier le processus en cours. Elle limite et diminue la durée et la sévérité du problème associé à la consommation et permet au sujet de retrouver un fonctionnement optimal ou un équilibre le plus rapidement possible.

Dans sa définition usuelle, l'intervention caractérise l'action d'une personne et son rôle dans cette action : elle induit de fait une interaction avec quelque chose ou quelqu'un. Dans la littérature scientifique, la notion d'intervention renvoie à une pluralité de sens et d'usages (Couturier, 2001), tout en rendant compte d'une pluralité d'actes positifs ou négatifs selon le contexte. Qu'il soit « *juridique, diplomatique, médical, militaire, le mot peut désigner tantôt une aide, un concours, une médiation, une intercession, une influence, un traitement énergique... tantôt une ingérence, une intrusion, une occupation armée...* » (Dubost, 1987, p. 149).

4.1.1. Education

Étymologiquement, le mot éducation vient du latin *educare* qui veut dire *élever* des animaux ou des plantes et, par extension avoir soin des enfant, *former, instruire*. L'éducation est donc l'action de sortir une personne de son état premier ou de faire sortir de lui ce qu'il possède virtuellement.

Selon Mialaret (1974), dit qu'éduquer un sujet, « *c'est agir sur lui de telle sorte qu'à la fin du processus, il soit autant que faire se peut à l'image qu'on s'est faite de l'homme éduqué* ». Mais elle est aussi le résultat de cette action ; on dit alors d'une personne qu'elle a de l'éducation pour dire qu'elle est bien éduquée G, Tsafak (2001).

Pour Emile Durkheim (2006) « *l'éducation est l'action exercée par les générations adultes sur celles qui ne sont pas encore mûres pour la vie sociale. Elle a pour objet de susciter et de développer chez l'enfant un certain nombre d'états physiques, intellectuels et moraux que réclament de lui et la société politique dans son ensemble et le milieu spécial auquel il est particulièrement destiné* ».

4.1.2. Compétence

Le terme compétence a fait son apparition dans le monde de l'éducation et de la formation dans les années 1970.

Pour Sandra Bellier (2004), la «compétence permet d'agir et/ou de résoudre des problèmes professionnels de manière satisfaisante dans un contexte particulier, en mobilisant diverses capacités de manière intégrée». On peut donc dire que c'est un savoir-agir pour une finalité définie dans un contexte donné.

Pour Le Boterf, la compétence serait donc un savoir-agir reconnu puisqu'on ne se déclare pas soi-même compétent, cela dépend d'une appréciation sociale. En effet, la compétence ne préexiste pas à un événement ou à une situation, elle s'exerce dans un contexte particulier. En ce sens, la compétence n'est pas fixée, elle varie plutôt en fonction de la situation où elle intervient puisque savoir-agir dans un contexte, c'est en prendre la mesure et s'y adapter.

4.1.3. Autogestion

L'autogestion est un processus d'acquisition et d'exploitation permanent de compétences et de ressources suffisantes pour répondre soi-même aux exigences liées à un niveau de maintien ou d'amélioration d'un équilibre, notamment par la prise de décisions les plus appropriées face aux événements qui peuvent survenir.

Selon Lorig (1993), l'autogestion est l'apprentissage et la mise en pratique des compétences nécessaires pour pouvoir exercer une vie active et émotionnellement satisfaisante dans une situation de maladie chronique. D'autres la voient plutôt comme les activités quotidiennes qu'une personne doit réaliser pour contrôler ou réduire l'impact de la maladie sur sa santé (Encyclopedia of Nursing Research, 2006).

Pour Barlow, Wright, Sheasby, Turner et Hainsworth (2002) [9], l'autogestion réfère plutôt à la capacité d'une personne de gérer les symptômes, le traitement, les conséquences

physiques et psychosociales et les changements de style de vie inhérente au vécu d'une maladie chronique. Ainsi, les diverses définitions de l'autogestion comprennent : la participation à un programme spécifique de soutien ; la préparation d'une personne à gérer son état de santé sur une base régulière; la mise en pratique de comportements spécifiques et les compétences et les aptitudes nécessaires pour réduire les impacts de la maladie, avec ou sans la collaboration des professionnels (McGowan, 2005).

4.1.4. Diabète

Selon le Dictionnaire Français Larousse : Diabète vient du latin *diabetes*, du grec *diabêtês* ; de *diabainein*, passer à travers. Le diabète est donc toute maladie caractérisée par le l'élimination excessive d'une substance dans urine. Selon l'OMS (2016) le diabète se définit comme étant un état d'hyperglycémie permanente avec une glycémie à jeun supérieure ou égale à 1,26g/l à deux reprises ou une glycémie fait à n'importe quel moment de la journée ≥ 2 g/l plus symptômes. D'après la Fédération Française du Diabète, le diabète est un trouble de l'assimilation, de l'utilisation et du stockage des sucres apportés par l'alimentation. Cela se traduit par un taux de glucose dans le sang (encore appelé glycémie) élevé : on parle de hyperglycémie.

Le diabète sucré, plus simplement appelé diabète, est une maladie grave, à long terme (ou « chronique »), qui survient lorsque le taux de glycémie d'une personne est élevé parce que son organisme ne peut pas produire assez d'insuline, qu'il n'en produit pas ou qu'il ne peut pas utiliser efficacement l'insuline qu'il produit (FID, 2009).

4.1.5. Patient

Selon le Dictionnaire santé médecine (2013), le patient désigne l'individu qui est examiné médicalement ou qui se voit administrer un traitement. Provenant du verbe latin "*pati*" qui veut dire "celui qui souffre", le patient est donc une personne à soigner. On l'appelle "sujet" dans la recherche. Mais en psychologie sociale, on parle plus facilement de "client." Car ce sont des personnes qui ont un besoin spécifique de suivi psychologique.

Ce qui ressort de ces définitions est que tous ses individus dont on parle ont tous besoin d'un soutien médical et de l'accompagnement psychosocial pour les aider à sortir ou accepter leurs nouveaux statuts. Pour Stéphanie (2000) le patient désigne couramment une personne recevant une attention médicale ou à qui est prodigué un soin par un médecin ou autre professionnels de la santé pour faire face à une maladie. Ceci étant, c'est surtout le

terme anglais « patient » qui lui donne tout son sens car il « renvoie à l'idée de « personne qui suit un traitement médical » et plus précisément à celle de dépendance vis-à-vis de l'institution biomédicale et du médecin » (Bureau et Hermann-Mesfen, 2014, p).

V. PLAN DU TRAVAIL

Notre travail est structuré en deux grandes parties. La première partie présente la situation du diabète et mode de vie chez les patients. Le premier chapitre de cette partie de notre travail est consacré à la présentation du cadre d'étude et la population d'étude. Le deuxième chapitre est consacré sur la connaissance et compétence d'autogestion du diabète. Quant à la deuxième partie de ce travail met l'accent sur interventions éducatives chez les patients diabétiques à l'hôpital Amitié Tchad-Chine de N'Djamena : Effets et Perspectives. Le chapitre trois de cette partie, présente éducation thérapeutique des patients diabétiques à l'hôpital Amitié Tchad-Chine de N'Djamena. Le dernier chapitre de notre travail porte sur les enjeux de l'éducation thérapeutiques et réponse administratives à la problématique.

**PREMIERE PARTIE : SITUATION DU DIABETE ET MODE DE VIE
CHEZ LES PATIENTS**

CHAPITRE I : CADRE D'ETUDE ET POPULATION D'ETUDE

Ce chapitre se structure en trois grands points essentiels. Le premier point est consacré au but et priorité du système de santé, ensuite nous allons présenter l'organisation du système de santé du Tchad, la base juridique de droit à la santé au niveau continental et international du système de santé Tchadien. Le deuxième point quant à lui est réservé à la présentation de la zone d'étude. Cette sous partie présente le milieu physique, géographique et humaine de la zone d'étude. Le troisième et dernier point de ce chapitre est consacré à la présentation de la population d'étude ; les caractéristiques sociodémographiques, les compositions religieuses.

I. BUT ET PRIORITES DU SYSTEME DE SANTE

Le Gouvernement du Tchad à travers le Ministère de la Santé Publique a mis sur pied la Politique Nationale Sanitaire (PNS) 2007-2015. Cette politique s'appuie sur une médecine de masse axée sur la participation de la communauté à tous les programmes de santé ainsi que sur le développement et la répartition des formations sanitaires de façon à les rendre plus accessibles à toutes les couches de la population. Son but est d'améliorer l'état de santé de la population. Pour cela, le pays s'est engagé à garantir une bonne accessibilité pour tous les habitants sur le territoire national aux services de soins de bonne qualité. Les priorités du système national de santé transparaissent à travers les objectifs généraux de la Politique Nationale du Développement Sanitaire (PNDS) 2007-2015 ci-dessous :

- Contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles ;
- Contribuer à la réduction de la mortalité maternelle ;
- Contribuer à la réduction de la mortalité des enfants de moins de 5 ans ;

Un autre PNDS couvrant la période 2016 – 2020 est ce moment en cours d'élaboration. L'objectif sectoriel est d'assurer l'accessibilité de la population aux soins et services de santé de qualité en vue d'une meilleure utilisation de ces services. Parmi ces priorités nationales, celle qui est de « contribuer à la réduction de la morbidité et de la mortalité liées aux maladies transmissibles et non transmissibles » vise particulièrement la lutte contre les MNT (PA MNT 2016-2020, p.14).

I. Organisation du système de santé

Le système de santé tchadien est de type pyramidal à 3 niveaux : un niveau central, un niveau intermédiaire et un niveau périphérique. Il repose sur le développement des districts sanitaires.

Le niveau central comprend un Conseil National de Santé, les services centraux du Ministère de la Santé Publique, les programmes nationaux, les institutions nationales dont l'Hôpital Général de Référence Nationale (HGRN), l'Hôpital de la Mère et de l'Enfant (HME), l'École Nationale des Agents Sanitaires et Sociaux (ENASS) et la Centrale Pharmaceutique d'Achats (CPA). A ce niveau, notons l'existence de l'Hôpital de la Renaissance qui offre des soins d'un niveau tertiaire élevé en complément aux structures nationales du même niveau. L'hôpital de la Renaissance est géré actuellement par un Groupe privé dans le cadre d'une contractualisation entre le Gouvernement et ce Groupe (Plan National de Santé 2016-2030, p.11). Le niveau central a pour rôle la conception et l'orientation de la politique sanitaire du pays et la mobilisation des ressources. Il est chargé de coordonner les aides extérieures, de superviser, évaluer et contrôler la mise en œuvre des programmes nationaux.

Le niveau intermédiaire comprend les Conseils Régionaux de Santé, les 23 Délégations Sanitaires Régionales (DSR) calquées sur les Régions Administratives, les Etablissements Publics Hospitaliers des Régions (Hôpital régional de référence), les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) et les Ecoles Régionales de formation. Le niveau intermédiaire est chargé de la coordination de la mise en œuvre de la politique de santé. Il apporte un appui technique au niveau périphérique.

Le niveau périphérique est composé de 127 Districts Sanitaires (DS) subdivisés en 1.290 Zones de Responsabilité (ZR). Chaque DS comprend des Etablissements de soins qui sont l'hôpital de District situé au chef-lieu du département ou de la sous-préfecture et les Centres de santé. Le DS est chargée de la mise en œuvre des activités définies par la politique sanitaire. Le centre de santé offre le Paquet Minimum d'Activités (PMA) qui comprend des activités préventives, curatives et promotionnelles, tandis que l'hôpital de district prend en charge le Paquet Complémentaire d'Activités (PCA) dont les complications maternelles et néonatales. Les activités de santé sont étendues au niveau communautaire sous forme de stratégies avancées et de stratégies mobiles, ainsi que des activités à base communautaire impliquant des agents de santé communautaire qui sont placés sous la supervision des Responsables des Centres de Santé (RCS).

Le secteur du médicament et des réactifs est organisé au niveau national autour de la Direction Générale de la Pharmacie et des Laboratoires (DGPL). La chaîne d'approvisionnement des médicaments et des réactifs, pour le secteur public et le secteur privé non lucratif, est assurée par la Centrale Pharmaceutique d'Achats au niveau national et par les Pharmacies Régionales d'Approvisionnement (PRA) au niveau des régions. Le secteur

privé libéral se ravitaille au niveau des grossistes répartiteurs. L'offre de soins traditionnels est fournie par une large diversité de prestataires de médecine traditionnelle. D'une manière générale, l'accès aux médicaments est limité. Cette situation est due aux ruptures fréquentes des stocks de médicaments dans les établissements de santé et leur cherté encourage la création d'un marché parallèle et illicite de produits pharmaceutiques très souvent contrefaits.

La gouvernance du système de santé met en jeu plusieurs acteurs qui peuvent être répartis dans les catégories suivantes : le secteur public ou Etatique, le secteur privé lucratif (cabinets de soins, cliniques, ...), les organisations multilatérales et bilatérales, le secteur associatif et/ou confessionnel, et la population (organisations communautaires et leaders communautaires) (PNS., 2016).

1.1.2. La base juridique de droit à la santé au niveau continental et international

Le Tchad, dans le souci de prise en charge des patients diabétiques et amélioration de la qualité de vie, s'est allié avec des organisations non gouvernementales pour la ratification des diverses conventions afin de réduire le taux de mortalité des patients diabétiques sur son territoire. Ces dispositifs sont issus de la lutte contre les maladies chroniques qui se sont organisés sur le plan national et international en accord avec les Objectifs du Développement Durable. Le Tchad pour sa part définit un plan spécifique de lutte contre les maladies non transmissibles à savoir : le cancer, les maladies respiratoires, le diabète et les maladies cardiovasculaires. Accordant l'accès aux soins des maladies chroniques et la prise en charge des diabétiques dans les services de santé. C'est dans les conformités avec l'Organisation Mondiale de la Santé et les conventions internationales portant sur le droit à la santé des êtres humains.

- La constitution

La constitution du Tchad article 17 stipule que *«la personne humaine est sacrée et inviolable. Tout individu a droit à la vie, à l'intégrité de sa personne, à la sécurité, à la liberté, à la protection de sa vie privée et de ses biens»* (31 mars 1996). La Politique Nationale de Santé (PNS) découle de l'analyse des besoins sanitaires de la population et s'appuie sur les valeurs nationales et universelles contenues dans la Loi fondamentale du Tchad ainsi que sur les principes fondamentaux des institutions internationales, notamment les objectifs du millénaire pour le développement (OMD) et Stratégie pour la Réduction de la Pauvreté (SNRP). Il s'agit des droits de l'homme dont

- le droit à la santé ; de la solidarité entre citoyens ;

- De l'équité dans l'accès aux soins ;
- De l'éthique dans les pratiques professionnelles ;
- De la prise en compte de l'approche genre ;
- De l'intégration des activités de soins et de la décentralisation du système.

La PNS vise à améliorer l'état de santé de la population en dotant la nation d'un système de santé cohérent, performant et accessible à tous les citoyens, orienté vers les soins de santé primaires à tous les niveaux de la pyramide sanitaire et soutenu par un système hospitalier performant (Programme de développement sanitaire au Tchad 2009-2012).

1.1.3. Structures de prise en charge

- **Les Hôpitaux nationaux**

Ce niveau est chargé de :

- Assurer la prise en charge des cas de MNT référés ;
- Assurer la collecte, l'analyse et la transmission des données des MNT ;
- Produire des rapports d'activités.

- **Les Hôpitaux régionaux**

Le niveau intermédiaire comprend les hôpitaux régionaux, les hôpitaux confessionnels, les cliniques et les cabinets privés. Ce niveau est chargé de :

- Développer les activités de prévention des MNT dans les structures de soins,
- Intégrer les activités de soins curatifs des cas des MNT dans les structures de soins

- **Les Hôpitaux de Districts**

Ces structures sont chargés de :

- Développer les activités de prévention des MNT dans les structures de soins
- Intégrer les activités de soins curatifs des cas des MNT dans les structures de soins (PCA).

- **Les Centres de Santé**

Les centres de santé sont chargés de :

- Développer les activités de prévention des MNT ;
- Intégrer les activités de soins curatifs des cas des MNT dans le PMA;
- Participer aux réunions de suivi et d'évaluation des données liées aux MNT dans les instances sous-préfectorales ;
- Intégrer les données sur les MNT dans les rapports d'activités mensuels.

- **Les relais communautaires**

Les agents communautaires sont chargés de :

- Participer à l'organisation des campagnes de sensibilisation sur les MNT ;
- Soutenir les individus et les familles victimes des MNT ;
- Participer à la recherche des malades perdus de vue.

II. PRESENTATION DU MILIEU D'ETUDE

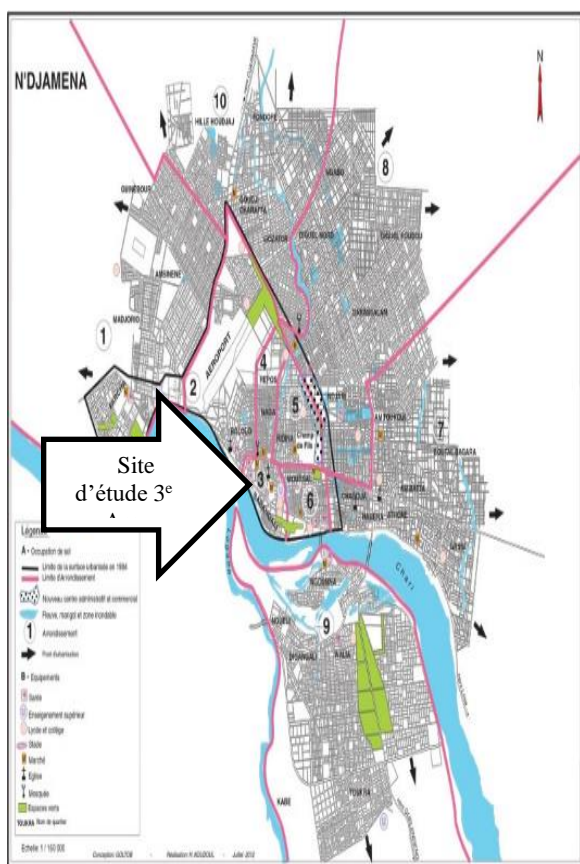


Fig. Fig. 2 : Carte de la ville de

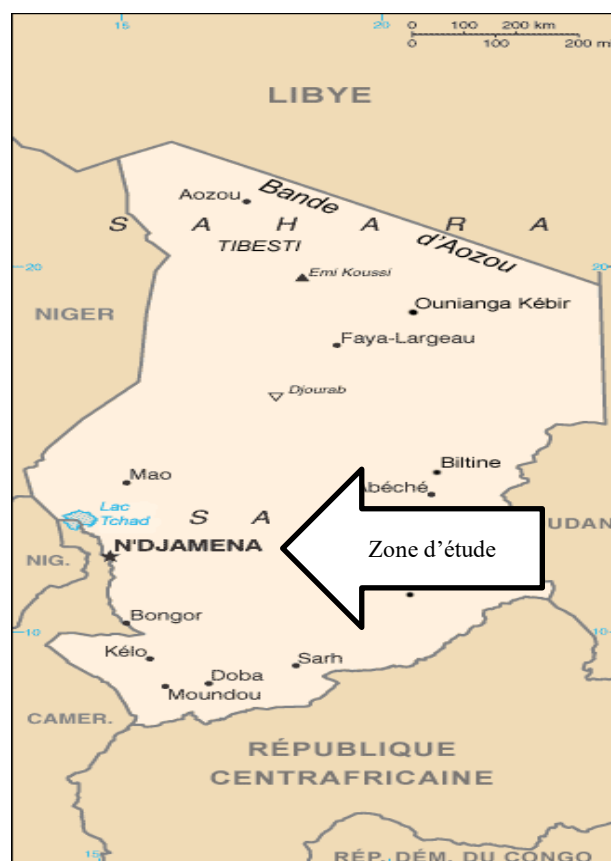


Fig. 3 : Carte géographique du Tchad

Notre étude s'est déroulée au Tchad et précisément à N'Djamena dans la commune du troisième Arrondissement de la capitale du Tchad.

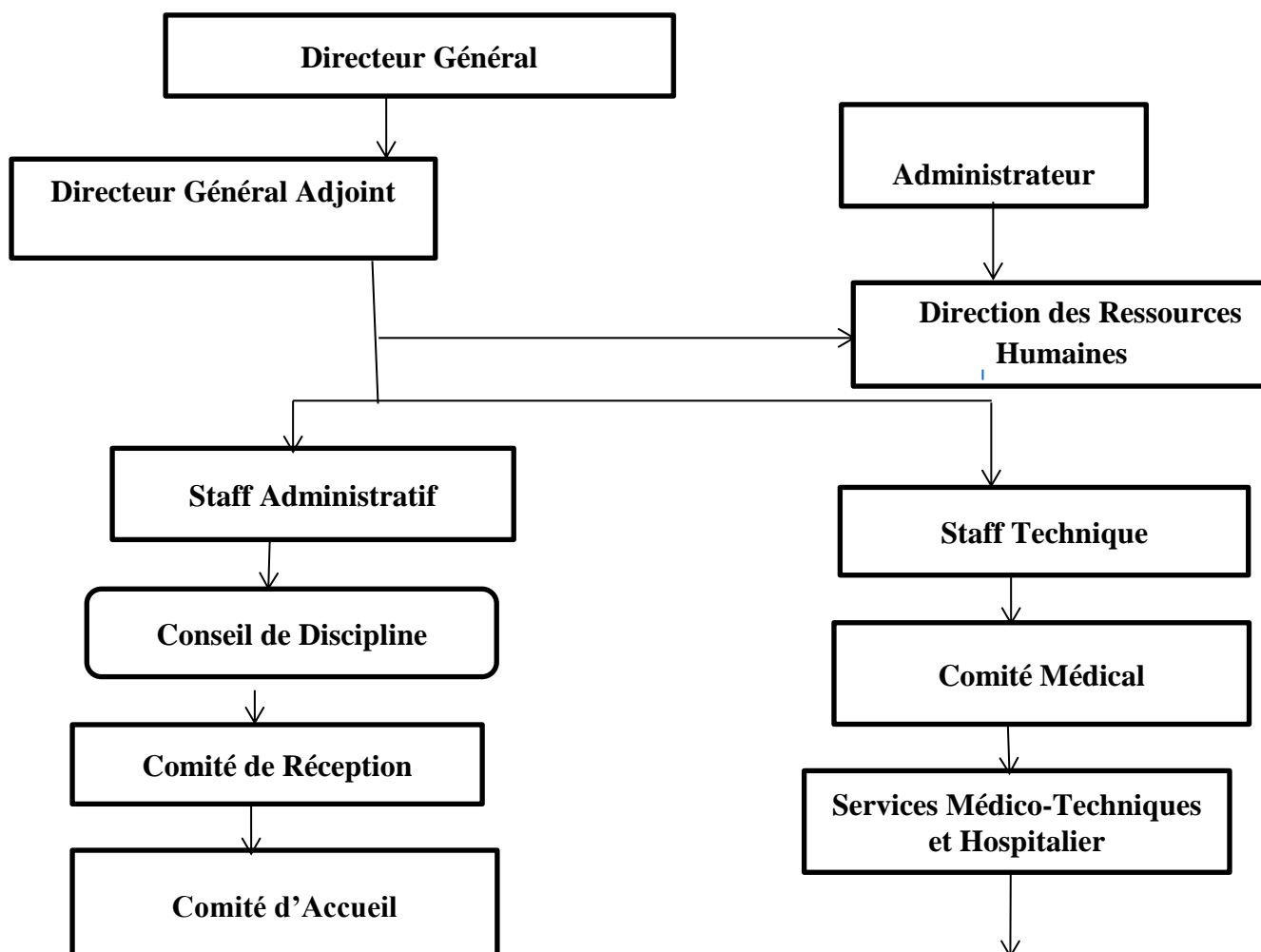
2.1. Situation géographique

2.1.1 Historique de l'hôpital Amitié Tchad Chine de N'Djamena

L'hôpital Amitié Tchad Chine est la seconde structure sanitaire de la capitale après l'hôpital Général de la Référence Nationale (HGRN). La première pierre de construction de cet hôpital fut posée le 26 septembre 1993 par le Président de la République IDRIS DEBY ITNO sur le financement du fond d'aide de la République populaire de Chine.

Cette institution sanitaire a été inaugurée le 19 septembre 1996 par le Président de République Chef d'Etat sous l'appellation d'hôpital Amitié Tchad-Chine ; il est l'un des structures sanitaires publiques. Il a en son sein une capacité hospitalière d'environ 200 à 250 lits places. Il est dirigé par un Directeur Général nommé par un décret Présidentiel sur proposition du Ministère de la Santé Publique. Cet hôpital offre le Parquet Complémentaire d'Activité et aussi le Parquet Minimum d'Activité, ainsi, il comprend les services Administratifs et généraux et les services d'hospitalisation et les services Médico-Techniques et de spécialisation.

Fig. 4 : Organigramme Administratif





III. PRESENTATION DE LA POPULATION D'ETUDE

Notre population d'étude était la plupart des musulmans et des patients âgés de 18ans à 75ans en majorité avec un niveau de scolarité de 10%. Cette population parlent en majorité une langue arabe, ils sont essentiellement commerçant, ménagère et éleveurs.

Les activités économiques dans la commune du 3^{ème} Arrondissement sont dominées certains secteurs d'activités :

- L'Agriculture demeure la principale source de revenus de la population de la commune. Il n'existe pas de cultures de rente à grande échelle. La principale activité agricole est vivrière. L'on y trouve les racines et tubercules (manioc, igname, patate, salade), les céréales (maïs surtout), les fruits et légumes qui prennent davantage de l'ampleur.
- L'élevage fait partie des activités de la population de la Commune et dans cette zone d'élevage on y trouve les bovins, les moutons, les dromadaires les volailles.
- L'activité commerciale repose essentiellement sur la vente et l'achat des produits du secteur primaire. Il s'agit de la vente des produits agricoles ; la vente des produits de l'élevage (bovins, ovins, caprin, volaille, produits laitiers, etc.) ; des produits forestiers ligneux (bois d'œuvre). D'une manière globale, la commune ne dispose pas de marché d'envergure, en dehors du marché de Diguel qui attire et rassemble des acheteurs venus d'autres localités.

3.1. Caracteristiques sociodemographiques des patients

Les caractéristiques sociodémographiques suivantes soit le sexe, le niveau socioéconomique (NSE), la scolarité et l'âge ont été étudiées plus particulièrement afin d'établir leur relation avec l'adhésion au traitement ou l'autogestion des soins des diabétiques.

Cette section présente le profil général des patients de l'hôpital Amitié Tchad-Chine du 3^e arrondissement de N'Djamena ayant pris part à l'étude. De manière générale, les principales caractéristiques notamment l'âge, le genre, la situation matrimoniale, la religion, et d'autres caractéristiques de la population étudiée seront présentées dans cette partie.

