UNIVERSITÉ DU BURUNDI
GRENIER DU SAVOIR DU BURUNDI
Dépôt institutionnel officiel
https://repository.ub.edu.bi

Analyse des processus psychiques et relationnels d’ adaptation à une maladie chronique

Nduwimana, Aimable; Sous la direction de : Dr Nduwimana Mélance

2025-02
UB, FPSE
https://repository.ub.edu.bi/handle/123456789/2068

Document téléchargé depuis le **Grenier du Savoir du Burundi** — https://repository.ub.edu.bi

UNIVERSITE DU BURUNDI

FACULTE DE PSYCHOLOGIE ET DES SCIENCES DE L'EDUCATION

DEPARTEMENT DES SCIENCES PSYCHOLOGIQUES

MASTER EN SCIENCES PSYCHOLOGIQUES ET DE L'EDUCATION

ANALYSE DES PROCESSUS PSYCHIQUES ET RELATIONNELS D'ADAPTATION A UNE MALADIE CHRONIQUE : Etude menée auprès des patients vivant avec le diabète de type 2 du CELUCODIA

Par

NDUWIMANA Aimable

Mémoire soutenu et défendu publiquement en vue de l'obtention du Diplôme de Master en Sciences Psychologiques et de l'Education

Option : Recherche en sciences psychologiques

Sous la direction de :

Dr NDUWIMANA Mélance

Bujumbura, Février 2025

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY

Président : Dr KABIRIGI Violette

Directeur : Dr NDUWIMANA Mélance

Secrétaire : Dr Abbé NIZIGIYIMANA Janvier

DEDICACE

A nos parents

A nos frères et sœurs

REMERCIEMENTS

Nous tenons à remercier toutes les personnes qui nous ont soutenu et accompagné au long de ce travail, en particulier :

Dr Mélance NDUWIMANA enseignant à l'université du Burundi dans la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, pour son encadrement et sa disponibilité continus malgré ses multiples préoccupations.

Nos sincères remerciements vont à l'endroit de nos chers parents qui ont été les premiers piliers de notre parcours.

Grâce à vous, nous avons pu surmonter les défis et persévérer dans la réalisation de ce travail. Ce mémoire est le fruit de votre amour et de vos valeurs, et nous vous en serons éternellement reconnaissant.

Notre gratitude va également à l'endroit de tout le personnel du centre de lutte contre le diabète au Burundi (CELUCODIA), plus particulièrement Professeur Fréderic NSABIYUMVA le représentant légal de ce centre pour nous avoir accordé le stage dans ce centre dans le but de récolter les données de notre recherche. Nous voudrions également exprimer nos remerciements aux enquêtés sans lesquels cette recherche n'aurait pas été réalisée.

Nos remerciements s'adressent à nos enseignants, depuis le primaire à l'université. Ce travail est le vôtre. Que vous trouviez ici l'expression de notre gratitude.

A toutes nos familles, nos camarades d'études, nos amis et plus particulièrement, ceux de l'Université du Burundi dans la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation, nous vous témoignons ici nos sincères remerciements. Que vous trouviez ici l'expression de notre gratitude.

A toute autre personne qui de près ou de loin nous a encouragé à garder l'endurance malgré le long parcours.

A tous, et à toutes nous vous disons sincèrement merci.

RESUME

Les maladies chroniques font que la personne qui en souffre adopte un autre style de vie du fait de leur chronicité. C'est dans cette optique que nous avons voulu conduire une étude explorant les processus psychiques et relationnels d'adaptation au diabète de type2. L'objectif général de la recherche était d'analyser les processus psychiques et relationnels qui influencent l'adaptation à la maladie du diabète. Plus spécifiquement, il s'agissait de : évaluer le lien entre la signification donnée à la maladie diabétique et l'adaptation du patient ; dégager les stratégies psychiques d'adaptation à la maladie du diabétique ; analyser le rôle du soutien social et la place des soignants dans l'ajustement du patient au diabète. Faisant référence à la nature qualitative de la recherche, l'enquête a été menée auprès de six patients diabétiques de type2 c'est-à-dire 4 femmes et deux hommes et la récolte des données a été faite par l'entretien semi-directif. Ainsi, pour le premier objectif, l'étude a prouvé que les représentations que font les patients sur le diabète jouent un rôle central dans leur ajustement. Les connaissances préalables, les expériences vécues auprès de proches malades, ainsi que les circonstances du diagnostic influencent fortement leur perception soit positive ou négative de la maladie. Concernant le deuxième objectif, l'étude a constaté que les patients font recours à des stratégies orientées vers le problème, comme la prise de médicaments, le respect du régime alimentaire et la pratique sportive, ainsi que des stratégies centrées sur l'émotion, notamment la prière. Certains recherchent aussi un soutien social et les autres font recours aux différents mécanismes de défense comme l'acceptation et la minimisation de la gravite de la maladie.

Enfin, pour ce qui est du troisième objectif, l'étude a montré que d'un côté, la famille nucléaire joue un rôle prépondérant, notamment à travers le soutien qu'elle apporte au patient. De l'autre côté l'entourage, à travers les témoignages et l'accompagnement, contribue à réduire le sentiment d'isolement des patients. L'étude a constaté aussi qu'une relation de qualité soignant-soigné, marquée par un suivi rigoureux et une éducation thérapeutique adaptée, favorise une meilleure gestion de la maladie.

Mots clés : Maladie chronique, diabète, stratégie d'adaptation, santé

ABSTRACT

Chronic illnesses cause the person suffering from them to adopt a different lifestyle due to their chronicity. It is with this in mind that we wanted to conduct a study exploring the psychological and relational processes of adaptation to type 2 diabetes. The general objective of the research was to analyze the psychological and relational processes that influence adaptation to diabetes. More specifically, it was: to evaluate the link between the meaning given to diabetic disease and the patient's adaptation; to identify the psychological strategies for adaptation to the diabetic disease; to analyze the role of social support and the place of caregivers in the patient's adjustment to diabetes. Referring to the qualitative nature of the research, the survey was conducted among six type 2 diabetic patients, i.e. 4 women and two men, and the data collection was done through semi-structured interviews. Thus, for the first objective, the study proved that patients' representations of diabetes play a central role in their adjustment. Prior knowledge, experiences with sick relatives, as well as the circumstances of the diagnosis strongly influence their perception, whether positive or negative, of the disease. Regarding the second objective, the study found that patients resort to problem-oriented strategies, such as taking medication, adhering to diet and practicing sports, as well as emotion-focused strategies, including prayer. Some also seek social support and others resort to various defense mechanisms such as acceptance and minimization of the seriousness of the illness.

Finally, regarding the third objective, the study showed that, on the one hand, the nuclear family plays a key role, particularly through the support it provides to the patient. On the other hand, the family and friends, through their stories and support, help reduce patients' feelings of isolation. The study also found that a quality caregiver-patient relationship, marked by rigorous monitoring and appropriate therapeutic education, promotes better disease management.

Keywords: Chronic illness, diabetes, coping strategy, health

TABLE DES MATIERES

IDENTIFICATION DES MEMBRES DU JURY i

DEDICACE ii

REMERCIEMENTS iii

RESUME iv

ABSTRACT v

TABLE DES MATIERES vi

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS xi

AVANT-PROPOS xii

INTRODUCTION GENERALE 1

0.1. Motivation du choix du sujet de recherche 2

0.2. Délimitation du sujet de recherche 3

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE 5

CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS CLES 6

1.1. Maladie chronique 6

1.2. Diabète 7

1.3. Stratégie d'adaptation 7

1.4. Santé.....8

CHAPITRE II : APERÇU GENERAL SUR LE DIABETE 10

2.1. Sémiologie du diabète 10

2.2. Classification du diabète 11

2.2.1. Diabète de type1 11

2.2.2. Diabète de type 2 12

2.2.3. Le diabète gestationnel 13

2.3. Epidémiologie du diabète 13

2.4. Facteurs de risque du diabète 14

2.5. Aspects psychologiques du diabète 16

2.6. Complications du diabète 16

2.6.1. Les complications aigües 16

2.6.2. Les complications chroniques 17

2.6.3. Les complications infectieuses 18

2.7. Traitement médicamenteux 20

2.7.1. Prévention et traitement des complications 20

2.7.2. Education thérapeutique du patient diabétique 21

CHAPITRE III : ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE A UNE MALADIE CHRONIQUE SOMATIQUE 23

3.1. Impact psychologique d'une maladie chronique 23

3.1.1. Le choc initial et l'acceptation du diagnostic 24

3.1.2. Impact de la maladie chronique sur l'image de soi et l'identité 24

3.1.3. Conséquences émotionnelles 25

3.2. Processus d'adaptation psychologique à une maladie chronique : transformations identitaires et existentielles 26

3.2.1. L'image du corps 27

3.2.2. Rapport au temps et problème psychique 27

3.2.3. Perception nouvelle de la vie 28

3.2.4. La relation à la mort 29

CHAPITRE IV : PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE 31

4.1. Problématique de la recherche 31

4.2. Objectifs de la recherche 34

4.2.1. Objectif général 34

4.2.2. Objectifs spécifiques 34

4.3. Démarche méthodologique 35

4.3.1. Méthode qualitative 35

4.3.2. Population et terrain d'enquête 35

4.3.3. La préenquête 36

4.3.4. Technique de choix des enquêtés 36

4.3.5. Technique de collecte des données 37

4.3.5.1. Entretien semi-directif 37

4.3.5.2. Observation directe 38

4.3.6. Difficultés rencontrées 39

4.3.7. Le procédé d'analyse des données 39

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION, ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE 40

CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES CAS.....41

5.1. Cas « IL » 41

5.2. Cas « DE ».....43

5.3. Cas « SY ».....44

5.4. Cas « OD » 46

5.5. Cas « FE » 48

5.6. Cas « DA » 49

CHAPITREVI : SIGNIFICATION DU DIABETE ET SON INFLUENCE SUR L'ADAPTATION DU PATIENT.....51

6.1. Connaissances du patient sur le diabète avant le diagnostic 51

6.2. Circonstances du diagnostic de la maladie et l'adaptation du patient 52

6.3. Réactions à l'annonce du diagnostic du diabète.....53

6.4. Impact des attributions causales sur l'ajustement du patient au diabète.....54

CHAPITRE VII : STRATEGIES PSYCHIQUES D'ADAPTATION AU DIABETE 58

7.1. Stratégies de coping 58

7.1.1. Stratégies de gestion orientée vers la maladie diabétique 58

7.1.2. Construction des réseaux de soutien. 61

7.1.3. Le recours à la prière.....63

7.2. Les mécanismes de défense mobilisés par le patient souffrant du diabète 65

7.2.1. Acceptation.....65

7.2.2. Minimisation de la gravité de la maladie 66

CHAPITREVIII : LE ROLE DU SOUTIEN SOCIAL ET LA PLACE DES SOIGNANTS DANS L'AJUSTEMENT DU PATIENT DIABETIQUE.....69

8.1. Le rôle de la famille du patient.....69

8.2. Le rôle de l'entourage 71

8.3. Rôle de la relation soignant-soigné.....73

CONCLUSION GENERALE 77

BIBLIOGRAPHIE 80

ANNEXES 89

LISTE DES SIGLES ET ABREVIATIONS

ADA	: American Diabète Association
CELUCODIA	: Centre de Lutte Contre le Diabète
CRD	: Centre de Reference Provincial de Diabète
DAWN2	: Diabetes Attitudes, Wishes and Needs 2
DNID	: Diabète non insulino dépendant
ETP	: Education thérapeutique du patient
FPSE	: Faculté de Psychologie et des Sciences de l'éducation
HbA1C	: Hémoglobine glyquée
MCNT	: Maladies chroniques non transmissibles
MODY	: Maturity Onset Diabetes of the Young
MSPLS	: Ministère de la santé publique et de la lutte contre le SIDA
OCDE	: Organisation de Coopération et de développement Economiques.
OMS	: Organisation mondiale de la santé
PUF	: Presse Universitaire de France
SFP	: Société Française de Psychologie

AVANT-PROPOS

La présente étude s'inscrit dans le cadre de notre formation en psychologie et sciences de l'éducation et porte sur l'analyse des processus psychiques et relationnels d'adaptation au diabète. Notre motivation repose en partie sur une expérience personnelle, ayant nous-mêmes endossé le rôle d'aidant auprès d'un patient diabétique. Cette expérience nous a souvent conduit à nous interroger sur la manière dont les patients perçoivent cette maladie, qui bouleverse profondément leur mode de vie et leur stratégies d'adaptation pour en faire face. Par ailleurs, notre intérêt pour ce sujet a été renforcé par les enseignements suivis dans le cadre de notre formation en Master, notamment le cours de psychologie de la santé et le cours de séminaire de psychosomatique.

Ce sujet revêt une importance particulière dans un contexte où les maladies chroniques, et en particulier le diabète, constituent un défi majeur aussi bien pour les patients que pour les professionnels de santé. Loin d'être une simple affection médicale, le diabète implique une dynamique complexe d'ajustements psychologiques et sociaux qui influencent le quotidien des personnes concernées. Bien qu'il s'agisse d'une maladie incurable, susceptible d'altérer le bien-être physique et psychologique des patients, ces derniers développent diverses stratégies leur permettant de mieux vivre avec cette condition. C'est dans cette perspective que nous avons entrepris cette recherche, animés par le désir de comprendre ces stratégies d'adaptation.

L'objectif général de notre étude était d'analyser les processus psychiques et relationnels d'adaptation au diabète. Trois objectifs spécifiques ont guidé notre travail : le premier visait à évaluer le lien entre la signification attribuée à la maladie et l'adaptation du patient ; le second à identifier les stratégies psychiques mises en œuvre pour faire face à cette affection ; et enfin, le troisième à examiner le rôle du soutien social et la place des soignants dans le processus d'ajustement des patients diabétiques.

Tout au long de notre recherche, nous avons été confrontés à plusieurs difficultés, notamment les interruptions occasionnelles lors des entretiens, la réticence de certains patients liée à leur état de santé, ainsi que l'absence d'un service de psychologie dédié à leur accompagnement.

INTRODUCTION GENERALE

Les maladies chroniques non transmissibles (MCNT), telles que le diabète, l'hypertension, le cancer, etc. représentent un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Elles se caractérisent par leur durée prolongée, leur évolution lente et leur impact à long terme sur la qualité de vie. Ces étapes s'accompagnent souvent d'un stress important lié à l'incertitude quant à l'évolution de la maladie et à son influence sur la vie professionnelle, familiale et sociale (Morin, 2002). Autrement dit les maladies chroniques font des impacts psychologiques sur la vie en générale du patient et ces impacts psychologiques influencent directement la gestion de la maladie.

Le diabète, en particulier, affecte des millions de personnes à travers le monde, et sa gestion quotidienne peut avoir des conséquences profondes non seulement sur la santé physique, mais aussi sur le bien-être psychique et les relations interpersonnelles (Ogurtsova et al., 2022). L'OMS estime que 422 millions d'adultes de plus de 18 ans vivaient avec le diabète dans le monde en 2014. Selon les estimations, les personnes vivant avec le diabète étaient plus nombreuses dans les Régions de l'Asie du Sud-Est et du Pacifique occidental totalisant environ la moitié des cas de diabète dans le monde. Le nombre de personnes atteintes de diabète (définies dans les enquêtes comme les personnes présentant un taux de glycémie à jeun égal ou supérieur à 7,0 mmol/l ou sous médication contre le diabète/l'hyperglycémie) a régulièrement progressé ces dernières décennies, sous l'effet de l'accroissement démographique, de l'augmentation de l'âge moyen de la population, et de la hausse de la prévalence du diabète dans chaque classe d'âge.

À l'échelle mondiale, le nombre des personnes atteintes de diabète a sensiblement augmenté entre 1980 et 2014, passant de 108 millions aux chiffres actuels qui sont environ quatre fois supérieur. Cette prévalence du diabète nous montre bien que cette maladie est une maladie qui hante le monde en général et qui nécessite une prise en charge spécialisée pour assurer l'amélioration de la qualité de vie des patients.

Dans notre continent africain, parmi les 438 millions des diabétiques attendus en 2030, la fédération internationale du diabète estime que leur nombre augmentera de 98,1% au cours des vingt prochaines années avec une conséquence dramatique sur la santé des populations et sur les budgets très fragiles de ces pays. Cette évolution est liée aux changements survenus

dans le mode de vie des habitants qui quittent les zones rurales pour s'installer dans les villes où ils espèrent trouver de meilleures conditions de vie. Ce développement urbain est générateur de sédentarité et de mutations alimentaires qui, avec le vieillissement de la population, facilitent l'émergence de l'obésité et du diabète. Cette évolution concerne prioritairement le diabète de type 2 (Jaffiol, 2011).

Au Burundi, le diabète constitue un véritable problème de santé publique de part le nombre croissant de malades hospitalisés dans les structures de soins. La prévalence estimée du diabète de type2 était de 1,3% en 2007 chez l'adulte de plus de 20, soit 47000 personnes diabétiques et cette prévalence était prévu d'être multiplié par 2 à 3 en 2025.

Le diabète impose aux patients une surveillance constante de leur glycémie, des changements alimentaires et souvent des traitements médicamenteux, qui peuvent engendrer un sentiment d'épuisement ou de surcharge. Ce fardeau quotidien peut être source d'anxiété, de dépression et de stress. Par ses exigences quotidiennes, le diabète représente un stress psychologique constant nécessitant des ajustements émotionnels et comportementaux. Alors, le fait d'explorer donc les stratégies d'ajustement ou coping permet d'identifier celles qui sont les plus efficaces pour réduire le stress, améliorer l'observance thérapeutique et prévenir les complications. D'où l'idée de mener une étude sous le thème intitulé : « Analyse des processus psychiques et relationnels d'adaptation à une maladie chronique » et l'étude a été orientée auprès des personnes vivant avec le diabète de type 2. Le présent travail s'articule sur deux principales parties entre autres ; la première partie concerne le cadre théorique et la méthodologie tandis que la deuxième partie est consacrée à l'analyse des données et interprétations des résultats.