Tableau 1 : Répartition des patients par genre

	Effectifs	Pourcentage
--	-----------	-------------

HoHomme	13	48,1
Femme	14	51,9
Total	27	100,0

Source : *Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022*

L'analyse des données nous montre que notre questionnaire a été distribué à plus de femmes que d'hommes. Nous constatons que les femmes représentent 51,9% de l'échantillon total contre 48,1% des hommes.

3.1.1. Représentation des patients par catégorie d'âge et par genre

L'analyse des données nous montre qu'en global, la population diabétique se situe dans l'intervalle d'âge entre 18 ans et 70 ans. Toutefois, nous constatons une forte concentration des personnes dont l'âge se situe entre 52 ans et 70 ans qui représente 48,15% (13) de la population diabétique. Ils sont suivis de ceux dont l'âge se situe entre 18 ans et 34 ans avec 33,33% (09) de la population. Et en dernière position on trouve ceux donc l'âge est situé entre 35 ans et 51 ans qui représente 18,52% (05) des individus atteints de diabète.

Tableau 2 : Répartition des patients par genre et par âge

		Âge des patients			Total
		18-34 ans	35-51 ans	52-70 ans	
Genre	Homme	3	1	9	13
	Femme	6	4	4	14
Total		9	5	13	27

Source : *Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022*

L'analyse des données par sexe montre également une forte présence des hommes âgés entre 52 ans et 70 ans et une présence très faible des hommes dont l'âge se situe entre 35 ans et 51 ans et une forte présence de femmes dont l'âge se situe entre 18 ans et 34 ans avec une faible présence des femmes âgées entre 35 ans et 51 ans et entre 52 ans et 70 ans.

Il ressort de cette étude que les hommes diabétiques semblent adhérer davantage à certains aspects du traitement que les femmes. Dans certains cas, sur les patients atteints de diverses maladies, révèle que les femmes adhèrent moins au traitement que les hommes surtout en ce qui concerne l'activité physique et l'alimentation. Des problèmes significatifs d'adhésion chez les femmes atteintes de diabète sont confirmés par d'autres études notamment concernant l'autogestion de l'activité physique.

Toutefois, aucune relation significative n'est rapportée entre le sexe et d'autres dimensions d'autogestion ou d'adhésion.

Tableau 3 : Moyenne d'âge des patients

N	Min.	Max.	Moyenne	Ecart type
---	------	------	---------	------------

Âge des patients	27	18,00	70,00	44,74	17,02
N	27				

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

L'analyse des données montre que l'âge moyen des patients ayant participé à cette étude est de $M=44,47$ années, avec un écart-type de $ET=17,02$ et une valeur minimum de $Min=18$ et maximum de $Max=70$.

3.1.1. Présentation des patients selon leur statut matrimonial

La répartition des patients par statut matrimonial nous a permis d'identifier deux catégories de statut familial chez les patients de l'Hôpital Amitié Tchad-Chine à savoir : les célibataires, et les marié (es) comme nous pouvons le lire dans le tableau ci-dessous.

Tableau 4 : Répartition des patients selon leur statut matrimonial

		Genre		Total	En %
		Homme	Femme		
Situation matrimoniale	Célibataire	3	3	6	22,22
	Marié(e)	10	11	21	77,78
Total		13	14	27	100,0

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

L'analyse des données nous montre que la majorité de personnes interrogées est mariée ou vie en couple. Conformément aux données du tableau ci-dessus, 77,78% des patients vivent en couple, dont 47,61% des hommes chef de ménage et 52,39% des femmes et 22,22% de la population totale des participants sont non mariés ou célibataires. On note une parité de représentation chez les célibataires avec 50% d'hommes et 50% de femmes.

3.1.2. Présentation des patients selon leur niveau d'éducation

Pour ce qui est du niveau d'éducation de notre population d'étude, les données présentées dans le tableau ci-dessous montrent le niveau d'études atteint par les participants. De ces données, nous constatons dans l'échantillon touché de la présence de quatre niveaux ; des sans niveau aux niveaux supérieurs en passant par le niveau primaire et secondaire. Plus de la moitié des patients interviewés n'ont bénéficié d'une éducation formelle ; 63% des patients n'ont jamais mis pied à l'école, 14,8% ont atteint le niveau primaire et seulement 11% ont atteint le niveau secondaire et supérieur. Les données empiriques attestent que les patients dans leur très grande majorité n'ont pas été scolarisés et ceux qui ont eu la chance de fréquenter ont vite quitté l'école pour d'autres raisons.

Tableau 5 : Répartition des patients selon leur niveau d'éducation au moment de l'enquête

	Effectifs	Pourcentage
Pas d'éducation	17	63,0
Primaire	4	14,8
Secondaire	3	11,1
Supérieur	3	11,1
Total	27	100,0

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Les résultats sur l'histoire scolaire des patients font ressortir diverses dimensions de leur parcours scolaire. Du simple choix de leur non-scolarisation due aux facteurs socioéconomiques, à la méfiance totale face à l'enseignement occidental par les siens.

3.1.3. Présentation des patients selon leur appartenance religieuse

L'enquête de terrain nous a permis d'identifier une seule catégorie (la religion musulmane) sur les trois mentionnées dans notre questionnaire à savoir la religion musulmane, chrétienne et une catégorie qualifiée autre. Toutefois, dans notre travail nous nous limitons au niveau global sans entrer en détail en ce qui concerne la religion chrétienne et les autres catégories religieuses.

Tableau 6 : Répartition des patients selon leur appartenance religieuse

	Effectifs	Pourcentage
Musulmane	27	100,0
Chrétienne	00	00
Autre	00	00

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Selon les données du tableau, notre population d'étude est répartie en trois religions à savoir l'islam et le christianisme et quelque sans religion. L'analyse des données montre une forte domination des musulmans avec 100% de la population interrogée. Aucun patient d'autre religion que ce soit de la religion chrétienne et d'autre catégorie religieuse n'a été identifié dans notre échantillon.

3.1.4. Présentation des patients selon le type de leur diabète

L'enquête de terrain nous a permis d'identifier deux types de diabète dont souffre les patients de notre étude à savoir le diabète de type 1 et le diabète de type 2.

Tableau 7 : Répartition des patients selon le type de leur diabète

	Effectifs	Pourcentage
Diabète Type 1	6	22,2
Diabète Type 2	21	77,8
Total	27	100,0

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Selon les données du tableau, notre population d'étude souffre de la forme la plus courante du diabète notamment le diabète de type 2. L'analyse des données montre une forte domination de la population atteinte de diabète de type 2 avec 77,8% de la population interrogée contre 22,2% de celle atteinte de diabète de type 1.

3.1.5. Présentation des patients en fonction de la durée de vie avec le diabète

Dans cette partie, nous présenterons les données de l'enquête en fonction du sexe/durée du diabète, âge/durée du diabète et situation matrimonial/durée du diabète.

Tableau 8 : Durée moyenne du diabète chez les patients

	N	Min	Max	Moyenne	Ecart type
Durée du diabète	27	1,00	276,00	79,22	76,95
N	27				

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

L'analyse des données montre que la durée moyenne du diabète chez les patients ayant participé à cette étude est de $M=79,22$ mois (soit 6,60 années), avec un écart-type de $ET=76,95$ et une valeur minimum de $Min=1$ et maximum de $Max=276$.

Tableau 9 : Répartition de la durée de vie avec le diabète chez les patients selon leur sexe

	Genre	N	Moyenne	Écart-type	Erreur standard moyenne
Durée de vie avec le diabète	Homme	13	59,15	42,15	11,69
	Femme	14	97,85	97,09	25,94

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Résultats de l'analyse t-test à échantillon indépendant

	T	Ddl	Sig.	Différence moyenne	de Différence Ecart-type	
Durée de vie avec le diabète	Hypothèse de variances égales	-1,325	25	,197	-38,70	29,21
	Hypothèse de variances inégales	-1,360	18,011	,191	-38,70	28,46

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Afin de comparer la moyenne de mois de vie avec le diabète chez les patients et patientes ayant participé à notre étude, nous avons utilisé le t-test à échantillon indépendant pour vérifier s'il y a une différence significative entre les deux groupes de patients. Les analyses descriptives démontrent que la durée moyenne de vie avec le diabète chez les patients est largement inférieure à celle des patientes ($M_{Homme}=59,15$, $ET=42,15$; $M_{Femme}=97,85$, $ET=97,09$). Les résultats de l'analyse du t-test démontrent que la différence des moyennes de durée de vie avec le diabète chez les patients en fonction de leur genre n'est pas significative ($t(25, 18,011)$, $p>0,05$).

Tableau 10 : Répartition des patients par genre et par durée de diabète

	Genre	Durée de diabète					Total
		1-39 mois	40-79 mois	80-119 mois	120-170 mois	211-278 mois	
Homme		6	2	3	2	0	13
Femme		5	3	1	2	3	14
Total		11	5	4	4	3	27

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

L'analyse des données nous montre que la majorité de personnes interrogées est mariée ou vie en couple. Conformément aux données du tableau ci-dessus, 46,15% des hommes ont vécu avec le diabète entre 1 et 39 mois avant notre enquête, ensuite viennent ceux qui ont vécu avec entre 80 et 119 mois soit 23,07% de la population totale interviewée et enfin 15,38% de ceux ayant vécu avec cette maladie entre 40-79 mois et 211-278 mois. Chez les

femmes, une large proportion est celle ayant vécu avec la pathologie entre 1 et 39 mois soit 37,71% de la population totale des interviewées, ensuite viennent celle qui ont survécu avec la pathologie entre 40 et 79 mois et 211 et 278 mois avec un pourcentage de 21,42% et celles ayant survécu avec la pathologie entre 120 et 170 mois soit 14,28% de cette population et enfin celles qui ont vécu avec la pathologie sur une durée située entre 80 et 119 mois soit 7,14% de cette population. Dans la population totale, une large proportion des patients ont vécu avec la pathologie sur une durée situé entre 1 et 39 mois (soit 40,74%), suivi de ceux ayant vécu sur une durée de 40 et 79 mois avant l'enquête (18,51%) et de ceux ayant vécu sur une durée 80 et 119 mois et 120 et 170 mois (14,81%) et pour couronner le tout, ceux ayant vécu sur une durée de 211 et 278 mois (11,11%).

Tableau 11 : Répartition des patients par âge et par durée de diabète

		Durée de diabète					Total
		1-39 mois	40-79 mois	80-119 mois	120-170 mois	211-278 mois	
Âge	18-34 ans	6	2	0	0	1	9
	35-51 ans	2	0	0	1	2	5
	52-70 ans	3	3	4	3	0	13
Total		11	5	4	4	3	27

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

L'analyse des données nous montre que la majorité de personnes interrogées est mariée ou vie en couple. Conformément aux données du tableau ci-dessus, 66,66% des patients âgés entre 18 et 34 ans ont vécu avec le diabète entre 1 et 39 mois avant notre enquête, ensuite viennent ceux qui ont vécu avec entre 40 et 79 mois soit 22,22% de la population totale interviewée et enfin 11,11% de ceux ayant vécue avec cette maladie entre 211-278 mois. Chez les patients âgés entre 35 et 51 ans, 40% d'entre eux ont vécu avec cette pathologie sur une durée située entre 1 et 39 mois et 211 et 278 mois et enfin ceux ayant vécu sur une durée entre 120 et 170 mois (20%), dans les autres catégories de durée, aucun des patients âgés entre 35 et 51 ans n'a été identifié. Chez les patients âgés entre 52 et 70 ans, une frange assez importante a vécu avec la pathologie sur une durée située entre 80 et 119 mois et enfin 23,07% de chaque population âgée entre 52 et 70 ans ont vécu avec la pathologie sur une durée située entre 1 et 39 mois, 40 et 79 mois et 120 et 170 mois. Dans la population totale, une large frange des patients âgés de 18 à 70 ans ont vécu avec la pathologie sur une durée situé entre 1 et 39 mois (soit 40,74%), suivi de ceux ayant vécu sur une durée de 40 et 79 mois avant l'enquête (18,51%) et de ceux ayant vécu sur une durée 80 et 119 mois et 120 et

170 mois (14,81%) et pour couronner le tout, ceux ayant vécu sur une durée de 211 et 278 mois (11,11%).

CHAPITRE II : CONNAISSANCE ET COMPETENCES D'AUTOGESTION DU DIABETE

Dans ce parti, il est préférable de mettre en lumière le niveau de connaissance des patients diabétiques selon le niveau de compétence de chacun à travers sa capacité à gérer sa pathologie. Nous allons préciser d'une manière spécifique le diagnostic selon les patients, la perception des conséquences du diabète, la capacité d'alimentation ainsi le niveau de chaque patient à exercer l'activité physique.

L'un des défis majeurs pour les professionnels de santé de nos jours est de satisfaire les besoins et demandes continus des patients atteints de maladies chroniques telles que le diabète. L'importance de suivi régulier des patients diabétiques par les professionnels de santé est d'une importance capitale pour la prévention des complications à long-terme (Shrivastava, Shrivastava & Ramasamy, 2013). Pour prévenir les possibles complications de cette pathologie et atteindre cet objectif de prévention, les professionnels ont mis en œuvre des stratégies pour pouvoir permettre aux patients de s'auto-soigner ou s'autogérer.

Puisque le diabète implique une prise régulière d'insuline, de certains médicaments et l'adoption de certains comportements pour éviter de potentielles complications, les patients doivent posséder une connaissance assez importante sur la prise en charge individuel du diabète et développer des compétences nécessaires pour s'auto-prendre en charge (Berne, 2011).

L'auto-soin du diabète est un processus de développement de connaissance en apprenant à survivre avec la nature complexe de la pathologie dans un contexte social et implique sept comportements essentiels d'auto-soin : la nourriture saine, l'activité physique, le contrôle du taux de sucre dans le sang, la prise de médicaments, les compétences de résolution de problème, les compétences d'ajustement and les comportements de réduction de risque (Shrivastava et al., 2013).

Selon Orem (1987), chaque personne a en elle les ressources nécessaires à pratiquer l'auto-soin, c'est-à-dire de prendre soin de soi. L'auto-soin est un apprentissage que la société et la culture apporte à chaque individu. Ainsi chaque personne a des capacités d'auto-soin qui lui sont propres. En situation de santé précaire ou déficitaire, la personne peut se trouver dans l'incapacité de mobiliser ses connaissances d'auto-soin ou être en manque de connaissances. Dans ce contexte, l'infirmière va pouvoir agir et déterminer avec la personne quelles sont les mesures d'auto-soin nécessaires et utiles à sa situation de santé. Orem parle de la nécessité d'auto-soin et il incombe à l'infirmière de déterminer lesquelles sont pertinentes pour la

personne. En effet, certaines pathologies nécessitent des adaptations dites « standards » connues des soignants. Il s'agit de les amener de façon personnalisée à la personne.

I. DIAGNOSTIC DU DIABETIQUE CHEZ LES PATIENTS

Comme le diabète s'accompagne rarement de symptômes apparents en ses débuts, on le découvre souvent de façon fortuite chez les patients au cours d'un examen de routine. La glycémie peut être mesurée par une prise de sang ou estimée grâce à un glucomètre qui permet d'analyser la glycémie sur une goutte de sang prélevée au bout du doigt. Même si les résultats sont normaux, il est recommandé de se dépister régulièrement pour appréhender le plus tôt la maladie.

Ce diagnostic doit permettre au professionnel de la santé d'identifier les représentations du patient, ses croyances, ses attitudes et ses connaissances vis-à-vis de la maladie, de la physiologie concernée par la maladie, et du traitement. Il permet également à identifier le type de " gestion " ou " contrôle " qu'a le patient de sa maladie: soit un contrôle interne permettant une attitude active, soit un contrôle externe amenant une attitude passive. Il faut noter que ce type de gestion dépend fortement de certaines variables, homme ou femme, niveau socioculturel, insertion sociale, entourage familial. En fin, ce diagnostic permet d'identifier le stade d'acceptation du patient de la maladie.

Les symptômes spécifiques du diabète chez les patients interviewés dans cette étude ne sont pas faciles à identifier. Ils varient d'un patient à l'autre et s'apparentent aux symptômes du palu. Certains indiquent un soif excessif, une bouche sèche, une fatigue générale et un fort très besoin d'uriner leur ont conduit à consulter un professionnel de santé. D'autres indiquent les maux de tête, la hausse de température corporelle comme motif de consultation pré-diagnostique du diabète. Cette maladie est toujours une surprise chez les patients lors du diagnostic, puisqu'ils ne s'attendaient à souffrir d'une telle maladie, surtout dans le contexte tchadien, cette maladie est considérée comme une maladie destinée aux personnes riches. Nous présenterons ci-dessous les extraits de quelques propos des participants.

« Tout a commencé en 2014 quand j'étais chauffeur à Mao. Au début, je sentais une fatigue générale dans mon corps et à chaque fois ma bouche se sèche et j'urine plusieurs fois dans la journée, je me suis rendu à l'hôpital de Mao et le médecin a découvert la maladie (le diabète). »¹

« Les causes du déclenchement de la maladie m'a surpris. Tout d'abord, j'ai commencé à avoir un assèchement fréquent de ma bouche et la nuit je

¹ Entretien avec un Patient diabétique, âgé de 64 ans et diagnostiqué depuis 2014

passé tout mon temps à uriner à chaque 30 minutes jusqu'à 4 heures du matin, l'heure de la prière et je bois beaucoup d'eau aussi... »²

« Au début de ma maladie, j'avais le corps très chaud et les maux de tête. Pour l'infirmier qui m'a diagnostiqué, il pensait que j'ai le paludisme. Après ce diagnostic, il nous a soumis au traitement du paludisme mais il n'y a pas de changement. Nous sommes revenus au Centre de santé de Bololo, il est question qu'il nous hospitalise et mette la perfusion le lendemain à 9h. Le matin, nous sommes revenus pour la perfusion et l'infirmier nous a transféré à l'hôpital Tchad-Chine, c'était ce jour que le Médecin a découvert que ma fille est diabétique. En ce temps, elle peut boire un litre et demi d'eau chaque 30 minutes et elle urine à chaque moment. »³

1.1. Perception des conséquences du diabète

Les patients considèrent la pathologie du diabète comme une maladie handicapante et qui vient briser leurs rêves de faire des choses ordinaires comme tout être humain normal et qui entraîne un coût social et financier dans la famille et chez les patients eux-mêmes. Comme l'affirme l'un des patients interviewés :

« L'impact du traitement dans ma vie, celle de ma famille est lourd. Le diabète est une maladie qui nécessite beaucoup de moyens financiers pour son traitement. »⁴

Cette pathologie est aussi comme une maladie qui a une influence significative sur la vie de l'être humain et de ses désirs et qui entraîne un handicap sur le plan physique et sexuel précisément un dysfonctionnement érectile, une perte de libido et de vision. Comme le montre l'un des extraits narratifs d'un patient :

« La vie avec le diabète n'est pas facile. Depuis mon diagnostic, j'ai perdu mes désirs sexuels jusqu'aujourd'hui. J'ai aussi perdu ma vision, je ne vois pas bien. »⁵

Pour certains patients, l'annonce d'une maladie chronique provoque une rupture qui induit des modifications concrètes dans sa vie : une réorganisation au niveau du quotidien, au niveau familial et aussi professionnel. En effet, dans tous types de maladies chroniques, des adaptations sont à mettre en place. Le patient doit adapter sa vie, son environnement, et inclure la notion de soins. Par exemple, pour le diabète, des mesures hygiéno-diététiques sont

² Entretien avec un Patient diabétique, âgé de 27 ans et diagnostiqué depuis 2018

³ Entretien avec une petite fille âgée de 10 ans diagnostiquée depuis 2021 et sa mère

⁴ Entretien avec un Patient diabétique, âgé de 27 ans et diagnostiqué depuis 2018

⁵ Entretien avec un Patient diabétique, âgé de 64 ans et diagnostiqué depuis 2014

à inclure au quotidien. Durant cette période de changements multifactoriels, il est question d'introduire des nouvelles notions qui pourront être amenées à travers l'éducation thérapeutique.

D'autres patients encore considèrent cette maladie comme une briseuse de rêves. Ainsi, la vie avec la pathologie entraîne de sérieuses conséquences sur le plan éducatif, professionnel... Les propos de quelques patients sont assez révélateurs :

« Pour moi, j'étais un élève en classe de CP et depuis lors avec la survenue de ma maladie, j'ai cessé de fréquenter suite à mon état de santé trop fragile »⁶

« Je suis un enfant, j'ai l'âge d'aller à l'école et la maladie à freiner mon entrée au CP jusqu'à là. Pour ma famille, gérer ce genre de maladie pour un enfant n'est pas facile. »⁷

1.1.2. Capacité d'alimentation

L'alimentation joue un rôle pour limiter les risques de complications métaboliques. Pour certains patients, l'avènement brusque de la pathologie a changé leur façon de vivre, surtout en ce qui concerne leur alimentation éprouvant ainsi de difficultés à s'adapter à la nouvelle situation alimentaire dans leur vie notamment l'abandon de certains aliments autrefois beaucoup consommés.

« Après avoir été diagnostiqué et déclaré diabétique, j'étais soumis pour un changement de mode de vie alimentaire que j'entretiens tous les jours dans ma vie. »⁸

« Lorsque j'ai été diagnostiqué, le médecin m'a soumis à de régimes alimentaires en m'indiquant ce que je dois à tout éviter de manger afin d'éviter d'autres complications qui peuvent arriver surtout avec ma situation de diabète. »⁹

« ...Le médecin m'a recommandé de ne pas manger les aliments sucrés ou qui contiennent beaucoup de sucre et il m'a ensuite suggéré des aliments que je dois ou peux manger et qui sont adaptés à ma situation actuelle. »¹⁰

D'autant plus que la vie avec le diabète implique un certain nombre de précautions alimentaire et de la capacité de l'individu à savoir choisir les plats alimentaires et nutritionnels adaptés à sa situation et nutritifs à l'organisme afin de maintenir son bon

⁶ Entretien avec une petite fille diabétique avec l'accord de sa mère, âgée de 10 ans et diagnostiquée depuis 2021

⁷ Entretien avec un petit garçon diabétique avec sa mère, âgé de 5 ans et diagnostiqué depuis 2021

⁸ Entretien avec un Patient diabétique, âgé de 64 ans et diagnostiqué depuis 2014

⁹ Entretien avec une Patiente diabétique, âgée de 22 ans et diagnostiquée depuis 5 mois

¹⁰ Entretien avec un patient diabétique, âgé de 20 ans et diagnostiqué depuis 3 ans

fonctionnement, il est important de se questionner sur la capacité de l'individu à exécuter cette tâche surtout dans un contexte où l'individu est souvent tenté à manger les plats habituels. Le choix alimentaire est considéré comme une obligation pour la situation sanitaire et la survie du diabétique puisqu'une mauvaise alimentation peut entraîner soit des complications qui peuvent compliquer la vie des patients soit la mort.

« Moi par exemple, je me sens capable de faire un bon choix pour mon alimentation même si parfois c'est difficile surtout lorsqu'on est habitué à manger des plats ordinaires comme les autres personnes. Mais avec le temps, on finit par accepter sa situation et on fait avec. Je choisis mes aliments en fonction des régimes prescrits par mon médecin. »¹¹

Nous avons aussi administré des questionnaires à d'autres patients pour mesurer leur capacité à choisir des aliments adaptés à leur nouvelle mode de vie avec la pathologie. Les résultats, après analyse, ont mis en évidence que 51,8% des patients ont déclaré qu'ils sont incapables de mesurer la quantité d'aliments nécessaires et de choisir les nourritures qui ont un bon équilibre entre les légumes, les protéines et les carbohydrates qui stabilisent leur glycémie comparés à 40,7% qui ont cette capacité dans leur choix alimentaire.

Tableau 12 : Capacité d'alimentation

Situation	Très peu N (%)	Peu N (%)	Neutre N (%)	Assez N (%)	Beaucoup N (%)	Total N (%)
Je suis capable de mesurer et choisir les nourritures qui ont un bon équilibre entre les légumes, Les protéines et les carbohydrates qui stabilisent ma glycémie (taux du sucre dans le sang)	12 (44,4%)	2 (7,4%)	2 (7,4%)	9 (33,3%)	2 (7,4%)	27 (100%)

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Tous nos patients diabétiques avaient été conseillés, 98% par un agent de santé et 2% par un parent sur la nécessité d'un changement de régime alimentaire, 92% affirmaient avoir changé de régime alimentaire, 9% mesuraient la quantité d'aliment qu'ils consomment et 79% mangeait dans le même plat familial, ces résultats sont similaires et collaborateurs qui trouve

¹¹ Entretien avec un patient diabétique, âgé de 50 ans et diagnostiqué depuis 2010

70,3%. Ces résultats pourraient s'expliquer par les habitudes culturelles du Tchad qui consistent à manger dans le même plat familial.

1.1.3. Prise de traitement

Les patients ayant participé à cette étude sont sous insulinothérapie. L'insuline est une injection utilisée comme traitement du diabète pour les personnes diabétiques de type 1 et de type 2. Elle est une hormone sécrétée par les cellules β des îlots de Langerhans du pancréas et de manière continue et régule notamment le taux de glucose dans le sang. Ainsi, l'insulinothérapie aide nos patients à maintenir l'équilibre métabolique de leur organisme et d'éviter ou de limiter toutes les risques de complications et les crises diabétiques telles que l'hypoglycémie, l'hyperglycémie... et les patients ont l'obligation de respecter les heures de prise du traitement. Les propos de certains patients sont révélateurs de la situation des diabétiques avec le traitement.

Bien qu'il soit important de comprendre l'adhésion au traitement et l'autogestion des soins, il est difficile de s'y retrouver dans l'ensemble actuel des théories et des études Penchées sur les facteurs psychosociaux qui favorisent l'adoption des comportements de santé. De plus, selon eux, il n'y a pas de comportements de santé mieux compris que d'autres à l'heure actuelle.

« Les médicaments prescrits par le médecin sont respectés, c'était l'insuline. Si je ne prends pas de l'insuline à l'heure, mon taux de sucre augmente. L'impact de ces produits sur ma vie quotidienne, la prise de ces produits me permet de maintenir ma glycémie au niveau normal. »¹²

« Les médicaments prescrits sont respectés et quand je ne prends pas le médicament (insuline) cela influence sur ma santé, j'ai des troubles dans mon corps. »¹³

Nous avons aussi administré des questionnaires à d'autres patients pour mesurer leur capacité à assurer leur traitement tout au long de leur vie sans recourir souvent aux professionnels de santé dans les centres de santé ou les hôpitaux pour l'administration des doses d'insuline. Les résultats, après analyse, ont mis en évidence que 51,8% des patients ont déclaré qu'ils sont incapables de mesurer la quantité d'aliments nécessaires et de choisir les nourritures qui ont un bon équilibre entre les légumes, les protéines et les carbohydrates qui stabilisent leur glycémie comparés à 40,7% qui ont cette capacité dans leur choix alimentaire.