0.1. Motivation du choix du sujet de recherche

Le choix de ce sujet de recherche trouve son origine dans une expérience personnelle marquante. En effet, nous avons eu l'occasion d'être garde-malade auprès d'un patient diabétique, et nous avons été frappé par le stress intense qu'il ressentait lors des consultations médicales, en particulier lorsqu'il constatait que son taux de glycémie restait élevé malgré un respect scrupuleux des prescriptions thérapeutiques. Parallèlement, une autre expérience nous a profondément interpellé : celle d'une femme âgée, atteinte de diabète depuis plusieurs années, qui n'avait jamais été hospitalisée pour cette maladie. Ces deux situations nous ont

conduit à nous interroger : pourquoi observe-t-on une telle disparité dans l'état de santé des patients diabétiques ? Cette différence s'explique-t-elle uniquement par la vulnérabilité individuelle ou bien par d'autres facteurs personnels qui pourraient favoriser une meilleure gestion de la maladie ?

Notre réflexion a également été nourrie par l'inspiration tirée de deux enseignements reçus durant notre formation de Master. Le cours de psychologie de la santé, suivi en Master 1, et le séminaire de psychosomatique, suivi en Master 2, nous ont sensibilisé à l'importance d'une approche holistique dans la prise en charge des maladies, prenant en compte les différentes dimensions qui composent le patient. Ces enseignements ont renforcé notre volonté de nous intéresser au vécu des personnes atteintes de maladies chroniques. C'est ainsi que l'idée nous est venue d'approfondir la question de l'adaptation psychique et relationnelle des personnes vivant avec le diabète, dans le but de mieux comprendre les mécanismes qui leur permettent de gérer leur maladie et de s'ajuster à cette réalité au quotidien.

0.2. Délimitation du sujet de recherche

Le diabète est une maladie chronique complexe qui implique une interaction dynamique entre des facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Sur le plan biologique, le diabète se caractérise par une altération du métabolisme du glucose, liée soit à une insulinorésistance (diabète de type 2) soit à une déficience de production d'insuline (diabète de type 1). Cette perturbation métabolique affecte non seulement les fonctions physiologiques immédiates, mais entraîne également des complications à long terme telles que des maladies cardiovasculaires, des troubles rénaux, et des problèmes de vision. Psychologiquement, vivre avec le diabète génère des défis significatifs, notamment la gestion quotidienne de la maladie, les ajustements alimentaires, les régimes médicamenteux et les contrôles de glycémie, qui peuvent engendrer stress, anxiété et frustration. Alors, vu la gravite des maladie chroniques des chercheurs ont mené des études sur ces catégories de maladies. Nous pouvons citer *vécu psychologique d'un diabétique amputé hospitalisé (*. Celui-ci voulait étudier le vécu psychologique d'un diabétique amputé et les résultats de cette recherche ont montré que la situation d'être amputé provoque beaucoup de difficultés psychologiques chez les patients. Ces difficultés se remarque par des sentiments de désespoir, d'échec et de résignation. Les résultats montrent également que même si cette situation d'être amputé est très contraignante, certains diabétiques essaient d'affronter le futur et se projeter positivement dans l'avenir.

L'autre étude réalisée par et son collaborateur qui consistait à étudier *le vécu psychoaffectif de la femme dont le mari souffre d'un cancer ;*les résultats de cette recherche ont montré que les femmes à l'annonce du diagnostic positif du cancer leur mari, éprouvent des sentiments comme le désespoir, l'impuissance, l'indifférence, l'angoisse et la résignation.

Par rapport à ce qui est déjà fait dans ce domaine, nous avons jugé bon de mener une étude visant à analyser les processus psychiques et relationnels d'adaptation à une maladie chronique et l'étude va porter sur les personnes vivant avec le diabète de type 2 consultant en ambulatoire le centre de lutte contre le diabète au Burundi (CELUCODIA).

PREMIERE PARTIE : CADRE THEORIQUE ET METHODOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

CHAPITRE I : ELUCIDATION DES CONCEPTS CLES

Pour mieux faciliter les lecteurs de notre travail, nous avons trouvé important de clarifier et d'éclaircir certains concepts clés qui vont apparaitre dans notre travail. Et bien plus, un mot peut revêtir un sens et un autre selon l'auteur ou le contexte dans lequel est utilisé, ce qui peut semer des confusions au lecteur. C'est pour cette raison que la clarification de ces concepts selon les différents auteurs présente une importance capitale.

1.1. Maladie chronique

Selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), une maladie chronique est une affection de longue durée qui évolue généralement lentement. Contrairement aux maladies aiguës, qui surviennent soudainement et ont une durée relativement courte, les maladies chroniques persistent sur une longue période, souvent des années ou des décennies (WHO, 2014).

Une maladie chronique est définie comme une condition marquée par des "périodes de crises" et des "phases de rémission", impactant la vie quotidienne du patient. Ces auteurs insistent sur la gestion des "travaux biographiques" que le patient doit accomplir pour réorganiser sa vie (Corbin & Strauss, 1988). Autrement dit ces deux auteurs décrivent une maladie chronique comme une condition nécessitant une réorganisation profonde de la vie quotidienne, non seulement sur le plan physique, mais aussi sur le plan psychologique et social.

La plupart des maladies chroniques peuvent être marquées par une durée de vie prolongée. C'est-à-dire qu'elles s'étendent sur une longue période des mois et même des années. Elles sont aussi marquées par une progression lente et fluctuante. On observe une phase de rémission ou amélioration temporaire de la maladie mais aussi une phase de l'exacerbation de la maladie (Marmot & Wilkinson, 2005a). Cela nous montre bien qu'une personne qui vit avec une maladie chronique manifeste dans un moment une petite amélioration de son état de santé, mais aussi une autre période de souffrance et cela va s'étendre sur une longue durée.

A notre avis la maladie chronique peut être définie comme une condition de santé persistante ou récurrente, marquée par des limitations physiques, des implications psychosociales, et une gestion continue qui affecte la qualité de vie de l'individu.

1.2. Diabète

Le diabète, selon l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), est une maladie chronique qui survient lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou lorsque l'organisme n'arrive pas à utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. L'insuline est une hormone qui régule le taux de sucre (glucose) dans le sang. Un effet commun du diabète est l'hyperglycémie (élévation du taux de sucre dans le sang), qui au fil du temps peut entraîner des dommages graves à de nombreux systèmes du corps, en particulier les nerfs et les vaisseaux sanguins. Le diabète est classé en plusieurs types, principalement le diabète de type 1, le diabète de type 2, et le diabète gestationnel.

Le diabète peut être aussi défini comme un groupe de maladies métaboliques caractérisées par une hyperglycémie résultant de défaut dans la sécrétion d'insuline, l'action de l'insuline, ou les deux. L'hyperglycémie chronique du diabète est associée à des dommages à long terme, des dysfonctionnements et des défaillances de divers organes, notamment les yeux, les reins, les nerfs, le cœur et les vaisseaux sanguins (ADA, 2014).

Faisant référence à notre sujet de recherche nous convergeons la définition du diabète avec ces deux auteurs définissant le diabète comme une maladie chronique caractérisée par une élévation anormale du taux de sucre dans le sang (hyperglycémie), due soit à une insuffisance de production d'insuline par le pancréas (diabète de type 1), soit à une résistance des cellules à l'insuline (diabète de type 2). Nous signalons également que le diabète fait que le patient le gère quotidiennement et cela peut lui demander des compétences intra personnelles et extra personnelles pour qu'il puisse maintenir la qualité de vie.

1.3. Stratégie d'adaptation

Par stratégie d'adaptation appelée aussi « *coping* » nous entendons l'ensemble des réponses cognitives, émotionnelles, comportementales et relationnelles qu'un individu mobilise pour faire face à une situation stressante ou à une maladie chronique.

André Paulhan, psychologue français spécialisé dans la psychologie de la santé et l'évaluation psychologique, définit le concept de « stratégies d'adaptation » ou coping comme l'ensemble des stratégies cognitives et comportementales qu'un individu utilise pour gérer les demandes internes ou externes perçues comme menaçantes ou stressantes, et qui excèdent ses ressources

personnelles (Paulhan, 1992). Par le coping, nous entendons bien que les forces internes ou externes doivent être mobilisées par la personne en question pour surmonter des difficultés de la vie quotidienne. Parmi ces difficultés nous pouvons évoquer le stress, les maladies, les autres problèmes sociaux de la vie quotidienne, etc.

Le coping est également défini par Richard et Razarus comme un ensemble d'efforts cognitifs et comportementaux déployés pour gérer des exigences spécifiques, internes ou externes, qui sont évaluées comme excédant les ressources de l'individu (Lazarus, 1984). Cette définition de ces deux auteurs n'est pas loin de celle donnée par Paulhan. Tous retournent sur les stratégies que mobilise la personne en question pour faire face à une situation menaçante ou dérangeant.

Selon Carver, le concept « stratégies d'adaptation » ou coping est vu comme "les stratégies ou mécanismes utilisés par les individus pour gérer les exigences du stress et les émotions qui y sont associées". Ils ont développé l'inventaire de coping multidimensionnel (COPE :Coping orientation to problems Experienced), qui identifie plusieurs styles de coping, tels que l'acceptation, l'humour, la recherche de soutien social, et l'évitement (Carver et al., 1989). Ici, nous pouvons souligner ces stratégies comme les actions délibérées ou planifiées qu'une personne choisit pour faire face à une situation stressante. C'est également l'ensemble des réponses que cette personne peut mettre en place pour surmonter une situation difficile.

Dans le cadre de notre travail, nous pouvons définir les stratégies d'adaptation comme l'ensemble des stratégies cognitives, émotionnelles et comportementales qu'un individu utilise pour s'adapter aux exigences physiques, psychologiques et sociales liées à la gestion quotidienne de la maladie, à ses complications potentielles et à son impact sur la qualité de vie.

1.4. Santé

Selon l'OMS, la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité. La santé est considérée comme « l'un des droits fondamentaux de tout être humain » et est « une condition fondamentale de la paix du monde et de la sécurité » (Aïach & Vernazza-Licht, 1996). En examinant attentivement la définition proposée par l'OMS, il apparaît que la santé ne saurait

se réduire à la simple absence de maladie. En effet, lorsqu'il s'agit de définir la santé, il convient de prendre en compte les multiples dimensions qui contribuent à sa promotion. Parmi celles-ci, on peut notamment mentionner les aspects physiques, psychologiques et sociaux.

George Canguilhem, philosophe et médecin, considère la santé comme la capacité d'un individu à s'adapter à son environnement. Il écrit que « la santé, c'est la possibilité de tomber malade et de s'en relever. » Pour Canguilhem, la santé ne se réduit pas à l'absence de pathologies, mais à la capacité de maintenir un équilibre face aux aléas de la vie (Canguilhem, 1966). À travers la conception de la santé proposée par Canguilhem, il apparaît que lorsqu'une personne tombe malade puis parvient à se rétablir, elle peut être considérée comme étant en bonne santé, dans la mesure où elle est capable de maintenir un équilibre malgré la maladie. Dans le cadre de notre travail, nous soutenons qu'une personne préserve sa santé lorsqu'elle réussit à développer des stratégies lui permettant de vivre avec la maladie.

Selon René Dubos, biologiste et philosophe, la santé est un concept dynamique. Il affirme que « la santé est un état de l'individu où il peut répondre avec souplesse aux défis de son environnement et réaliser ses ambitions. » Cette approche met l'accent sur l'adaptation et la capacité à s'épanouir malgré les contraintes, ce qui reflète une compréhension fonctionnelle de la santé (Dubos, 1979).

La santé d'un individu est définie par plusieurs facteurs ce qui fait que sa signification doit être analysée à une échelle élargie. Marmot et Wilkinson évoquent des facteurs influençant la santé tels que l'éducation, les conditions de travail, le revenu, les réseaux sociaux et les politiques publiques. Ils mettent en lumière comment les inégalités sociales et économiques affectent la santé de la population, en insistant sur la nécessité d'agir sur ces déterminants pour réduire les disparités et améliorer le bien-être général (Marmot & Wilkinson, 2005).

Dans le cadre de notre étude analysant les stratégies psychiques et relationnels d'adaptation à une maladie chronique, nous pouvons définir la santé comme un état dynamique de bien-être qui permet à l'individu de s'adapter aux défis imposés par une maladie chronique comme le diabète, en mobilisant des ressources biologiques (contrôle glycémique), psychologiques (résilience, gestion du stress) et sociales (soutien familial, accès aux soins).

CHAPITRE II : APERÇU GENERAL SUR LE DIABETE

Le diabète est une maladie chronique universellement reconnue comme un enjeu majeur de santé publique en raison de sa prévalence croissante et de ses conséquences potentiellement invalidantes. Caractérisé par une hyperglycémie chronique, il résulte d'un dysfonctionnement du métabolisme glucidique, souvent associé à des complications graves affectant divers organes. Bien que cette pathologie soit largement connue, sa complexité réside dans la diversité de ses formes, de ses facteurs de risque et de ses répercussions, tant sur le plan physique que psychologique. Ce chapitre propose une exploration des généralités sur le diabète, en abordant sa définition, sa typologie, son épidémiologie, ses facteurs de risque, ses aspects psychologiques, ses complications et les approches de sa prise en charge. Une compréhension globale de ces éléments est indispensable pour appréhender l'impact multidimensionnel de cette maladie et les stratégies à mettre en œuvre pour sa gestion.

2.1. Sémiologie du diabète

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par une hyperglycémie prolongée, conséquence d'une insuffisance de production ou d'utilisation de l'insuline. La sémiologie du diabète regroupe un ensemble de manifestations cliniques et biologiques qui varient selon le type de diabète, sa durée d'évolution et la présence ou non de complications.

Les signes cardinaux sont souvent les premiers symptômes évocateurs, notamment une polyurie (augmentation du volume et de la fréquence des urines), une polydipsie (soif excessive pour compenser la déshydratation), une polyphagie (faim excessive) et un amaigrissement involontaire, particulièrement marqué dans le diabète de type 1. Ces symptômes résultent de l'hyperglycémie et, dans certains cas, de la dégradation des graisses et des muscles en raison de l'absence ou de l'insuffisance d'insuline (Fardel, 1869). Comme tous les autres maladies, le diabète a ses manifestations cliniques qui font que les prestataires des soins suspectent cette maladie dans le but d'orienter bien le diagnostic différentiel.

Néanmoins, cette maladie peut être asymptomatique particulièrement dans ses phases initiales, notamment pour le diabète de type 2 et le diabète gestationnel. Le diabète de type 2 évolue généralement lentement et de manière insidieuse. De nombreuses personnes peuvent vivre plusieurs années avec une hyperglycémie modérée sans présenter de signes cliniques

évidents (Scheen & Van Gaal, 2005). Cette symptomatologie de la maladie peut aggraver sa prise en charge dans la majorité des cas. Car la personne malade peut consulter les médecins au point que son état de santé est déjà en danger.

En ce qui est du diabète gestationnel, il est fréquemment asymptomatique. Il est généralement découvert lors des dépistages systématiques pendant la grossesse, au cours du deuxième ou troisième trimestre(Jovanovic, 2004). Cela illustre clairement que la maladie peut progresser insidieusement chez la mère, jusqu'à ce que des altérations puissent être observées chez le futur enfant.

2.2. Classification du diabète

La classification du diabète est essentielle pour plusieurs raisons, notamment pour le diagnostic, le traitement et la gestion à long terme de la maladie. Elle permet de mieux comprendre les différents types de diabète car chacun ayant des causes, des mécanismes et des traitements spécifiques. L'OMS classe cette maladie en plusieurs types, principalement le diabète de type 1, le diabète de type 2, et le diabète gestationnel.

2.2.1. Diabète de type1

Le diabète de type 1 correspond à la destruction de la cellule ß aboutissant habituellement à une carence absolue en insuline. Il est divisé en 2 sous types : Le diabète de type 1 auto-immune qui est la forme la plus courante de diabète de type 1. Il est causé par une réaction auto-immune, où le système immunitaire attaque les cellules bêta du pancréas responsables de la production d'insuline. Cette destruction des cellules bêta entraîne une absence totale ou quasi totale de production d'insuline, ce qui empêche le corps de réguler efficacement le taux de glucose sanguin. Cette forme de diabète est généralement associée à la présence d'auto-anticorps spécifiques, tels que les anticorps anti-GAD (glutamate décarboxylase), anti-IA-2 (insulinoma-associated protein-2) et anti-insuline. Ces marqueurs immunologiques aident au diagnostic et distinguent cette forme auto-immune d'autres types de diabète. Le diabète de type 1 auto-immun se développe souvent dès l'enfance ou l'adolescence, bien qu'il puisse également apparaître à l'âge adulte. Les facteurs génétiques, comme les variations des gènes du complexe HLA (Human Leukocyte Antigen), ainsi que des déclencheurs

environnementaux, tels que les infections virales, jouent un rôle clé dans son développement(Galibois, 2005).

Le diabète de type 1 idiopathique, quant à lui, est beaucoup moins fréquent et se caractérise par l'absence de preuves d'une attaque auto-immune contre les cellules bêta. Dans cette forme, la destruction des cellules bêta ne peut pas être attribuée à une réaction immunitaire mesurable ou identifiable. Les causes exactes du diabète idiopathique demeurent incertaines, mais des prédispositions génétiques spécifiques pourraient être impliquées. Cette forme est souvent observée chez certaines populations, en particulier les personnes d'origine africaine ou asiatique, et peut être associée à des épisodes récurrents d'acidocétose diabétique en raison d'une insuffisance aiguë en insuline. Contrairement au diabète auto-immun, les auto-anticorps typiques ne sont pas détectés chez ces patients(Atkinson et al., 2014).