¹² Entretien avec un patient diabétique, âgé de 64 ans et diagnostiqué depuis 2014

¹³ Entretien avec une Patiente diabétique, âgée de 22 ans et diagnostiquée depuis 5 mois

Tableau 13 : Prise de traitement

Situation	Très peu N (%)	Peu N (%)	Neutre N (%)	Assez N (%)	Beaucoup N (%)	Total N (%)
Je connais comment insuline ou médicament diabétique fonctionne dans mon corps et à quel moment de la journée je dois vérifier ma glycémie afin de m'assurer que ma dose est normale.	6 (22,2%)	5 (18,6%)	0 (0%)	13 (48,1%)	3 (11,1%)	27 (100%)
Si je manque une dose de mon insuline ou médicament, je connais comment mon corps réagira et les étapes à suivre pour réajuster.	6 (22,2%)	6 (22,2%)	2 (7,4%)	10 (38%)	3 (11,1%)	27 (100%)
Je connais vérifier ma glycémie si je veux voir comment mon sang a réagi à un repas.	6 (22,2%)	6 (22,2%)	2 (7,4%)	11 (40,8%)	2 (7,4%)	27 (100%)
Lorsque je suis malade, je connais ce qu'il faut faire autrement avec ma prise de médicament, le test de ma glycémie et quand aller à l'hôpital.	7 (26%)	11 (40,7%)	1 (3,7%)	6 (22,2%)	2 (7,4%)	27 (100%)

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Les résultats de l'analyse montrent que 59,2% de patients atteints de diabète connaissent la manière dont l'insuline ou médicament diabétique agit et fonctionne dans leur corps et à quel moment de la journée ils doivent vérifier leur niveau de glycémie afin de s'assurer que la dose glycémique est normale comparés à 40,8% d'entre eux qui ne connaissent pas le fonctionnement de l'insuline dans leur organisme. Quelques 49,1% de patients atteints de diabète ayant pris part à cette étude indiquent que s'ils manquent une dose

de leur insuline ou médicament, ils connaissent comment leur corps réagira et les étapes à suivre pour réajuster leur organisme comparés à 44,4% d'entre eux qui ne connaissent pas ce qu'il faut faire pour réajuster leur organisme s'ils arrivent à manquer une dose d'insuline. 48,2% de patients diabétiques ayant pris part à cette étude indiquent qu'ils connaissent vérifier leur niveau de glycémie s'ils veulent voir comment mon sang a réagi à un repas pris comparés à 44,4% qui en sont incapables de le faire. Les résultats de l'analyse montrent aussi que 66,7% de patients diabétiques ne connaissent pas ce qu'il faut faire autrement avec leur prise de médicament, le test de leur glycémie et quand aller à l'hôpital lorsqu'ils sont malades contre 29,6% d'entre eux qui connaissent les marches à suivre lorsqu'ils sont malades.

Les patients prennent parfois leur indépendance lorsqu'ils se procurent eux-mêmes certains matériels de contrôle glycémique et autres nécessaires relatifs au suivi du diabète mais garde toujours le contact avec les professionnels de santé. Les propos d'un patient sont révélateurs de la situation.

« Ma fréquence de visite au début était chaque fin du mois et quand j'ai acheté le glucomètre, je vérifie moi-même mon taux de sucre. Il arrive des fois où le médecin m'appelle par le téléphone pour voir l'évolution de ma maladie. »¹⁴

Le contrôle ou la visite à l'hôpital des personnes vivant avec le diabète dépend aussi de l'état du diabète chez le patient et de ses complications.

« La fréquence de nos visites est chaque semaine. Le motif en est que mon enfant a une plaie sur son épaule droite depuis un an et cette plaie tarde à guérir donc le médecin nous suit de près pour éviter de complications qui conduiront à l'amputation du bras de mon enfant. »¹⁵

« La fréquence de notre visite au niveau de consultation est à chaque fin du mois comme c'est une petite fille, le médecin nous suit de près. »¹⁶

1.1.4. Activité physique

Bien que la pratique des activités physiques adaptées au diabète est nécessaire pour la gestion et la régulation de la glycémie dans le corps, cette pratique n'est pas très évidente et systématique chez les patients ayant pris part à cette étude. Surtout dans un contexte, comme le Tchad, où la pratique du sport chez les individus est perçue comme une torture au corps, une perte de temps, les patients vivant avec les pathologies chroniques n'ont pas souvent

¹⁴ Entretien avec un patient diabétique, âgé de 45 ans et diagnostiqué depuis 2013

¹⁵ Entretien avec la mère d'un petit garçon, âgé de 5 ans et diagnostiqué depuis 2021

¹⁶ Entretien avec la mère d'une petite fille âgée de 10 ans et diagnostiqué depuis 2021

l'habitude de sortir de temps en temps se divertir et se dégourdir les jambes. L'activité physique régulière est impérative pour maintenir la glycémie et l'amélioration de la sensibilité à l'insuline chez les diabétiques de type 2. L'activité physique la plus populaire est la marche chez les personnes diabétiques de type 2. Les propos de certains patients sont très éclairants sur la situation :

« Moi par exemple, depuis toujours je n'ai pas l'habitude de sortir et de courir. Dans ma localité, il y a trop du sable et il est difficile de courir sur les dunes de sable. Quand une personne sort pour courir, les gens le regardent comme un fou et se mettent à rire »¹⁷

Nous avons aussi administré des questionnaires à d'autres patients pour mesurer leur capacité à planifier une activité physique et à pratiquer du sport pour maintenir leur équilibre physique, corporelle et glycémique.

Tableau 14 : Activité physique

Situation	Très peu N (%)	Peu N (%)	Neutre N (%)	Assez N (%)	Beaucoup N (%)	Total N (%)
Lorsque je planifie de faire d'exercices, je connais quel changement je dois faire pour éviter une faible glycémie avant, pendant et après l'exercice.	8 (29,7%)	13 (48,1%)	3 (11,1%)	3 (11,1%)	0 (00%)	27 (100%)

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Les résultats de l'analyse montrent que 77,8% des patients ayant pris part à cette étude ne connaissent le changement qui se passera dans leur corps notamment celui en rapport avec leur glycémie avant une activité physique, pendant et après cette activité contre seulement 11,1% qui ont cette capacité de connaître ces changements.

Les études montrent que l'activité physique réduit l'incidence du diabète de type 2 chez les sujets à haut risque et permet chez les patients diabétiques une amélioration du contrôle de la glycémie, de la tension artérielle, du profil lipidique et de la résistance à l'insuline.

¹⁷ Entretien avec un Patient diabétique, âgé de 64 ans et diagnostiqué depuis 2014

1.1.5. Connaissance de certains indicateurs du diabète

Cette connaissance a été mesurée par un questionnaire et les résultats sont présentés dans le tableau ci-dessous.

Tableau 15 : Connaissance de certains indicateurs du diabète

Situation	Très peu N (%)	Peu N (%)	Neutre N (%)	Assez N (%)	Beaucoup N (%)	Total N (%)
Je connais ce que A1c, la pression sanguine et le cholestérol du diabète sont, ce que mes objectifs sont et comment ils impactent mon diabète.	6 (22,2%)	6 (22,2%)	2 (7,4%)	11 (40,8%)	2 (7,4%)	27 (100%)

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Les résultats de l'analyse montrent que 48,2% des patients ayant pris part à cette étude connaissent ce que l'A1c, la pression sanguine et le taux cholestérol signifie pour un diabétique, et connaissent définir leurs objectifs pour maintenir leur état de santé au niveau normal et l'impact que ces diverses décisions et connaissance ont sur leur état de santé comparés à 44,4% de patients qui ont une capacité très limitée à réaliser ces tâches qu'incombent leur situation chronique de santé.

**DEUXIEME PARTIE : INTERVENTIONS EDUCATIVES CHEZ LES
PATIENTS DIABETIQUES A L'HOPITAL AMITIE TCHAD-CHINE DE
N'DJAMENA : EFFETS ET PERSPECTIVES**

CHAPITRE III : EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS DIABETIQUES A L'HOPITAL AMITIE TCHAD-CHINE DE N'DJAMENA

Dans ce chapitre nous présentons la perception de l'éducation thérapeutique selon les soignants, l'importance de l'éducation thérapeutique au service de diabétologie, les moments de déroulement de l'éducation thérapeutique, le contenu de l'éducation thérapeutique ainsi que les matériels utilisés pour faciliter la compréhension des enseignements au moment de l'éducation thérapeutique.

I. EDUCATION THERAPEUTIQUE SELON LES SOIGNANTS

1.1.1. Perception de l'éducation thérapeutique

La survenue d'une maladie chronique qui va accompagner la personne tout au long de sa vie, la nécessité d'un traitement, d'un suivi, de modifications du comportement, nécessitent la mise en place de phénomènes adaptatifs importants pour lesquels la simple prescription médicale ne suffit pas. L'éducation thérapeutique (ET) et le soutien psychosocial sont devenus incontournables.

Pour le personnel soignant ayant pris part à cette étude, l'éducation Thérapeutique (ETP) s'inscrit dans le parcours de soins du patient. Elle comprend un ensemble d'activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie. Elle vise à aider le patient et ses proches à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus longtemps possible et maintenir ou améliorer sa qualité de vie. Comme le soulignent les propos de certains d'entre eux :

« Pour moi l'éducation thérapeutique c'est donné des conseils aux patients diabétiques afin d'éviter les choses qui sont indiqués sur le régime alimentaire et aussi de bien suivre son traitement. »¹⁸

« Selon moi, l'éducation thérapeutique est un concept qui vise l'autonomie du patient ainsi que sa capacité à gérer sa maladie »¹⁹

« D'après mon point de vue, L'éducation du patient à sa maladie prend en compte les exigences des traitements, la prévention des complications, l'impact sur sa vie personnelle et sociale, les représentations du patient comme des soignants »

L'éducation thérapeutique proprement dite est du rôle strict des soignants, médecins et autres. Il s'agit bien d'un processus permanent en santé, dont les niveaux successifs sont

¹⁸ Entretien avec une soignante âgée de 29 ans avec 4 années d'expériences

¹⁹ Entretien avec le Médecin chef de service de diabétologie âgé de 47 ans avec 13 années d'expériences

adaptés au patient et à son état de santé, dont le succès dépend de son organisation structurelle et des moyens mis en œuvre.

1.1.2. Importance de l'éducation thérapeutique

Du point de vue de soignant, l'éducation thérapeutique a une importance capitale dans la gestion de la maladie chez les patients et permet, selon eux, aux patients de connaître l'évolution de la maladie, les moyens ou mesures hygiéniques à prendre et mettre en œuvre pour éviter des complications, de contrôler leur alimentation et leur niveau de glycémie et les moments propices de prise d'insuline. L'extrait du discours d'un soignant permet de mieux appréhender l'importance accordée par les soignants à cette éducation :

« [...] Les raisons pour l'éducation thérapeutique sont multiples, cela permet aux patients de connaître la maladie ainsi de mieux contrôler son régime alimentaire et être capable de vérifier sa glycémie et à quel moment de la journée prendre son insuline »²⁰

1.1.3. Moment d'éducation thérapeutique

Dans l'hôpital dont nous avons mené l'étude, les professionnels de santé argumentent qu'il n'y a pas encore un programme bien structuré et des moments de séance d'éducation. Selon eux, les programmes et les horaires d'activités sont encore en cours de validation dû à des difficultés rencontrées lors de la mise en place formelle. Néanmoins, des séances d'éducation sont proposées aux patients de manière individuelle lors des consultations au service de diabétologie. Les propos des personnels de santé suivant sont révélateurs :

« [...] Nous avons choisi la journée du vendredi de chaque semaine pour cette activité que jusqu'à là on n'a pas débuté, mais nous les faisons chaque lundi et mardi les jours de consultation. [...] »²¹

« [...] Nous le pratiquons individuellement avec les patients qui arrivent à la consultation. On donne aux patients l'éducation afin de bien gérer sa maladie [...] »²²

1.1.4. Le déroulement de l'éducation thérapeutique

Pour les professionnels de la santé ayant pris part à cette étude, le service de diabétologie offre aux patients des séances de conseils et de coaching et d'enseignement sur les mesures hygiéno-diététiques des personnes vivant avec la

²⁰ Entretien avec le Médecin chef de service de diabétologie âgé de 47 ans avec 13 années d'expériences

²¹ Entretien avec le Médecin chef de service de diabétologie âgé de 47 ans avec 13 années d'expériences

²² Entretien avec un soignant âgé de 35 ans avec 6 années d'expériences

pathologie et le déroulement de ces séances d'ETP est prévu pour être réalisé en groupe.

« [...] Nous avons prévu le déroulement de notre séance ETP en groupe accompagné des images mis à la disposition des patients [...] »²³

1.1.5. Contenu d'éducation thérapeutique

Selon les personnels soignants, l'activité d'apprentissage proposé aux patients s'oriente dans le cadre de l'autogestion du diabète, le changement des comportements alimentaires et de santé ainsi que l'apprentissage et la maîtrise du fonctionnement et de l'usage du glucomètre ainsi que la compréhension et l'interprétation des résultats métriques de la glycémie. Ce qui peut permettre aux patients de contrôler avec efficacité leur glycémie, le temps et le moment propices pour l'administration de l'insuline, et la manière de vivre aussi longtemps que possible avec la maladie.

« Les différents activités d'apprentissage que nous proposons sont basés sur le régime alimentaire, le contrôle de la glycémie, à quel moment de la journée, prendre son insuline. [...]. Je les transmets le savoir-faire qui consiste à la maîtrise du glucomètre et le savoir-être qui mène au changement de mode de vie. »²⁴

« [...] Nous les transmettons le savoir de manière générale en lien avec la gestion du diabète pour vivre longtemps avec la maladie afin d'éviter les complications graves. »²⁵

1.1.6. Matériel d'instruction

Dans leur service, les participants rapportent utiliser pour la plupart du temps des matériels d'enseignement-apprentissage est basée sur les outils pédagogiques les plus simples notamment les images qu'ils soumettent aux vues des patients pour les amener à comprendre les mécanismes et tâches qu'implique une vie avec le diabète d'autant plus que la majeure partie des patients atteints de diabète dans ce service est constituée des patients sans niveau d'éducation et ceux ayant un niveau primaire. Pour eux les images sont plus pratiques, parlantes, démonstratives, illustratives et significatives pour une rapide compréhension permettant ainsi aux patients d'apercevoir et de voir les différentes choses qui concerne la manière dont les personnes diabétiques s'alimentent, se comportent et gèrent leur situation de vie.

²³ Entretien avec un Médecin généraliste âgé de 37 ans avec 7 années d'expériences

²⁴ Entretien avec le Médecin chef de service de diabétologie âgé de 47 ans avec 13 années d'expériences

²⁵ Entretien avec une soignante âgée de 29 ans avec 4 années d'expériences

« [...] Lors des séances d'éducation, les différents outils pédagogiques que nous utilisons sont basés sur les images et l'appareil (glucomètre). [...] »²⁶

Pour d'autres la focalisation sur l'utilisation des images lors des séances d'éducation est le résultat d'un manque criard de matériels d'instruction notamment les outils pédagogiques modernes.

« Nous ne disposons pas assez des outils pédagogiques mais nous travaillons avec les fiches alimentaires qui présentent les nourritures que les patients doivent manger avec modération et les nourritures sans risque qu'ils peuvent consommer normalement. »²⁷

1.1.7. Relation patient-soignant

Pour les soignants, la relation qui prévaut entre les patients et les soignants dans le service est conviviale, lors des séances de travail en consultation avec les patients. Ce travail est fait par le Médecin en charge de la diabétologie qui échange et met en confiance les patients afin de contrôler leur état de santé générale et de santé mentale et l'évolution de la maladie et éventuellement éviter les complications à court et à long terme.

« [...] C'est avant tout une relation de confiance qui facilite l'échange entre moi et le patient. Comme c'est au niveau de consultation que tout se fait, nous les gérons selon l'état de santé du patient. En un mot c'est une relation de confiance [...]. »²⁸

« Le climat relationnel est très bon avec les patients et nous échangeons paisiblement. »²⁹

1.1.8. Education thérapeutique selon les patients

1.1.8.1. Rôle perçu des soignants en ETP par les patients

Pour les patients ayant pris part à cette étude, les soignants jouent un rôle capital dans le suivi et le contrôle de leur maladie puisqu'ils leur ordonnent de suivre une hygiène de vie saine afin d'éviter des complications qui peuvent mener à l'amputation d'un membre de leur corps et vérifient leur taux de sucre, leur tension et éventuellement contrôlent s'il n'y a pas la présence d'autres pathologies.

« Le rôle des personnes en charge de la santé de mon enfant est très important. Il suit de près l'état de santé de mon enfant afin d'éviter les complications »³⁰

²⁶ Entretien avec le Médecin généraliste âgé de 37 ans avec 7 années d'expériences

²⁷ Entretien avec une soignante âgée de 29 ans avec 4 années d'expérience

²⁸ Entretien avec le Médecin chef de service de diabétologie âgé de 47 ans avec 13 années d'expériences

²⁹ Entretien avec une soignante âgée de 29 ans avec 4 années d'expérience

³⁰ Entretien avec la mère d'un patient âgé de 5 ans ayant été diagnostiqué en 2021

« Les personnes en charge de ma santé jouent un rôle important. Ils surveillent et veillent à chaque fois ma glycémie »³¹

« Toutes ces orientations et conseils des corps soignants sont meilleurs. Ils mettent à notre disposition les fiches alimentaires qui nous permettent de contrôler notre alimentation chaque jour. Dans ma vie, ce qui a changé suite au diagnostic je suis capable maintenant de contrôler le taux de sucre dans mon corps et l'excès d'urine au début de ma maladie à diminuer »³²

1.1.8.2. Importance de l'éducation thérapeutique

Selon les patients ayant pris part à notre étude, l'éducation thérapeutique a une valeur capitale pour leur état de santé puisqu'elle leur a permis de connaître le diabète et ces complications ainsi d'acquérir la capacité à vérifier soi-même la glycémie. Cette éducation donne de l'espoir de vie avec la pathologie sans préjugés ni stéréotype et les conduit vers la maîtrise et la connaissance des mesures hygiéno-diététiques à suivre quotidiennement afin de vivre du mieux que possible sainement.

« [...] L'ETP est important, cette éducation m'a permis de connaître le diabète et maîtriser le régime alimentaire. Les conseils les plus fréquents sont d'ordre alimentaire. Ces conseils me permettent de contrôler les aliments de mon enfant. Ce qui a changé dans sa vie suite au diagnostic c'est le changement de mode de vie. Je suis dépendant de l'insuline, je prends 3 piqûres par jour »³³

« Ils nous donnent des conseils sur les régimes alimentaires à suivre à travers les fiches alimentaires que le médecin a mis à notre disposition. Je me sens mieux suite au diagnostic et jusqu'à là il n'y a pas de complication »³⁴

« L'ETP que les spécialistes nous donnent à l'hôpital est vraiment important dans notre vie quotidienne. Ce programme d'ETP est un soutien psychologique vis-à-vis de nous. Les préoccupations sont satisfaites et cela nous permet de gérer la maladie »³⁵

« Ce qui a changé dans ma vie après avoir été diagnostiqué, j'ai perdu mes désirs sexuels jusqu'à nos jours. J'ai aussi perdu ma vision je ne vois pas bien »³⁶

Nous avons aussi administré des questionnaires à d'autres patients pour mesurer leur perception de manière sur les activités proposées lors des séances d'éducation thérapeutique,

³¹ Entretien avec le père d'un patient âgé de 10 ans ayant été diagnostiqué en 2021

³² Entretien avec d'un patient âgé de 27 ans ayant été diagnostiqué en 2018

³³ Entretien avec la mère d'un patient âgé de 5 ans ayant été diagnostiqué en 2021

³⁴ Entretien avec le père d'un patient âgé de 10 ans ayant été diagnostiqué en 2021

³⁵ Entretien un patient âgé de 27 ans ayant été diagnostiqué en 2018

³⁶ Entretien un patient âgé de 64 ans ayant été diagnostiqué en 2014

les matériels utilisés et le climat relationnel qui prévaut tout au long de ces séances. Les résultats de l'analyse seront présentés ci-dessous.

Tableau 16 : Présentation des résultats relatifs au climat relationnel entre soignant-patient

Situation	Très en désaccord N (%)	Désaccord N (%)	Neutre N (%)	D'accord N (%)	Très d'accord N (%)	Total N (%)
Les médecins me laissent le choix sur les comportements d'autogestion.	10 (37%)	4 (14,9%)	1 (3,7%)	10 (37%)	2 (7,4%)	27 (100%)
Les médecins comprennent comment je me sens par rapport à l'autogestion du diabète.	10 (37%)	1 (3,7%)	0 (00%)	15 (55,6%)	1 (3,7%)	27 (100%)
Les médecins ont confiance en moi et me font croire que je suis capable de m'autogérer.	6 (22,2%)	5 (18,5%)	0 (00%)	9 (33,3%)	7 (25,9%)	27 (100%)
Les médecins m'écoutent sur la manière que je souhaiterais faire mon autogestion.	5 (18,5%)	1 (3,7%)	0 (00)	10 (37%)	11 (40,7%)	27 (100%)
Les médecins m'encouragent à poser des questions sur les comportements d'autogestion.	5 (18,5%)	0 (00%)	0 (00%)	10 (37%)	12 (44,4%)	27 (100%)
Après avoir compris mon point de vue sur l'autogestion du	4 (14,8%)	0 (00%)	0 (00%)	3 (11,1%)	20 (74,1%)	27 (100%)

diabète, les médecins
me font quelques
suggestions.

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Les résultats de l'analyse démontrent que 51,9% des patients ayant pris part à cette étude indiquent les médecins ne les laissent pas faire le choix sur leurs comportements d'autogestion contre 44,4% qui affirment que les soignants les laissent librement faire leur choix en ce qui concerne leur autogestion. 59,3% des participants indiquent que les médecins comprennent leur manière de se sentir par rapport à leur autogestion du diabète comparés à 40,7% des patients qui affirment que leurs soignants ignorent leur sentiment à l'égard de leur autogestion. 59,3% des patients ayant pris part à cette étude affirment que les soignants ont confiance en eux et leur font croire qu'ils sont capables de s'autogérer contre 40,7% d'entre eux qui ont une perception différente des autres affirmant les soignants ne leur mettent pas en confiance. Les résultats de l'analyse démontrent aussi que 77,8% des patients affirment que les soignants en charge de leur pathologie les écoutent sur la manière qu'ils souhaiteraient faire leur autogestion contre 22,2% d'entre eux qui affirment que leurs soignants ne les écoutent pas. 81,5% des patients ayant pris à cette étude affirment que les soignants leur encouragent à poser des questions sur les comportements d'autogestion contre 18,5% d'entre eux qui affirment le contraire. Enfin, les résultats de l'analyse démontrent que 85,2% des patients affirment que leurs soignants leur font des suggestions après avoir compris et pris en compte leur point de vue sur l'autogestion du diabète comparés à seulement à 14,8% qui affirment que leurs soignants ne leur font pas de suggestions sur la manière de gérer leur diabète.

Tableau 17 : Présentation des résultats relatifs aux ressources organisées lors de l'ETP

Situation	Très en désaccord N (%)	Désaccord N (%)	Neutre N (%)	D'accord N (%)	Très d'accord N (%)	Total N (%)
Des formateurs/animateurs/infirmiers qui nous soutiennent et échangent avec nous ont des compétences nécessaires requises pour éduquer les	5 (18,5%)	2 (7,4%)	1 (3,7%)	12 (44,4%)	7 (25,9%)	27 (100%)

patients.						
Lors des séances d'éducation thérapeutique, des matériels que les vidéos-projecteurs sont mis à notre disposition.	18 (66,7%)	5 (18,5%)	4 (14,8%)	0 (00%)	0 (00%)	27 (100%)
Lors des séances d'éducation thérapeutique, l'hôpital met à notre disposition des livres, documents concernant le diabète et sa prise en charge.	3 (11,1%)	7 (25,9%)	2 (7,4%)	15 (55,6%)	0 (00%)	27 (100%)
Lors des séances d'éducation thérapeutique, on nous projette des films et vidéos mettant en scène les diabétiques dans la manière de s'autogérer.	13 (48,1%)	6 (22,2%)	8 (29,6%)	0 (00%)	0 (00%)	27 (100%)
Nous disposons des programmes d'éducation adaptés à notre situation et mettent en évidence les compétences à acquérir.	9 (33,3%)	5 (18,5%)	5 (18,5%)	8 (29,6%)	0 (00%)	27 (100%)
On nous met en petit groupe pour nous permettre de mieux échanger nos expériences sur nos maladies.	7 (25,9%)	3 (11,1%)	6 (22,2%)	10 (37%)	1 (3,7%)	27 (100%)
Nous disposons d'une équipe de professionnel incluant les diabétologues, les diététiciens, les infirmiers, médecins, pharmaciens, les conseillers en activité physique pour nous aider.	4 (14,8%)	1 (3,7%)	0 (00%)	3 (11,1%)	19 (70,4%)	27 (100%)

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Les résultats de l'analyse démontrent que la majorité des patients ayant pris part à cette étude (70,3%) affirment que leurs formateurs/animateurs/infirmiers qui leur soutiennent et échangent avec eux possèdent des compétences nécessaires requises pour les éduquer contre 25,9% d'entre eux qui affirment que leurs formateurs ne possèdent pas les compétences nécessaires pour les aider à vivre sainement et gérer leur diabète de manière efficace. La majorité des patients (85,2%) affirment que des matériels tels que les vidéos-projecteurs ne sont pas mis à leur disposition ou ne sont pas utilisés lors des séances d'éducation thérapeutique. Plus de la moitié des patients (55,6%) affirment aussi que l'hôpital met à leur disposition des livres, documents concernant le diabète et sa prise en charge lors des séances d'éducation thérapeutique comparés à 37% d'entre eux qui affirment que l'hôpital ne met pas à leur disposition des documents. Plus de la moitié des patients (70,3%) affirment aussi qu'il n'y a pas de projection des films mettant en scène les diabétiques dans la manière de s'autogérer lors des séances d'éducation thérapeutique.

Les résultats de l'analyse montrent aussi que la moitié des patients (51,8%) affirment qu'ils ne disposent pas des programmes d'éducation adaptés à leur situation et qui mettent en évidence les compétences à acquérir comparés 29,6% d'entre eux qui affirment, tout à fait, le contraire indiquant avoir disposé des programmes d'éducation adaptés à leur état de diabète. 40,7% des patients ayant pris part à cette étude affirment aussi qu'ils sont mis en petit groupe lors des séances d'éducation afin de leur permettre de mieux échanger leurs expériences avec leurs maladies contre 37% d'entre eux qui affirment qu'ils ne sont pas mis en groupe, cela pourrait être expliqué par le fait que la plupart des séances se passent en consultation de manière individuelle. Plus de la moitié affirment aussi qu'ils disposent d'une équipe de professionnel incluant les diabétologues, les diététiciens, les infirmiers, médecins, pharmaciens, les conseillers en activité physique prêts à les aider et les accompagner tout au long de l'évolution avec la maladie comparés à 18,5% qui affirment le contraire indiquant l'équipe n'est pas composée des soignants de divers profils.