Bien que ces deux types de diabète de type 1 partagent une caractéristique commune, à savoir la dépendance à l'insuline pour le contrôle glycémique, leurs mécanismes sous-jacents et leurs profils cliniques diffèrent. Le diagnostic précis est essentiel pour optimiser la gestion et l'intervention thérapeutique. La recherche continue de mieux comprendre ces deux formes de diabète permet d'améliorer les traitements et d'affiner les stratégies de prévention.

2.2.2. Diabète de type 2

Le diabète de type 2 est une maladie chronique qui affecte la façon dont votre corps utilise le glucose (sucre) dans le sang. Dans ce type de diabète, le corps devient résistant à l'insuline ou ne produit pas suffisamment d'insuline pour maintenir une glycémie normale. Les facteurs de risque incluent le surpoids, le manque d'activité physique, l'hérédité etc. La gestion du diabète de type 2 implique souvent des changements de mode de vie, comme un régime alimentaire équilibré, la gestion du poids, l'exercice physique régulier, et parfois des médicaments pour contrôler la glycémie (Ekoé et al., 2008).

Nous constatons bien que la gestion quotidienne du diabète de type 2 peut exiger des ajustements constants, non seulement sur le plan physique (régime alimentaire, activité physique, adhérence au traitement), mais aussi sur le plan psychologique (gestion du stress, acceptation de la maladie) et social (soutien familial et professionnel). Les stratégies d'adaptation, comme le coping actif ou le recours au soutien social, influencent

significativement la capacité des patients à maintenir leur équilibre glycémique et à prévenir les complications à long terme.

2.2.3. Le diabète gestationnel

L'absence de consensus demeure. L'ADA persiste à recommander hyperglycémie provoquée par voie orale à 100 g de glucose selon O 'Sullivan après dépistage à l'aide d'une charge de 50 g. L'OMS recommande une hyperglycémie provoquée par voie orale classique à 75 g de glucose avec prélèvements à jeun et à 2 h. Chez les patientes qui présentent des niveaux glycémiques de type diabète ou intolérance au glucose, on portera le diagnostic de diabète sucré gestationnel. Une hyperglycémie provoquée par voie orale de contrôle devra être pratiquée 6 semaines au moins après l'accouchement. Un dépistage sélectif du diabète gestationnel est recommandé plutôt qu'une recherche systématique. Ce qu'on peut observer à ce type de diabète, c'est qu'après l'accouchement, on observe un taux de glycémie qui s'est remis à la normale. Cependant, nous constatons aussi des cas des patients qui peuvent manifester même les signes de la maladie après même l'accouchement. C'est pour cette raison que quel que soit le type de diabète diagnostiqué chez le patient, on observe encore des tensions psychiques notamment celles liées à l'adaptation à la maladie.

2.3. Epidémiologie du diabète

Le diabète est considéré aujourd'hui comme un véritable problème de santé publique au point que l'on parle de plus en plus d'une « épidémie du diabète ». De ce fait, nous constatons bien que le diabète est une réalité qu'on ne peut pas nier, le fait qu'on a atteint ce seuil d'appellation de l'épidémie c'est vrai que cette maladie attrape un nombre significatif de la population.

A l'échelle planétaire d'après les prévisions de l'OMS, la prévalence du diabète chez l'adulte supérieure ou égale à 20 ans était de 4,5% en 1995 et devrait atteindre 5,4% en 2025. Ainsi, une des projections de l'OMS (organisation mondiale de la santé), conformes à celles de l'OCDE (organisation de coopération et de développement économique), sont proprement alarmantes : l'« épidémie » de diabète va devenir l'une des principales causes d'incapacité et de décès dans le monde d'ici 25 prochaines années. Même si les chiffres varient sensiblement d'une étude à l'autre selon que l'on considère la prévalence de diabète diagnostiqué, traité ou

estimé les tendances font consensus. Dans le monde, la fédération internationale du diabète (FID, source 2012) estime que 8, 3% des adultes de 20 à 79ans (soit371 millions d'individus) sont atteints de diabète et que la moitié d'entre eux ne le savent pas. C'est le diabète de type 2, dit diabète gras, qui est le principal responsable de cette évolution. Ces projections de l'OMS nous révèlent qu'à part des personnes qui vivent avec la maladie sans le savoir, les études montrent que la population adulte sera plus confrontée au diabète de type2 même si ses causes sont plus ou moins évitables contrairement au diabète de type1.

En Afrique, l'Afrique sub-saharienne, caractérisée par la pauvreté, les maladies transmissibles, l'insuffisance des infrastructures et du personnel de santé, doit faire face au fardeau du diabète sucré. Bien que les données soient insuffisantes, la prévalence et le nombre de cas, estimés respectivement à 4,8 % et 19,1 millions, seront respectivement de 5,7 % et 41,4 millions en 2035, soit une progression de 109 % comparée à celle de 55 % dans le reste du monde. Les données sont nettement plus pauvres concernant le diabète de type 1 et le diabète gestationnel(Diop & Diédhiou, 2015).

D'après les prévisions de l'OMS, on s'attend à 438 millions de diabétiques en 2030 dans le monde en général et dans la majorité des pays en développement en particulier. Et d'après les estimations de la Fédération Internationale du Diabète (FID) ce nombre augmentera de 98,1 % en Afrique au cours des vingt prochaines années (Jaffiol, 2011). En nous référant à ces prévisions de l'OMS et ces estimations de FID, nous constatons bien que l'Afrique sera beaucoup plus confronte à cette épidémie à cause des différents facteurs notamment les facteurs socioéconomiques qui font que la population mène une mode de vie précaire.

2.4. Facteurs de risque du diabète

Le diabète est une maladie chronique dont les facteurs de risque varient selon le type. Pour le diabète de type 1, les principaux risques incluent une prédisposition génétique, des antécédents familiaux de la maladie, l'exposition à certains virus pouvant déclencher une réaction auto-immune, ainsi que la coexistence d'autres maladies auto-immunes comme la thyroïdite ou la maladie cœliaque(Lotfi et al., 2017). Nous pouvons retenir que le diabète de type 1 est causé par une interaction complexe entre la prédisposition génétique et des facteurs déclencheurs environnementaux, entraînant une attaque auto-immune sur les cellules bêta

productrices d'insuline du pancréas. Ces connaissances permettent de mieux comprendre la maladie, mais la prévention reste difficile, car la plupart des facteurs ne sont pas modifiables.

En ce qui concerne le diabète de type 2, qui est le plus fréquent, les facteurs de risque sont liés principalement au mode de vie et incluent le surpoids, l'obésité abdominale, la sédentarité, une alimentation déséquilibrée riche en sucres et en graisses, ainsi que l'âge avancé, souvent après 45 ans. À cela s'ajoutent des antécédents familiaux de diabète, l'hypertension artérielle, la dyslipidémie, et des particularités comme le syndrome des ovaires polykystiques (SOPK). Ce type de diabète est également plus fréquent dans certaines populations, comme les personnes d'origine africaine, hispanique, asiatique ou amérindienne (Raharinavalona et al., 2020).

Enfin, le diabète gestationnel, qui se manifeste pendant la grossesse, est favorisé par un surpoids préexistant, des antécédents de diabète familial ou gestationnel, un âge maternel avancé ou une macrosomie fœtale. Certains de ces facteurs, notamment pour le diabète de type 2, peuvent être modifiés par l'adoption d'un mode de vie sain incluant une alimentation équilibrée, une activité physique régulière et une gestion efficace du stress, afin de prévenir ou retarder l'apparition de la maladie (Damoune et al., 2014).

Alors quand nous parlons du diabète et les facteurs de risque, nous comprenons bien que parmi ces facteurs de risque ; il y a des facteurs de risque modifiables qui sont beaucoup plus composés par le mode de vie de l'individu. De l'autre côté nous observons des facteurs de risque non modifiables composés par la prédisposition naturelle de l'individu. Nous pouvons évoquer le sexe, l'âge, les antécédents familiaux, etc. (Schlienger et al., 2019). Ce que nous constatons sur ces facteurs ; alors que les facteurs non modifiables ne peuvent pas être changés, les facteurs modifiables offrent une opportunité de prévenir ou de retarder l'apparition du diabète, en particulier le diabète de type 2. Cela met en évidence l'importance d'adopter un mode de vie sain, incluant une alimentation équilibrée, une activité physique régulière, et une gestion efficace du stress pour réduire les risques.

Bref, le diabète est une maladie chronique caractérisée par une hyperglycémie persistante due à une anomalie de la production ou de l'utilisation de l'insuline. Et bien que les trois types de diabète diffèrent par leurs mécanismes, leurs populations touchées et leurs traitements, mais

ils partagent certains facteurs de risque notamment les antécédents familiaux, le surpoids, le stress, l'inactivité physique, les infections et une alimentation déséquilibrée.

2.5. Aspects psychologiques du diabète

La gestion quotidienne du diabète, qui inclut la surveillance de la glycémie, l'administration d'insuline ou la prise de médicaments, peuvent engendrer du stress et de l'anxiété. L'inquiétude concernant les complications à long terme et la crainte de ne pas bien gérer la maladie sont également des sources fréquentes du stress. L'enjeu est donc de trouver des clés pour le vivre au mieux (Reach & Halimi, 2013). Alors étant donné que le diabète est une maladie chronique nécessitant une gestion à vie, le patient est susceptible de développer des représentations psychosociales. La nature de ces représentations peut jouer un rôle déterminant dans sa capacité à s'adapter à cette condition.

La maladie comme le diabète représente un bouleversement de l'état de santé et de la vie psychique qui plonge une personne ordinaire dans des conditions radicalement différentes de celles de sa vie habituelle et menace directement son existence(Fischer, 2005). Cette situation met en évidence l'impact considérable du diabète sur le fonctionnement psychique du patient, car cette pathologie l'amène à adopter un mode de vie inhabituel. En conséquence, la personne diabétique nécessite un suivi spécifique, notamment dans le cadre de sa prise en charge, afin de prévenir les complications potentielles, d'autant plus que cette maladie affecte l'ensemble de l'organisme.

2.6. Complications du diabète

Le diabète, s'il n'est pas bien géré, peut entraîner de nombreuses complications à court et long terme. Ces complications sont dues principalement à des niveaux chroniquement élevés de glucose dans le sang, ce qui endommage les vaisseaux sanguins et les nerfs. Voici un aperçu des complications les plus courantes :

2.6.1. Les complications aigües

Parmi les complications aiguës, l'hypoglycémie est fréquente et survient lorsque le taux de sucre dans le sang chute de manière excessive, souvent à cause d'un excès d'insuline ou d'un jeûne prolongé. Cela se manifeste par des symptômes tels que des sueurs, des tremblements,

une confusion mentale, et, dans les cas graves, un coma(Drabo et al., 1996). Ces complications aigues sont manifestées par l'ensemble des signes qui frappent la personne malade dans coup et tombe dans une situation terrible. Elles peuvent avoir des effets significatifs sur l'adaptation du patient. Ces complications entraînent des conséquences à la fois physiques et psychologiques, qui affectent la gestion quotidienne de la maladie.

À l'inverse, une hyperglycémie non traitée peut évoluer en complications sévères comme l'acidocétose diabétique, fréquente chez les personnes atteintes de diabète de type 1, caractérisée par une accumulation de cétones dans le sang, provoquant des douleurs abdominales, une respiration rapide et une haleine fruitée. Chez les diabétiques de type 2, un syndrome hyperosmolaire hyperglycémique peut survenir, surtout chez les personnes âgées, et nécessite une prise en charge d'urgence (Tenoutasse et al., 2010). Alors nous observons bien que l'acidocétose diabétique peut impacter significativement l'adaptation du patient en raison de ses effets multiples. C'est pourquoi une prise en charge incluant une intervention médicale d'abord, psychologique est recommandée pour minimiser ces impacts.

2.6.2. Les complications chroniques

Les complications chroniques apparaissent après des années d'un mauvais contrôle glycémique. Les complications microvasculaires, qui touchent les petits vaisseaux sanguins, comprennent la rétinopathie diabétique, qui peut entraîner une cécité si elle n'est pas détectée à temps, et la néphropathie diabétique, une atteinte progressive des reins pouvant évoluer vers une insuffisance rénale terminale nécessitant une dialyse ou une transplantation (Raccah, 2004). La neuropathie diabétique, une atteinte des nerfs, provoque des douleurs, des engourdissements et des pertes de sensation, augmentant le risque de blessures ou d'ulcères, notamment au niveau des pieds, ce qui peut conduire à des amputations (Said, 2009). Cette complication exerce un impact significatif sur le bien-être psychologique de la personne atteinte. Lorsqu'elle envisage la possibilité d'une amputation, il n'est pas rare qu'elle perde espoir quant à sa capacité d'adaptation. C'est pourquoi cette situation influe directement sur la qualité de vie du patient.

Les complications macrovasculaires, qui concernent les grandes artères, incluent l'athérosclérose, un rétrécissement des artères qui augmente considérablement le risque de crises cardiaques, d'accidents vasculaires cérébraux (AVC) et de maladies artérielles des

membres inférieurs (Papatheodorou et al., 2018). Chez les personnes diabétiques, ces complications sont souvent aggravées par la présence de facteurs de risque associés tels que l'hypertension, le tabagisme ou un taux de cholestérol élevé (Al-Salameh et al., 2023). Quand nous évoquons des complications que peut causer le diabète, nous ne pouvons pas laisser de côté le pied diabétique, qui résulte de la combinaison d'une mauvaise circulation sanguine et de lésions nerveuses, rendant les plaies difficiles à cicatriser et vulnérables aux infections.

En outre, les personnes diabétiques sont plus exposées aux infections, qu'elles soient bactériennes (comme les infections urinaires) ou fongiques (comme les candidoses). D'autres complications peuvent inclure des troubles cutanés (sécheresse, démangeaisons) et des complications spécifiques chez les femmes enceintes diabétiques, telles que la macrosomie fœtale, des malformations ou la prééclampsie (Vambergue, 2012).

Dans le cadre de notre recherche sur les processus psychiques d'adaptation au diabète, nous devons tenir en compte l'influence que ces complications peuvent exercer sur l'adaptation des patients. Nous savons bien que les défis émotionnels tels que l'anxiété, le stress lié à la gestion de la maladie, aux limitations fonctionnelles du patient ou à la peur des complications peut perturber l'adaptation, d'où l'importance d'un bon accompagnement psychosocial et des stratégies d'adaptation efficaces pour minimiser l'impact des complications sur la qualité de vie.

2.6.3. Les complications infectieuses

Les complications infectieuses du diabète sont fréquentes en raison de l'affaiblissement du système immunitaire chez les personnes diabétiques. Cette vulnérabilité résulte de l'hyperglycémie chronique, qui altère les mécanismes de défense immunitaire et favorise les infections (Geerlings & Hoepelman, 1999). Les différentes infections observées chez les diabétiques sont liées à une combinaison des différents facteurs qui affaiblissent le système humanitaire de la personne malade.

Le diabète, en particulier lorsqu'il est mal contrôlé, s'accompagne de perturbations significatives des mécanismes de l'immunité naturelle, augmentant ainsi le risque d'infections. Les anomalies des cellules clés de l'immunité innée, telles que les neutrophiles, les macrophages et les cellules dendritiques qui jouent un rôle clé dans la défense contre les

infections (Moutschen, 2005). Ces dysfonctionnements immunitaires se traduisent cliniquement par une susceptibilité accrue aux infections bactériennes (comme les infections urinaires et pulmonaires), fongiques (notamment les candidoses) et parfois opportunistes. Les patients diabétiques sont également plus susceptibles de souffrir d'infections plus graves et prolongées.

Le diabète augmente également et de façon significative le risque d'infection pulmonaire, digestive, urogénitale, pour ne citer que quelques exemples. Des études confirment également un risque d'infection postopératoire accru. De plus, le diabète est un facteur de risque de sévérité de l'infection, ce qui expose les personnes diabétiques à un taux d'hospitalisation suite à une infection plus important. Pire, le taux de mortalité dans les suites d'une infection est également augmenté. De plus, sur le plan microéconomique, les infections entraînent des surcoûts chez les personnes atteintes de diabète (Sultan & Bauduceau, 2020). Ce constat met en évidence que le diabète prédispose les patients à diverses infections, ce qui complique et rend leur traitement plus difficile. Dans ce contexte, la personne atteinte se trouve confrontée à un état de stress engendré par ces complications, lesquelles lui imposent une longue durée de soins ainsi que des coûts élevés liés aux traitements médicamenteux.

La prise en charge du diabète, qu'il s'agisse du diabète de type 1, de type 2 ou d'autres formes moins fréquentes, repose sur une approche globale et personnalisée visant à maintenir un contrôle optimal de la glycémie, à prévenir les complications à long terme et à améliorer la qualité de vie des patients. Les diabétiques doivent avoir accès à des soins systématiques, continus et organisés dispensés par une équipe de prestataires de soins de santé qualifiés. Les résultats peuvent être améliorés au niveau des soins primaires au moyen d'interventions de base incluant des médicaments, une éducation sanitaire et des conseils, et un suivi régulier.

Ces soins systématiques incluront un examen périodique du contrôle métabolique et des complications, un plan de soins du diabète convenu et continuellement actualisé, et un accès à des soins personnalisés assurés par une équipe multidisciplinaire Elle combine des interventions médicales, des modifications du mode de vie et un accompagnement psychosocial (OMS, 2016). Le diabète comme les autres maladies chroniques doit être pris en charge par équipe multidisciplinaire dans le but de faciliter le patient à maintenir sa qualité de vie.