Tableau 18 : Présentation des résultats relatifs aux activités organisées durant l'éducation

Situation	Très en Désaccord	Neutre	D'accord	Très d'accord	Total	
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)	
Les formateurs nous fournissent des informations et	6 (22,2%)	0 (00%)	0 (00%)	12 (44,5%)	9 (33,3%)	27 (100%)

activités sur l'alimentation d'un diabétique.	5 (18,6%)	0 (00%)	0 (00%)	10 (37%)	12 (44,4%)	27 (100%)
Les formateurs/médecins nous fournissent des informations et activités sur la prise de médicaments et de l'insuline d'un diabétique.	5 (18,5%)	5 (18,5%)	7 (25,9%)	7 (25,9%)	3 (11,1%)	27 (100%)
Les formateurs/médecins nous fournissent des informations et activités sur les activités et exercices physiques adaptés pour un diabétique.	4 (14,8%)	1 (3,8%)	8 (00%)	9 (33,3%)	13 (48,1%)	27 (100%)
Les formateurs/médecins nous fournissent des informations et activités sur le contrôle de la glycémie chez un diabétique.	5 (18,5%)	2 (7,4%)	0 (00%)	9 (33,3%)	11 (40,7%)	27 (100%)
Les formateurs/médecins nous fournissent des informations et activités sur l'autogestion chez un diabétique.						

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Les résultats de l'analyse montrent que plus de la moitié des patients ayant pris part à cette étude (77,8%) déclarent que leurs formateurs/médecins leur fournissent des informations et activités sur la manière dont un diabétique doit s'alimenter comparés à seulement 22,2% d'entre eux qui affirment le contraire indiquant que leurs formateurs ne leur fournissent pas assez d'informations relatives à l'alimentation d'un diabétique. 81,4% d'entre les patients déclarent que leurs formateurs/médecins les fournissent des informations et activités relatives à la prise des médicaments et de l'insuline chez un diabétique contre seulement 18,6% d'entre eux qui disent que ces informations et activités ne leur ont pas été donné.

Les résultats de l'analyse montrent aussi que moins de la moitié (37%) des patients ayant pris part à cette étude déclarent que leurs formateurs/médecins leur fournissent des informations et activités relatives aux activités/exercices physiques adaptés aux conditions de vie d'une personne vivant avec le diabète contre 37% qui affirment que ces informations ne leur sont pas fournies par leurs formateurs ou médecins. Plus de la moitié des participants à cette étude (81,4%) déclarent aussi que leurs formateurs/médecins leur fournissent des informations et activités relatives au contrôle quotidien de la glycémie chez une personne diabétique comparés à seulement 18,6% qui contestent que ces divers informations ou activités relatives au contrôle glycémique leur ont été donné. Et enfin, plus de la moitié des participants (81,4%) à cette étude affirment aussi que leurs formateurs/médecins leur fournissent des informations et activités relatives à l'autogestion chez une personne diabétique contre seulement 18,6% d'entre eux qui affirment tout à fait le contraire indiquant ces informations nécessaires ne leur ont pas été donné.

Tableau 19 : Présentation des résultats relatifs aux actions éducatives entreprises

Situation	Très en désaccord N (%)	Désaccord N (%)	Neutre N (%)	D'accord N (%)	Très d'accord N (%)	Total N (%)
Le service de diabétologie de l'hôpital accorde de soutien psychologique aux patients.	5 (18,5%)	2 (7,4%)	1 (3,7%)	12 (44,4%)	7 (25,9%)	27 (100%)
L'hôpital organise des séances de partage du vécu des patients.	18 (66,7%)	5 (18,5%)	4 (14,8%)	0 (00%)	0 (00%)	27 (100%)
L'hôpital organise des	3	7	2	15	0	27

journées spécifiques pour la sensibilisation à la lutte contre la mortalité diabétique.	(11,1%)	(25,9%)	(7,4%)	(55,6%)	(00%)	(100%)
Les infirmiers et infirmières organisent des séances d'accompagnement individualisées aux patients.	13 (48,1%)	6 (22,2%)	8 (29,6%)	0 (00%)	0 (00%)	27 (100%)
Le personnel du service de diabétologie fournit des orientations individuelles lors des visites ou par téléphone.	9 (33,3%)	5 (18,5%)	5 (18,5%)	8 (29,6%)	0 (00%)	27 (100%)

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Les résultats de l'analyse démontrent que la majorité des patients ayant pris part à cette étude (70,3%) affirment que le service de diabétologie qui prend en charge leur pathologie accorde du soutien psychologique aux patients contre 25,9% d'entre eux qui affirment que ce service ne veille pas sur leur bien-être mental et émotionnel. La majorité des patients (85,2%) affirment que l'hôpital n'organise pas des séances de partage des vécus des patients. Plus de la moitié des patients (55,6%) affirment également que l'hôpital organise des journées spécifiques dédiées à la sensibilisation pour la lutte contre la mortalité diabétique comparés à 37% d'entre eux qui affirment que l'hôpital n'organise pas de journées de sensibilisation. Plus de la moitié des patients (70,3%) affirment également que les infirmiers et infirmières n'organisent pas des séances d'accompagnement individualisées pour les patients. De même, 51,8% des patients affirment que le personnel du service de diabétologie ne fournit pas des orientations individuelles lors des visites ou par téléphone.

Dans cette présente, au vu des données collectées par questionnaire auprès des patients diabétiques et après l'analyse des données nous avons procédé à une analyse plus approfondie des données en faisant des tests statistiques pour vérifier nos hypothèses préalablement établies. Pour ce faire, nous avons eu recours à l'analyse statistique de corrélation de Pearson.

Le niveau de décision statistique est établi au seuil de 0,05, seuil standard des analyses en Sciences sociales et humaines. Si le niveau de signification de la corrélation est supérieur à 0,05, ce qui signifie que l'hypothèse alternative n'est pas acceptée au détriment de l'hypothèse nulle et si le niveau est inférieur à 0,05, l'hypothèse nulle n'est pas acceptée au détriment de l'hypothèse alternative.

HS.1 : Les activités éducatives proposées contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.

Tableau 20 : Présentation des résultats du test de Corrélation de l'Hypothèse spécifique1

		Activités éducatives proposées	Compétences d'autogestion
Activités éducatives proposées	Corrélation de Pearson	1	,252
	Sig.		,205
	N	27	27
Compétences d'autogestion	Corrélation de Pearson	,252	1
	Sig.	,205	
	N	27	27

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Les résultats du test de Corrélation de Pearson démontrent qu'il n'y a pas de corrélation entre les activités éducatives proposées lors des séances d'éducation thérapeutique et les compétences d'autogestion chez les patients atteints de diabète ($r(27)=0,252$, $p>0,05$). Ces résultats indiquent les activités éducatives proposées par les professionnels de santé à l'Hôpital Amitié Tchad-Chine de N'Djamena ne contribuent pas positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients vivant avec le diabète. Cela serait due aux diverses activités éducatives mesurées dans notre étude qui pourraient ne pas prendre en compte certaines activités réellement proposées dans le service de diabétologie.

HS.2 : Les ressources organisées contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.

Tableau 21 : Présentation des résultats du test de Corrélation de l'Hypothèse spécifique2

		Ressources organisées	Compétences d'autogestion
Ressources organisées	Corrélation	de 1	,540**
	Pearson		
	Sig.		,004
	N	27	27
Compétences d'autogestion	Corrélation	de ,540**	1
	Pearson		
	Sig.	,004	
	N	27	27

**La corrélation est significative au niveau 0.01 (bilatéral).

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Les résultats du test de Corrélation de Pearson démontrent qu'il existe une corrélation positive entre les ressources organisées lors des séances d'éducation thérapeutique et les compétences d'autogestion chez les patients atteints de diabète ($r(27)=0,540$, $p<0,05$). Ces résultats indiquent les ressources organisées lors des séances d'éducation thérapeutique à l'Hôpital Amitié Tchad-Chine de N'Djamena contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients vivant avec le diabète. Ainsi, une augmentation d'une unité dans les diverses ressources humaines et matérielles augmente une unité au niveau des compétences en matière d'autogestion chez les patients vivant avec le diabète à N'Djamena. Cependant, les ressources humaines et matérielles jouent un rôle très important dans l'acquisition des compétences d'autogestion des patients.

HS.3 : Le climat relationnel soignant-patient contribue positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.

Tableau 22 : Présentation des résultats du test de Corrélation de l'Hypothèse spécifique

		Climat relationnel entre patient-soignant	Compétences d'autogestion
Climat relationnel entre patient-soignant	Corrélation de Pearson	de 1	,239
	Sig.		,229
	N	27	27
Compétences d'autogestion	Corrélation de Pearson	de ,239	1
	Sig.	,229	
	N	27	27

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Les résultats du test de Corrélation de Pearson démontrent qu'il n'existe pas une corrélation positive entre le climat relationnel entre patient-soignant lors des séances d'éducation thérapeutique et les compétences d'autogestion chez les patients atteints de diabète ($r(27)=0,239$, $p>0,05$). Ces résultats indiquent le climat relationnel existant entre les soignants et les patients qui prévaut lors des séances d'éducation thérapeutique à l'Hôpital Amitié Tchad-Chine de N'Djamena ne contribuent pas positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients vivant avec le diabète.

HS.4 : *Les ressources organisées contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.*

Tableau 23 : Présentation des résultats du test de Corrélation de l'Hypothèse spécifique

4

		Actions éducatives	Compétences d'autogestion
Actions éducatives	Corrélation Pearson	de 1	,429*
	Sig.		,029
	N	27	27
Compétences d'autogestion	Corrélation Pearson	de ,429*	1
	Sig.	,029	
	N	27	27

*La corrélation est significative au niveau 0.05 (bilatéral).

Source : Enquête sur le terrain, 29 Août-14 Septembre 2022

Les résultats du test de Corrélation de Pearson démontrent qu'il existe une corrélation positive entre les les actions éducatives entreprises en faveur des diabétiques et les compétences d'autogestion chez les patients atteints de diabète ($r(27)=0,429$, $p<0,05$). Ces résultats indiquent les actions éducatives entreprises pour les patients diabétiques à l'Hôpital Amitié Tchad-Chine de N'Djamena contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients vivant avec le diabète. Ainsi, une augmentation d'une unité dans les diverses actions éducatives augmente une unité au niveau des compétences en matière d'autogestion chez les patients vivant avec le diabète à N'Djamena. Cependant, les actions éducatives jouent un rôle très important dans l'acquisition des compétences d'autogestion des patients.

Ce qui prévoit que le succès de l'autogestion du diabète implique une formation sur mesure dispensée par des spécialistes. Car seules les connaissances et les compétences acquises permettent au diabétique d'interpréter correctement son taux de glucose sanguin et d'en tirer les bonnes conclusions. Et il est indispensable de renouveler régulièrement les connaissances sur le traitement du diabète. Ce stade est accompagné par de mesures motivantes, proposés par les professionnels médicaux, sont des pierres angulaires pour éviter toute complication du diabète à court et à long terme.

CHAPITRE IV : ENJEUX DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE ET REPONSES ADMINISTRATIVES A LA PROBLEMATIQUE

Ce chapitre s'articule autour de trois grands points. Le premier point est consacré aux avantages socio-économiques de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques. Le deuxième point, quant à lui, est consacré à l'impact socio-économique et sanitaire de la non-éducation thérapeutique chez les patients. Le troisième et dernier point du chapitre est consacré aux stratégies et réponses administratives à la problématique.

I. ENJEUX DE L'EDUCATION THERAPEUTIQUE

1.1. Education thérapeutique à un rôle à jouer dans la prévention du diabète

L'Education Thérapeutique (ET) s'inscrit dans le parcours de soin du patient. Elle a pour rôle de rendre le patient plus « autonome » en facilitant son adhésion aux traitements prescrits et en améliorant sa qualité de vie. Selon l'OMS, l'ET est un processus continu, intégré dans les soins et centré sur le patient. Elle comprend des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage et d'accompagnement psychosocial concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, l'hospitalisation et les autres institutions de soins concernées, et les comportements de santé et de maladie du patient. Elle vise à aider le patient et ses proches à la prévention et compréhension de la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre le plus sainement possible et maintenir ou améliorer sa qualité de vie. L'éducation thérapeutique devrait rendre le patient capable d'acquérir et maintenir les ressources nécessaires pour gérer de manière optimale sa vie avec la maladie (OMS,1996, cité par la HAS,2013).

De nos jours, le nombre de personnes atteintes du diabète est en constante augmentation. Cette maladie comporte plusieurs contraintes et complications qui entravent la qualité de vie. L'apparition de complications diabétiques est la plus fréquente et entraîne le plus grand taux de mortalité. Le principal objectif de cette partie est d'évaluer l'importance accordée à l'intervention infirmière de type éducatif qui permettent de prévenir et de diminuer l'apparition des complications au moyen de l'éducation thérapeutique (ET) afin que les patients gagnent en autonomie, préservent leur capital santé et leur qualité de vie.

L'ET est une nécessité absolue dans la gestion des maladies chroniques, dont le diabète. Elle favorise non seulement l'autonomie du patient dans la prise en charge de sa maladie mais aussi lui permet de se réaliser dans les domaines de la vie personnelle, sociale, professionnelle (Lacroix & Assal, 2003). Un de ses autres objectifs est de rendre le patient

capable d'agir au mieux pour préserver sa santé et ainsi éviter la survenue de complications (Education thérapeutique, 2013, p.271). Son efficacité doit être évaluée non seulement sur des connaissances mais aussi sur l'amélioration de la qualité de vie ou sur des paramètres cliniques ou biologiques mesurant l'amélioration de l'état de santé, tels que la glycémie, l'hémoglobine glyquée (Education thérapeutique, 2013, p.274).

La prise en charge thérapeutique des patients atteints de diabète de type I et du type II a pour principal but de diminuer le risque cardiovasculaire et ainsi améliorer la qualité de vie (Braillard, 2017 ; Arditi & Burnand, 2011). Selon l'American Diabetes Association (ADA) et l'European Association for the Study of Diabetes (EASD), le traitement du diabète de type II est fondé sur plusieurs piliers : le premier pilier réside sur l'objectif glycémique qui est nécessaire pour améliorer la prévention des complications à long terme. Le deuxième pilier se base sur la mise en place d'un traitement antidiabétique pour la réduction de la glycémie, traitement adapté en fonction des patients (Marre, 2012). Le troisième pilier repose sur une influence positive de l'hygiène de vie qui comporte une réduction du poids corporel, une alimentation équilibrée et une activité physique régulière. Ces trois piliers sont nécessaires à la bonne santé de l'individu diabétique (Philippe et al., 2009).

Il existe divers outils pédagogiques adaptés, toutefois il ne semble pas y avoir une approche unique pour l'éducation des personnes diabétiques. L'emploi des interventions multi-facettes doit plutôt être privilégié (King et al., 2006). Le recours à la nouvelle technologie de l'information et de communication semble être une avenue prometteuse pour pallier à certaine lacune de notre système de santé actuel. L'éducation des patients diabétiques est donc un processus d'apprentissage structuré orienté essentiellement vers la famille et la personne (Thomas, 2003). Il couvre trois axes d'activités : l'éducation pour la santé qui s'appuie sur une vision globale de la santé, de la maladie et qui contient les deux autres axes soit : l'éducation thérapeutique du patient concerne le comportement de santé et de la maladie, enfin l'ET, laquelle touche la portion de l'éducation directement rattachée aux traitements tant curatifs que préventifs (Thomas, 2003). Selon cet auteur ces trois axes d'activités englobent le savoir-faire et le savoir-être.

L'intervention éducative favorise l'augmentation des connaissances, de la satisfaction de la qualité de vie, du sentiment d'auto-efficacité, de l'assiduité aux traitements, de l'engagement ainsi que d'un plus grand sentiment de contrôle (Centre Education du Patient ASBBL., 2009 ; Dalton et al., 2004). L'émergence du sentiment d'auto-efficacité grâce à cette approche est positive en soi puisqu'elle est fortement associée à la motivation, à la persévérance et aux changements de comportements menant vers une saine autogestion de sa

santé (Bandura, 2003 ; Krichbaum et al., 2003). Ce fait est d'autant plus intéressant puisque la personne/famille du diabétique est considérée comme la principale responsable de ses soins quotidiens (Lefèvre, 2003). Cependant, elle n'implique pas uniquement la personne malade chronique, car elle s'entend comme « un processus de renforcement des capacités du malade et/ou de son entourage à prendre en charge l'affection qui le touche, sur la base d'actions intégrées au projet de soins » (Saout et al., 2008, p.3). Cette définition est intéressante car elle prend en considération l'éducation thérapeutique de l'entourage notamment familial. Ainsi, la famille peut être considérée comme un « partenaire thérapeutique » (Bantman, 2005) et peut bénéficier, au même titre que la personne malade chronique, de situations d'enseignement-apprentissage. La maladie chronique se vit donc de manière plurielle. Que l'on soit parent, époux ou épouse, frère ou sœur, etc., la famille peut remplir plusieurs rôles : un rôle de soutien moral ou financier ; parfois un rôle de soignant en s'assurant que les traitements sont pris et les rendez-vous médicaux programmés ; parfois en préconisant des conseils recueillis notamment lors de participations à l'ETP. Dans les pratiques, l'ETP impliquant les familles peut porter sur des maladies chroniques chez les enfants et adolescents.

C'est ainsi que dans le monde de la santé, les usages du terme « intervention » se rapportent le plus souvent à des actions bienveillantes et positives, dans une perspective de changement (Descarpentries, 2008). Ces actions s'inscrivent dans le champ de la santé publique, dont l'objectif est de promouvoir, protéger, améliorer et rétablir la santé de personnes, de groupes ou de la population entière. L'éducation pour la santé, contrairement à la prévention, ne se fixe pas pour objectif de changer les comportements des individus mais de les accompagner dans une réflexion critique et spécifique de leur situation.

1.1.1. Lien entre éducation et autonomisation du patient diabétique

L'ET des patients diabétiques est un climat relationnel qui existe entre le soignant et patient qui vise l'autonomisation du patient. Le concept autonomie est un mot déployé au niveau de l'individu. Il existe une multitude de définitions et celle qui a été retenue est celle de d'Emmanuel Kant décrit dans l'article « autonomie, illusion ou projet de société ? » (Coadic, 2006.p319). L'autonomie est le choix qui ne repose que sur la volonté propre de l'homme établissant une « législation universelle ». Tout choix qui serait soumis à un élément « extérieur » l'attrait, l'intérêt, la contrainte, le devoir, la loi, la nécessité etc., révélerait au contraire de l'hétéronomie d'autre part ; la législation propre de l'homme est universelle dans la mesure où il s'agit « selon la maxime qui veut en même temps s'ériger en elle-même en loi

universelle ». Il choisit volontairement et librement de se comporter de façon qu'il juge être universellement meilleur.

Pour compléter cette définition, un auteur (Schaerer, 2014) ajoute que l'autonomie est entendue comme la liberté de chacun à faire équivaloir ses priorités, ses besoins et de faire ses propres choix. Cette notion représente une sorte d'autodétermination. Enfin, lorsque l'autonomie de dignité et l'intégrité du patient sont mises en péril, la personne est considérée comme étant vulnérable. En effet, les maladies chroniques font partie des facteurs de risque de cette fragilité par la dépendance fonctionnelle représentée comme inaptitude à réaliser les actes de la vie quotidienne tant physique que psychique (Revue de la littérature Suisse, 2009).

Dans les soins, il existe de multitude de facteurs qui sont susceptibles d'entraîner une atteinte à l'autonomie de la personne lorsque celle-ci présente une perte de capacité de discernement, une précarité et un isolement social ainsi qu'une limitation à l'accès des soins (Klein & Ducroux-Biass, 2009). Il est évident de signaler que dans l'éducation thérapeutique qui mène vers l'autonomisation prend en compte le concept l'auto-soin des patients vivant avec une pathologie. Selon Orem (1987), chaque personne a en elle les ressources nécessaires à pratiquer l'auto-soin, c'est-à-dire de prendre soin de soi. L'auto-soin est un apprentissage que la société et la culture apporte à chaque individu. Ainsi chaque personne a des capacités d'auto-soin qui lui sont propres. En situation de santé précaire ou déficitaire, la personne peut se trouver dans l'incapacité de mobiliser ses connaissances d'auto-soin ou être en manque de connaissances.

L'ET a donc prouvé son efficacité et tient une place importante dans le parcours de soins des patients atteints d'une maladie chronique. Cependant, le Haut Comité de Santé Publique (HCSP) considère qu'une L'ET sera véritablement intégrée aux soins lorsqu'elle présentera les caractéristiques d'une personne souffrant de la maladie chronique et le rend autonome. Dans l'ET, deux acteurs sont donc impliqués : le patient et le soignant. Le patient et le soignant sont des partenaires dans la prise en charge qui mène vers l'autonomisation du patient. En effet, le patient se place en tant qu'acteur de son traitement et cherche à maîtriser, intégrer sa maladie et le soignant doit se centrer sur les préoccupations et les priorités du patient et l'aider en lui donnant les « armes pour agir ». Il y a donc un partage de responsabilités et de soins entre les patients et les soignants qui peuvent, dans certains cas, se matérialiser par un « contrat » thérapeutique entre le patient et le soignant. De ce fait, il est indispensable d'être à l'écoute des patients et de leur problématique. De plus, la mise en œuvre de l'ET dépend des dispositions à la fois des soignants et des patients, c'est-à-dire de leur volonté et de leurs capacités à mettre en pratique cette technique. Finalement l'ET dans la

prise en charge du patient est outil clé pour que celui-ci développe et acquiert son autonomie dans le traitement de sa maladie, c'est pourquoi deux concepts (l'éducation thérapeutique et autonomie) sont dépendants. L'autonomisation est aujourd'hui devenue un idéal de conduite dépourvu de toute ambition de changement.

1.1.2. Education thérapeutique comme facteur d'autogestion du diabète

Dans cette étude, le concept d'autogestion a été retenu et sera par conséquent décrit. Lorig et Holman (2003) rapportent que le concept d'autogestion a fait son apparition dans les écrits scientifiques au milieu des années 1960 dans le traitement de l'asthme chez les enfants, et qu'à la fin des années 1970, Creer et ses collègues ont élaboré les prémisses du concept d'autogestion en se basant sur les premiers écrits de Bandura (1976). À cette époque, le concept d'autogestion a été décrit comme un processus impliquant une participation active du patient à son traitement. En 1996, Renard définit l'autogestion comme : « *Un processus d'acquisition et d'exploitation permanent de ressources suffisantes pour répondre soi-même aux exigences liées à un niveau de maintien ou d'amélioration d'un équilibre, notamment par la prise de décisions les plus appropriées face aux évènements qui peuvent survenir* » (p. 63). L'autogestion dans la promotion de la santé inclut le développement des compétences nécessaires pour concevoir, mettre en œuvre, évaluer et réviser un plan individualisé de changement de style de vie (Orem, 1991). L'autogestion intègre donc un ensemble de compétences que la personne doit posséder pour prendre sa santé en main.

Le diabète, dont le traitement et la surveillance s'avèrent souvent exigeants et contraignants, est une maladie extrêmement influencée par le mode de vie. En ce sens, la gestion du diabète repose plus sur le patient lui-même au jour le jour que sur le professionnel (Mollet, 2000, p.28). Pour que le traitement soit un succès, le patient doit donc s'impliquer et devenir le gestionnaire de sa maladie. En diabétologie, trois facteurs ont contribué à l'adoption du concept d'autogestion (Schilling et al., 2002). Premièrement, au début des années 1980, l'invention et la commercialisation des appareils permettant une mesure de la glycémie en dehors d'un laboratoire (glucomètre) ont permis aux diabétiques de mesurer leur glycémie à domicile. Deuxièmement, au milieu des années 1980, l'utilisation du test visant à mesurer l'HbA1c est devenue une pratique répandue permettant de mesurer le contrôle métabolique en prélevant, une fois par trimestre, un échantillon de sang. Troisièmement, la publication d'une étude parmi les plus importantes en diabétologie à ce jour, le Diabetes Control and Complication Trials (DCCT Research Group, 1994), a permis de démontrer qu'un contrôle glycémique rigoureux pouvait contribuer à prévenir l'apparition et le

développement des complications liées au diabète. Ces trois avancées ont contribué à un changement de paradigme en soins aux diabétiques ; la gestion médicale des soins a fait place à l'autogestion par la personne diabétique, en partenariat avec les professionnels de la santé (Schilling et al., 2002).

L'autogestion dans le cas de maladies chroniques comme le diabète fait donc référence à la capacité du patient à faire face aux exigences de sa maladie et de son traitement au quotidien. Les changements de comportement requis dans un contexte d'autogestion incluent : « *l'observance thérapeutique* » ou le respect des prescriptions du corps médical selon le diagnostic et les traitements proposés ; l'abandon des comportements dangereux pour la santé comme le tabac, les excès de gras, de sel ou de sucre ; l'adoption de saines habitudes comme l'exercice physique, la prise de repas régulière ou le maintien d'un poids santé ; et la volonté de privilégier les comportements d'autogestion comme le contrôle de la glycémie (Spitz, 2002). Elle est une modalité essentielle au contrôle du diabète qui se manifeste par de multiples activités, telles que l'adoption de saines habitudes alimentaires, la pratique de l'exercice physique, la surveillance de la glycémie et la prise de médication, dont l'insuline (Sousa et Zauszniewski, 2005).

Les programmes d'éducation sur l'autogestion du diabète dans une approche par compétences ont donc comme objectif d'aider le patient à acquérir des savoirs (connaissances sur le diabète et ses complications), de savoir-faire (compétences d'auto-soin) et de savoir-être (attitudes face à la maladie). La finalité de l'éducation thérapeutique du patient diabétique étant concrètement de favoriser un meilleur contrôle de la glycémie, de prévenir les complications liées au diabète et d'améliorer la qualité de vie (Norris & Venkat, 2001).

Elle englobe généralement les compétences, la capacité à agir en résolution de problèmes et la participation collaborative des patients à l'établissement d'objectifs qui leur permettent de prendre en charge leur maladie (Adams et al., 2004). Le soutien de l'autogestion peut être vu de deux façons : comme un portefeuille de techniques et d'outils qui aident les patients à choisir des comportements sains, et comme une transformation fondamentale de la relation entre le client et le fournisseur de soins, laquelle devient un partenariat de collaboration (Bodenhemier et al., 2005).