2.7. Traitement médicamenteux

Le traitement médicamenteux dépend du type de diabète et de sa gravité. Pour le diabète de type 1, l'insulinothérapie est indispensable, car le pancréas ne produit plus d'insuline. Les patients utilisent des injections quotidiennes ou une pompe à insuline. Pour le diabète de type 2, les traitements incluent des médicaments oraux (comme la metformine, les inhibiteurs des SGLT2, ou les agonistes du GLP-1) ou des injections d'insuline en cas de progression de la maladie. Les patients atteints de formes particulières de diabète (comme le diabète gestationnel) nécessitent une prise en charge spécifique pour protéger à la fois la mère et l'enfant (Pillon et al., 2014). Les traitements médicamenteux sont très efficaces pour gérer la glycémie et prévenir les complications du diabète, mais leur succès repose sur une approche individualisée. Mais bien que ces traitements manifestent une certaine efficacité dans la prise en charge de la maladie, ils doivent être utilisés en lien avec les autres approches de prise en charge.

2.7.1. Prévention et traitement des complications

Une surveillance régulière permet de détecter et de prévenir les complications associées au diabète, telles que : Les complications microvasculaires (rétinopathie, néphropathie, neuropathie), grâce à des bilans ophtalmologiques, urinaires et neurologiques réguliers. Les complications macrovasculaires (maladies cardiovasculaires), par le contrôle de la pression artérielle, des lipides sanguins et des habitudes de vie. Les infections (notamment au niveau des pieds) par un suivi podologique rigoureux et des soins adaptés (Buse, 2011).

La prévention et le traitement des complications du diabète reposent sur une surveillance étroite, des soins médicaux personnalisés et une éducation adaptée du patient. En adoptant une approche proactive et multidisciplinaire, il est possible de prévenir ou de retarder la survenue des complications, d'améliorer le pronostic des patients et de leur offrir une meilleure qualité de vie. La clé réside dans une prise en charge centrée sur le patient, alliant innovation médicale et soutien global.

2.7.2. Education thérapeutique du patient diabétique

L'éducation thérapeutique du patient (ETP) diabétique est une composante fondamentale de la prise en charge du diabète, qu'il s'agisse du type 1 ou du type 2. Son objectif principal est d'aider les patients à acquérir les compétences nécessaires pour gérer leur maladie au quotidien, réduisant les risques de complications et en améliorant leur qualité de vie. Cela passe par une meilleure compréhension de leur condition et par l'acquisition d'habitudes de vie favorables à leur santé. L'ETP vise également à renforcer l'autonomie des patients, en les plaçant au cœur de leur propre prise en charge (Coppola et al., 2016).

L'un des axes essentiels de l'ETP est de permettre aux patients de comprendre leur maladie. Cela inclut des explications claires sur la physiopathologie du diabète, ses causes, ses conséquences possibles et son traitement. Une fois cette base acquise, le programme d'ETP leur enseigne à gérer leurs traitements, qu'il s'agisse de techniques d'injection d'insuline ou de l'utilisation d'un glucomètre pour surveiller leur glycémie. En parallèle, des séances sont consacrées à l'alimentation, un pilier clé dans le contrôle du diabète. Les patients apprennent à identifier les aliments qui influencent leur glycémie, à adapter leurs repas en fonction de leur traitement et à comprendre le rôle de l'indice glycémique (Meillet et al., 2013).

Outre ces aspects, l'ETP aborde l'importance de l'activité physique et propose des exercices adaptés à la condition physique de chaque patient. Il est également primordial de sensibiliser les patients aux complications potentielles liées au diabète, comme les hypoglycémies, les hyperglycémies ou les complications chroniques. Cela leur permet de reconnaître les signes avant-coureurs et de réagir efficacement. Enfin, la gestion du stress fait partie intégrante de l'ETP, car le stress peut avoir un impact significatif sur l'équilibre glycémique. Des techniques de relaxation et des stratégies d'adaptation sont donc enseignées (Steinsbekk et al., 2012).

L'ETP repose sur une approche personnalisée, où les besoins et les attentes du patient sont évalués dès le départ. Le programme est ensuite adapté à leur âge, leur type de diabète, leur mode de vie et leurs croyances. Les méthodes pédagogiques utilisées sont variées et incluent des ateliers pratiques, des jeux de rôle ou encore des discussions en groupe, afin de rendre l'apprentissage dynamique et interactif. Le suivi régulier est également crucial pour évaluer les progrès réalisés, ajuster les recommandations et maintenir la motivation des patients sur le

long terme. Cette démarche implique différents acteurs, notamment les professionnels de santé tels que les médecins, les infirmiers, les diététiciens et parfois les psychologues. Les proches jouent également un rôle important, car leur implication peut encourager et soutenir le patient dans sa gestion quotidienne. Cependant, des défis persistent, comme la difficulté à maintenir la motivation des patients, à surmonter les idées reçues ou à organiser un suivi durable. Malgré ces obstacles, l'ETP reste une stratégie incontournable pour améliorer la prise en charge du diabète et la qualité de vie des patients (Oluchina & Karanja, 2022).

En définitive le diabète est une maladie chronique caractérisée par une hyperglycémie persistante due à un défaut de production ou d'utilisation de l'insuline, une hormone essentielle à la régulation de la glycémie. On distingue principalement deux types : le diabète de type 1, d'origine auto-immune, et le diabète de type 2, souvent lié au mode de vie et à des facteurs métaboliques. Cette pathologie constitue un problème de santé publique mondial, avec une prévalence en constante augmentation. Les facteurs de risque incluent l'obésité, la sédentarité, l'âge avancé, les antécédents familiaux et certains comportements alimentaires.

Le diabète engendre des complications graves, telles que les maladies cardiovasculaires, les neuropathies, les néphropathies et la rétinopathie. Sur le plan psychologique, il peut provoquer de l'anxiété, de la dépression ou des troubles d'adaptation, impactant l'adhésion aux soins. Sa prise en charge repose sur une approche multidisciplinaire combinant un suivi médical, des mesures hygiéno-diététiques, des traitements médicamenteux (insuline ou antidiabétiques oraux) et un soutien psychologique. La prévention reste essentielle pour réduire l'impact de cette maladie.

CHAPITRE III : ADAPTATION PSYCHOLOGIQUE A UNE MALADIE CHRONIQUE SOMATIQUE

L'adaptation psychologique à une maladie chronique somatique est un processus complexe qui engage des dimensions à la fois cognitives, émotionnelles, comportementales et sociales. Elle repose sur la capacité de l'individu à faire face aux changements imposés par la maladie et à maintenir un équilibre psychologique malgré les contraintes liées à la condition de santé. En effet, les maladies chroniques exercent un impact psychologique considérable sur la personne qui en est atteinte. Lorsque cette dernière prend conscience de l'effet délétère de la maladie sur son bien-être psychologique, il est fréquent qu'elle cherche à contourner cette problématique en adoptant certaines stratégies qui lui permettent de surmonter cette situation difficile. Le présent chapitre se propose ainsi d'examiner les répercussions que peuvent entraîner les maladies chroniques, tout en explorant les mécanismes psychiques que le patient peut mettre en œuvre pour s'adapter à sa condition.

3.1. Impact psychologique d'une maladie chronique

L'impact psychologique d'une maladie chronique se manifeste à travers divers aspects de la vie des individus concernés. Une maladie chronique, par définition, est une condition de santé de longue durée qui évolue souvent lentement et nécessite une prise en charge continue. Elle peut inclure des maladies telles que le diabète, l'hypertension, le cancer ou encore les maladies auto-immunes. Les maladies chroniques peuvent être prévenues par l'adoption d'un mode de vie sain comme une alimentation équilibrée, la pratique d'une activité physique régulière, gestion du stress, qualité du sommeil, suivi médical régulier etc. L'expérience de vivre avec une maladie chronique peut profondément perturber l'équilibre psychologique d'une personne(Charmaz, 1983). De ce fait, nous comprenons bien que la maladie chronique dépasse les simples symptômes physiques et touche au cœur de l'identité personnelle et sociale. Cette perspective sociologique enrichit notre compréhension en soulignant les changements dans les rôles sociaux, les relations interpersonnelles et l'estime de soi des individus malades

3.1.1. Le choc initial et l'acceptation du diagnostic

Lorsqu'une maladie chronique est diagnostiquée, de nombreuses personnes ressentent un choc émotionnel. L'annonce peut être vécue comme un bouleversement, entraînant des réactions émotionnelles intenses telles que l'anxiété, la colère, la tristesse ou même le déni. Certaines personnes peuvent avoir du mal à accepter leur condition, ce qui peut retarder leur engagement dans le traitement. Ce processus d'acceptation est crucial pour le bien-être psychologique, mais il peut s'étendre sur une longue période(Kübler-Ross, 1973). Lorsque les patients sont confrontés à une condition de vie irréversible ou de longue durée ils éprouvent un choc au moment de l'annonce et cela peut être influencé par les connaissances que le patient détient de la maladie.

Le choc que subit le malade peut aussi influer sur la manière dont il va procéder pour accepter cette maladie(Grimaldi, 2006). Conscient que sa vie sera transformée et qu'il ne pourra plus la mener comme avant l'apparition de la maladie, le patient rencontre parfois des difficultés à intégrer cette dernière dans son existence. Cependant, il développe des stratégies d'adaptation qui lui permettent, malgré les représentations souvent négatives qu'il se fait de sa condition, de redonner un sens à sa vie et d'atteindre une certaine sérénité. Dans ce processus, le rôle du patient lui-même, ainsi que celui de ses proches et de son entourage, s'avère essentiel pour l'aider à surmonter la complexité de cette nouvelle réalité.

3.1.2. Impact de la maladie chronique sur l'image de soi et l'identité

La maladie chronique peut altérer l'image de soi et ébranler l'identité personnelle. Les changements physiques (comme les cicatrices chirurgicales, la perte de poids ou de mobilité) ou les limitations imposées par la maladie peuvent affecter l'estime de soi. Les individus peuvent également se percevoir différemment dans leurs relations sociales, ce qui peut entraîner un sentiment d'isolement ou de marginalisation (Charmaz, 1983). L'image de soi des patients atteints de maladies chroniques se transforme souvent de manière complexe et profonde par le fait qu'on peut observer des changements comme des symptômes visibles sur son corps, les limitations physiques etc.

Bien que la maladie puisse être perçue comme une perte de soi, de nombreux patients parviennent à reconstruire leur identité autour de cette expérience. Cela peut impliquer un

processus de redéfinition, où la maladie devient une partie intégrante de qui ils sont, mais sans pour autant en faire l'unique caractéristique.

Certains peuvent, par exemple, développer un engagement plus profond envers des causes sociales ou communautaires liées à la santé, ce qui leur permet de donner un sens à leur expérience (Charmaz, 1995). De ce fait, Il est essentiel de comprendre que la maladie n'est pas nécessairement vécue comme une fatalité ou une rupture définitive avec l'ancienne identité, mais plutôt comme une composante de l'identité qui peut être redéfinie. Ce processus de redéfinition est crucial, car il permet aux patients de maintenir un sentiment d'autonomie et de continuité malgré les défis qu'ils rencontrent.

L'engagement dans des causes sociales ou communautaires liées à la santé est un exemple de stratégie d'adaptation positive. Ce type d'engagement permet non seulement de redonner du sens à l'expérience vécue, mais aussi de renforcer le sentiment d'appartenance à une communauté, ce qui peut être thérapeutique.

3.1.3. Conséquences émotionnelles

Les émotions négatives sont des réponses émotionnelles fréquentes lorsqu'une personne fait face à une situation perçue comme menaçante ou inconfortable, et cela est particulièrement vrai dans le contexte des maladies chroniques. Parmi les émotions négatives les plus courantes, on trouve l'anxiété, la colère, la tristesse, la frustration, et le désespoir. L'anxiété survient souvent en raison de l'incertitude concernant l'évolution de la maladie ou des effets secondaires du traitement(Lazarus, 1984). Ici, il est important de reconnaître que ces émotions ne sont pas des phénomènes isolés, mais des réponses dynamiques à des facteurs internes et externes. Elles résultent souvent de l'incertitude sur l'avenir, des limitations imposées par la maladie, et des changements dans le corps et les rôles sociaux. Ces émotions peuvent conduire à une souffrance psychologique persistante, comme le souligne Charmaz avec son concept de la « perte de soi » liée à la maladie.

Bien que le modèle des émotions négatives soit central dans le contexte des maladies chroniques, il est aussi crucial de reconnaître le rôle des émotions positives dans le processus d'adaptation. L'expérience d'émotions positives, même en contexte de maladie, peut aider à renforcer la résilience et à maintenir un sens de l'espoir et du contrôle. Les émotions telles

que la gratitude, l'optimisme, ou l'amour peuvent contrecarrer les effets négatifs des émotions telles que la tristesse et la colère, favorisant ainsi un ajustement psychologique plus équilibré(Gross, 2002). En effet, nous observons bien que les émotions positives jouent un rôle clé dans la résilience psychologique des patients même dans des situations stressantes ou négatives. La capacité à cultiver et à maintenir des émotions positives peut atténuer l'impact des émotions négatives et favoriser un ajustement plus sain.

Dans le contexte des maladies chroniques, cette régulation émotionnelle permet de mieux gérer la souffrance psychique associée à la condition, en donnant aux patients les ressources nécessaires pour maintenir un sentiment de contrôle et d'espoir.

3.2. Processus d'adaptation psychologique à une maladie chronique : transformations identitaires et existentielles

L'adaptation à une maladie chronique ne se limite pas à des ajustements médicaux, mais implique une transformation profonde de l'identité et de la manière dont la personne perçoit son existence. Elle doit reconstruire un équilibre psychologique en intégrant la maladie dans sa trajectoire de vie. L'adaptation efficace ne se limite pas simplement à la gestion des symptômes physiques, mais implique également une gestion émotionnelle et sociale qui permet à l'individu de maintenir une certaine qualité de vie, malgré les contraintes imposées par la maladie(Delage et al., 2017).

Dans l'étude réalisée auprès de dix malades du SIDA et de 10 malades ayant diverses pathologies cancéreuses, on a ressorti dans des données qualitatives plusieurs forme d'adaptation directement déterminées par la modification des valeurs et portaient sur quatre aspects : l'image du corps et l'image de soi ; le rapport au temps ; la philosophie de la vie ; la relation à la mort. Cela démontre clairement que l'adaptation à une maladie chronique ne se limite pas uniquement à la gestion des symptômes physiques, mais englobe également une réévaluation de la vie du patient. Ce dernier est amené à percevoir son existence sous un nouveau prisme, celle d'une personne malade, mais qui, malgré la complexité de la vie induite par la maladie, parvient à donner un sens à son parcours.

3.2.1. L'image du corps

Il s'agit là d'une valeur fondamentale profondément affectée par la perte de l'intégrité physique. La maladie représente un état de santé gravement altéré ; vivre implique alors non seulement de se battre, mais aussi d'accepter d'être confronté à une telle situation. Dans certains cas, l'adaptation se manifeste par un processus cognitif qui établit une dissociation entre l'image du corps et l'image de soi. Autrement dit, certains individus estiment que leur image corporelle, modifiée et parfois dévalorisée, ne correspond pas à leur véritable identité. Une nouvelle perception d'eux-mêmes se forme alors, fondée sur les aspects « perdus » du corps, et cette image est bien moins influencée par les caractéristiques physiques. En observant attentivement cet aspect, il apparaît clairement que le patient malade cherche à s'adapter en tentant de transcender son vécu antérieur, c'est-à-dire la vie qu'il menait avant l'apparition de la maladie, ainsi que l'image de son corps avant cette dernière. En valorisant son image corporelle transformée par la maladie, il s'efforce de donner un sens positif à sa vie, malgré la situation difficile qu'il traverse.

3.2.2. Rapport au temps et problème psychique

A ce niveau, on observe une modification de la relation au temps comme nouvelle valeur de vie réside dans le fait que le malade réalise qu'il va mourir et que le temps est compté. Dans ce cas on ne fait plus de projet, ou si c'est le cas ce ne sont que des projets à court ou à moyen terme. Quand un patient a le sentiment que « le temps est compté », cela peut fortement influencer sa manière de s'adapter à la maladie chronique. Ce type de raisonnement peut conduire à des réponses diverses, parfois contradictoires, en fonction de la personnalité du patient, de son soutien social, et de sa vision du futur. La manière dont le patient perçoit le temps de vivre peut le pousser à vouloir vivre chaque jour au maximum, en se concentrant sur ce qui est vraiment important pour lui. Cela peut conduire à une réévaluation des priorités, à la prise de décisions plus alignées avec ses valeurs profondes, et à une focalisation sur les relations et les expériences significatives.

Cependant, l'idée que le temps est compté peut engendrer une anxiété intense, une crainte de manque de temps pour accomplir certaines choses, ou encore une angoisse face à la fin de la vie. Cela peut nuire à l'adaptation en augmentant le stress et en rendant la gestion émotionnelle plus difficile. Ainsi, pour les patients, la pensée que le temps est limité, peut

conduire à une forme de détachement ou de désespoir, les amenant à se résigner et à être moins enclins à lutter pour améliorer leur qualité de vie. Ils peuvent perdre l'espoir en l'avenir, ce qui complique d'autant plus leur processus d'adaptation.

En somme, la perception que le temps est limité peut avoir des effets ambivalents sur l'adaptation à une maladie chronique. Cette vision peut, d'une part, stimuler et renforcer la résilience, mais, d'autre part, engendrer une anxiété paralysante et un sentiment de désespoir et cela va nécessiter une intervention psychologique pour le bien être du patient.

3.2.3. Perception nouvelle de la vie

Quand le patient vit avec sa maladie chronique, il va essayer de redéfinir le sens de sa vie. Il va d'abord se concentrer sur l'essentiel. Il cherche souvent à réévaluer ce qui est vraiment important dans sa vie. Cette redéfinition peut l'amener à se concentrer sur des aspects de la vie qui lui apportent un réel épanouissement, comme les relations, les passions, et les expériences significatives. Beaucoup de personnes trouvent un nouveau sens à leur vie en intégrant la maladie comme une expérience qui leur offre des leçons ou des perspectives nouvelles. Cela peut aider à transformer une expérience négative en une opportunité de croissance personnelle. Cela démontre clairement que la manière dont le patient redéfinit sa vie joue un rôle crucial dans son adaptation à la maladie, tout en mettant en valeur ce qui est essentiel à l'existence. Une nouvelle philosophie de vie peut inclure l'idée que la maladie constitue un défi à surmonter, plutôt qu'une fin en soi. Cette perception favorise le développement de la résilience, permettant ainsi de mieux faire face aux difficultés quotidiennes liées à la maladie.

La maladie peut amener le patient à valoriser et renforcer les relations avec les proches. Les patients peuvent chercher à entretenir des liens plus authentiques, fondés sur un soutien mutuel et une compréhension profonde. Ainsi, en adoptant une nouvelle philosophie de vie, les patients peuvent également trouver du soutien en partageant leur expérience avec d'autres personnes vivant des situations similaires.

3.2.4. La relation à la mort

La maladie grave constitue l'une des expériences humaines où la fragilité de l'existence se révèle de manière particulièrement marquée. Elle se manifeste dans le fait qu'une personne prend pleinement conscience de sa mortalité, c'est-à-dire que le temps qui lui reste est compté, bien qu'il demeure, aussi minime soit-il, un délai. Cela signifie que le peu de temps qui lui reste peut-être mis à profit en cherchant à mener une vie porteuse de sens(Frankl, 1985). Nous observons bien que, lorsqu'une personne se rend compte que le temps qui lui reste est limité, elle est souvent incitée à reconsidérer ses priorités et à chercher à donner du sens à chaque moment, même dans la souffrance. Cette réévaluation peut favoriser l'acceptation de la maladie et l'engagement dans des comportements adaptatifs, comme la recherche d'une réconciliation avec soi-même, la réparation des relations brisées ou la recherche de la paix intérieure.

Yalom (2008) explore aussi comment la prise de conscience de la mortalité peut être une source d'anxiété mais aussi de transformation personnelle. Il soutient que, bien que la peur de la mort soit un des plus grands défis psychologiques, elle peut aussi stimuler une recherche de sens et de profondeurs existentielles qui renforcent l'adaptation à la vie et à la maladie (Yalom, 2008). Selon lui, la peur de la mort peut être paralysante, mais elle peut aussi inciter les individus à se concentrer davantage sur ce qui est véritablement important. Face à l'inévitabilité de la mort, les personnes sont encouragées à remettre en question leurs priorités et à chercher des moyens d'attribuer plus de sens à leur vie, même dans un contexte de souffrance ou de maladie grave. Cela reflète une adaptation où la recherche de sens devient une manière de vivre pleinement et significativement, malgré les limitations imposées par la maladie.

Nous observons que cette conscience de la mortalité peut fonctionner comme un catalyseur, incitant les individus à vivre de manière plus authentique et significative. Plutôt que de provoquer une angoisse paralysante, la confrontation à la mort pourrait conduire certains patients à réorganiser leurs priorités, à trouver un sens à leur maladie, et à ajuster leurs attentes de manière positive.

En somme l'adaptation psychologique à une maladie chronique somatique est un processus complexe, multidimensionnel, et profondément influencé par des facteurs individuels et

contextuels. Ce processus nécessite une interaction complexe entre les changements physiologiques et psychologiques. Les patients ne sont pas simplement confrontés à une maladie ; ils sont confrontés à un changement profond de leur rapport au corps, au temps, à la vie, et à la mort, des transformations qui nécessitent une réévaluation continue de leur identité et de leurs priorités. La prise en charge psychologique, le soutien social, ainsi qu'un accompagnement adéquat permettent de favoriser ce processus d'adaptation, en aidant le patient à maintenir une qualité de vie optimale malgré les défis imposés par la maladie. L'adaptation réussie ne signifie pas l'absence de souffrance, mais plutôt une gestion positive et significative de cette souffrance dans le cadre de la vie quotidienne.

CHAPITRE IV : PROBLEMATIQUE DE LA RECHERCHE, OBJECTIFS ET METHODOLOGIE

Dans le but de montrer la pertinence de la recherche, il s'avère nécessaire de poser notre problème à l'étude. Nous avons alors montré au cours de chapitre la problématique, les objectifs poursuivis mais aussi la démarche méthodologique mis en œuvre pour aboutir aux résultats escomptés.

4.1. Problématique de la recherche

Le monde de la santé s'accorde aujourd'hui pour placer les maladies chroniques au centre des préoccupations de santé publique. Définir les maladies chroniques n'est pas aisé, tant les acceptions sont diverses et changeantes. La nosologie évolue en fonction des époques et des finalités recherchées. La classification internationale des maladies dans sa 10ème version (CIM 10), générant des codes pour chaque diagnostic ou problème de santé, a pour but de permettre l'analyse systématique, l'interprétation et la comparaison des données de mortalité et de morbidité recueillies dans différents pays ou régions et à des époques différentes. Cette classification gérée par l'Organisation mondiale de la Santé (OMS), n'identifie pas les maladies chroniques en tant que telles, mais l'interprétation des données recueillies. Elle a permis de les inscrire dans les préoccupations de l'OMS depuis les années 80.

En outre, les maladies chroniques dérangent et perturbent le bien-être physique et psychologique des individus. En effet, le degré de connaissances sur la maladie du sujet et ses représentations personnelles et culturelles de ces maladies, modulée par sa personnalité, déterminent son comportement. Cela est bien défini par la manière dont l'individu se les représente. Plus le patient sait que la maladie est incurable, plus il se soucie de sa santé qui peut être dégradée d'un moment à l'autre et des fois, il peut adopter des comportements qui vont à l'encontre de son bien-être psychologique. Cela peut se manifester par exemple dans le déni de la maladie, les tentatives de suicide etc. Alors, Comme les autres stresseurs potentiels(divorce, chômage ,perte d'un être cher, etc.), la maladie peut provoquer des ruptures, des déséquilibres, internes ou externes et des conflits, personnels et interpersonnels, vécus comme une crise ponctuelle(liée à une maladie intervenant comme un accident dans la vie, en urgence, telle une opération chirurgicale) ou prolongée . De même, une personne atteinte d'une maladie chronique a sa propre façon de comprendre et de se représenter sa

maladie, ainsi que de se situer par rapport à celle-ci. De plus, en tant qu'être capable de se projeter dans l'avenir, l'être humain prend conscience de sa condition mortelle et de l'inévitabilité de la mort (Diel, 1956).

L'apparition d'une maladie chronique entraîne un bouleversement dans la vie psychique du patient comme dans celle de ses proches(Lecordier, 2016), c'est-à-dire que quand l'individu vit avec une maladie chronique, ce n'est pas lui seul qui en subit des conséquences et même son environnement social est impliqué d'une manière ou d'une autre. Cela va justement développer une sorte d'insécurité en permanence ou tension intrapsychique chez la personne malade et suscite chez elle des idées qui peuvent perturber d'une manière ou d'une autre son bien être psychologique et social au niveau de la relation avec l'entourage.

Ce qui précède est expliqué par le fait que l'homme est une unité psychosomatique ou somatopsychique : le soma peut influer sur la psyché et vice versa. C'est-à-dire qu'on observe un jeu entre le corps et le soma où tantôt l'un ou l'autre comme prévalent(Sapir, 1986). Donc, la maladie qui touche le soma, touche également le psychisme et vice-versa ; d'où la perturbation psychique chez les personnes qui vivent avec une maladie chronique pendant une longue ou courte durée. De surcroît, la chronicité de la maladie amène souvent la personne à consulter les médecins avec un état d'esprit empreint de pensées sombres, pouvant nourrir un pessimisme croissant quant à l'évolution de sa condition de santé. Ce pessimisme peut transparaître dans les interactions qu'elle entretient avec ses voisins, son entourage ou encore avec le personnel soignant lors des consultations des médecins. Les expressions émotionnelles ou affectives qu'elle manifeste durant l'entretien avec le médecin peuvent alors révéler ses ressentis profonds face à la maladie.

Cependant, en toutes circonstances, les patients doivent consulter des spécialistes de la santé pour faire face à cette maladie. Par ailleurs, un patient désengagé de sa propre vie en raison d'une maladie chronique au pronostic défavorable pourrait, d'une manière ou d'une autre, chercher à s'informer sur la gravité de cette affection. Dans une telle situation, la perception qu'il développe à l'égard de la maladie pourrait le conduire à un profond désespoir, au point de souhaiter la mort pour échapper à la souffrance.

Alors, nous avons parlé en long et en large des maladies chroniques en général, mais signalons que le diabète est la maladie chronique qui fait objet de notre recherche. Le diabète

est une affection métabolique caractérisé par la présence d'une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline(Grimaldi, 2009). Cela nous renseigne que le patient diabétique devrait être chaque fois sous le médicament pour essayer de maintenir l'équilibre hormonal dans le sang ce qui peut perturber le bien être psychologique de l'individu, car dire au patient qu'il va prendre les médicaments à vie, cela peut le laisser un choc émotionnel. On peut considérer aujourd'hui que le diabète est un véritable problème de santé publique.

L'adaptation au diabète est un processus complexe qui mobilise des ressources psychiques, émotionnelles et sociales pour faire face aux contraintes de la maladie. Elle ne se limite pas à la prise en charge biologique, mais implique un travail psychique et relationnel profond. L'accompagnement psychologique et le renforcement des ressources sociales sont donc essentiels dans la prise en charge du patient diabétique.

Même si le diabète du type1 est en légère augmentation, c'est avant tout le diabète de type 2 qui fait peser la menace. Le diabète de type 1 est une maladie relativement rare. Les connaissances épidémiologiques sur le diabète de type1 ont beaucoup progressé depuis une quinzaine d'années grâce à la mise en place d'études internationales « collaboratives » qui ont permis des comparaisons précises entre pays, avec un taux d'exhaustivité des enregistrements des nouveaux cas de diabète de type1.

Quant au diabète du type 2, contrairement à celui du type1, il représente l'essentiel du problème de santé publique constitué par « l'épidémie de diabète » puisque plus de 90% des diabétiques ont un diabète de type2(Grimaldi, 2009). Toutes ces données nous montrent bien que le diabète est une réalité dans le monde. En effet, aucune population n'échappe au diabète, maladie répandue dans le monde(Dérot, 1977). Alors vu la gravité de cette maladie, c'est bien que les interventions doivent être rigoureuses pour assurer le bien-être des patients. Mais, signalons que l'adoption des comportements de santé peuvent être efficace pour la prévention de la maladie. Nous pouvons évoquer une alimentation équilibré et adaptée comme la réduction de la consommation des sucres, éviter les excès de graisses saturées, augmenter la consommation des fibres, pratiquer une activité physique d'intensité modérée etc.

La présente étude veut explorer alors « les processus psychiques et relationnels d'adaptation au diabète ». Cela nous revient à se poser une question générale à savoir : Quels sont les

processus psychiques et relationnels mobilisés par les patients diabétiques pour s'adapter à leur maladie ? A partir de cette question générale découlent les questions spécifiques suivantes :

- Comment la signification donnée à la maladie diabétique et les connaissances sur elle, influencent-elles l'adaptation ?
- Quelles sont les stratégies d'adaptation mobilisées par le diabétique dans le management de sa maladie ?
- Quel est le rôle du soutien social et la place des soignants dans le processus d'ajustement du diabétique à sa maladie ?

Pour mieux répondre à toutes ces questions, nous avons formulé des objectifs de recherche.

4.2. Objectifs de la recherche

Pour entreprendre une recherche, le chercheur doit se fixer des objectifs à l'avance. Dans le cadre de notre recherche nous avons fixé des objectifs suivants :

4.2.1. Objectif général

Notre objectif général est d'analyser les processus psychiques et relationnels qui influencent l'adaptation à la maladie du diabète.

4.2.2. Objectifs spécifiques

Nos objectifs spécifiques consisteront à :

- Evaluer le lien entre la signification donnée à la maladie diabétique et l'adaptation du diabétique à sa maladie
- Dégager les stratégies psychiques d'adaptation à la maladie diabétique
- Analyser le rôle du soutien social et la place des soignants dans l'ajustement du patient au diabète.

4.3. Démarche méthodologique

Toute étude nécessite que le chercheur se choisit une ou des méthodes lui permettant de bien conduire son étude et atteindre ses objectifs. Pour atteindre nos objectifs, nous avons indiqué la manière dont nous avons procédé. Nous allons présenter la méthode utilisée, décrire la population et terrain d'enquête et les techniques utilisées dans la récolte des données.

4.3.1. Méthode qualitative

Quand on veut mener une étude, on choisit la méthode. Et la méthode choisie dépend du type d'étude qu'on prétend réaliser (Aktouf, 1992). Dans le cadre de cette étude, nous avons entrepris d'explorer les processus psychiques d'adaptation au diabète. Pour ce faire, la méthode qualitative s'est imposée comme le choix le plus pertinent, car l'être humain, en constante évolution, est influencé par l'environnement dans lequel il évolue, ce qui modifie son comportement et sa manière d'être. Ainsi, cette approche qualitative nous a semblé particulièrement adaptée pour analyser les stratégies psychiques d'adaptation au diabète. Ces stratégies, étant profondément individuelles et variant d'un patient à l'autre, ne peuvent être pleinement appréhendées par une simple quantification des données. Il est donc essentiel de prendre en compte la relativité des informations obtenues, qui diffèrent nécessairement d'un patient à un autre.

L'étude porte sur un sujet qui nécessite l'exploration et cela doit être analysée à travers un petit nombre d'unité car on se renseigne sur les perceptions, les attitudes et les expériences des individus (R. Mucchielli, 1996). La méthode qualitative est le meilleur choix pour explorer les processus psychiques d'adaptation au diabète, car elle permet de saisir la richesse et la complexité des expériences individuelles et contextuelles. Elle offre également un cadre pour mener des interventions psychosociales pertinentes et centrées sur le patient.

4.3.2. Population et terrain d'enquête

Dans une recherche, on se fixe des objectifs à atteindre. Quand on a des objectifs, le choix de la population et terrain d'enquête doit être guidé par les objectifs qu'on s'est fixé au préalable (Aktouf, 1992). La population d'enquête de notre recherche a été composée par des patients vivant avec le diabète qui consultent le centre de lutte contre le diabète au Burundi. Certains d'entre eux sont référés par les autres structures de soins dans le but de leur faciliter l'accès

aux soins spécialisés pour leur maladie. Les patients avec qui, nous nous sommes entretenus, ce sont des patients en général qui vivent avec cette maladie. Mais tenant compte que la majorité de ces patients c'étaient des patients vivant avec le diabète de type 2, nous avons fait le choix de ceux qui vivent avec le diabète de type 2.

La majeure partie de ces patients se sont des patients qui consultent le centre de prise en charge des diabétiques au Burundi (CELUCODIA).

4.3.3. La préenquête

La préenquête est une étape exploratoire cruciale dans une recherche qualitative. Elle permet de tester la faisabilité de l'étude, d'affiner la problématique et de vérifier la pertinence des outils méthodologique. Elle offre également l'occasion de mieux comprendre le terrain, d'établir des premiers contacts avec les acteurs concernés et d'identifier les éventuelles contraintes ou obstacles. Cette phase aide ainsi le chercheur à adapter sa démarche et à maximiser la qualité des données recueillies lors de l'enquête principale (Dumez, 2016).

En effet, dans le but de tester la faisabilité de notre recherche, nous avons d'abord entrepris une phase de préenquête. Lors de cette étape, nous avons pris le temps d'évaluer notre guide d'entretien. Cette évaluation a été réalisée au cours du deuxième et du troisième jour de notre stage, dans le cadre des entretiens menés auprès de patients souffrant du diabète, en tant que stagiaire psychologue intervenant auprès d'eux.

Ce processus a été facilité par le responsable du centre, qui nous a préalablement présentés aux infirmières ainsi qu'aux patients, en les rassurant sur notre rôle et en leur expliquant que nous collaborerions aux différentes activités ou besoins pouvant survenir dans le cadre de nos missions. C'est au cours de cette période que nous avons observé la présence de patients consultant spécifiquement pour le diabète de type 2.

4.3.4. Technique de choix des enquêtés

Dans le travail que nous avons réalisé, il est difficile de travailler avec tous les patients diabétiques. C'est pour cette raison que nous avons privilégié la technique de choix raisonné ou échantillonnage non probabiliste des sujets (Le Maux, 2007). Cette technique nous a permis de sélectionner les sujets sur des critères spécifiques définis en fonction de nos

objectifs de recherche. Elle nous aide aussi à bien explorer le problème à l'étude tout en atteignant les objectifs de notre recherche. Par ailleurs nos enquêtés avaient des caractéristiques qui répondent bien aux objectifs prédéfinis à l'avance. C'est pour cette raison que nous avons fait les critères de choix de nos enquêtés qui avaient comme caractéristiques :

- Etre diabétique de type 2 ;
- Le statut professionnel, situation familiale (célibataire, marié, divorcé) ;
- Une année de vie ou plus avec le diabète.

Ce choix nous a permis de garder un nombre réduit de nos enquêtés. C'est-à-dire rester avec les enquêtés qui peuvent nous fournir des informations relatives à nos objectifs de recherche.

4.3.5. Technique de collecte des données

Les techniques de collecte des données désignent les méthodes utilisées pour recueillir des informations pertinentes dans le cadre d'une recherche, comme les entretiens, les questionnaires, les observations ou l'analyse documentaire. Son importance réside dans sa capacité à garantir la fiabilité et la validité des données, en fournissant des bases solides pour analyser et comprendre le phénomène étudié, tout en assurant une cohérence méthodologique adaptée aux objectifs de la recherche. Dans le cadre de notre recherche nous avons fait recourt à l'entretien semi-directif et l'observation directe du sujet.