De plus, le nouveau paradigme décrit par Udliis (2011) suggère une approche holistique incluant donc la famille et les influences de la société dans la prise en charge. La façon dont la personne va gérer sa maladie est également dépendante d'étiologie de la maladie, des facteurs économiques et des aspects culturels. Pour lui il existe cinq antécédents de l'autogestion : l'information sur la maladie, le sentiment efficacité personnel, le soutien des

proches et des professionnels de la santé, l'implication active dans la maladie et investissement mutuel des professionnels et des personnes (Udlis, 2011. p.131.). Les recherches d'Udlis ont aussi permis de mettre en évidence les dimensions de l'autogestion. Elles sont au nombre de cinq et sont intégrés dans son modèle. Il s'agit des ressources, des connaissances de l'adhésion à un plan, de la participation active ainsi que de la prise de décision éclairée. Selon lui différent type de ressources (physiques, environnementales et socioéconomiques) doivent être accessibles au patient vivant avec une maladie chronique et les connaissances, bien que nécessaires, ne sont pas suffisantes pour réaliser l'autogestion. Selon l'auteur une fois que le patient aura acquis les connaissances et des ressources, il va pouvoir adhérer à un plan de soin tout en participant activement à la gestion de sa maladie. Enfin, toutes ces dimensions constituent la fondation de l'autogestion (Udlis, 2011. p.134).

Plusieurs études prouvent une efficacité de l'ETP sur la survenue de complications liées au diabète. Par exemple, une étude de Litzelman (1993) montre que, chez les patients ayant suivi un programme d'ET visant à améliorer les soins des pieds, la prévalence de lésions graves du pied est significativement plus faible que pour le groupe témoin. Une autre étude de Gaede (2006) démontre une diminution significative des néphropathies, des neuropathies et des rétinopathies lors d'actions d'ET associées à une prise en charge médicamenteuse des différents facteurs de risque des patients inclus. Cependant, dans cette étude, l'association de l'ETP avec la prise de médicaments ne permet pas de juger de la seule efficacité de l'ET. On peut, cependant, faire l'hypothèse que l'ETP a pu, entre autre, participer à l'optimisation de l'adhésion des patients à leur traitement médicamenteux visant la prévention des complications.

1.1.3. L'éducation thérapeutique comme facteur de changement d'habitude alimentaire

L'éducation du patient diabétique est une nécessité absolue dans la mise en pratique du traitement des diabétiques de type 1 comme des diabétiques de type 2. C'est ainsi que le changement des habitudes alimentaires fait partie des changements difficiles à vivre et à mettre en place par les patients et engendre une certaine culpabilité dès que le patient perçoit qu'il fait un écart. Les patients ont également encore des représentations erronées concernant la nécessité de supprimer ou de limiter seulement les aliments sucrés sans percevoir le rôle primordial des aliments gras. Il s'agit de parvenir à la responsabilisation et à l'autonomie du diabétique, le changement d'habitude alimentaire.

En découle pour le sujet diabétique, l'acquisition d'un savoir théorique par une compréhension totale de la maladie, d'un savoir-faire pratique par l'adoption d'attitudes pratiques adaptées ainsi qu'un savoir-décider (exemple, adaptation des doses d'insuline) et d'un savoir-réagir. Une bonne connaissance de la physiopathologie et des symptômes de la maladie doit permettre au patient de comprendre les choix thérapeutiques et le rôle primordial de la diététique, de s'approprier les modes de surveillance et les techniques d'injection (DID), de prévenir et mesurer les complications du diabète afin de maintenir une vie sociale et professionnelle (HAS, 2007. p.17). Cela suppose, d'inciter les personnes atteintes du diabète à jouer un rôle central dans la lutte contre le diabète. Les personnes atteintes du diabète doivent jouer un rôle central dans l'élaboration des politiques et des stratégies axées sur le diabète et liées, ainsi que dans le choix dont les services assurent pour un changement de comportement adapté à leur situation. L'implication active des personnes atteintes du diabète dans le programme de l'ET peut être essentielle pour un changement de mode de vie. Leur implication peut également contribuer à renforcer l'autogestion, à améliorer l'état de santé physique et mentale, à en finir avec la stigmatisation et les préjugés sociaux et à s'assurer que les politiques élaborées sont pertinentes et acceptables au regard des valeurs individuelles et communautaires. Les personnes atteintes du diabète doivent devenir des partenaires à part entière, placés sur un pied d'égalité, à tous les niveaux. Pour ce faire, il convient de mettre en place des mesures destinées à :

- Impliquer les personnes atteintes du diabète, leurs familles et les collectivités dans les débats et les décisions concernant la conception, la mise en œuvre et le suivi des politiques et des programmes relatifs au diabète ;
- Favoriser la création d'organisations et de réseaux de personnes atteintes du diabète solides et affirmés ;
- Fournir des rapports publics réguliers et transparents sur les processus et les résultats afin d'offrir aux personnes atteintes du diabète ou indirectement affectées par le diabète les leviers nécessaires pour induire un changement.

Des simples changements de mode de vie se sont avérés efficaces pour éviter ou retarder l'apparition du diabète de tous types. Pour aider à prévenir et à modifier son habitude alimentaire, les patients diabétiques devront respecter à prendre de bonnes habitudes alimentaires en consommant 3 à 5 portions de fruits et de légumes par jour, et réduire la consommation de sucre et de graisses saturées et éviter de fumer (le tabagisme augmente le

risque de maladies cardiovasculaires). Les taux de maladies cardiovasculaires sont en effet 2 à 3 fois plus élevés chez les adultes diabétiques que chez les autres adultes.

Les secteurs public et privé ont également des rôles importants à jouer dans l'élaboration et la mise en œuvre de politiques et de programmes visant à développer les connaissances sur la prévalence et le changement d'habitude en encourageant l'activité physique et à créer des occasions pour la pratique de ces activités, et à améliorer la disponibilité et l'accessibilité des aliments bons pour la santé, tout en rendant plus difficile ou moins attrayante la consommation d'aliments peu sains. La réglementation du marketing des aliments à forte teneur en matière grasse, en sucre et en sel peut notamment en réduire la consommation. De même, l'augmentation du prix des aliments peu sains ou la prise de mesures commerciales destinées à réduire leur disponibilité peuvent décourager leur consommation et favoriser les choix plus sains.

Le diabète doit s'accompagner de modifications des comportements inappropriés pour la santé. De nouveaux apprentissages sont alors nécessaires et dépendent surtout de la volonté des patients. L'entretien motivationnel peut être un outil efficace utilisé par les soignants pour les guider dans leurs changements de comportement mais aussi pour entretenir leur motivation à le faire. De plus c'est occasion pour les patients d'exprimer les sentiments et leur ambivalence. Ce outil peut être utilisé sur le long terme afin de maintenir le nouveau comportement. C'est l'un des outils pertinents pour améliorer les composantes psychologiques telles que le stress, la dépression, l'anxiété.

1.1.4. Education thérapeutique comme facteur de changement de la qualité de vie

Selon l'OMS (1996), « La qualité de vie a été définie comme la façon dont les individus perçoivent leur existence en fonction de leurs buts, de leurs attentes, de leurs normes et de leurs préoccupations. Cette qualité dépend, bien entendu, de la santé physique, de l'état psychologique, du niveau d'indépendance, des rapports sociaux, des facteurs environnementaux et des croyances personnelles ». En d'autres termes, la qualité de vie est subjective et propre à chacun. Elle vise à utiliser les ressources de la personne afin qu'elle trouve le meilleur pour elle-même. Ceci se fait à travers l'écoute active, que les soignants adoptent lorsqu'ils pratiquent cette philosophie. Ces éléments permettront à l'individu d'aller vers la guérison, qui est l'un des objectifs de la prévention, comme le suggère le dicton "prévenir c'est guérir". Celle-ci n'est pas obligatoirement curative mais vise à réparer, restaurer et rétablir la plénitude de l'être humain. En ce sens, l'éducation thérapeutique est mise en avant dans la prévention (OMS, 1996).

Lors d'un projet éducatif individualisé, la démarche éducative est centrée sur le patient. L'élaboration du diagnostic éducatif demande de comprendre la situation spécifique du patient et d'appréhender son vécu avec la maladie, de façon à identifier ses besoins éducatifs. Au cours du recueil des informations nécessaires à l'élaboration du diagnostic éducatif, le soignant va être amené à explorer le retentissement de la maladie ou du traitement sur sa qualité de vie. La qualité de vie dans le contexte d'un patient atteint de diabète est un enjeu de taille. En effet, elle pourrait diminuer à cause d'un bien-être altéré ou, suite à des besoins non satisfaits liés à sa maladie. Lors de la mise en place d'ET, la conception d'un projet de soins intègre la personne avec la notion de qualité de vie, incluant la problématique du diabète et les traitements liés (Debaty, Baudrant, Benhamou & Halimi, 2008, pp.291-293).

L'objectif de l'ETP a court-terme est l'amélioration de la qualité de vie du patient atteint d'une maladie chronique, en l'occurrence ici le diabète, en lui fournissant un « enseignement » pratique, adapté à sa vie quotidienne, lui permettant une meilleure compréhension de sa pathologie et ainsi une meilleure adhésion aux contraintes liées à l'observance de ses traitements et des règles hygiéno-diététiques, de façon à ralentir l'apparition des complications du diabète. Dans ce contexte, l'infirmière contribue à la qualité de vie de la personne en l'accompagnant dans la recherche de ses ressources durant toutes les transitions de sa vie (ASI, 2011).

Afin d'accéder à une certaine qualité de vie, le patient doit comprendre l'importance d'adhérer aux soins. Pour les professionnels de la santé, nous devons encourager et soutenir la personne afin qu'elle puisse choisir librement, en rapport avec sa santé. Nous avons l'obligation de respecter ses décisions, les valider et les valoriser. Cela permettra au patient de se sentir écouté, reconnu et suffisamment autonome pour prendre des décisions éclairées. Au cours de sa vie, il développera sa propre autodétermination (Gottlieb & Gottlieb, 2014). L'environnement favorable est la clé de réussite de la qualité de vie. En effet, l'entourage joue un rôle essentiel dans le processus d'auto-guérison de la personne. Avec un environnement favorable, le patient pourra mieux s'auto-guérir. En revanche, si l'environnement est déficient, ce sera un obstacle. C'est pour cela que Gottlieb dit que l'environnement et la personne ne font qu'un. En tant que professionnel, nous devons « creuser dans ce milieu » afin d'optimiser notre prise en soins (Gottlieb, 2014).

Le diabète est perçu comme un frein à la réalisation de certaines activités comme conduire, voyager ou encore vivre une relation sexuelle épanouie et nécessite de changer ses habitudes et son mode de vie. Un besoin de soutien psychosocial est mis en évidence et d'actions permettant de diminuer l'appréhension du changement par les patients.

1.1.5 Adhésion aux soins

L'adhésion est (...) un comportement, c'est-à-dire l'acte de suivre le traitement prescrit. (...) Elle est le degré avec lequel le patient suit les prescriptions médicales concernant le régime prescrit, l'exercice ou la prise de médicaments (Morris & Schultz, 1992 cité par Lamouroux) Dans le contexte du diabète, l'adhésion aux soins représente une problématique centrale. En effet, «la santé du patient diabétique est déterminée pour une grande part par la qualité du suivi du traitement. Aucune prescription, aussi parfaite soit-elle, ne parvient à un bon contrôle glycémique sans la participation active et durable du patient diabétique» (Tubiana-Rufi & Du Pasquier-Fediaevsky, 1999). La mise en place des soins pour un patient diabétique est complexe par la variété des comportements à adopter. D'une part, il y a le traitement éventuellement précoce que le patient doit suivre ainsi que les injections d'insuline. Ensuite, il y a les auto-surveillances glycémiques, et les mesures hygiéno-diététiques : le sport et l'alimentation (Tubiana-Rufi & Du Pasquier-Fediaevsky, 1999).

L'adhésion aux soins est en grande partie définie par la capacité que le patient a de pouvoir gérer sa maladie (Tubiana-Rufi & Du Pasquier-Fediaevsky, 1999). Dans cette optique, il est possible de parler d'ETP. Cette mise en place a deux principaux objectifs : l'acquisition de compétences et l'accompagnement du patient dans l'idée d'une mise en œuvre de nouvelles aptitudes au quotidien. La mise en place de ce suivi offre l'assimilation de nouvelles aptitudes facilitant ainsi l'adhésion aux traitements et améliorant la qualité de vie. (Grimaldi, Caillé, Pierru & Tabuteau, 2017).

Devant la complexité et la multitude d'éléments auxquels le patient doit faire face, de nouvelles technologies, telles que la santé mobile, ont vu le jour. Celles-ci représentent des outils pouvant être présents dans un suivi ambulatoire permettant ainsi aux patients de favoriser leur autonomie et leur adhésion aux soins.

II. IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE ET SANITAIRE DU NON EDUCATION THERAPEUTIQUE CHEZ LE PATIENT

Dans la prise en charge des maladies le diagnostic débouche sur la mise en place d'un programme structuré et personnalisé d'ET. Mais tout malade chronique peut, selon son état de santé, ne pas avoir besoin d'un programme éducatif. Par contre, les difficultés personnelles telles que la compréhension de la langue, le handicap mental, les troubles cognitifs et le statut socio-économique, un faible niveau culturel, devront être pris en compte dans l'élaboration d'un programme d'éducation thérapeutique. Il est impératif d'adapter la réponse d'ET à

l'individu. Les résistances personnelles des patients ne doivent, en aucun cas, l'écarter d'un tel programme éducatif. Il peut, aussi, refuser ce type de prise en charge : un patient peut décider de ne pas vouloir bénéficier d'un programme d'éducation thérapeutique (Foucaud, 2008).

Si l'on souhaite que l'ETP réalise ses objectifs et puisse venir « au secours de la médecine » (Sandrin-Berthon, 2000) moins en assurant le renforcement de l'hégémonie du modèle médical du soin (Fox et coll., 2005), qu'en participant à la transformation de son exercice à l'une d'un partage des compétences, des attentes et des représentations, il convient de l'envisager à l'une de l'autonomie telle qu'elle était revendiquée par les usagers contemporains de la santé, et non opérationnalisée par ses acteurs institutionnels. Pour s'extraire d'une instruction sanitaire, afin de participer à la transformation des conditions d'exercice de la relation de soin et des modèles de l'éducation en santé, l'ETP doit donc tout d'abord retrouver sa dualité inhérente qui permet aux soignés de se former aux représentations, savoirs et techniques des soignants, mais aussi aux soignants d'apprendre à intégrer les représentations, savoirs et techniques de soignés à leur mode de pensée comme à leur exercice quotidien. Car si les professionnels de santé n'apprennent pas à prendre en compte la parole, mais aussi l'expérience et le savoir du malade, ils ne pourront jamais adopter une posture pédagogique apte à favoriser le développement de l'autonomie chez le soigné. L'évolution du soin ne peut se faire qu'au moyen de l'échange et de la prise en compte, au même niveau épistémologique, des connaissances et savoirs des différents acteurs. Reste à savoir si l'ETP peut être cette opportunité, cet espace de dialogue apte à mobiliser le changement. Si de manière locale et individuelle, des initiatives d'ETP répondent aujourd'hui à cette double exigence éthique de réciprocité et d'amélioration des conditions des acteurs présents comme du système de soin, d'un point de vue global (et théorique), il semble que l'ETP soit condamné, pour relever ce défi, à disparaître.

En effet, l'éducation thérapeutique, en tant que dispositif pédagogique à l'attention d'un malade et de son soignant et visant avant tout à favoriser le dialogue afin d'engager un apprentissage réciproque des normes de la santé, n'a, épistémologiquement parlant, pas de sens à être un dispositif à part, puisqu'elle n'est rien d'autre, ainsi définie, que le fondement, l'essence même d'une relation de soin digne de ce nom (Ward, 2005). La combinaison de ces deux dispositifs éducatifs, construits, pensés et pratiqués en vue d'être complémentaires, serait, théoriquement, à même de répondre à cette exigence de réciprocité qui s'impose depuis plusieurs décennies maintenant dans le monde du soin. De cette manière, en effet, l'autonomie professionnelle des soignants et l'autonomie personnelle et sociale des usagers de

la santé pourraient se maintenir, se renforcer, voire s'accroître l'une avec l'autre, et non simplement, comme ce fut le cas jusqu'alors, l'une contre l'autre.

Le non acceptation d'un programme d'éducation par le patient mérite une attention particulière sur les obstacles psychologiques éventuels, une force de conviction et même du charisme pour en permettre son élaboration et sa mise en œuvre.

2.1. Conséquences sociales

Le diabète atteint des niveaux critiques et ne cesse de progresser. Toutes les sept secondes, une personne décède dans le monde des suites du diabète, ce qui représente un total de près de quatre millions de décès chaque année. En 2011, quelque 366 millions de personnes sont touchées par le diabète dans le monde, tandis que 280 autres millions courent un risque élevé de le développer. Si rien n'est fait, ces chiffres devraient respectivement passer à 552 millions et 398 millions dans vingt ans.

Les conséquences sociales portées sur les coûts indirects qui occupent une partie importante des coûts totaux imputés à une maladie. Ils proviennent des pertes de productivité ou de revenus en raison des comorbidités, de l'invalidité ou de la mortalité des patients. Les coûts indirects représentent la valeur monétaire rattachée aux pertes de productivité dues à la baisse de performance des sujets diabétiques dans le travail, appelé « présentéisme », les pertes de productivité dues à une invalidité permanente ou temporaire dénommés « absentéisme » ou de la mortalité prématurée. Le revenu perdu par un employé pour une retraite anticipée ou le revenu perdu par un patient pour une invalidité permanente ou temporaire ainsi que la perte de productivité pour un soignant naturel constituent des exemples de coûts indirects.

L'environnement familial de la personne est potentiellement facilitateur s'il soutient la personne diabétique (avec ou sans incapacité) dans sa vie, son alimentation et ses soins quotidiens. Au contraire, dans certaines familles, la personne diabétique peut être exclue du plat commun familial par méconnaissance en nutrition, ou bien la famille peut ne pas soutenir la personne diabétique dans ses efforts pour changer son mode de vie.

Diverses analyses arrivent à la conclusion que les personnes atteintes de diabète ont un risque accru de chômage de longue durée et d'exclusion du marché du travail (Robinson et al. 1989). Une étude récente de l'Inserm (Institut national [français] de la santé et de la recherche médicale, Herquelot et al. 2011) auprès de 20 000 salariés de l'entreprise EDF-GDF illustre les conséquences du diabète sur la participation au marché du travail. Cette étude montre clairement que les diabétiques ont une vie active plus courte que les autres. Les auteurs ont

ainsi constaté que les diabétiques prennent plus souvent une retraite anticipée que les non-diabétiques (Jeanrenaud, 2013).

Dans certains cas les personnes vivant avec le diabète peuvent vouloir nier le fait d'être malades dans le but de ressembler à leurs camarades et faire les mêmes activités qu'eux. Ils ont une perception très importante du regard des autres et de l'image qu'ils renvoient. Selon l'OMS (2020), les personnes souffrant du diabète ne veulent pas forcément changer de comportement à cause de peur du rejet et/ou du jugement. Ils ont un besoin d'acceptation très fort par rapport à leurs proches et cela apporte un risque de non-compliance aux soins et au traitement. Selon la Revue Médicale Suisse (2000), le soutien amical est aussi une ressource importante. Il est important que le patient ait des proches à qui se référer et parler de ce qu'il ressent et de ses inquiétudes. Nous signalons dans cette thématique l'impossibilité d'accéder à de l'insuline à un prix abordable demeure un obstacle majeur au succès du traitement et entraîne des complications et des décès prématurés évitables. Seule une minorité de pays à faible revenu déclare disposer généralement d'hypoglycémifiants oraux. Quant aux médicaments indispensables pour endiguer le diabète, tels les antihypertenseurs et les anticholestérolémiants, ils sont rarement disponibles dans les pays à revenu faible ou intermédiaire. Des interventions politiques et programmatiques seront nécessaires pour assurer un accès plus équitable dans la société.

Le patient doit avoir les moyens d'accomplir ce qui lui a été prescrit. Cela explique l'effet manifeste de la précarité sociale, par exemple sur la prise médicamenteuse (Fogarty, 1997). Par ailleurs, la précarité sociale ne se résume pas au manque d'argent. Elle est mieux définie par le fait que la personne en situation précaire a du mal « à imaginer de quoi demain sera fait ». Nous verrons ci-dessous que l'observance des prescriptions médicales dans le cas des maladies chroniques implique d'être capable de se projeter dans l'avenir, en un mot de donner la priorité à sa santé, ce qui représente un objectif essentiellement lointain. On comprend alors l'effet dramatique de la précarité sociale sur l'ETP (Gérard, 2011).

Dans l'état actuel des sociétés, rien ne permet de prévenir le diabète. Il existe des moyens efficaces de prévention du diabète, ainsi que des complications et des décès prématurés associés à tous les types de diabète. Ce sont notamment les politiques et les pratiques appliquées à des populations entières ou dans des cadres particuliers (école, foyer, lieu de travail) qui contribuent à l'amélioration de la santé de chacun, diabétique ou non, comme une activité physique régulière, une alimentation saine. La prévention du diabète, comme celle de nombreuses autres maladies, doit tenir compte de toutes les étapes de la vie. Les premières années de la vie, lorsque s'acquièrent les habitudes liées à l'alimentation et à

l'activité physique et que peut être programmée la régulation à long terme du bilan énergétique, sont la période propice pour atténuer plus tard le risque d'obésité et de diabète. Les données relatives à l'efficacité d'un ensemble d'interventions destinées à prévenir le diabète sont limitées, mais les moyens de promouvoir une alimentation saine mais les moyens de promouvoir une alimentation saine et l'activité physique essentiels pour la prévention et la réalisation des cibles mondiales contre le diabète, sont bien connus. La promotion d'une alimentation saine et l'augmentation de l'activité physique dans la population aideront à réduire le diabète, et entraîneront des avantages supplémentaires en réduisant les complications chez les personnes atteintes de diabète, quel que soit le type, et intolérantes au glucose.

Il n'existe actuellement pas de politique ou d'intervention unique à cet effet. L'action nécessaire doit englober l'ensemble des pouvoirs publics et de la société, tous les secteurs devant systématiquement prendre en considération les effets sanitaires des politiques relatives au commerce, à l'agriculture, aux finances, aux transports, à l'éducation et à l'urbanisme et reconnaître que les politiques dans ces domaines et dans d'autres domaines ont le pouvoir d'améliorer la santé, mais aussi de la compromettre.

En lien avec la vie familiale, il est important de consulter le diabétique individuellement. Ceci permet de comprendre son propre point de vue sur sa maladie et son traitement et lui permet de s'autonomiser au maximum. Les parents peuvent influencer et interférer dans la détermination de ses besoins. Ils doivent être informés de la situation et participer aux décisions qui touchent la santé et l'avenir du patient. Le soutien familial est primordial et fait partie intégrante du traitement (Revue Médicale Suisse, 2000. Selon Aboab & Leblanc (2012), l'environnement social et familial a un rôle majeur en lien avec l'interaction que l'adolescent aura avec sa maladie et son comportement face à celle-ci.

2.1.1. Conséquences économiques

Selon l'OFSP (2020), environ 1 milliard de francs par an est dépensé en ce qui concerne le diabète. Renforcer la promotion de la santé et la prévention de la maladie permet d'éviter son apparition ou de réduire les complications. Les dépenses de santé sont définies par l'OMS (2019) comme étant des fournitures de services de santé, des activités de planning familial, des activités liées à la nutrition et l'aide d'urgence. Selon l'OFSP (2016), les assurances maladies prennent en charge une majorité des coûts de la santé en général. Selon la Fédération Internationale du Diabète (2019), les personnes diabétiques et leurs familles subissent un poids économique, qui laisse de nombreux coûts indirects et directs à la famille.

Les coûts directs sont liés au diabète, ils sont payés par les patients, par les organisations ou par l'Etat. En 2019, les frais dans le monde concernant le diabète étaient de 760 milliards de dollars. D'ici à 2030, ces dépenses atteindront une somme de 825 milliards de dollars. En Europe en 2019, les coûts correspondaient à 161,4 milliards de dollars donc 21,2% des dépenses mondiales totales. Mais la région européenne représentait le plus faible pourcentage de dépenses (8.3%) liées au diabète par rapport au budget de santé total du monde.

Selon la FID (2019), les personnes vivant dans un environnement précaire ont besoin d'une attention particulière et d'un soutien spécifique. Ceux-ci ont davantage de difficultés à suivre leur traitement quotidiennement et cela peut favoriser la néphropathie et le décès prématuré. Le coût des traitements contre le diabète peut être une contrainte à leur accès. En effet, 26,9% des ménages de pays à faible revenu et 0,7% des pays à revenu élevé n'ont pas les moyens d'acheter des antidiabétiques oraux (ADO). Et pour l'insuline, le taux est encore plus élevé : 63% des familles à faible revenu et 2,8% des familles à revenu élevé sont en incapacité de payer ce produit. Dans certains pays, les assurances maladies ne sont pas accessibles pour tout le monde et cela engendre des coûts personnels plus élevés.

Les complications du diabète constituent plus de 50% des coûts de santé directs liés à cette maladie chronique. Ces coûts directs sont générés par : la détection et le traitement de ces complications, les coûts des hospitalisations. Il y a aussi les problèmes personnels et leurs impacts sur la qualité de vie : inquiétude, anxiété, douleur et perte d'autonomie. Les personnes diabétiques ayant plus de 4 complications présentent des dépenses 20 fois plus importantes que celles qui n'ont aucune complication (FID, 2019).

Par rapport aux coûts indirects, les conséquences engendrent une diminution de la population active, due à des incapacités physiques, à l'augmentation de la mortalité mais aussi à de l'absentéisme. Pour améliorer la qualité de vie des diabétiques et l'économie de la santé, il faudra les détecter précocement (FID, 2019). Afin de pallier la difficulté d'accès aux traitements et leurs coûts trop importants, la FID (2019), expose divers outils. Premièrement, les Objectifs de Développement Durable (ODD) désignés par l'OMS (2015) mentionnent vouloir faire en sorte de prodiguer l'accès à une assurance santé individuelle. Deuxièmement, ils visent à donner accès à des services de santé et des médicaments à un prix abordable. Troisièmement, l'OMS (2021) est dans la même optique et propose une Couverture Sanitaire Universelle (CSU). Pour finir, l'OMS (2020) présente 5 piliers de renforcement du système de santé qui sont : les ressources humaines, le financement, les médicaments, l'information et les prestations de services. Ceux-ci doivent être renforcés dans le but d'assurer un accès aux soins et au traitement de toute la population diabétique.

Le diabète et ses complications sont responsables d'importantes pertes économiques pour les diabétiques et leur famille, ainsi que pour les systèmes de santé et les économies nationales, du fait des coûts médicaux directs et des pertes d'emploi et de salaire. Si les coûts sont principalement associés aux soins hospitaliers et ambulatoires, l'un des facteurs aggravants est la hausse du coût des analogues de l'insuline dont la prescription se développe malgré le peu de données scientifiques établissant les avantages qu'elles présentent en comparaison des insulines humaines d'un moindre coût. Le diabète fait peser une lourde charge économique sur le système de soins de santé mondial et sur l'économie mondiale en général. Cette charge se mesure en dépenses médicales directes, en coûts indirects associés à la perte de productivité, en mortalité prématurée et en effets négatifs du diabète sur le produit intérieur brut (PIB) des nations (OMS, 2016).