4.3.5.1. Entretien semi-directif

Le travail de collecte des données nécessite la(les) technique(S) pour collecter les données. Alors tenant compte de notre type de recherche nous avons jugé bon d'utiliser l'entretien. L'entretien que nous avons choisi est l'entretien semi-directif ou semi-structuré. L'entretien semi-structuré est une méthode couramment utilisée dans la recherche en psychologie, particulièrement en psychologie qualitative. Il permet aux chercheurs d'explorer des sujets en profondeur tout en gardant une certaine structure pour s'assurer que tous les thèmes importants sont abordés (A. Mucchielli, 2009). L'entretien semi-directif est particulièrement précieux dans la recherche auprès des personnes atteintes de diabète, car il permet d'explorer en profondeur leur perception, attitudes et comportement vis-à-vis de leur maladie.

Nous avons choisi ce type d'entretien par ce qu'il nous aide à recevoir les informations jusqu'à recevoir les informations subjectives des patients, c'est-à-dire les informations qui leur sont personnelles, les expériences personnelles de la vie. L'entretien de ce type a été utilisé par le support d'un guide d'entretien établi à l'avance. Un guide bien conçu permet d'aller directement à l'essentiel sans perdre de temps à improviser ou à poser des questions redondantes. Il nous sert aussi de référence écrite, facilitant le suivi des entretiens et la comparaison entre les différentes réponses (Campion et al., 1997). Cela montre que la place du guide d'entretien est indispensable dans la recherche surtout quand on veut recevoir des informations de qualité. Notre guide comprenait 3 thèmes important nous servant à explorer la vie de la personne malade en général et les stratégies qu'elle mobilise pour faire face à cette maladie. Ce guide nous permet de vérifier si nous avons abordé toutes les questions posées dans la problématique. Il est donc basé sur ces 3 thèmes importants entre autres ; la signification de la maladie et son influence sur l'adaptation du patient, les stratégies psychiques d'adaptation au diabète (coping), le rôle du soutien social et la place des soignants dans l'ajustement du patient.

Lors de l'entretien, nous avons tout d'abord procédé à une présentation en précisant l'objectif de notre recherche. Après avoir instauré un climat de confiance, nous avons expliqué les raisons de l'enregistrement de l'entretien ainsi que son importance pour garantir la qualité des informations que nous souhaitions recueillir. Enfin, à l'issue de cet échange, nous avons exprimé notre gratitude envers le patient pour le temps précieux qu'il nous avait consacré.

4.3.5.2. Observation directe

Pendant l'entretien nous observons en même temps les enquêtés notamment leur attitude au moment de l'expression, le langage tenu, les réactions émotionnelles, l'expression faciale.

L'observation directe dans la recherche qualitative consiste à recueillir des données en observant de manière systématique les comportements, les interactions et les événements dans leur environnement naturel, sans intervenir(Angrosino, 2007). Elle permet au chercheur de s'immerger dans le contexte étudié afin de comprendre les dynamiques, les significations et les expériences vécues par les participants. Cette méthode est particulièrement utile pour explorer des phénomènes non verbalisés ou implicites, et elle favorise une approche riche et contextuelle des réalités étudiées.

4.3.6. Difficultés rencontrées

Le travail que nous avons mené n'a pas été exempt de difficultés. La collecte des données a été réalisée auprès de patients vivant avec le diabète de type2. Nous avons rencontré des obstacles lors de la conduite des entretiens, particulièrement au début de nos activités. Certains patients ont manifesté une certaine réticence, probablement liée à leur condition médicale et à l'absence d'un service de psychologie au sein de ce centre. En effet, ces patients ne sont pas habitués à échanger avec d'autres intervenants que le médecin ou l'infirmier(e). Ainsi, les entretiens que nous proposions étaient souvent perçus comme peu significatifs.

Une difficulté majeure résidait dans la gestion du temps alloué aux entretiens. Nous devions profiter du temps d'attente des patients avant leur consultation médicale. Cependant, il arrivait que le médecin appelle un patient en cours d'entretien, nous obligeant à interrompre la discussion. Dans de tels cas, il était rare que le patient accepte de reprendre l'entretien après sa consultation.

4.3.7. Le procédé d'analyse des données

Après la collecte des données, nous avons procédé à l'écoute attentive des enregistrements, suivie de leur transcription intégrale, afin de réaliser une analyse approfondie de leur contenu. L'analyse des données qualitatives repose sur des méthodologies rigoureuses, permettant d'extraire du sens et d'identifier des catégories thématiques pertinentes (Miles & Huberman, 2003). Nous avons, dans ce cadre, regroupé les idées principales en thèmes centraux, en veillant à ce qu'ils répondent aux questions et objectifs fixés dans notre recherche. Par la suite, ces thèmes ont été interprétés en les situant dans leur contexte et en les articulant avec le cadre théorique de notre étude. Notre analyse des données s'est structurée autour de trois grands axes, correspondant à nos objectifs de recherche.

DEUXIEME PARTIE : PRESENTATION, ANALYSE DES DONNEES ET INTERPRETATION DES RESULTATS DE LA RECHERCHE

CHAPITRE V : PRESENTATION ET ANALYSE DES CAS

Notre étude a porté sur des cas particuliers, nous avons présenté dans ce chapitre les cas qui ont fait l'objet de notre étude. C'est-à-dire les cas qui nous ont renseigné sur les stratégies psychiques et relationnelles d'adaptation au diabète. Ainsi, 4 femmes et 2 hommes ont été interviewés et nous les avons dénommés « IL », « DE », « SY », « OD », « FE » et « DA » pour garder leur anonymat.

5.1. Cas « IL »

« IL » s'agit d'une femme âgée de 57 ans, mariée, dont le conjoint est également diabétique. Elle a un niveau d'études secondaires et travaille en tant qu'agente à la Mairie de Bujumbura. Elle est atteinte de diabète de type 2 depuis 2004. Pendant l'entretien, elle s'est montrée à l'aise et a répondu de manière claire et précise aux différentes questions posées. L'échange s'est déroulé dans un climat chaleureux.

Concernant ses connaissances sur le diabète, elle a expliqué qu'elle percevait cette maladie comme une affection qui conduit à l'amputation des jambes. Elle a également raconté qu'à l'époque où elle a consulté pour la première fois au sujet de son diabète, elle avait constaté des troubles visuels. Après avoir observé ce symptôme, elle a utilisé le glucomètre de son mari et a remarqué que son taux de glycémie dépassait la normale. Elle a ajouté qu'elle redoutait le diagnostic, craignant qu'on ne lui annonce une amputation imminente. Elle dit : *Ni ukuri bambwiye ko ndwaye numvise manyutse umutima nibaza nti ngiye gucibwa amaguru ».*

Ce qui traduit *: « En réalité, lorsque le diagnostic m'a été annoncé, j'avais l'impression que mon cœur allait éclater, redoutant particulièrement de devoir subir une amputation. »*

La prise des premiers médicaments s'est déroulée sans difficulté, selon ses propos, car elle n'éprouvait aucun problème à cet égard. Elle explique qu'au début, grâce à sa force physique, elle pratiquait régulièrement du sport. Cependant, au moment de l'entretien, elle a admis ne plus y parvenir, attribuant cette incapacité à l'âge.

Concernant les stratégies d'adaptation à sa maladie, elle affirme suivre scrupuleusement les prescriptions médicales pour la prise de ses médicaments. Elle ajoute qu'elle pratiquait des

activités sportives auparavant, bien qu'elle ne s'en sente plus pleinement capable aujourd'hui. En revanche, en ce qui concerne la recherche de soutien social, elle se montre prudente. Elle explique qu'elle manifeste une certaine méfiance face à ceux qui se présentent comme des « experts médicaux », de peur qu'on ne lui prodigue des conseils pouvant mettre sa santé en danger.

Quant au soutien social, elle souligne que ses enfants l'accompagnent étroitement dans la gestion de sa maladie, au point qu'elle ressent parfois un sentiment de culpabilité, craignant de devenir un fardeau pour eux. Ces derniers veillent cependant à tout mettre en œuvre pour assurer sa santé.

Sur le plan professionnel, en tant qu'agente de la mairie, elle confie avoir informé son supérieur hiérarchique de son état de santé, notamment en raison de la nécessité de prendre ses médicaments avant de commencer sa journée de travail.

Elle disait : *« Jewe kukazi narabwiye umukoresha wanje ko mfata umuti imisi yose imbere yuko nja kukazi kugira bishitse bikangora antahure kuko nabanza kurondera utwo mfungura. Ariko ico ntikibuza ko numva imyidogo mubo dukorana bavuga ivyo bishakiye ».*

Ce qui se traduit ainsi *: « En ce qui concerne mon travail, j'ai informé mon supérieur que je dois prendre mes médicaments chaque matin avant de me rendre au bureau. Cela me permet de me préserver, et j'espérais qu'il puisse comprendre mes éventuels retards, car je prends d'abord le temps de manger quelque chose avant de partir. Cependant, cela n'a pas empêché d'entendre certaines personnes murmurer à voix basse des commentaires sur ma situation, sans véritable considération*. »

Bref, elle expliquait qu'elle s'efforçait de faire face à sa maladie, bien que les contraintes de la vie quotidienne soient inévitables.

5.2. Cas « DE »

« DE », est un homme de 50 ans, marié, ayant un niveau d'étude primaire. Il exerce le métier de commerçant dans la ville de Bujumbura et souffre de diabète de type 2 depuis 2020. Dans le cadre de son activité, il effectue occasionnellement des voyages entre Bujumbura et Bukavu.

Concernant ses connaissances sur le diabète, il explique qu'il a entendu dire qu'en cas de blessure au bras ou à la jambe, la guérison est difficile, voire impossible, et que le traitement consiste souvent à amputer la partie affectée.

Il raconte que ce qui l'a poussé à consulter un médecin, c'est une nuit passée avec un malaise important. Le lendemain matin, il s'est rendu à l'hôpital, où des examens ont révélé un taux de glycémie de 17. À l'annonce du diagnostic, il a déclaré que lorsqu'on découvre une maladie, il faut l'accepter telle qu'elle est. Au sujet de la prise des premiers médicaments, il précise qu'il n'a rencontré aucune difficulté. Cependant, il interprète sa maladie comme ayant des origines mystérieuses, voire surnaturelles, car aucun membre de sa famille n'est atteint de diabète. Dans ses propres mots, il affirme : « *Iyi ndwara niyo banteye kuko mpora ngira ibipimo biteye amakenga nkaza aha kw'ivuriro bagatora ibipimo biri hejuru biteye ubwoba. Ariko ntashe ata n'umuti ndafata ngasanga vyagabanutse. Ndamaze kubona ko ari ibitero* ». Ce qui se traduit : « *Cette maladie semble avoir des origines mystérieuses, voire surnaturelles. Il m'arrive de présenter des taux de glycémie alarmants. Lorsque je me rends à l'hôpital, ces taux élevés sont confirmés, ce qui suscite de l'inquiétude. Cependant, dès que je rentre chez moi, sans avoir pris de traitement, ces chiffres se stabilisent d'eux-mêmes. Cela me pousse à penser que des forces obscures pourraient être en cause*. »

Pour faire face à la maladie, il mentionne qu'il suit son traitement médicamenteux tout en recourant à la prière, convaincu que « Dieu est le premier médecin » et que, compte tenu de la gravité de la maladie, seul Dieu peut véritablement le guérir.

En ce qui concerne la recherche de soutien social, il affirme qu'il n'accorde pas beaucoup d'importance aux avis extérieurs. Selon lui, les gens disent souvent tout et n'importe quoi sur le diabète, ce qui le conduit à ne pas prêter attention à leurs propos.

En ce qui concerne les mécanismes de défense, "DE" affirmait que, lorsque la maladie est déjà présente, il ne reste d'autre choix que de l'accepter telle qu'elle est et de vivre avec. Il l'affirmait dans ces propos : « *None ga sha iyo umaze kumenya ko ugwaye haba hasigaye iki atari ukwiyakira, jewe maze kumenya iyi ngwara nagize nti igikuru n'uko ndayimenye nzogerageza tubane* ».

Ce qui se traduit : « *Lorsqu'on a déjà connaissance de la maladie, il ne reste plus qu'à l'accepter. Pour ma part, lorsque j'ai appris à la connaître, je me suis dit que l'essentiel était de la comprendre et que je devais apprendre à vivre avec elle* ».

Sur le plan familial, il déclare rencontrer des difficultés dans sa relation avec son épouse, affirmant qu'elle contribue à l'aggravation de sa maladie. Il explique que sa femme, mère de deux enfants issus d'une précédente union, ne discipline pas ces derniers, qu'il décrit comme « des voleurs », car ils prennent tout ce qu'ils trouvent à la maison. Il déplore également le fait que son épouse minimise les comportements de ses enfants, ce qui engendre des conflits au sein du foyer.

Sur son lieu de travail, il affirme avoir de bonnes relations avec ses collègues. Il souligne que, lors de l'entretien, certains collègues s'inquiétaient même de son absence.

En ce qui concerne sa collaboration avec le personnel de santé, il explique qu'il s'efforce de suivre rigoureusement les prescriptions médicales et de prendre les médicaments comme indiqué. Il fait de son mieux pour s'assurer un approvisionnement régulier en médicaments.

5.3. Cas « SY »

« SY » est un homme âgé de 53 ans, marié, exerçant le métier de chauffeur. Il vit avec un diabète de type 2 une période d'une année et demi.

Dans ses propos, « SY » perçoit le diabète comme une maladie particulièrement pénible, qui engendre des difficultés, notamment sur le plan alimentaire. Il explique que ce qui l'a poussé à se faire diagnostiquer, c'est une perte de poids progressive et inquiétante. Face à cette situation, il avait même envisagé que la maladie puisse avoir des origines liées à la sorcellerie, surtout lorsqu'un test de glycémie a révélé un taux très élevé qu'il avait du mal à comprendre.

En ce qui concerne sa réaction à l'annonce du diagnostic, « SY » affirme qu'il n'a jamais ressenti de peur ou de panique face à la maladie. Son principal souci résidait dans la manière dont il continuait à perdre du poids. Il déclare que si c'est uniquement le diabète qui le cause cet état, il peut se faire soigner comme le font les autres. Toutefois, il souligne qu'il reste perplexe face aux disparités dans les manifestations de la maladie : il trouve étrange qu'une personne ayant un taux de glycémie de 18 puisse être dans un état critique, alors qu'une autre, avec un taux de 20, semble moins affectée.

En ce qui concerne les stratégies d'adaptation à la maladie, « SY » reconnaît que cela devient de plus en plus difficile, bien qu'il ait fait des efforts au début. Il admet rencontrer de grandes difficultés à suivre un régime alimentaire strict. Il s'exprime dans ses mots : « *Jewe guhangana n'iyi ndwara narageregeza muganga, ariko nukuri ubu kubera uru ruhumyi ndabona biriko birangora. Ikindi ni uko je abantu barambuza ikintu cose co gufungura hamwe ngo noguma ndya ibibogaboga vy'ivyatsi. Nibaza ko ari navyo vyanyondesheje* ».

Ce qui veut traduire *: « J'ai essayé de faire face à cette maladie, mais maintenant, à cause de ma cécité, je trouve cela difficile. De plus, les gens m'ont interdit de manger quoi que ce soit et m'ont dit de continuer à manger des légumes verts seulement. Je pense que c'est aussi ce qui m'a fait maigrir. »*

« SY » évoque également que les relations familiales sont loin d'être harmonieuses en raison de l'incompréhension de ses proches faces à ses exigences liées à son régime alimentaire. Il ajoute qu'il perçoit un risque pour sa santé, car certains membres de sa famille ne comprennent pas pourquoi il doit consommer certains aliments spécifiques ou en éviter d'autres, malgré sa condition de diabétique. Il le témoigne dans ces propos : *« We sinakubwiye ko bazana ibifungurwa vy'ivyakatsi ngo ibi ni vy'uyo mu diabétique. Iyumvire ntuzewe bakambuza gufungura n'umukati numwe kandi hariho imikati y'abagwayi, imwe itagira isukari».*

Ce qui veut se traduire *: « Je ne vous ai pas dit qu'ils apportaient des légumes pour les diabétiques. Imaginez qu'on nous interdise de manger aucun morceau de pain et qu'il existe des pains sans sucre pour les malades. »*

« SY » évoque qu'il peut essayer de développer des stratégies pour s'adapter à la maladie mais en ce qui est du soutien social, la famille d'abord perturbe ce niveau. Il dit bien qu'une fois que certains membres l'accompagnent au centre pour la consultation, peut-être qu'ils peuvent comprendre comment le malade doit suivre le régime alimentaire. Il disait qu'à sa part, il adhérait facilement aux prescriptions médicales même s'il ne voit pas une grande amélioration. En ce qui est des mécanismes défensifs, il disait que si ce n'est que le diabète, il pouvait l'accepter de vivre avec et suivre un traitement comme tout le monde.

5.4. Cas « OD »

« OD » est une femme de 49 ans, mariée, ayant un niveau d'études secondaires. Elle exerce dans le domaine des affaires et vit avec un diabète de type 2 une période de 17 ans.

Elle explique que son père était diabétique et est décédé suite à cette maladie. Selon elle, le diabète est une maladie héréditaire dans sa famille, son grand frère ayant également succombé à cette affection. Cependant, elle précise que son frère avait des difficultés à prendre soin de lui-même et consommait de l'alcool, ce qui a aggravé sa condition. « OD » affirme disposer de connaissances suffisantes sur la maladie, en grande partie grâce à son expérience auprès de son père lorsqu'il était malade.

Concernant les circonstances de son diagnostic, elle raconte que celui-ci a été posé alors qu'elle était enceinte, lors des consultations prénatales. C'est à ce moment-là que l'on a découvert son diabète et qu'elle a été mise sous insuline. Concernant les traitements, « OD » n'a pas rencontré de difficultés particulières. Elle pensait que ses taux de glycémie se normaliseraient après l'accouchement. Malheureusement, la maladie a persisté au-delà de cette période. Elle précise que la découverte de la maladie ne l'a pas particulièrement effrayée, car elle se sentait en quelque sorte « médecin » grâce au rôle de garde qu'elle avait joué auprès de son père lorsqu'il était malade. Avec un sourire, elle ajoute qu'elle s'aime beaucoup et que, chaque fois qu'elle ressent un malaise ou tout autre souci de santé, elle se rend immédiatement à l'hôpital. Elle s'exprimait : « Iyi ndwara jewe novuga ko atabwoba yanteye kuko jewe narabonye uko papa yayigwaye ameze, rimwe na rimwe mbere nije namutera ama insulines kandi yarayimaranye igihe kinini sinkubesha. Umuntu yambabaje caane yari grand frère niwe yagize ingorane iramutera ibindi bigwara gushika no kumafyigo. Je novuga ko nagize umutima ugumye ndabona uko umuntu ahangana nayo kandi akaguma

akomeye urumva ko ndayimaranye imyaka myinshi. Ndafata umuti nukuri wama uri ng'aho naho uzimba ndagerageza, nkongera nkagerageza régime neza ».

Ce qui veut dire : « *Je peux dire que cette maladie ne m'a pas fait peur, car j'ai observé la manière dont mon père vivait avec sa propre maladie, et il m'est même arrivé de lui administrer moi-même ses injections d'insuline. De plus, je vis depuis longtemps avec cette maladie. Une personne qui m'a profondément frustrée est mon grand frère, qui a souffert de complications et de maladies opportunistes, telles que l'insuffisance rénale. Je peux affirmer que j'ai développé une grande résilience pour vivre avec cette maladie, car j'ai vu qu'il est possible de faire face à cette condition et de mener une vie relativement meilleure. Comme vous pouvez le constater, cela fait longtemps que je vis avec cette maladie.* »

Elle nous assure qu'elle prend ses médicaments de manière adéquate et qu'elle collabore efficacement avec les médecins en suivant les prescriptions médicales. Elle disait : *« Ndafata umuti neza nubwo uzimvye, ndakora uko nshoboye ukagma uri ng'aho, ndafata na regime uko babimbwiye.* » « *Je prends réellement mes médicaments, même si cela coûte cher, et je fais de mon mieux pour toujours les avoir à disposition. Je respecte également le régime alimentaire prescrit.* »

En ce qui concerne le soutien social, « OD » mentionne une infirmière, elle-même diabétique depuis 37 ans, qui a joué un rôle majeur dans son adaptation à la maladie. Elle témoigne que cette infirmière lui prodigue régulièrement des conseils précieux sur la gestion du diabète. Elle souligne également que sa famille et son amie infirmière la suivent de près afin de l'aider à améliorer son état de santé.

« OD » ne rencontre pas de difficultés particulières dans son adaptation à la maladie, car elle a acquis une expérience précieuse grâce à son père et à son grand frère, ce qui lui permet de savoir comment gérer et vivre de manière équilibrée avec le diabète.

5.5. Cas « FE »

« FE » est une femme de 41 ans, mariée, ayant un niveau d'études primaires, et elle exerce le métier de commerçante. Elle vivait avec le diabète une période d'une année. Sa connaissance du diabète était initialement limitée à l'idée que c'est une maladie incurable, considérée comme un virus, et donc plus dangereuse que le VIH/SIDA.

Les circonstances de son diagnostic sont liées à des boutons cutanés récurrents qu'elle traitait pour une amibe. Un jour, à l'occasion des examens prescrits par son médecin, un test de glycémie a révélé qu'elle avait un taux de glycémie très élevé.

Elle a pris ses premiers médicaments sans difficulté, et elle déclare avoir suivi scrupuleusement les prescriptions. Cependant, lorsqu'on lui a annoncé le diagnostic de diabète, elle a réagi par un sentiment de désespoir. Ce n'est que lorsqu'elle a raconté sa situation à un ami travaillant dans un centre de santé, qu'on lui a prodigué des conseils réconfortants. « FE » affirme que ces conseils l'ont beaucoup consolée et l'ont aidée à retrouver l'espoir qu'elle avait perdu au moment de l'annonce de la maladie. Aujourd'hui, elle considère le diabète comme une maladie comme les autres. Elle explique que, si elle devait considérer cette maladie comme particulièrement grave, elle risquerait de sombrer dans un état de pessimisme pouvant mettre en péril sa vie.

En ce qui est des stratégies pour faire face à la maladie, « FE » disait qu'une chose qu'elle fait d'abord c'est de se faire soigner. Elle continue à dire que l'autre chose qui le console, elle fait une prière. Elle s'exprimait : « *Ni hatali muganga iyo ugwaye, jewe burya ikintu nkora nyamukuru ndumviriza ivyo abaganga bavuga kandi ikindi jewe nukuri ndagerageza gusenga kuko iyi ndwara burya ntiyoroshe nukuri*. » Ce qui se traduit ainsi : « *Il n'est pas facile d'être malade, la principale chose que je fais est d'écouter attentivement ce que me disent les médecins, et l'autre chose, c'est que je fais vraiment de mon mieux pour prier, car cette maladie n'est vraiment pas facile*. »

« FE » souligne qu'elle apprécie profondément les témoignages de son entourage, qui lui relatent les histoires de patients ayant souffert de diabète et qui, après avoir suivi un traitement, ont observé une amélioration de leur état de santé. Cela l'a beaucoup rassurée, lui permettant de croire qu'elle aussi peut mener une vie pleine de sens.

Elle affirme également que sa famille la soutient convenablement, en précisant que son mari se donne beaucoup pour obtenir les médicaments nécessaires pour sa santé. Elle souligne que son mari fait de son mieux pour toujours rester proche d'elle. Par ailleurs, elle continue de collaborer avec ses amies, qui l'ont orientée vers le CELUCODIA. Pour ce qui est des mécanismes de défense elle disait qu'elle mettait en tête que ce diabète ne pourrait rien faire. De plus, il ne pensait même pas beaucoup à la gravite de ses conséquences.

« FE » a essayé d'adopter les stratégies la permettra de faire face à cette maladie bien qu'elle en donnait au paravent une signification d'un virus, les conseils des amies et médecins lui a ouvert les yeux et l'ont permis à retrouver la confiance.

5.6. Cas « DA »

« DA » est une femme de 51 ans, mariée, et exerce des activités commerciales comme profession. Elle vit avec le diabète de type 2 une période d'une année et demi. « DA » avait conscience que le diabète est une maladie chronique particulièrement dangereuse. Les circonstances de son diagnostic ont été influencées par les symptômes qu'elle avait remarqués. Elle raconte qu'elle ressentait une soif intense et devait fréquemment se rendre aux toilettes pour uriner. Ce qui l'a amenée à suspecter qu'elle pourrait être atteinte de diabète, c'est sa consommation excessive de Coca-Cola. Elle dit : *« je bamaze kumbwira ko ngwaye nkibuka ama coca nanywa ama coca angana ukuraho sinatangaye nukuri. Jewe nyene nariyakiriye ndavuga nti ntakundi. Gusa narinzi abantu bamaranye iyi ndwara igihe kinini, novuga ko atabwoba vyanteye. » Ce qui veut dire : « Après qu'on m'a annoncé que j'étais malade, je me suis rappelée des nombreuses boissons sucrées que j'avais consommées, et je n'ai pas été surprise. J'ai accepté la maladie, n'ayant pas d'autre choix. Toutefois, connaissant des personnes vivant avec cette maladie depuis longtemps, je dirais que cela ne m'a pas effrayée.* »

« DA » a décidé de suspendre ses premiers médicaments au début et a préféré se concentrer sur la pratique du sport tout en retournant en consultation pour vérifier si son taux de glycémie s'était stabilisé. À son retour, elle a constaté qu'il n'y avait eu aucun changement dans son taux de glycémie, et a donc commencé à prendre les médicaments prescrits. Lors de l'entretien, elle a indiqué que son taux de glycémie restait élevé, mais qu'elle en connaissait la

raison. Elle disait : « *Je nkubu naje kuraba aho urugezo rw'isukari rugeze kandi nsanze vyaduze , gusa ndatahura ico bivako kuko maze imisi nitwara nabi.* »

Ce qui veut dire *: « Je suis venue aujourd'hui pour vérifier mon taux de glycémie et j'ai constaté qu'il avait augmenté. Cependant, je connais la raison ; j'ai eu un comportement inadéquat ces derniers jours.* »

Parmi les stratégies qu'elle utilise pour faire face à cette maladie, « DA » affirme qu'elle consacre trois jours par semaine à la pratique du sport et prend en parallèle ses médicaments de manière régulière. Concernant la recherche de soutien social, « DA » précise que les informations recueillies auprès de son entourage peuvent parfois être très risquées. Elle ajoute que parfois, on lui conseille de manger presque tous les aliments, ce qui l'amène à accorder peu de crédit à ce que les autres disent au sujet de cette maladie. « DA » considère le diabète comme un voisin, expliquant que, tout comme avec un voisin, il faut accepter cette situation et apprendre à vivre avec elle. Dans sa famille, elle se dit bien soutenue par son mari et ses enfants, affirmant que son état de santé n'est pas vraiment préoccupant.

« DA » se montre comme une personne ayant pleinement pris conscience de l'apparition de sa maladie, notamment lorsqu'elle évoque la consommation excessive de Coca-Cola. Toutefois, cela ne l'a pas conduite à se culpabiliser quant à son état de santé. Au contraire, cela l'a aidée à jouer un rôle actif dans l'adaptation à la maladie.

Nous venons de présenter les cas étudiés dans le cadre de notre recherche. Chacun d'eux met en lumière les perceptions des patients vis-à-vis du diabète ainsi que les différentes stratégies qu'ils adoptent pour faire face à cette maladie. Dans le chapitre suivant, nous explorerons la signification que les patients attribuent au diabète et son influence sur leur adaptation.

CHAPITREVI : SIGNIFICATION DU DIABETE ET SON INFLUENCE SUR L'ADAPTATION DU PATIENT

La signification de la maladie joue un rôle crucial dans l'adaptation du patient au diabète. Selon la manière dont cette maladie est perçue comme une simple condition à gérer, une menace insurmontable ou une conséquence de comportements personnels les stratégies d'adaptation varient considérablement. Les patients qui attribuent leur diabète à des facteurs externes, comme des causes héréditaires ou surnaturelles, peuvent être plus enclins à rechercher des solutions non médicales, comme la prière, ou à minimiser leur état. En revanche, ceux qui perçoivent la maladie comme un défi gérable peuvent adopter une approche proactive, en suivant rigoureusement les traitements et en modifiant leur mode de vie pour mieux gérer leur santé. Cette perception initiale influence profondément la manière dont le patient réagit aux recommandations médicales et aux soutiens sociaux, ainsi que sa capacité à intégrer cette nouvelle réalité dans son quotidien.

6.1. Connaissances du patient sur le diabète avant le diagnostic

Les connaissances qu'un patient possède avant le diagnostic du diabète ont un impact significatif sur son processus d'adaptation à la maladie. Une connaissance préalable, même limitée, permet souvent au patient d'anticiper certaines démarches ou de comprendre plus facilement la nature de la maladie (Gagliardino et al., 2013). Autrement dit, ceux qui sont informés des risques potentiels et des ajustements nécessaires, tels que les modifications alimentaires et l'exercice, sont généralement plus enclins à prendre des mesures actives pour gérer leur santé. À l'inverse, ceux qui manquent de connaissances peuvent éprouver plus de difficultés à accepter le diagnostic et à suivre les traitements prescrits de manière efficace. Cela s'observe bien dans les propos évoqués par OD quand elle dit : « *Jewe iyi ndwara nari ndayizi kuko nari nayigwaje papa wanje mbere na mukuru wanje yarayigwaye nari narabonye ububi bwayo. Papa wanje akenshi mbere nije namutera na insuline ».*

Ce qui se traduit *: « Je connais bien cette maladie, car j'ai accompagné mon père lorsqu'il en souffrait. De plus, mon grand frère était également atteint, et j'ai été témoin de sa gravité. À certains moments, c'était moi-même qui administrais les injections d'insuline à mon père.* »

« DA » ajoute : « *Narinzi ko ari indwara idakira umugera mubi cane.* » Ce qui se traduit : « *Je savais qu'il s'agissait d'une maladie chronique, d'un virus particulièrement nocif.* »

De telles connaissances s'observent aussi dans les propos de « SY » : *« Baravuga ko ari indwara mbi cane ituma mbere ubura n'utwo ufungura »*

Ce qui veut dire *: « On disait qu'il s'agit d'une mauvaise maladie qui fait qu'on manque de quoi manger ».*

Ces propos nous montrent bien que ces patients étaient informés sur le diabète, en ce qui est de ses signes, sa gravite, ses complications et d'autres informations y relatives. « OD » par exemple était bien expérimentée dans la prise en charge de son père qui était lui aussi diabétique. Ainsi, la perception du diabète par les patients joue un rôle fondamental dans leur adaptation à la maladie. Cette perception influence non seulement leurs réactions émotionnelles mais aussi leurs comportements face aux traitements, aux recommandations médicales et à la gestion globale de leur condition (Hochberg et al., 2009). Cela nous montre bien que le patient peut percevoir le diabète comme une menace insurmontable ce qui peut causer la peur et le désespoir et de l'autre côté il peut prendre le diabète comme un défi à surmonter ce qui fait qu'il adopte des stratégies pour en faire face.

6.2. Circonstances du diagnostic de la maladie et l'adaptation du patient

Le diagnostic du diabète survient dans des contextes variés. Dans certains cas le patient sent des symptômes physiques de la maladie. Mais, de l'autre côté le diagnostic peut être posé lors d'un dépistage de routine ou lors de consultations pour d'autres affections médicale. Certains de nos enquêtés ont fait le diagnostic du diabète lorsqu'ils consultent pour d'autres problèmes de santé. Nous avons remarqué cette situation chez « SY » dans les circonstances du diagnostic de cette maladie. Il dit : *« Je naragize ugutakaza ibiro bukebuke kandi biteye amakenga niho nateba nkabona ko noba mfise ikibazo ndahava ndaja kwamuganga mubipimo bashiramwo baranshiriramwo n'ico ca diabète. Ng'uko uko namenye ko ngwaye.*

Ce qui se traduit *: « J'ai constaté une perte de poids progressive et préoccupante, ce qui m'a conduit à soupçonner un problème de santé. C'est ainsi que je me suis rendu à l'hôpital, où*

des examens, incluant un test de glycémie, m'ont été prescrits. C'est grâce à ces analyses que j'ai découvert ma maladie. »

« SY » n'avait pas initialement fait le lien entre cette perte de poids progressive et le diabète. Cela illustre combien la manière dont un patient accède au diagnostic peut influencer son processus d'adaptation. En effet, l'annonce du diagnostic de diabète représente souvent un moment chargé d'émotions pour le patient, marquant le début de la prise en charge d'une maladie chronique et durable. Les réactions à cette annonce varient largement selon les individus, en fonction de leur vécu, de leurs connaissances et de leur perception de la maladie (Colas, 2014). En d'autres termes, certains patients rencontrent des difficultés à accepter le diagnostic, faute d'y avoir été préparés ou en raison de l'absence d'anticipation à l'idée.

« OD » nous a révélé ceci : *« Nari mfise imbanyi hama muri arya mezi yo gupimisha imbanyi niho naja gupimisha hama bakambwira ko mfise igisukari, ico gihe narasimvye umutima na cane cane nagira iciyumviro c'uyo mwana ari munda ».*

Ce qui se traduit *: « J'étais enceinte et, lors des consultations prénatales, on m'a annoncé que j'étais atteinte de diabète. À ce moment-là, j'ai ressenti une grande peur, notamment en pensant aux conséquences pour le fœtus* ». Ces propos de « OD » illustrent que les circonstances de la découverte de sa maladie étaient particulièrement difficiles et inattendues. Cette annonce, survenue dans un contexte déjà chargé émotionnellement, a pu engendrer une peur intense et affecter son bien-être psychologique. Par ailleurs, ce manque de préparation face à un tel diagnostic peut compliquer l'adaptation à la maladie, en accentuant les inquiétudes liées à la santé personnelle et celle du futur enfant (Bougherara et al., 2017). Ce que nous observons, les circonstances d'apparition du diabète différaient d'un patient à l'autre dans nos enquêtés. Et ces circonstances peuvent influencer d'une certaine manière l'adaptation ou les difficultés d'adaptation du patient à la maladie.

6.3. Réactions à l'annonce du diagnostic du diabète

L'annonce du diagnostic du diabète suscite des réactions variées chez les patients, influencées par leur histoire personnelle, leurs croyances et leur niveau de connaissance sur la maladie. Certaines personnes réagissent avec choc, peur ou désespoir, surtout si elles perçoivent le diabète comme une menace grave pour leur qualité de vie. D'autres, ayant une expérience

préalable avec des proches diabétiques, peuvent aborder l'annonce avec résilience ou pragmatisme, considérant la maladie comme un défi gérable.

Cela est bien témoigné dans les propos de « FE » et « FL » : *« Ni ukuri bakimbwira ko ngwaye naragize umwiheburo, nasubiye kurema maze kuganira n'umuganga w'umugenzi akampa impanuro zandemesheje cane* ».