2.1.2. Conséquences sanitaires

Pour bien vivre avec le diabète, cela suppose un diagnostic précoce, plus une personne vit longtemps avec un diabète non diagnostiqué et non traité, plus sa santé risque d'en pâtir. Aussi les structures de soins de santé primaires devraient-elles offrir un accès facile aux moyens diagnostiques de base comme la mesure de la glycémie. Des systèmes de recours et de renvoi devront être mis en place, car les patients auront besoin d'examen spécialisés périodiques ou d'un traitement en cas de complications. Le cas des personnes chez lesquelles un diabète a été diagnostiqué, une série d'interventions efficaces au regard de leur coût pourra améliorer les résultats sanitaires, quel que soit le type de diabète qu'elles présentent. Au nombre de ces interventions figurent le contrôle glycémique, assorti de précautions alimentaires et d'une activité physique et, le cas échéant, de médicaments ; les contrôles de tension et lipidique destinés à réduire les risques cardiovasculaires et d'autres complications ; et les examens réguliers destinés à dépister les lésions oculaires, rénales et des pieds, qui faciliteront un traitement précoce. La prise en charge du diabète pourra être renforcée par l'application de normes et de protocoles. Pour de meilleurs résultats, les mesures destinées à améliorer les capacités de diagnostic et de traitement du diabète s'inscriront dans le contexte de la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles. Il conviendra, au minimum, d'associer la prise en charge du diabète et celle des maladies cardiovasculaires.

En 2012, 1,5 million de décès dans le monde ont été directement imputables au diabète, huitième cause principale de décès chez les deux sexes et cinquième cause principale de décès chez les femmes en 2012 (OMS, 2016). Une glycémie supérieure à la normale, même inférieure à la valeur seuil de diagnostic du diabète, est une importante source de

mortalité et de morbidité. Le critère de diagnostic du diabète est une glycémie à jeun, retenue sur la base de complications micro-vasculaires comme la rétinopathie diabétique. Aussi, pour mieux comprendre tous les effets de la glycémie sur la mortalité, est-il nécessaire d'examiner la mortalité liée à la glycémie en tant que facteur de risque. La charge totale des décès dus à l'hyperglycémie en 2012 a été estimée à 3,7 millions. Ce chiffre inclut 1,5 million de décès par diabète et 2,2 millions de décès supplémentaires dus aux maladies cardiovasculaires, à l'insuffisance rénale chronique et à la tuberculose associée à une glycémie supérieure à la normale. Son importance montre que l'hyperglycémie est responsable d'une lourde charge de mortalité au-delà des décès directement imputables au diabète. Les décès par hyperglycémie sont plus nombreux dans les pays à revenu intermédiaire (de la tranche supérieure) (1,5 million) et moins nombreux dans les pays à faible revenu (0,3 million) (OMS, 2016).

Le diabète, s'il est mal maîtrisé, peut être la cause de plusieurs maladies comme la cécité, d'insuffisance rénale, d'amputation des membres inférieurs et de plusieurs autres conséquences à long terme qui entravent sérieusement la qualité de vie. Il n'existe pas d'estimations mondiales des insuffisances rénales terminales, des maladies cardiovasculaires, des amputations des membres inférieurs ou des complications de la grossesse liées au diabète, bien que ces affections touchent de nombreuses personnes vivant avec le diabète. Là où des données sont disponibles – principalement fournies par des pays à revenu élevé la prévalence, l'incidence et les tendances varient sensiblement entre les pays (NIDDKD, 2014)

Dans le cadre de l'organisation des systèmes et services de santé primaires et secondaires : la non existence d'une politique nationale face à ce problème de santé grandissant est un facteur de risque de déficiences (existence ou non d'un programme national de lutte, approvisionnement efficace ou non en médicaments et en consommables pour examens de laboratoire, existence ou non d'un système de prise en charge des coûts des soins, y compris pour les indigents, etc.). L'existence et la qualité des soins pour le malade diabétique sont aussi facteurs de risque de déficiences ou de leur aggravation (dépistage, éducation du patient, disponibilité des traitements, soins médicaux, paramédicaux etc.) (HI, 2012).

Les études menées périodiquement par l'Organisation mondiale de la santé sur les capacités limitées des systèmes de santé pour évaluer la capacité des États dans le domaine de la prévention et du contrôle des maladies non transmissibles, ainsi que d'autres sources, ont identifié des lacunes majeures dont : le manque de politiques, et le manque de données sur les maladies non transmissibles, le manque de disponibilité et de compétence des professionnels

de santé, le manque de disponibilité et d'accessibilité financière des médicaments essentiels (OMS, 2003).

Selon l'Organisation mondiale de la Santé, la progression spectaculaire des affections chroniques exige des mesures novatrices, notamment un changement de paradigme, d'un modèle de soins conçu pour répondre aux maladies aiguës vers un système de soins permettant aussi la réponse aux maladies chroniques. Ainsi, un suivi régulier est nécessaire en dehors des épisodes aigus, et les soins doivent être réorganisés pour permettre ce suivi. Cela implique de mettre l'accent sur le rôle central de la personne et de sa famille, ce qui constitue un écart important par rapport à la pratique clinique existante qui cantonne souvent la personne dans le rôle du bénéficiaire passif des soins. Cette évolution nécessite que les professionnels de santé incluent dans leurs services des actions d'éducation thérapeutique du patient. Et pourtant, des interventions peu coûteuses et efficaces pour la prévention et le contrôle du diabète existent. Les maladies cardiovasculaires et le diabète, premières causes de mortalité et de morbidité (potentiellement source d'incapacités) dans beaucoup de pays en développement.

Dans un premier temps, l'Organisation mondiale de la Santé et la Fédération Internationale du Diabète (FID) ont mené de façon conjointe des actions de plaidoyer qui ont abouti à l'adoption par l'Assemblée générale des Nations Unies de la résolution 61/225 du 20 décembre 2006. Dans cette résolution, le diabète est reconnu comme « une maladie chronique, invalidante et coûteuse, qui s'accompagne de graves complications, fait courir de graves risques aux familles, aux États Membres et au monde entier et entrave sérieusement la réalisation des objectifs de développement convenus sur le plan international, notamment les objectifs du Millénaire pour le développement ».

Dans un deuxième temps, les acteurs du diabète se sont regroupés avec les acteurs des autres maladies non transmissibles (cancer, maladies cardiovasculaires, maladies chroniques respiratoires) afin de faire un plaidoyer commun, qui a abouti en 2010 à l'adoption de la résolution A/64/L par l'Assemblée générale des Nations Unies. L'Assemblée se déclare « Convaincue qu'il faut d'urgence mener une action multilatérale au plus haut niveau politique pour faire face à l'accroissement du taux de prévalence des maladies non transmissibles dans le monde entier, ainsi qu'à la morbidité et la mortalité qui en découlent, et accorder un rang de priorité plus élevé aux maladies non transmissibles dans la coopération pour le développement, en renforçant cette coopération ».

2.1.3. Conséquences psychologiques

Les conséquences psychologiques personnelles, qui induisent une perception plus ou moins positive de leur maladie et a fortiori des complications invalidantes qu'elle entraîne : certains diabétiques accepteront leur pathologie sans problème particulier, d'autres la vivront avec une angoisse et un sentiment de contrainte, voire d'infériorité, pouvant entraîner une désocialisation. Un patient ne devient pas tout de suite et automatiquement « un bon observant ». Pour envisager de se traiter ou seulement de changer ses habitudes de vie, un patient doit franchir toute une série d'étapes d'acceptation de sa maladie. Ceci ne peut pas se faire sans heurts, et sans résistances. Ces résistances peuvent être en relation aux croyances de santé, de traitement, d'acceptation de la maladie, mais aussi aux conceptions sur la maladie. C'est dans ce cadre que les relations interpersonnelles peuvent être plus ou moins perturbées par la maladie.

La relation entre la détresse et l'adhésion au traitement implique à la fois l'impact psychologique du diabète et le rôle de la détresse sur la gestion quotidienne de la glycémie (Cox & Frederick, 1989). L'accent est mis ici sur le second point. Les difficultés à vivre avec un diabète, à s'adapter au statut de malade engendre souvent des troubles émotionnels persistants. Un des grands axes de la recherche psychologique est de décrire cette souffrance, d'aider à en élaborer les traitements et d'envisager l'impact de ces troubles sur les comportements d'autorégulation des patients. L'exemple de la dépression est particulièrement frappant : on estime que la dépression (épisode dépressif majeur, DSM IV) touche une personne diabétique sur cinq, trois fois plus que dans la population non diabétique (Gavard & Lustman, 1993).

Pour le patient, l'annonce d'une maladie chronique provoque une rupture qui induit des modifications concrètes dans sa vie : une réorganisation au niveau du quotidien, au niveau familial et aussi professionnel. En effet, dans tous types de maladies chroniques, des adaptations sont à mettre en place. Le patient doit adapter sa vie, son environnement, et inclure la notion de soins. Par exemple, pour le diabète, des mesures hygiéno-diététiques sont à inclure au quotidien. Durant cette période de changements multifactoriels, il est question d'introduire des nouvelles notions qui pourront être amenées à travers l'éducation thérapeutique.

L'effet de la détresse émotionnelle peut être nettement atténué par les réactions adaptatives des personnes. Ces réactions adaptatives ont un double effet : sur la détresse d'une part, sur les habitudes de comportement d'autre part, et ont donc un impact majeur sur l'autorégulation glycémique des diabétiques (Bourgeois, 1995). De façon générale, les

relations à l'autre sont liées aux facteurs personnels psychologiques (acceptation d'une maladie chronique contraignante), mais aussi aux facteurs environnementaux culturels. Par ailleurs, les relations interpersonnelles intimes peuvent être compromises par les troubles de l'érection liée à la maladie, induisant en plus des conséquences psychologiques importantes. Le diabète a des conséquences graves sur la qualité de vie des individus atteints et de leur entourage (Agence de la santé publique du Canada, 2008). Entre autres, l'espérance de vie des personnes atteintes de diabète est réduite considérablement (d'environ 10 ans chez les 1 à 19 ans et de 5 à 10 ans chez les 20 à 64 ans) (Agence de la santé publique du Canada, 2011). Les conséquences majeures du diabète sont reliées aux complications qui peuvent faire leur apparition avec le temps. En effet, des niveaux élevés de sucre dans le sang (hyperglycémie) qui persistent sur une longue durée endommagent les vaisseaux sanguins et les nerfs et peuvent entraîner de graves complications. L'hyperglycémie a des effets néfastes sur :

- les reins (néphropathie)
- les yeux (rétinopathie diabétique, cataractes et glaucome)
- le système neurologique (neuropathie)
- le cœur (infarctus)
- les vaisseaux sanguins (hypertension, artériosclérose, accident vasculaire cérébral, etc.) (Agence de la santé publique du Canada, 2011)

On estime qu'en moyenne les diabétiques sont atteints de 2,5 autres pathologies ou comorbidités (Dupont, 2007). D'autres facteurs contribuent aussi à l'apparition des complications, soient l'âge, la durée de la maladie et l'hérédité. Dans certains cas, le fait que les conséquences évoluent lentement et n'apparaissent pas nécessairement au tout début de la maladie amène souvent un retard de diagnostic chez les personnes atteintes. Dans les pays industrialisés, on estime qu'environ 30 à 40% des adultes diabétiques ignorent qu'ils ont la maladie (Cowie & collab., 2009). Ainsi, le diagnostic est souvent effectué lorsqu'apparaît une complication et que la maladie a déjà entraîné des conséquences sur la santé.

L'imprévisibilité du traitement a également des conséquences psychologiques et émotionnelles pour le patient. L'éducation thérapeutique a pour but de répondre à trois principes qui sont : d'autonomie, d'efficacité, la sécurité. L'imprévisibilité des effets des traitements du diabète et de leurs résultats rend l'application de ces principes plus difficile. Il s'agit bien d'acquérir l'autonomie, mais au besoin avec l'aide d'un expert professionnel, de permettre l'efficacité, mais à condition d'apprendre les principes du correctif thérapeutique, d'assurer la sécurité, mais si besoin avec l'aide d'un tiers et sans garantie absolue. L'on

comprend, dès lors, que cette incertitude puisse susciter diverses réactions émotionnelles, qu'il s'agisse de l'ambivalence du patient contrôlant, plus ou moins satisfait selon le degré de maîtrise qu'il arrive à obtenir, du plaisir de l'obsessionnel multipliant les contrôles glycémiques et pesant chaque aliment, de l'agacement, voire de la démoralisation du perfectionniste, de la « prise de tête » de l'impulsif, acceptant facilement de se piquer 4 à 5 fois, voire 6 fois par jour, mais ayant beaucoup de mal à pratiquer l'autocontrôle glycémique (Grimaldi, 2011).

Faute d'une prise en charge satisfaisante du diabète, les complications qui s'ensuivent compromettent la santé et mettent la vie en danger. Les complications aiguës sont une importante cause de mortalité, de dépenses et de mauvaise qualité de vie. Une glycémie anormalement élevée peut mettre la vie en danger si elle déclenche des maladies comme l'acidocétose diabétique chez les diabétiques de type 1 ou 2, et un coma hyperosmolaire chez les diabétiques de type 2. Quel que soit le type de diabète, une hypoglycémie peut survenir et provoquer une crise épileptique ou une perte de conscience. Cela peut se produire lorsque le patient a sauté un repas ou fait plus d'exercice que de coutume, ou si la posologie d'un antidiabétique était trop élevée. Compte tenu de cette diversification des complications et de l'augmentation des années de vie passées avec le diabète, il est important de mieux surveiller la qualité de vie des personnes vivant avec le diabète et d'évaluer l'impact des interventions sur la qualité de vie.

III. REPONSE ADMINISTRATIF AU PROBLEMATIQUE DU DIABETE CHEZ LES PERSONNES

L'éducation thérapeutique est un concept important pour accompagner le patient dans l'autogestion de sa maladie et des interventions peuvent être fournies par des infirmiers. Dans ce travail, il s'agit d'une interventions éducatives et compétence d'autogestion des patients à vivant avec le diabète. A chaque fois, les participants reçoivent des interventions similaires lors des consultations individuellement ou par groupe y compris des séances personnalisées. Ce programme permet aux patients de se sentir soutenu par les infirmiers et améliore leur connaissance et leur auto-soin liées au diabète. En ce sens, ils favorisent le ralentissement ou stoppent les complications et ils améliorent la qualité de vie des personnes diabétiques. Ces éléments sont en adéquation avec les antécédents de l'autogestion décrit par Udalis (2011) dans sa modèle. En effet, pour lui les informations que le patient reçoit sur sa maladie mais aussi la qualité de son investissement dans sa prise de soin sont des facteurs déterminants de l'autogestion. Les soignants de par leurs compétences en éducation thérapeutique peuvent

accompagner les patients à acquérir ses antécédents d'autogestion pour qu'il puisse par la suite prendre de décision éclairé pour sa santé.

Cependant, fournir une éducation thérapeutique de qualité n'est pas donné à tous les professionnels de la santé. Il faut une formation aux personnels soignants qui favorisent l'obtention des résultats à long terme. Education thérapeutique est étroitement liée à la posture clinique infirmière lorsqu'il s'agit d'accompagner le patient diabétique.

Nous suggérons, de former davantage les infirmiers de domicile à L'ET afin qu'ils puissent avoir des bases nécessaires pour accompagner les patients diabétiques. Ainsi nous recommandons de suivi à domicile lors de la sortie de l'hôpital des patients diabétiques.

Le diabète devrait être inclus dans toutes les politiques nationales de lutte contre les maladies non transmissibles pour faciliter une riposte multisectorielle coordonnée. Certains pays peuvent être dotés d'une politique ou d'un plan isolé, certains peuvent l'inclure dans une politique intégrée de lutte contre les maladies non transmissibles, tandis que d'autres peuvent avoir les deux.

Le Gouvernement Tchadien et ces partenaires techniques et financiers ont consenti des efforts louables pour lutter contre les maladies non transmissibles tels que le cancer, obésité, le diabète, les maladies respiratoires chroniques et les maladies mentales, en lien avec la vision des Objectifs du Développement Durable (ODD) à horizon 2030. Le Tchad en l'un des pays sous développé dont le diabète fait de ravage et constitue un énorme défi et fardeau pour le système de santé avec plus de 12,9% des patients atteints dans les zones urbains contre 7,3% dans les zones ruraux (Dionadji et al., 2004).

C'est dans ce cadre que le Ministère de la santé publique du Tchad a actualisé le Plan Directeur de Lutte contre les MTN (2016-2020) en alignant les priorités stratégiques sur celles du bureau Régionale de l'OMS de l'Afrique pour une lutte efficace et accélérer ainsi l'élimination de ces maladies à l'horizon 2020.

3.1. Le profil du pays

3.1.1. Structure administrative

Le Tchad est divisé en 23 Régions, 67 Départements, 273 Sous-préfectures et en collectivités territoriales. A chacune de ces 23 Régions correspond une Délégation Sanitaire Régionale (DSR) et Les départements administratifs coïncident en général avec les districts sanitaires.

3.1.2. Démographie et structures des communautés

La population du Tchad, selon le RGPH2 de 2009, était de 11.039.873 habitants parmi lesquels les hommes représentent 49,4% contre 50,6% pour les femmes. La population du Tchad est très jeune : les moins de 25 ans représentent 68% du total de la population ; les plus de 60 ans, quant à eux, sont 4,5%. L'espérance de vie à la naissance en 2013 était estimée à 51 ans, soit une des plus faibles de l'Afrique subsaharienne.

Le taux d'accroissement moyen annuel de la population est de 3,5%. Suivant ce taux, la population du pays peut être estimée en 2015 à 13.358.246 d'habitants. La densité moyenne de 8,6 Habitants/km² cache beaucoup de disparités: elle varie de 0,5 dans la région du Grand Borkou-Ennedi-Tibesti (BET) à 77 Habitants/Km² dans le Logone Occidental. Seulement 21% de la population vivent en zone urbaine.

La population dite nomade est, quant à elle, estimée à 3,4%. Des centaines de dialectes sont parlés au Tchad. Le français et l'arabe sont les deux langues officielles. Les religions pratiquées au Tchad sont l'islam, le christianisme et l'animisme. Les proportions des femmes et des hommes analphabètes restent élevées (respectivement, 88% et 65%), et la proportion d'hommes alphabétisés est environ trois fois plus élevée que celle des femmes (35% contre 12%). Par ailleurs, le taux de fréquentation scolaire des garçons est de 57% pour les groupes d'âge 6 à 15 ans contre seulement 38% chez les filles. Le taux d'inactivité chez les jeunes est très élevé du fait de la faiblesse du marché du travail, induisant ainsi des problèmes sociaux importants (délinquance, alcoolisme, drogue, ...).

3.1.3. Géographie

Le Tchad est un pays d'Afrique centrale sans accès à la mer, situé au Sud de la Libye, à l'Est du Niger et du Nigeria, au Nord du Cameroun et de la République centrafricaine et à l'Ouest du Soudan. Sa capitale est N'Djamena. Géographiquement et culturellement, le Tchad constitue un point de passage entre l'Afrique du Nord et l'Afrique au Sud du Sahara. Ayant une superficie de 1 284 000 km², il est le cinquième pays le plus vaste d'Afrique. Il est situé entre les 7^{ème} et 24^{ème} degrés de latitude Nord et les 13^{ème} et 24^{ème} degrés de longitude Est. Le Tchad se divise en trois grands ensembles géographiques : du Nord au Sud, on trouve successivement une zone désertique, une zone sahélienne (N'Djamena, la capitale, est située dans cette zone), puis une zone savano-soudanaise. Le Lac Tchad est son principal plan d'eau. Le point culminant du pays est l'Emi Koussi dans le massif du Tibesti.

L'immensité du pays et l'absence de côtes maritimes (le port le plus proche, Port Harcourt au Nigeria étant situé à environ 1750 km de la capitale) posent des problèmes de transports, de communication et d'accessibilité à l'extérieur.

3.1.4. Les prestations de service du système de santé

La Politique Nationale de Santé 2007-2015 visait à améliorer l'état de santé de la population en dotant le pays d'un système de santé cohérent, performant et accessible à tous les citoyens, orienté vers les soins de santé primaires à tous les niveaux de la pyramide, et soutenu par un système hospitalier performant. Elle a prévu trois orientations stratégiques, à savoir :

- L'amélioration de l'accès et de la disponibilité des services de santé de qualité : cette orientation était basée sur l'amélioration de l'accès géographique, économique et culturel des populations aux soins et le renforcement de la participation des communautés aux différents niveaux du système de santé ;
- Le renforcement des interventions contre les principales maladies : il s'agissait d'assurer une offre intégrée de soins de santé primaires pour améliorer la qualité de la réponse aux maladies transmissibles et non transmissibles ;
- L'amélioration de la prestation de soins de qualité aux femmes et aux enfants : cette orientation visait à placer la santé du couple mère-enfant au centre de toutes les interventions eu égard à la situation sanitaire précaire de ce groupe vulnérable.

3.1.5. Réponse aux problématiques des patients diabétiques

Pour l'OMS, le diabète met en évidence l'extraordinaire ampleur du problème, et montre aussi la tendance actuelle peut être inversée. Les bases politiques d'une action concertée contre le diabète existent dans le tissu que forment les objectifs de développement durable, la Déclaration politique des Nations Unies sur les maladies non transmissibles, et le Plan d'action mondial de l'OMS pour la lutte contre les maladies non transmissibles. Tous les acteurs concernés pourront s'en inspirer pour mener cette action et réduire l'impact du diabète (OMS, 2013-2020).

3.1.6. Au niveau international

Un certain nombre de programmes, nationaux ou inter- nationaux, ont été initiés par l'OMS et FID en 2004. On pourrait les grouper sous deux rubriques principales :

- La mise en place d'un vaste plan d'information et d'éducation des professionnels et de la population en général ;

- La création d'infrastructures suffisantes et traitements régulièrement accessibles.
- Renforcer la capacité des ministères de la santé à jouer un rôle directeur stratégique, en associant des acteurs dans tous les secteurs et toute la société. Établir des cibles et des indicateurs nationaux qui favoriseront la responsabilisation. Veiller à ce que les politiques et les plans nationaux de lutte contre le diabète soit chiffrés précisément, puis financés et mis en œuvre.
- Accorder la priorité aux mesures destinées à prévenir le surpoids et l'obésité, dès la période prénatale et la petite enfance. Appliquer des politiques et des programmes visant à promouvoir l'allaitement maternel et la consommation d'aliments sains et déconseiller la consommation d'aliments nocifs pour la santé comme les boissons gazeuses sucrées. Établir des environnements bâtis et sociaux favorisant l'activité physique. Le meilleur moyen de promouvoir une alimentation plus saine et l'activité physique à l'échelle requise consistera à associer des politiques fiscales, des textes de loi et des modifications environnementales, et à mieux sensibiliser l'opinion aux risques sanitaires.
- Renforcer la riposte du système de santé aux maladies non transmissibles, notamment le diabète, en particulier au niveau des soins primaires. Appliquer des lignes directrices et des protocoles visant à améliorer le diagnostic et la prise en charge du diabète dans le cadre des soins de santé primaires. Établir des politiques et des programmes visant à assurer un accès équitable aux technologies essentielles pour le diagnostic et la prise en charge. Veiller à ce que les médicaments essentiels tels que l'insuline humaine soient disponibles et abordables pour toutes les personnes qui en ont besoin
- Comblent les principales lacunes dans la base de connaissances sur le diabète. L'évaluation des résultats des programmes innovants visant à modifier les comportements sera particulièrement nécessaire.
- Renforcer la capacité nationale à recueillir, analyser et utiliser des données représentatives sur la charge de morbidité et les tendances du diabète et ses principaux facteurs de risque. Concevoir, tenir et renforcer si possible un registre du diabète inscrit dans la durée.

Il est sûr que l'absence de détection du diabète de type 1 ou 2, ou sa confirmation tardive quand les complications ont déjà entraîné des dégâts irréversibles il est trop souvent due à une sensibilisation insuffisante. Une formation des prestataires de soins primaires à la

détection et à la gestion du diabète est essentielle. Les soins doivent être décentralisés, et sans exiger un déplacement des malades vers les grandes villes (Distiller,2004). Une éducation des populations s'impose qui pourra se faire par l'école ou les médias pourra réduire les facteurs de risques du diabète. Il faut enfin convaincre les autorités responsables de l'importance prioritaire des maladies non transmissibles aussi bien que des grandes endémies infectieuses et de la nécessité de les inclure dans les programmes de santé.

3.1.7. Au niveau national

Le Tchad se focalise sur les mesures, conformément aux objectifs du Plan d'action mondial de l'OMS 2013-2020 pour la lutte contre les maladies non transmissibles et réduire le tût de mortalité du diabète :

- Ces mesures visent donc à améliorer la prise en charge du diabète et réduire les taux de complications, alléger la pression sur les systèmes de santé et améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le diabète.
- La prise en charge du diabète devrait faire partie de la prise en charge nationale des maladies non transmissibles et être intégrée dans l'ensemble des services essentiels inclus dans la couverture sanitaire universelle. Les mesures recommandées pour renforcer la prise en charge du diabète au Tchad sont notamment les suivantes :
 - Adapter et mettre en œuvre un ensemble de soins de santé primaires pour le diagnostic et la prise en charge efficace de tous les types de diabète, y compris des protocoles de prise en charge et des critères de recours, dans le contexte de la prise en charge intégrée des maladies non transmissibles ;
 - Appliquer des politiques et des programmes pour assurer un accès équitable à des médicaments essentiels abordables (notamment l'insuline d'importance vitale) et aux technologies (dont le matériel et les fournitures pour le diagnostic).
 - Renforcer la capacité des prestataires de soins de santé à dispenser des soins complets aux diabétiques.
 - Promouvoir l'éducation et la sensibilisation aux pratiques d'auto-soins et les contrôles réguliers pour faciliter le dépistage précoce et le traitement des complications.

Par rapport à l'autogestion de la maladie suivi de l'éducation thérapeutique des patients diabétiques, l'effort du gouvernement sur la prise en charge des patients diabétiques restent insuffisant.

L'insuffisance des structures sanitaires de prise en charge des maladies non transmissibles particulièrement du diabète constitue un problème majeur pour une prise

en charge au niveau primaire comme secondaire, le retard dans le diagnostic qui engendre des complications sur les patients.

- Le gouvernement doit décentraliser les structures de prise en charge des patients vivant avec la pathologie afin de réduire la distance parcourus pour se faire soigner.
- En accord avec ces partenaires techniques et financiers il doit créer des écoles de formation pour former les personnels de la santé dans le domaine de prise en charge et de l'ETP des diabétiques.
- Multiplier les services en endocrinologie et diabétologie pour le suivi et prévention de complication due à la maladie.
- Former les médecins à la bonne diffusion des informations.

3.1.8. Promouvoir l'éducation thérapeutique:

- L'éducation thérapeutique du patient devra être reconnue dans la loi pour toute personne atteinte d'une maladie chronique et dont l'état le nécessite. Cette éducation thérapeutique du patient devra être intégrée dans un plan de soins coordonnés.
- Un enseignement spécifique de l'éducation thérapeutique concernant la problématique, la méthodologie et les spécificités selon les différentes pathologies chroniques devra être dispensé à tous les futurs médecins dans le cadre de leur cursus de formation initiale. Cet enseignement devra être proposé à tous les professionnels de santé en formation initiale, selon des modalités spécifiques à chacune des formations.
- En Formant les médecins généralistes à l'éducation thérapeutique en tant que médecin de premier recours.
- Prévenir à l'aide de messages simples audio phoniques mise dans les salles de consultations pour que l'éducation des patients se fasse de façon spontanée et précoce.
- Offrir les services de diabétologies des matériels pédagogiques appropriés pour rendre efficace les séances de 'intervention éducatives des patients.
- Aborder les mesures hygiéno-diététiques comme une amélioration du mode de vie en vue d'éviter des complications en précisant que celles-ci s'appliquent à tous et pas seulement aux patients atteints de diabète. Tout en bannissant le terme régime au profit d'une alimentation équilibrée.
- Faire en sorte que les patients diabétiques assistent à plusieurs consultations annuelles consacrées à l'éducation thérapeutique. Nous voulions aussi souligner l'importance de l'éducation de l'entourage car nous avons constaté au cours de notre enquête que plus de la moitié des patients ne préparent pas eux-mêmes le repas.

- Les patients doivent prendre conscience de leur maladie et s'impliquer dans la bonne observance des mesures hygiéno-diététiques.
- Ne laissez pas la routine prendre le pas sur votre motivation,
- N'abandonnez pas votre programme d'exercice par lassitude ou manque de stimulation.
- Augmentez la consommation des fruits et légumes
- Comprendre qu'un diabétique peut vivre aussi longtemps qu'un non diabétique.
- Encourager les patients à pratiquer l'exercice physique et à la maîtrise de l'appareil glycomètre pour contrôler à quel moment de la journée sa glycémie.
- Aborder les mesures hygiéno-diététiques comme une amélioration du mode de vie en vue d'éviter des complications en précisant que celles-ci s'appliquent à tous et pas seulement aux patients atteints de diabète. Tout en bannissant le terme régime au profit d'une alimentation équilibrée.
- Assurer la formation continue du personnel dans la prise en charge du diabète.
- Renforcer la capacité des structures à dépister et à assurer la prise en charge.
- Inscrire le diabète sur la liste des maladies sociales.
- Créer et équiper des structures spécialisées dans la prise en charge du diabète au niveau régional.
- Doter des salles d'hospitalisations avec des équipements plus conformes pour l'hospitalisation des patients ayant des complications graves.

3.1.9. Aux patients

La prise en charge d'une maladie chronique est un parcours à long terme qui inclut l'engagement personnel du patient dans la gestion de sa maladie. En tant que professionnel de la santé, nous devons encourager et soutenir la personne afin qu'elle puisse choisir librement, en rapport avec sa santé. Nous avons l'obligation de respecter ses décisions, les valider et les valoriser. Cela permettra au patient de se sentir écouté, reconnu et suffisamment autonome pour prendre des décisions éclairées. Au cours de sa vie, il développera sa propre autogestion (Gottlieb, 2014). Le patient quant à lui crée une relation de partenariat, qui est en aucun cas une relation hiérarchique. Cette collaboration est faite dans un but d'aider la personne, de la soutenir et ne jamais agir à sa place. L'infirmier apporte ses connaissances et son savoir, tandis que le patient est le chef d'orchestre de sa vie. Il est le seul à éprouver ses ressentis, ses émotions et les craintes qu'il vit au quotidien avec sa maladie (Gottlieb, 2014).

- Aux patients, il faut favoriser une adhésion optimale, celui de la relation soignant et soigné. Lors de la première rencontre avec le professionnel de santé, il est primordial de créer une relation de confiance. Pour eux, cette dernière est basée sur l'humanisme, l'unicité, la confidentialité, le non-jugement, l'aide et l'écoute de leurs besoins. Dans l'ETP, il est essentiel de viser cette approche holistique.
- Respecter les mesures hygiéno-diététiques ;
- Suivre les conseils prodigués par le personnel soignant ;
- Faire l'auto contrôle régulier de la glycémie même si le traitement est optimal ;
- Vérifier de façon hebdomadaire la glycémie pour les personnes ayant des antécédents familiaux de diabète ;
- Participer aux campagnes de sensibilisation et de dépistage du diabète ;
- Adopter un comportement alimentaire sain ;
- Pratiquer une activité physique régulière ;
- Eviter les facteurs de risque comportementaux du diabète ;
- Si diabétique, consulter constamment son médecin pour un bon suivi de la pathologie

PERSPECTIVE

Les perspectives sont apportées dans ce travail pour finaliser notre recherche. L'importance de l'éducation thérapeutique a été mise à la lumière au travers de la littérature. Toutefois, les sources scientifiques mettent en évidence une problématique, dont l'importance est particulièrement soulignée. En effet, ces multiples écrits mentionnent les difficultés majeures des patients à l'observance thérapeutique en vue d'un changement de comportement. Ainsi, il serait également envisageable d'entreprendre des recherches sur le terrain afin d'interroger les participants sur les raisons qui les amènent à préserver ou pas un comportement de santé à la suite d'un programme éducatif. Cette recherche pourrait identifier la fréquence et les compétences des soignants dans la gestion et le contrôle de la maladie.

Ce travail de recherche se focalise sur l'éducation thérapeutique des patients vivant avec du type 1 ou type 2 en intégrant la notion de d'autogestion comme problème de notre recherche. Par conséquent, grâce à cette recherche scientifique, nous avons dorénavant toutes les ressources nécessaires pour mener à bien une investigation précise sur les base de données dans le but apporter des éléments scientifiques probants, ce qui fait partie intégrante du rôle des soignants dans la prise en charge des patients diabétiques.

Nous suggérons que cette étude soit menée dans d'autres contextes Tchadien afin de fournir une base de données solides et fiables pour la recherche des solutions au phénomène Education Thérapeutique des patients diabétiques. Des recherches utilisant des méthodes quantitatives peuvent être appliquées à cette étude. Nous recommandons aussi des recherches d'interventions utilisant des programmes d'interventions éducatives afin de vérifier la compétence d'autogestion des personnes souffrants d'une pathologie. Des recherches peuvent aussi chercher à analyser ET contribuant à l'autogestion.

CONCLUSION

En somme, notre investigation porte sur la problématique des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital Amitié Tchad-Chine de N'Djamena en lien avec l'intervention éducative. L'analyse de ce phénomène nous a permis de mettre en exergue l'actualité et la pertinence de la question dans un contexte qui porte encore l'empreinte sur les MNT. Comme nous avons pu le constater, la plupart des thématiques dans le champ de recherche en sciences de l'éducation gravitent autour de certaines thématiques tel que l'Enseignement/Apprentissage, relation maître/apprenant, la prise en charge psychosociale, l'accompagnement des personnes vulnérable, la reproduction sociale par l'école ou encore les modes de transmission des savoirs et bien d'autres. Si l'on admet que l'éducation thérapeutique est un droit fondamental pour les personnes souffrantes de maladies chroniques, et pour tous les patients souffrants sans distinction de sexe, de statut (les personnes vulnérables, handicapés, normales...) d'avoir droit à la santé, la question de l'éducation thérapeutique des personnes vivantes avec une pathologie conserve toute sa valeur et sa pertinence en tant que phénomène humain et problème contemporain de la santé publique.

Cette étude avait pour objectif d'analyser les dimensions interventions éducatives tels que activités éducatives, les ressources organisées le climat relationnel soignant-patient et les actions éducatives qui contribuent positivement à amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena, en mettant en exergue les mobiles individuels et collectifs des acteurs concernés tout en insistant sur les interventions éducatives et les compétences d'autogestion des patients diabétiques face à leur maladie. Nous sommes parties d'un constat selon lequel : la plus-part des patients souffrants de diabète sont diagnostiqués tardivement et ont de difficultés à s'adapter à leur nouveau mode de vie et à contrôler et gérer eux-mêmes leur maladie. A la lumière des différentes situations observées et du vécu quotidien des acteurs en situation, il nous a semblé important de questionner trois groupes de personnes : d'abord les patients diabétiques eux-mêmes qui sont les premiers concernés par la pathologie, ensuite les soignants qui sont les premiers responsables de l'éducation et de santé des patients, enfin les responsables de service en endocrinologie et diabétologie (médecin spécialiste, médecin généraliste les infirmiers et agent technique de santé, les services administratifs), afin de comprendre les principaux facteurs et raisons de l'intervention éducative des patients diabétiques. Ce qui nous a emmené à formuler la question principale de recherche suivante :

Quelles sont les dimensions d'interventions éducatives telles que les activités éducatives, les ressources organisées, le climat relationnel soignant-patient et les actions éducatives qui contribuent à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena ? A cette question principale de recherche, nous avons formulé quatre questions de recherche spécifiques à savoir : De quelle manière les activités éducatives proposées contribuent-elles à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena ? Comment les ressources organisées contribuent-elles à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena ? Quel climat relationnel soignant-patient contribue-t-il à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena ? Quel sont les actions éducatives qui contribuent à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena ?

Pour trouver des réponses à ces questions de recherche, nous avons formulé une hypothèse principale de recherche selon laquelle les interventions éducatives dans leurs dimensions d'activités éducatives, de ressources organisées de climat relationnel soignant-patient et d'action éducative contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena. C'est donc un phénomène social total au sens où il implique l'entourage du patient dans la gestion de la maladie et un phénomène complexe écartant l'idée selon laquelle il peut être appréhendé d'une manière fixe avec une seule approche, mais plutôt dans sa dimension pluridisciplinaire. Partant de cette hypothèse principale de recherche, nous avons formulé quatre hypothèses spécifiques de recherche qui permettent de mieux appréhender le phénomène dans ses parties les plus singulières. Nous avons formulé ces hypothèses de la manière suivante : Les activités éducatives proposées contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena ; Les ressources organisées contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena ; Le climat relationnel soignant-patient contribue positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena ; Les actions éducatives contribuent positivement à l'amélioration des compétences d'autogestion chez les patients diabétiques de l'Hôpital d'Amitié Tchad-Chine de N'Djamena.

L'analyse de ces hypothèses s'est appuyée sur une approche mixte de recherche, notamment qualitative et quantitative. L'approche qualitative nous a permis d'interroger la connaissance de la maladie, la perception de traitement, la relation avec le monde médical le mode de vie avec le diabète et la perception de l'éducation thérapeutique. Dont les raisons qui motivent les soignants à pratiquer ETP en se focalisant sur le patient atteint de diabète, sa situation thérapeutique éducative ainsi que les relations thérapeutiques. L'approche quantitative nous a permis de ressortir les différentes caractéristiques socioéconomiques de nos enquêtés, de mesurer objectivement les compétences d'autogestion des patients, le climat de relation entre le patient et le soignant, les ressources organisées durant l'éducation, ainsi que les activités organisées durant l'éducation.

Pour mener à bien ce travail, nous avons fait usage de deux outils de collecte des données à savoir : le questionnaire et l'entretien (entretien semi-directif), pour la collecte des données sur le terrain. En ce qui concerne la phase d'analyse des données recueillies sur le terrain, l'analyse de contenu nous a semblé adéquate pour analyser les données qualitatives collectées sur le terrain. Nous avons aussi utilisé l'analyse quantitative notamment les analyses descriptives et de corrélation pour résumer nos données quantitatives collectées sur le terrain et tester nos hypothèses de travail.

Les résultats ont mis en évidence que les perceptions et attentes des patients diabétiques vis-à-vis de la maladie constituent des facteurs qui déterminent les comportements en matière de gestion de la pathologie. Les points de vue des patients sur le diabète sont négatifs dus aux conséquences sociales et sanitaires qu'elles engendrent et sont naturellement influencés par les complications, le coût et la qualité de soins. Les perceptions de la maladie sont diverses et sont déterminants des choix du traitement de la maladie. C'est ainsi qu'une bonne gestion du diabète ne dépend pas uniquement des médicaments et des traitements médicaux. La réussite repose également sur une combinaison de plusieurs éléments : médicaments, surveillance médicale et traitements, régime adapté et équilibré, exercice physique et éducation à l'autogestion liée à la nature du diabète et à la façon de le gérer au quotidien. Ces opérations peuvent considérablement se modifier au cours du cycle de vie des individus et du processus d'évolution du diabète. Dès lors, une bonne autogestion nécessite non seulement une première éducation à l'autogestion du diabète au moment du diagnostic, mais aussi un cycle permanent d'évaluation et d'interventions en matière d'éducation.

Les résultats quantitatifs ont démontré que le diabète de type 2 est prévalence avec une proportion de 77,8% comparé au diabète de type 1. Les femmes sont plus concernées par le

diabète comparés hommes soit une proportion de 51,85% de la population totale de notre étude. Les résultats démontrent également que notre hypothèse principale de recherche est validée à 33,33%. En effet, parmi nos quatre hypothèses spécifiques, deux ont été invalidées et deux autres confirmées. Les activités éducatives proposées sont faiblement corrélées de manière positive aux compétences d'autogestion chez les patients diabétiques mais cette corrélation n'est pas significative au seuil de 0,05. De même que le climat relationnel entre patient-soignant est faiblement corrélée de manière positive aux compétences d'autogestion chez les patients diabétiques mais cette corrélation n'est pas significative au seuil de 0,05. Tandis que les ressources organisées jouent un rôle important dans la compréhension des compétences d'autogestion. Les ressources organisées sont statistiquement significatives de manière positive dans leur relation avec les compétences d'autogestion chez les patients diabétiques et les actions éducatives entreprises sont également corrélées aux compétences d'autogestion chez les patients diabétiques.

En effet, les interactions entre le soignant et patient sur laquelle se base sur un climat de confiance est un atout pour la gestion de la maladie. Ainsi, pour comprendre et améliorer les capacités d'autogestion d'une maladie chronique, il est nécessaire de prendre en compte les perceptions des patients et le contexte socioéconomique dans lequel ils évoluent. Il est donc nécessaire de mener des actions à court, moyen et long-terme afin d'améliorer la prise en charge nutritionnelle et sanitaire des diabétiques au Tchad. Cela permettra de freiner les complications précoces et de réduire la mortalité imputable au diabète. Sur la base des résultats obtenus, nous avons formulé diverses recommandations à l'endroit des autorités du ministère de la santé du Tchad et des professionnels de santé.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- Alexandre , K (2014). Au-delà du masque de l'expert. Réflexions sur les ambitions, enjeux et limites de l'Éducation Thérapeutique du Patient. *Rééducation orthophonique*, hal-01228239.
- Alwan , MacLean David R. (2009) *A review of non-communicable disease in low- and middle-income countries*, in *International Health*, 2009, Vol. 1, n°1, p. 3-9.
- American Diabetes Association. (2003). Implications of the Diabetes Control and.
- ANAES (2000). Stratégie de prise en charge du patient diabétique de type 2 à l'exclusion des complications. Paris: Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé.
- Anne F-Campagna, Isabelle Romon, Sandrine Fosse, Candice Roudier, (2010) Institut de veille sanitaire Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France Synthèse épidémiologique.
- Association Canadienne du diabète. (2003). Lignes directrices de pratiques cliniques. Document récupéré le 8 mars 2008, from <http://www.diabetes.ca/cpgfrancais/download.aspx>
- Association de langue française pour l'étude du diabète et des maladies métaboliques (ALFEDIAM) (1) <http://www.alfediam.org/>
- Cimon , E (2014) facteurs influençant l'autogestion du diabète : perceptions des adultes diabétiques de type 2 insulinotraités (Mémoire de Master)
- B .Grimaldi (2011). Service de diabétologie-métabolisme, Groupe Hospitalier Pitié-Salpêtrière, AP-HP.
- Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143-164.
- Bantle JP, Wylie-Rosett J, et al. (2008). Nutrition recommendations for the treatment and interventions for diabetes: a position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes* ; 31 Suppl 1:S61.
- BAUDRANT-BOGA Magalie (2009). Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien - Application aux patients diabétiques de type 2 - Médicaments. (*Thèse de doctorat*): Modèles, méthodes et algorithmes en biologie santé et environnement : Grenoble Université Joseph FOURIER ;GRE10156.
- Braun, A., Samann, A., Kubiak, T., Zieschang, T., Kloos, C., Oster, P., ... Schiel, R. (2008). Effects of metabolic control, patient education and initiation of insulin therapy on the

quality of life of patients with type 2 diabetes mellitus. *Patient Education And Counseling*.

Benge, T., Mackenzie, M., McWilliams, J., & Carlson, M. (2009). Addressing barriers to good self-management: issues must be addressed to put education into practice. *Patient Education Management*.

Beran D.I, Besan (2011) .*Accès aux soins et aux traitements pour le diabète en Afrique*.

Berne.(2011) publié par FASMED en juillet 2017, ajusté par Swiss Medtech en 12 juin Claude Jeanrenaud, professeur Mélanie Gay, économiste Neuchâtel 2013

Borrell-Carri6, F., Suchman, A. L, & Epstein, R. M. (2004). The biopsychosocial model.

Brunton, S. A. (2012). Hypoglycemic potential of current and emerging pharmacotherapies in type 2 diabetes mellitus. *Postgraduate Medicine*.

Coadic,R (2006) . L'autonomie illusion ou projet de société ? *Calm Info*

Cox DJ, Gonder-Frederick L (1992). Major developments in behavioral diabetes research. *Consult Clinical Psychol*, 1992, 60, 628-38.

Debaty, I., Baudrant, M., Benhamou, P.-Y., & Halimi, S. (2008). Évaluation de la qualité de vie en éducation thérapeutique du patient diabétique : intérêts et limites des échelles de mesure standardisées. *Médecine des maladies Métaboliques*, 2(3), 291-293.
<https://doi.org/doi : MMM-05-2008-2-3-ENCOURS-101019-200805029>.

Diabète Québec. (2019). Comprendre le diabète. Types de diabète. Le diabète de type 2.
<https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/tout-sur-le-diabete/types-de-diabete/le-diabete-de-type-2/> 2017

Danaei G, Finucane MM, Lu Y, Singh GM, Cowan MJ, Paciorek CJ et al (2011). *National, regional, and global trends in fasting plasma glucose and diabetes prevalence since 1980: systematic analysis of health examination surveys and epidemiological studies with 370 country-years and 2.7 million participants*. *Lancet*, 378(9785): 31–40

Debaty, I., Baudrant, M., Benhamou, P.-Y., & Halimi, S. (2008). Évaluation de la qualité de vie en éducation thérapeutique du patient diabétique : *intérêts et limites des échelles de mesure standardisées*. *Médecine des maladies Métaboliques*, 2(3), 291-293.
<https://doi.org/doi>

Delphine Ballet. Approche sociologique de l'intervention éducative dans le monde de la santé. Analyse des pratiques effectives des formateurs en éducation thérapeutique du patient. Education. Université de la Réunion, 2019. Français. NNT: 2019LARE0038. tel-02501538v2 (Thèse de doctorat)

- Delisle H, Ntandou-Bouzitou G, Agueh V, Sodjinou R (2011). Urbanisation, transition nutritionnelle et risques cardiométaboliques : *l'étude du Bénin. British Journal of Nutrition*. 107 (10) : 1534-1544.
- Desforges J., A. C. (2010). Guide facile d'utilisation des insulines à l'intention des professionnels de la santé. Montréal: Diabète Québec.
- Distiller (2004). La Mieux gérer le diabète en Afrique du Sud : *exemple d'un modèle de financement par dotation. Diabetes ; 49 : 16-8.*
- Dionadji M., Boy B.O., Mouanodji M., Batakao G. (2015) Prévalence du diabète sucré en milieu rural du Tchad. : *a qualitative study of dietary preferences, knowledge and practices.*
- Education thérapeutique du patient (ETP) (2013) - ChroniSanté. Disponible sur: <http://chronisante.inist.fr/?Education-therapeutique-du-patient#nb1>. Dernière consultation le 04/08/.
- Education thérapeutique du patient (ETP) . Disponible sur: <http://chronisante.inist.fr/?Education-therapeutique-du-patient#nb1>. Dernier consultation.
- Engel, G. L., (1980), «*The clinical application of the biopsychosocial model*», American Journal of Psychiatry, 137, p. 535-544.
- Fédération internationale du diabète. (2019). Impacts individuels, sociaux et économiques. <https://diabetesatlas.org/fr/sections/individual-social-and-economic-impact.html>.
- Fischer, G.-N. (2002). La psychologie de la santé: problématique et enjeux. In G.-N. Fischer (Ed.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 1-18). Dunod : Paris.
- Fogarty JS. *Reactance theory and patient non-compliance*. Soc Sci Med 1997; 45: 1277-88.
- FOUCAUD J., MOQUET M-J, ROSTAN Florence, HAMEL E., FAYARD, A (2008). Etat des lieux de la formation initiale en éducation thérapeutique du patient en France - Institut national de prévention et d'éducation à la santé (INPES) - Evolutions n°12.
- Foucaud, J., & Balcou-Debussche, M. (2008). Former à l'éducation du patient: quelles compétences? Réflexions autour du séminaire de Lille 11-13 octobre 2006. Saint- Denis, Franc.
- Fox N.J., Ward K.J., O'Rourke A.J., (2005), «*The “expert patient” : empowerment or medical dominance? The case of weight loss, pharmaceutical drugs and the Internet* », Social Science and Medicine, 60(6), p. 1299-1309.
- Gavard JA, Lustman PJ, Clouse RE (1993). *Prevalence of depression in adults with diabetes: An epidemiological evaluation*. Diabetes Care, 16, 1167-78.
- Gérard (2011). Reach Service d'endocrinologie, diabétologie, maladies métaboliques, hôpital Avicenne et EA 3412, CRENH-IdF, université Paris-XIII, Bobigny.

- Glasgow, R. E. (1997). Behavioral and psychosocial measures for diabetes care : *What is important to assess? Diabetes Spectrum*, 10(1), 12-17.
- Girardin, C. & Schwitzgebel, V. (2007). *Diabète de type 2 en pédiatrie : Diagnostic et prise en charge. Revue Médicale Suisse*, 3, 1001-1005
- Gottlieb, L & Gottlieb, B. (2014). Les soins infirmiers fondées sur les forces : la santé et la guérison de la personne et de la famille.
- HAS (2007). Structuration d'un programme d'éducation thérapeutique du patient dans le champ des maladies chronique.
- Hamman RF, Bell RA (2014), Dabelea D, D'Agostino RB, Dolan L, Imperatore G. *The SEARCH for Diabetes in Youth Study: Rationale, Findings, and Future Directions. Diabetes Care*. Dec;37(12):3336–44; DOI:10.1007/s00125-019-4874-5.
- Handicap International (2012): *Le diabète et les autres facteurs de risque cardiovasculaire*. DC 06.Health Serv Res 2013, 13; 504.
- Ivernois, J.-F., Dell'Isola, B., Gagnayre, R., Hartemann, C., Le Tallec, C., Traynard, P.-Y., & Vaillant, G. (2012). *Pratiques de l'éducation thérapeutique du patient dans le diabète*. Paris : Maloine.
- INVS/ Etude ENTRED: Prévalence et incidence du diabète, et mortalité liée au diabète en France - Synthèse épidémiologique.
- Jérôme Foucaud, J. Bury, Maryvette Balcou-Debussche, C. Eymard. *Éducation thérapeutique du patient: modèles, pratiques et évaluation*. INPES,(2010), *Savoirs en action*, Foucaud J., Bury J.A.
- Kelvin ,G & Ducroix Biass, F (2009) . *L'empowerment et Carl Rogers: Réflexion sur le concept de l'empowerment et l'approche centré sur la personne en soins infirmiers*. Carin.
- E. (2006). Outcomes of a multifaceted physical activity regimen as part of a diabetes self management intervention. *Annals of Behavioral Medicine*, 31 (2), 128-137.
- KING, H., REWERS, M., « Le diabète de l'adulte : désormais un problème dans le tiers monde» *Bulletin de l'Organisation Mondiale de la Santé*, n°70, 1992, pp.11-10.
- Kirigia JM, Sambo HB, Sambo LG, Barry SP (2009). *Economic burden of diabetes mellitus in the WHO African region. BMC Int Health Hum Rights*.
- Knowler WC, Barrett-Connor E, Fowler SE, Hamman RF, Lachin JM, Walker EA, Nathan DM (2002). Diabetes Prevention Program Research Group. *Reduction in the incidence of type 2 diabetes with lifestyle intervention or metformin*. *N Engl J Med*. 2002;15:393–403

- Lamouroux, A., Magnan, A., & Vervloet, D. (2005). Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? *Revue des Maladies Respiratoires*, 22(1), 31-34.
<https://doi.org/RMR-02-2005-22-1-0761-8425-101019-200512218>
- Lagger, G., & Grimaldi, A. (2014). Guérir du diabète de type 2. Nice: Les éditions Ovadia.
- Lacroix A, Assal J (2003). L'Education thérapeutique des patients Nouvelles approches de la maladie chronique.
- Leiter, L. A., Berard, L., Bowering, C. K., Cheng, A. Y., Dawson, K. G., Ekoé, J.-M., ... Langer, A. (2013). Type 2 diabetes mellitus management in Canada: Is it improving? *Canadian Journal of Diabetes*.
- Ligthelm, R. J., Kaiser, M., Vora, J. & Yale, J.-F. (2012). Insulin use in elderly adults: Risk of hypoglycemia and strategies for care. *Journal Of The American Geriatrics Society*.
- Lorig, K. R., & Holman, H. R. (2003). Self-management education: History, definition, outcomes, and mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*.
- Mamadou Mansour Diallo Service d'endocrinologie-diabétologie (2012) CHU de Conakry Hôpital Donka BP 909 Conakry République de Guinée mansourdoct@yahoo.fr (Thèse)
- Manuel de nutrition pour le patient diabétique © (2018), Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés
- Mollet, E. (2000). Deux réalisations d'éducation thérapeutique de patients diabétiques, Présentation lors du Colloque à l'UNESCO intitulée Éducation thérapeutique du patient: vers une citoyenneté de santé, le 17 septembre 1999. *Bulletin d'Education du Patient*, 19 (Hors série - 2000), 28-29.
- M Dehayem, E Sobngwi, JF Nwatoock, J Maka Mani (2010). Prise en charge du diabète sucré au Cameroun : *Résultats de l'Etude Diabcare* 36 Vol
- Mohamed N. Al-Arifi, & Hussain A. Al-Omar. (2018). Impact of a multidisciplinary intensive education program on type 2 diabetes mellitus patients' glycemic control and cardiovascular risk factors. *Saudi Medical Journal*, 39(7), 705-710.
<https://doi.org/10.15537/smj.2018>.
- Motala AA (2002) Diabetes trends in Africa, *Diabetes and Metabolism, Research and Reviews*.
- Neel JV(1962). Diabetes mellitus: a "thrifty" genotype rendered detrimental by "progress"? 1962. *Bull World Health Organ*.77(8):694-703; discussion 692-3.
- Nunnelee, J. D. (2008). Review of an article: The ADVANCE Collaborative Group. (2008). *Intensive Blood Glucose Control and Vascular Outcomes in Patients with Type 2 Diabetes*. *NEJM* 2008;358:2560-2572. *Journal of Vascular Nursing*, 26(4), 125-125.
- Orem, D. E. (1991). *Nursing: Concepts of practice* (4ed). St. Louis, MO: Mosby-Year Book Inc.

- OMS(1998). Bureau Régional pour l'Europe. Education thérapeutique du patient, programme de formation continue par des professionnels de soins dans le domaine de la prévention des maladies chroniques .Recommandations d'un groupe de travail de l'OMS. Copenhague. Bruxelles: OMS; 1998.
- Organisation mondiale de la Santé(2003). Des soins novateurs pour les affections chroniques : éléments constitutifs. Genève : Organisation mondiale de la Santé, 105 p.
- OMS (2016) Rapport Mondiale sur le Diabète
- OMS (2000) Maladie Non Transmissible Stratégie de la Région Africaine. AFR/RC50/10.
- OMS (2013) Projet de Plan Action pour la lutte des Maladies Non Transmissible. EB137/7.
- OMD (2016) « Vers une Approche intégrée et cohérente du Développement Durable de l'Afrique » Agenda 2060/ODD rapport de transition.
- Patel, A., MacMahon, S., Chalmers, J., Neal, B., Billot, L., Woodward, M., ... Travert, F. (2008). Intensive blood glucose control and vascular outcomes in patients with type 2 diabetes. The New England Journal Of Medicine,
- PNDS3 (2018) « Plan National pour le Développement Sanitaire ». Ministère de la Santé Public Tchad.
- Péres, D. S., Franco, L. J. & dos Santos, M. A. (2008). Feelings of women after the diagnosis of type 2 diabetes. Revista Latino-Americana de Enfermagem (RLAE).
- Pender, N. J., Murdaugh, C. L., & Parsons, M. A. (2018). Health Promotion in Nursing Practice (8e éd.). Royaumes-Uni : Pearson Education.
- Paulhan I, Bourgeois M (1995). Stress et coping, les stratégies d'ajustement à l'adversité. Paris : Presses Universitaires de France.
- Rachel Besson, Mireille Bernard, Annick Tijou Traoré, Isabelle Gobatto (2008). *Le diabète, une épidémie mondiale?* Construction et qualification d'un fait épidémiologique. halshs-00435078.
- Ramaiya KI(2017). La FID et l'OMS mettent le diabète à l'agenda de la santé en Afrique.
- Résolution (2011). Déclaration politique de la Réunion de haut niveau de l'Assemblée générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Soixante-sixième session de l'Assemblée générale des Nations Unies. New York, Organisation des Nations Unies.
- Saout, C., Charbonnel, B., Bertrand, D., (2008), Pour une politique nationale d'éducation thérapeutique du patient. Rapport à l'attention de Mme la Ministre de la santé, de la jeunesse, des sports et de la vie associative, [en ligne] <http://www.sante.gouv.fr>
- Schaerer, R. (2014). LE « *Principe d'autonomie* », ses ambiguïtés et ses illusions. Cairn .Info, 1(116), 37-45.

- Schilling, L. S., Grey, M. & Knafl, K. A. (2002). *The concept of self-management of type 1 diabetes in children and adolescents: an evolutionary concept analysis*. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 87-99.
- Schopman, J. E., Geddes, J. & Frier, B. M. (2010). Prevalence of impaired awareness of hypoglycaemia and frequency of hypoglycaemia in insulin-treated type 2 diabetes. *Diabetes Research & Clinical Practice*,
- S.N.Diop . D., (2015): *aspects épidémiologiques et socioéconomiques* *Diabetes Voice* 2004 ; 4: 32-4.
- Spitz, É. (2002). Les stratégies d'adaptation face à la maladie chronique. In G.-N. Fischer (Ed.), *Traité de psychologie de la santé* (pp. 261-282).
- Siminerio, L. M., Piatt, G. A., Emerson, S., Ruppert, K., Saul, M., Solano, F., ... Zgibor, J. C. (2006). Deploying the chronic care model to implement and sustain diabetes self-management training programs. *Diabetes Educator*.
- Schilling, L. S., Grey, M. & Knafl, K. A. (2002). The concept of self-management of type 1 diabetes in children and adolescents: an evolutionary concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 37(1), 87-99.
- Stewart B. Harris. (2008). *Prévention et prise en charge du diabète de type 2 chez l'adulte*: Elsevier.
- T. C ARMOI , C. V ERRET (2007) « *Prise en charge du diabète de type 2 en Afrique Subsaharien : constat actuel perspectives* » *Med* ; 67 : 601-606 »
- Travail de Bachelor Les interventions éducatives auprès des patients diabétiques de type II (Damaris Praz 10 juillet 2019)
- Traynard P Y, Gagnayre R(2009). L'Education thérapeutique du patient atteint de maladie chronique. In: *Diabetologie*. Monnier. France: Elsevier Masson.
- Thomas, N. A. (2003). The physician-patient relationship : Empathy, trust and intentions to adhere to medical recommendations. *Thèse de doctorat inédite*, Ball State Univers
- Tubiana-Rufi, N., & Du Pasquier-Fediaevsky, L. (1999). *Le concept d'adhésion au traitement du diabète revisité*. *Diabetes & Metabolism*, 25(2), 172-176. <https://doi.org/doi: DM-06-1999-25-2-0338-1684-101019-ART8>
- Udlis, K. A. (2011). *Self-management in chronic illness: Concept and dimensional analysis*. *Journal of Nursing & Healthcare of Chronic Illnesses*, 3(2), 130-139.
- Varghese, M. P., Balakrishnan, R., & Pailoor, S. (2018). Association between a guided meditation practice, sleep and psychological well-being in type 2 diabetes mellitus patients. *Journal of Complementary & Integrative Medicine*.

- Watts, S. A., Gee, I., O'Day, M. E., Schaub, K., Lawrence, R., Aron, D., et al. (2009). Program evaluation. Nurse practitioner-led multidisciplinary teams to improve chronic illness care: the unique strengths of nurse practitioners applied to shared medical appointments/group visits. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*.
- Wheeler ML, Dunbar SA, Jaacks LM, Karmally W, Mayer-Davis EJ, et al (2012). Macronutrients, Food Groups, and Eating Patterns in the Management of Diabetes: *a systematic review of the literature*. *Diabetes Care*:12:434-445. 35(6): 1395.
- WHO, Preventing diabetes a vital investment, Geneva, World Health Organization, 2005.
- WHO. (1998). Education Thérapeutique du Patient. Accès http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
- Wheeler ML, Dunbar SA, Jaacks LM, Karmally W, Mayer-Davis EJ, et al. Macronutrients, Food Groups, and Eating Patterns in the Management of Diabetes: a systematic review of the literature. *Diabetes Care*, 2012;12:434-445. 35(6): 1395
- WHO. (1998). Education Thérapeutique du Patient. Accès http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/145296/E93849.pdf
- WHO (2016) Mortality Database [base de données en ligne, en anglais]. Genève, Organisation mondiale de la Santé, (http://apps.who.int/healthinfo/statistics/mortality/causeofdeath_query/). Ces résolutions sont téléchargeables sur le site Internet de l'Organisation des Nations Unies.

ANNEXES

REPUBLIQUE DU TCHAD

CONSEIL MILITAIRE DE TRANSITION

PRESIDENCE DE CONSEIL

PRIMATURE

MINISTRE DE LA SANTE PUBLIQUE
ET DE LA SOLIDARITE NATIONALE

SECRETARIAT D'ETAT

DIRECTION GENERALE

DIRECTION GÉNÉRALE DE L'HÔPITAL
DE L'AMITIÉ TCHAD CHINE

SERVICE DES GESTION HOSPITALIERE

SERVICE DES RESSOURCES HUMAINES

SERVICE DE FORMATION ET DE RECHERCHE

Unité-Travail- Progrès
وحدة - عمل - تقدم



جمهورية تشاد

المجلس العسكري الانتقالي

رئاسة المجلس

رئاسة الوزراء

وزارة الصحة العامة
والتضامن الوطني

امانة الدولة

الإدارة العامة

الإدارة العامة للمستشفى
التشادية الصينية الصداقة

قسم الإدارة والتسيير

قسم الموارد البشرية

قسم التدريب والبحث

N° 0805/CMT/PC/PM/MSPSN/SE/DG/HATC/SGH/SRH/022

AUTORISATION DE RECHERCHE

Il est autorisé à Monsieur **AGUSTIN KOSSINGAR**, Etudiant Inscrit en Master II à la faculté de sciences de l'Éducation de l'Université de Yaoundé I, à faire un travail de recherche sur le **Thème: « Interventions et Éducatives et connaissances sur les mesures Hygiéno-diététiques chez les patients diabétiques HATC à N'Djamena »** cas du service de Diabétologie de l'Hôpital de l'Amitié Tchad- Chine pour une période de deux (02) Mois.

Directeur de l'Hôpital Dr ALBERT NNA NTIMBAN.

La présente autorisation prend effet à compter de la date de sa signature.

Ampliations :

HATC.....1
S G.....1
Service DIABET.....1
Intéressé.....1
Dos/Archives.....1

N'Djamena, le 02.3 AOUT 2022,

Directeur Général de l'Hôpital
de l'Amitié Tchad- Chine.


Dr. OUMAR HAMDAN IGUMIR

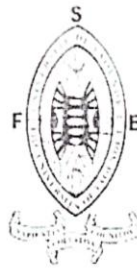
REPUBLIQUE DU CAMEROUN

Paix – Travail – Patrie

UNIVERSITE DE YAOUNDE I

FACULTE DES SCIENCES DE
L'EDUCATION

DEPARTEMENT D'EDUCATION
SPECIALISEE



REPUBLIC OF CAMEROON

Peace – Work – Fatherland

UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF EDUCATION

DEPARTMENT OF SPECIALIZED
EDUCATION

Le Doyen
The Dean

N°...../22/UYI/FSE/VDSSE

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur Cyrille Bienvenu BELA, Doyen de la Faculté des Sciences de l'Education de l'Université de Yaoundé I, certifie que l'étudiant **Augustin KOSSINGAR**, Matricule **20V3106** est inscrit en Master II à la Faculté des Sciences de l'Education, Département : *EDUCATION SPECIALISEE*, filière : *INTERVENTION, ORIENTATION, EDUCATION EXTRASCOLAIRE*, Option : *INTERVENTION ET ACTION COMMUNAUTAIRE*.

L'intéressé doit effectuer des travaux de recherche en vue de la préparation de son diplôme de Master. Il travaille sous la direction de **Dr. Albert NNA NTIMBAN**. Son sujet est intitulé : « *Interventions éducatives et connaissances sur les mesures hygiéno-diététiques chez les patients diabétiques à l'hôpital amitié Tchad-Chine de N'Djamena* ».

Je vous saurai gré de bien vouloir le recevoir et mettre à sa disposition toutes les informations susceptibles de l'aider à conduire ses travaux de recherches.

En foi de quoi, cette attestation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit /.

Fait à Yaoundé, le 06 JUIN 2022.....

Pour le Doyen et par ordre
Le Vice-Doyen

QUESTIONNAIRE

RE DE RECHERCHE

Je m'appelle Augustin KOSSINGAR, étudiant à la Faculté des Sciences de l'Éducation de l'Université de Yaoundé 1 et dans le cadre de ma recherche de Master portant sur « **Interventions éducatives et connaissance sur les mesures hygiéno-diététiques chez les patients diabétiques de l'Hôpital Amitié Tchad-Chine de N'Djamena** », je sollicite votre précieuse contribution pour compléter le présent questionnaire. Nous vous garantissons l'anonymat et la confidentialité de vos réponses. Le remplissage vous prendra 15 à 20 minutes. La participation est libre et gratuite.

Veillez répondre à toutes les questions en choisissant la réponse qui correspond à votre opinion.

SECTION A : INFORMATIONS DÉMOGRAPHIQUES

- A1. Genre : 1. Homme 2. Femme
- A2. Votre âge :
- A3. Situation matrimoniale : 1. Célibataire 2. Marié(e) 3 Divorcé(e)
- A4. Religion : 1. Protestante 2. Catholique 3. Musulmane
- A5. Type de diabète : Diabète Type 1 Diabète Type 2
- A6. Depuis quand êtes-vous diagnostiqué diabétique (durée de diabétique) :
- A7. Niveau d'étude : Pas d'éducation Primaire Secondaire Supérieur

SECTION B : COMPETENCES D'AUTOGESTION DU DIABETE

Lisez les affirmations suivantes et cochez sur une échelle de 1 à 5 le degré de votre acceptation lorsque vous exécutez les situations ci-dessous. **1 = Très peu ; 2 = Peu ; 3 = Neutre ; 4 = Assez ; 5 = Beaucoup**

N°	Affirmations	1	2	3	4	5
01	Je suis capable de mesurer et choisir les nourritures qui ont un bon équilibre entre les légumes, Les protéines et les carbohydrates qui stabilisent ma glycémie (taux du sucre dans le sang)					
02	Je connais comment mon insuline ou médicament diabétique fonctionne dans mon corps et à quel moment de la journée je dois vérifier ma glycémie afin de m'assurer que ma dose est normale					
03	Si je manque une dose de mon insuline ou médicament, je connais comment mon corps réagira et les étapes à suivre pour réajuster					
04	Lorsque que je planifie de faire d'exercice, je connais quel changement je dois faire pour éviter une faible glycémie avant, pendant et après l'exercice.					
05	Je connais quand vérifier ma glycémie si je veux voir comment mon sang a réagi à un repas					
06	Lorsque je suis malade, je connais ce qu'il faut faire autrement avec ma prise de médicament, le test de ma glycémie et quand aller à l'hôpital					
07	Je connais comment identifier le stress dans ma vie et comment il peut impacter ma gestion du Diabète et ma santé en général.					
08	Je connais ce que A1c, Pression sanguine et Cholestérol du diabète sont, ce que mes objectifs sont et comment ils impactent mon diabète.					

SECTION C : CLIMAT DE RELATION ENTRE PATIENT ET SOIGNANT

Veillez répondre à toutes les questions suivantes en utilisant l'échelle de 1 à 5 et cochez dans l'une des cases.

1=Très en désaccord ; 2=Désaccord ; 3=Neutre ; 4=D'accord ; 5=Très d'accord

N°	Affirmations	1	2	3	4	5
01	Les médecins me laissent les choix sur les comportements d'autogestion					
02	Les médecins comprennent comment je me sens par rapport à l'autogestion du diabète					
03	Les médecins ont confiance en moi et me font croire que je suis capable de m'autogérer					
04	Les médecins m'écoutent sur la manière que je souhaiterais faire mon autogestion					
05	Les médecins m'encouragent à poser des questions sur les comportements d'autogestion					
06	Après avoir compris mon point de vue sur l'autogestion du diabète, les médecins me feront quelques suggestions					

SECTION D : RESSOURCES ORGANISEES DURANT L'EDUCATION

Veillez répondre à toutes les questions suivantes en utilisant l'échelle de 1 à 5 et cochez dans l'une des cases.

1=Très en désaccord ; 2=Désaccord ; 3=Neutre ; 4=D'accord ; 5=Très d'accord

N°	Affirmations	1	2	3	4	5
01	Des formateurs/animateurs/infirmiers qui nous soutiennent et échangent avec nous ont des compétences nécessaires requises pour éduquer les patients					
02	Lors des séances d'éducation thérapeutique, des matériels tels que les vidéos-projecteurs sont mis à notre disposition.					
03	Lors des séances d'éducation thérapeutique, l'hôpital met à notre disposition des livres, documents concernant le diabète et sa prise en charge					
04	Lors des séances d'éducation thérapeutique, on nous projette des films et vidéos mettant en scène les diabétiques dans la manière de s'autogérer					
05	Nous disposons des programmes d'éducation adaptés à notre situation et mettant en évidence les compétences à acquérir					
06	On nous met en petit groupe pour nous permettre de mieux échanger nos expériences sur nos maladies					
07	Nous disposons d'une équipe de professionnel incluant les diabétologues, les diététiciens, les infirmiers, médecins, pharmaciens, les conseillers en activité physique pour nous aider.					

SECTION E : ACTIVITES ORGANISEES DURANT L'EDUCATION

Veillez répondre à toutes les questions suivantes en utilisant l'échelle de 1 à 5 et cochez dans l'une des cases.

1=Très en désaccord ; 2=Désaccord ; 3=Neutre ; 4=D'accord ; 5=Très d'accord

N°	Affirmations	1	2	3	4	5
01	Les formateurs nous fournissent des informations et activités sur l'alimentation d'un diabétique					
02	Les formateurs/médecins nous fournissent des informations et activités sur la prise de médicaments et de l'insuline d'un diabétique					
03	Les formateurs/médecins nous fournissent des informations et activités sur les activités/exercices physiques adaptées pour un diabétique					
04	Les formateurs/médecins nous fournissent des informations et activités sur le contrôle de la Glycémie d'un diabétique					
05	Les formateurs/médecins nous fournissent des informations et activités sur l'autogestion d'un diabétique					

SECTION F : ACTIONS EDUCATIVES

Veillez répondre à toutes les questions suivantes en utilisant l'échelle de 1 à 5 et cochez dans l'une des cases.

1=Très en désaccord ; 2=Désaccord ; 3=Neutre ; 4=D'accord ; 5=Très d'accord

N°	Affirmations	1	2	3	4	5
01	Le service de diabétologie de l'hôpital accorde du soutien psychologique aux patients					
02	L'hôpital organise des séances de partage des vécus des patients					
03	L'hôpital organise des journées spécifiques pour la sensibilisation à la lutte contre la mortalité diabétique					
04	Les infirmiers et infirmières organisent des séances d'accompagnement individualisées aux patients					
05	Le personnel du service de diabétologie fournit des orientations individuelles lors des visites ou par téléphone					

Guide d'entretien avec les soignants

Information personnelle

Age du participant :

Sexe :

Années d'expérience :

Parcours professionnel :

Thèmes d'entretien

Thème 1 : Patient atteint de diabète

Thème 2 : perception/représentation de l'éducation thérapeutique du patient

Pourriez-vous me définir avec vos propres mots ce qu'est l'ETP pour vous ?

Est-ce un souhait de pratiquer l'ETP ? Si oui ou non pour quelles raisons ?

Comment avez-vous connu le concept d'ETP ?

Quelle importance accordez-vous à faire l'ETP en diabétologie ?

Thème 3 : Situation thérapeutique éducative

Comment est organisée l'ETP en diabétologie

Pourriez-vous me décrire comment avez-vous prévu le déroulement de votre séance d'éducation ?

Comment vous-y prenez face à un patient diagnostiqué pour l'amener à modifier son mode de vie.

Pourriez-vous me décrire les différentes activités d'apprentissage que vous proposez à vos apprenants ?

Pourriez-vous me décrire les différents outils pédagogiques que vous utilisez lors des séances d'éducation ?

Quels savoirs transmettez-vous à vos apprenants ?

Comment vous y prenez- vous pour transmettre ces savoirs ?

Thème 4 : Relation thérapeutique

Comment est la relation entre vous et le patient ?

Comment gérez-vous le temps lors de séance ?

Comment gérez-vous le climat de la séance ?

Guide d'entretien avec les patients

Information personnelle

Age du participant :

Sexe :

Année de diagnostic :

Thème de discussion

Thème 1 : Maladie : diabète

Connaissance de la maladie

Pourriez-vous nous donner des détails sur les causes du déclenchement de votre maladie ?

Quels rapports entretenez-vous dans la vie de tous les jours ? Ont-ils changé depuis la survenue de la maladie ?

Thème 2 : Perception des traitements

Les médicaments prescrits sont-ils respectés, qu'est ce qui peut influencer le fait de ne pas les prendre ?

Quel impact ces traitements ont sur votre vie quotidienne ?

Quel est le choix du traitement que vous avez-fait et pourquoi ?

Thème 3 : Relation avec le monde médical

Quels la fréquence de vos visites médicales ? Pourriez-vous nous donner de détail sur le motif des consultations ?

Quel rôle joue la personne en charge de votre santé par rapport à votre maladie ?

Quelle attitude générale avez-vous face à ses conseils et prescriptions ?

Thème 4 : Mode de vie avec le diabète

Qu'est ce qui a changé dans votre vie suite au diagnostic

Quel est l'impact de votre traitement dans votre vie quotidienne et celle de votre famille ?

Thème 5 : Perception de l'éducation thérapeutique du patient

Que pensez-vous de l'ETP dans votre situation de malade ?

Pourriez-vous nous parler de l'apport de l'ETP à votre situation de malade ?

Considérez-vous le programme d'ETP comme un soutien ?

Pensez-vous que toutes vos préoccupations sont satisfaites lors des séances d'ETP ?

TABLE DES MATIERES

.....	ii
REMERCIEMENTS	iii
SOMMAIRE	iv
LISTES DES ABREVIATIONS	v
LISTE DES TABLEAUX	vii
LISTE DES FIGURES	viii
RESUME	ix
ABSTRACT	x
INTRODUCTION	1
I. PROBLEME	3
II. PROBLEMATIQUE	4
2.1. Questions de recherche.....	19
2.1.1. Question générale de la recherche.....	19
2.1.2. Questions spécifiques de recherche.....	19
2.2. Objectifs de la recherche	19
2.2.1. Objectif général de la recherche.....	19
2.2.2. Objectifs spécifiques de la recherche	20
2.3. Hypothèses de recherche	20
2.3.1. Hypothèse générale de recherche	20
2.3.2. Hypothèses spécifiques de recherche	20
III. METHODOLOGIE	21
3.1. Cadre théorique	21
3.1.1. La théorie de l'apprentissage sociale	21
3.1.2 Modèle de la promotion de la santé (HPM)	22
3.1.4. Théorie Sociale Cognitive selon Albert BANDURA.....	25
Modèle biopsychosocial	27
3.1.5. METHODE DE RECHERCHE (Mixte)	28
IV. CADRE CONCEPTUEL	33
4.1. Intervention	33
4.1.1. Education.....	33
4.1.2. Compétence	34
4.1.3. Autogestion	34
V. PLAN DU TRAVAIL	36

PREMIERE PARTIE : SITUATION DU DIABETE ET MODE DE VIE CHEZ LES PATIENTS	37
CHAPITRE I : CADRE D'ETUDE ET POPULATION D'ETUDE	38
I. BUT ET PRIORITES DU SYSTEME DE SANTE	38
I. Organisation du système de santé	38
1.1.2. La base juridique de droit à la santé au niveau continental et international	40
1.1.3. Structures de prise en charge.....	41
II. PRESENTATION DU MILIEU D'ETUDE	42
2.1. Situation géographique	43
2.1.1 Historique de l'hôpital Amitié Tchad Chine de N'Djamena	43
III. PRESENTATION DE LA POPULATION D'ETUDE	44
3.1. Caracteristiques sociodemographiques des patients	44
3.1.1. Représentation des patients par catégorie d'âge et par genre.....	45
3.1.1.1. Présentation des patients selon leur statut matrimonial	46
3.1.1.2. Présentation des patients selon leur niveau d'éducation	46
3.1.1.3. Présentation des patients selon leur appartenance religieuse	47
3.1.1.4. Présentation des patients selon le type de leur diabète.....	47
3.1.1.5. Présentation des patients en fonction de la durée de vie avec le diabète	48
CHAPITRE II : CONNAISSANCE ET COMPETENCES D'AUTOGESTION DU DIABETE	52
I. DIAGNOSTIC DU DIABETIQUE CHEZ LES PATIENTS	53
1.1. Perception des conséquences du diabète	54
1.1.2. Capacité d'alimentation	55
1.1.3. Prise de traitement.....	57
1.1.4. Activité physique.....	59
1.1.5. Connaissance de certains indicateurs du diabète.....	61
DEUXIEME PARTIE : INTERVENTIONS EDUCATIVES CHEZ LES PATIENTS DIABETIQUES A L'HOPITAL AMITIE TCHAD-CHINE DE N'DJAMENA : EFFETS ET PERSPECTIVES	62
CHAPITRE III : EDUCATION THERAPEUTIQUE DES PATIENTS DIABETIQUES A L'HOPITAL AMITIE TCHAD-CHINE DE N'DJAMENA	63
I. EDUCATION THERAPEUTIQUE SELON LES SOIGNANTS	63
1.1.1. Perception de l'éducation thérapeutique	63
1.1.2. Importance de l'éducation thérapeutique	64
1.1.3. Moment d'éducation thérapeutique.....	64
1.1.4. Le déroulement de l'éducation thérapeutique	64

1.1.5.	Contenu d'éducation thérapeutique.....	65
1.1.6.	Matériel d'instruction.....	65
1.1.7.	Relation patient-soignant.....	66
1.1.8.	Education thérapeutique selon les patients.....	66
1.1.8.1.	Rôle perçu des soignants en ETP par les patients	66
CHAPITRE IV : ENJEUX DE L'EDUCATION THERAPEUCTIQUE ET REPONSES ADMINISTRATIVES A LA PROBLEMATIQUE		79
I.	ENJEUX DE L'EDUCATION THERAPEUCTIQUE.....	79
1.1.	Education thérapeutique à un rôle à jouer dans la prévention du diabète	79
1.1.1.	Lien entre éducation et autonomisation du patient diabétique.....	81
1.1.2.	Education thérapeutique comme facteur d'autogestion du diabète.....	83
1.1.3.	L'éducation thérapeutique comme facteur de changement d'habitude alimentaire 85	
1.1.4.	Education thérapeutique comme facteur de changement de la qualité de vie.....	87
II.	IMPACT SOCIO-ECONOMIQUE ET SANITAIRE DU NON EDUCATION THERAPEUCTIQUE CHEZ LE PATIENT	89
2.1.	Conséquences sociales	91
2.1.1.	Conséquences économiques	93
2.1.2.	Conséquences sanitaires	95
2.1.3.	Conséquences psychologiques	98
III.	REPONSE ADMINISTRATIF AU PROBLEMATIQUE DU DIABETE CHEZ LES PERSONNES	100
3.1.	Le profil du pays	101
3.1.1.	Structure administrative	101
3.1.2.	Démographie et structures des communautés	102
3.1.3.	Géographie	102
3.1.4.	Les prestations de service du système de santé.....	103
3.1.5.	Réponse aux problématiques des patients diabétiques.....	103
3.1.6.	Au niveau international	103
3.1.7.	Au niveau national	105
3.1.8.	Promouvoir l'éducation thérapeutique:.....	106
3.1.9.	Aux patients.....	107
	PERSPECTIVE.....	109
	CONCLUSION.....	110
	REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	114

ANNEXES	123
TABLE DES MATIERES	131