Ce qui veut dire : « *Lors de l'annonce de mon diagnostic, j'ai ressenti un profond désespoir. Cependant, cet état s'est transformé en espoir grâce à un entretien avec une amie infirmière. Ses conseils bienveillants et rassurants m'ont énormément réconforté.* » Normalement la réaction qu'a fait au début du diagnostic ne pourrait pas favoriser son adaptation car elle était dans le désespoir total. Mais par après, nous constatons bien que les conseils donnés par son amie lui ont redonné l'espoir. Cet espoir agit comme un levier psychologique, favorisant une perception moins catastrophique de la maladie et renforçant la résilience face aux défis quotidiens.

Une réaction qui a favorisé l'adaptation a été remarquée aussi dans les propos de « FL » : « *iyi ndwara maze kuyimenya naciye ndayifata nk'ibisanzwe ahubwo nca ngira nti reka mpangane nayo* ».

Ce qui se traduit : *« Une fois que j'ai pris connaissance de ma maladie, je l'ai perçue comme quelque chose de simple, et j'ai décidé d'y faire face* ».

En revanche, une annonce perçue comme brutale peut nuire l'adaptation du patient à la maladie (Reach, 2014). Nous constatons bien que les réactions que le diabétique fait à l'annonce de la maladie peut influencer son comportement de santé, et ce qui s'observe parfois lorsqu'il réagit par un sentiment de peur ou de désespoir, ça peut perturber ses stratégies de faire face à la maladie.

6.4. Impact des attributions causales sur l'ajustement du patient au diabète

Les attributions causales que le patient donne à la maladie chronique comme le diabète jouent un rôle crucial dans l'adaptation psychologique du patient. Ces attributions concernent les explications que les patients donnent à l'origine de leur maladie et à leur expérience de santé. Ainsi, ces attributions sont catégorisées dans 3 dimensions à savoir le locus qui peut être

interne ou externe ; la stabilité qui veut dire que la cause peut être stable ou instable et la contrôlabilité qui veut dire que l'évènement ou le problème peut être contrôlable ou non par l'individu en question(Plante, 2002). Autrement dit, le patient s'adapte facilement ou difficilement au point que sa perception sur la cause de la maladie est interne ou externe, stable ou instable et contrôlable ou incontrôlable.

« DA » le précise mieux dans ses propos elle disait : « *Sinatangaye cane je numvise ko mfise iyi ndwara .jewe barambwiye ko ngwaye hama nca ndaharura ukuntu nkunda kunywa ama fanta cane emwe naciye mbona ko nanje nabishizemwo uruhara. Gusa ubu naciye mfata ingigo yo guhagarika naho bihora bishika nkumva nagashatse cane nkaca nywa aka viva.* »

Ce qui se traduit : « *Je ne fus guère surpris lorsque l'on m'annonça que je souffrais de cette maladie. On m'informa de mon état de santé, et aussitôt, je songeai à mon penchant pour les limonades. Dès cet instant, j'ai pris conscience que, d'une certaine manière, j'avais moi aussi contribué à l'apparition de ma maladie. Cependant, j'ai décidé d'y remédier en cessant d'en consommer, bien qu'il m'arrive encore, dans des moments de grande envie, de boire occasionnellement du Viva.* »

Ces propos de « DA » montrent déjà qu'elle a accueilli facilement le diagnostic parce qu'elle semblait avoir en tête que beaucoup de limonades peuvent avoir un impact sur le taux de glycémie dans le sang. Autrement dit « DA » a constaté que lui aussi peut avoir une part dans l'apparition de sa maladie à cause de ces limonades qu'elle buvait chaque fois. Cela va influencer le comportement qu'elle va adopter dans son processus d'adaptation.

Selon Weiner, les attributions causales jouent un rôle important dans l'adaptation des patients à leur maladie. Lorsqu'ils attribuent leur condition à des facteurs internes, comme un mode de vie malsain, ils peuvent ressentir de la culpabilité ou de la honte, ce qui peut les motiver à changer mais aussi entraîner de l'auto-blâme (Weiner, 1985). Par ailleurs, lorsque vous vous reprochez d'avoir pu contribuer au malheur qui vous est survenu, il arrive souvent que vous adoptiez des comportements visant à y faire face. Toutefois, ces ressentiments d'auto-accusation peuvent, à leur tour, entraver le processus d'adaptation.

Certains de nos enquêtés attribuaient le diabète aux forces surnaturelles. « DE » le témoigne dans ses langages : *« je iyi ndwara nukuri nama ngira ko ariyo banteye kuko mpora ngira ibipimo biteye amakenga bishobora noguhindagurika ukuntu gutangaje. »*

Ce qui veut dire *: « je suis convaincu que cette maladie trouve son origine dans des pratiques de sorcellerie, car il m'arrive d'observer des diagnostics qui paraissent douteux, voire surprenants par leur caractère changeant*. »

Ces propos de « DE » montrent bien que son locus de contrôle sur cette maladie est externe, elle attribue la cause de sa maladie à la sorcellerie et cela va influencer sur le comportement qu'elle va adopter pour faire face au diabète. Dans l'intervention, il faut fournir à la patiente des explications médicales adaptées pour qu'elle prenne conscience de la maladie.

Selon Rotter, une personne ayant un locus de contrôle interne pourrait croire qu'elle peut améliorer son état de santé grâce à ses choix (exercice physique, régime équilibré, adhésion au traitement), contrairement à quelqu'un avec un locus de contrôle externe, qui attribuerait son état à des facteurs externes (Rotter, 1966). Cette affirmation de l'auteur met l'accent sur la prise de conscience et le rôle de certains patients sur l'amélioration de leur qualité de vie, du fait que leur locus de contrôle est interne ou externe. Cela a été remarqué également parmi certains de nos enquêtés.

En somme, ce chapitre s'est concentré sur l'analyse des étapes clés de l'expérience des patients face à la maladie, lesquelles influencent leur processus d'ajustement. Tout d'abord, certains participants à notre enquête ont rapporté qu'ils possédaient déjà des connaissances préalables sur le diabète. En effet, certains avaient été aidants familiaux pour des proches atteints de cette maladie, ce qui leur avait permis de savoir que le diabète est une affection incurable nécessitant des efforts constants de la part du patient, notamment le respect d'un régime alimentaire strict.

Par ailleurs, les circonstances dans lesquelles les patients découvrent leur maladie varient. Certains enquêtés ont identifié les premiers signes eux-mêmes, tandis que d'autres ont reçu leur diagnostic à l'occasion de consultations pour d'autres problèmes de santé ou lors du suivi de grossesse chez les femmes enceintes. En ce qui concerne les réactions à l'annonce du diagnostic, la plupart des participants ont initialement réagi négativement, éprouvant des

sentiments de choc ou de désarroi. Cependant, ils ont progressivement réussi à mieux accepter la maladie grâce à l'éducation thérapeutique dispensée par le personnel soignant. D'autres, en revanche, ont appréhendé la maladie avec un certain pragmatisme, la percevant comme un problème simple à gérer.

Enfin, nos enquêtés ont également évoqué leurs perceptions des causes de la maladie. Certains ont attribué son apparition à leurs propres comportements, en particulier à une consommation excessive d’aliments sucrés. D'autres, au contraire, ont montré un manque de connaissances sur le diabète, allant jusqu'à attribuer la maladie à des forces surnaturelles. Cette perception les conduit à privilégier des stratégies d'ajustement axées sur la prière, en complément ou parfois en lieu et place des recommandations médicales.

CHAPITRE VII : STRATEGIES PSYCHIQUES D'ADAPTATION AU DIABETE

La gestion du diabète, en tant que maladie chronique, constitue une épreuve psychologique majeure pour les individus qui en sont atteints. En plus des ajustements physiques qu'impose la pathologie, tels que le suivi médical rigoureux et les modifications des habitudes de vie, cette condition entraîne des défis émotionnels et sociaux importants. Face à ces exigences, chaque individu développe des stratégies psychiques d'adaptation, communément appelées "coping", qui leur permettent de faire face au stress et aux contraintes inhérentes à leur condition.

7.1. Stratégies de coping

L'homme fait recours aux stratégies de coping lorsqu'il est devant une situation perçue comme stressante ou menaçante. Le coping est traduit dans le mot anglais : « to cope » qui veut dire : « faire face », « s'en sortir », « gérer une situation difficile ». Brunchon-scheitzer définit le coping comme l'ensemble des réponses cognitifs et comportementales élaborées par un individu pour gérer les demandes internes et externes évaluées comme excédant ses ressources personnelles (Bruchon-Schweitzer & Boujut, 2021). Dans cette définition Bouchon intègre une approche biopsychosociale du stress ou le coping est considéré comme une réponse adaptative qui interagit avec les facteurs individuels, les facteurs sociaux ou contextuels.

Le coping joue un rôle important dans l'ajustement du patient diabétique à sa maladie. Et ces stratégies diffèrent d'un individu à l'autre et du type de problème à faire face. Dans le cadre de notre recherche nous avons mis en exergue les 4 principales stratégies de coping entre autre les stratégies de gestion orientée vers la maladie diabétique, la construction des réseaux de soutien, le recours à la prière et certains mécanismes défensifs mis en place par les patients diabétiques pour faire face à leur maladie.

7.1.1. Stratégies de gestion orientée vers la maladie diabétique

Ce type de coping tel qu'il a été développé par Lazarus et folkman, repose sur des efforts cognitifs et environnementaux visant à analyser la situation, identifier des solutions pratiques et mobiliser des ressources personnelles ou sociales pour résoudre le problème (Lazarus, 1984). Ce coping comprend des stratégies telles que la planification (élaborer un plan

d'action), la prise de décision active (mettre en œuvre des solutions réalistes), la recherche d'informations (mieux comprendre la situation) et l'assertivité (négocier ou agir sur les autres pour provoquer un changement).

En effet, dans l'enquête que nous avons faite, nous avons remarqué que la majorité de nos enquêtés faisaient beaucoup recours à ce type de coping pour faire face à leur maladie. « DA » nous le témoigne dans ses propos : *« jewe muguhangana n'iyi ndwara ikintu cambere nihangira kugira sport gatatu mundwi nduga hariya ikiriri kubera naranakubwiye ko imiti ubwambere ho nari nabanje no kuyihoza. Ikindi novuga ko ngerageza gufata umuti uko babimbwira, ivyo nivyo bintu nkunda gukora muguhanagana n'iyi ngwara ».*

Ce qui se traduit ainsi *: « Pour faire face à cette maladie, je prends l'initiative de faire tout d'abord une activité sportive trois fois par semaine, notamment en montant à Kiriri. D'ailleurs, je t'ai déjà mentionné avoir initialement décidé d'interrompre les médicaments au tout début de la maladie. Par ailleurs, je veille à respecter scrupuleusement les prescriptions médicales en ce qui concerne la prise des médicaments. Voilà les actions que je mets en œuvre pour gérer cette maladie.* »

Dans ce discours de « DA », nous observons bien qu'elle met en évidence une combinaison d'attitudes et de comportements reflétant des stratégies centrées sur le problème, bien qu'avec quelques contradictions apparentes. D'une part, le patient adopte des actions concrètes et proactives, comme la pratique régulière d'une activité physique (trois fois par semaine, avec l'exemple spécifique de la montée à Kiriri), qui s'inscrit dans une démarche de maîtrise de la situation. Cette initiative traduit une volonté de gérer directement les impacts de la maladie sur son corps, ce qui est typique des stratégies centrées sur le problème, visant à modifier les causes ou les conséquences de la situation stressante. D'autre part, son rapport aux médicaments révèle une ambiguïté : il mentionne avoir initialement arrêté leur prise, ce qui pourrait être interprété comme une défiance vis-à-vis du traitement médical. Cependant, il affirme par la suite suivre les prescriptions, suggérant une prise de conscience de l'importance du traitement pour faire face à la maladie. Cette fluctuation peut illustrer un processus d'ajustement dans la gestion de la maladie, où les stratégies évoluent en fonction de l'expérience et des apprentissages du patient. Enfin, l'emploi du terme « initiative » dans son discours met en lumière une certaine prise de responsabilité personnelle, élément central dans les stratégies actives de résolution de problème.

Cette stratégie s'observe également chez les autres enquêtés comme « FL » dans ses propos. Elle disait : « *Je iyi ndwara maze kuyimenya nayifashe ibisanzwe nca ngira nti reka mpangane nayo. Je muguhangana nayo novuga ko nahagaze magabo. Maze kuza ng'aha, Frédéric uyu muganga akambwira ati kora iki na kiriya, genda ufungure uku naca ngenda nkabikora uko nyene yabinsiguriye. Ikindi jewe ndafise abo tuvukana b'abaganga igihe cose hari akambakiye nca ndabaterefona hama bakambwira uko nivuza. Uko niko mbanye n'iyi ndwara y'igisukari.* »

Ce qui veut dire : « *Après avoir appris que j'étais atteint de cette maladie, j'ai accepté la situation avec sérénité, en me disant que j'allais faire tout mon possible pour y faire face. Pour m'adapter à cette condition, je me suis engagé à suivre scrupuleusement les conseils que l'on m'a donnés. Par exemple, lorsque je suis venu ici et que le médecin Frédéric m'a conseillé de procéder de telle ou telle manière, ou de modifier mon alimentation de cette façon, j'ai pris soin de suivre ses recommandations convenablement. Par ailleurs, j'ai des frères médecins et, chaque fois que j'ai un problème, je n'hésite pas à les appeler. Ils me prodiguent des conseils précieux pour m'orienter dans le suivi de mon traitement.* »

Les propos de « FL » illustrent clairement l'utilisation de stratégies centrées sur le problème, telles qu'elles sont définies dans la littérature sur le coping. Le patient commence par adopter une attitude d'acceptation face à la maladie (« j'ai accepté la situation avec sérénité »), ce qui marque une première étape importante dans le processus d'adaptation. Cette acceptation est suivie d'une volonté manifeste de faire face à la situation en affirmant qu'il fera « tout son possible pour y faire face ». Ce type de discours montre une démarche active, orientée vers la résolution du problème.

Le patient met également en œuvre un plan d'action concret en suivant « scrupuleusement les conseils » des professionnels de santé, notamment ceux du médecin Frédéric qui lui a recommandé des ajustements alimentaires. En agissant ainsi, le patient cherche à modifier directement les facteurs qui influencent sa condition, ce qui est une caractéristique essentielle des stratégies centrées sur le problème.

Enfin, le recours à ses frères médecins pour des conseils supplémentaires renforce cette approche proactive. Le fait qu'il n'hésite pas à les consulter chaque fois qu'il rencontre un souci témoigne d'un désir constant de gérer activement la maladie, en s'appuyant sur des

sources externes fiables pour orienter son suivi médical. Ainsi, le discours du patient montre qu'il privilégie une gestion pratique et raisonnée de sa maladie, en cherchant à maîtriser les facteurs affectant sa santé plutôt qu'à fuir ou éviter la situation, ce qui est le cœur même des stratégies de coping centrées sur le problème.

7.1.2. Construction des réseaux de soutien.

La recherche du soutien social est une stratégie de coping dans laquelle l'individu mobilise son réseau social pour obtenir de l'aide face à une situation stressante. Ce type de coping repose sur l'interaction avec les autres afin de bénéficier de différentes formes de soutien : émotionnel (réconfort, écoute, validation des émotions), instrumental (aide pratique ou matérielle) ou informationnel (conseils, orientations, informations utiles). Cette stratégie agit en renforçant le sentiment de ne pas être seul face à l'adversité, tout en offrant des ressources supplémentaires pour gérer le stress.

La recherche du soutien social est particulièrement efficace dans les situations où l'individu perçoit une insuffisance de ses propres ressources personnelles. Elle aide à réduire l'anxiété, à obtenir des solutions pratiques et à améliorer la résilience. Cependant, son efficacité dépend de la qualité des relations sociales : un réseau bienveillant et réceptif favorise l'adaptation, tandis qu'un soutien inadéquat ou absent peut aggraver la détresse (Gallant, 2003). Dans ce contexte Gallant met en évidence que le soutien social peut améliorer les comportements d'autogestion, comme l'adhésion au traitement, l'alimentation, l'exercice, et la gestion du stress, en fournissant un soutien émotionnel, informatif, et instrumental.

« FL » le souligne bien dans ses propos, elle disait : « *Hari amashirahamwe nagiye ndajamwo hariya muri ville baradusigurira ibijanye n'iyi ngwara, uko umugwayi yokwitwara nko mumfungurwa, gukora sport n'ibindi. Navyo vyaramfashije guhangana n'iyi ngwara. Akenshi twaratwara na numero z'abatwigisha ubonye hari ikibazo ugize ukamubaza* ».

Ce qui se traduit : *« Il existe des associations en ville, où l'on nous a expliqué tout ce qui concerne cette maladie, notamment les comportements que le patient doit adopter, comme suivre un régime alimentaire adapté, pratiquer une activité physique, etc. Cela m'a également aidé à mieux faire face à cette maladie. Par ailleurs, nous repartons souvent avec les coordonnées des intervenants, afin de pouvoir les contacter pour toute question éventuelle. »*

Dans ces propos de « FL », nous constatons bien que l'accès à des associations et à des intervenants compétents offre un environnement de partage d'informations et d'éducation, lui permettant de mieux comprendre et gérer leur condition. Ce soutien agit comme un levier pour renforcer l'auto-efficacité et adopter des comportements sains, tels qu'un régime alimentaire adapté et l'activité physique. De plus, la disponibilité des intervenants via des contacts téléphoniques prolonge ce soutien dans le temps, favorisant un sentiment de sécurité et de contrôle face à la maladie. Ces interactions sociales sont donc cruciales pour réduire le stress lié au diabète et pour encourager l'adoption durable de comportements de santé.

Par ailleurs Taylor l'affirme bien dans son article en disant que les interactions sociales jouent un rôle crucial dans la réduction du stress en offrant un soutien émotionnel, une distraction positive et un sentiment d'appartenance. Lorsque nous partageons nos préoccupations ou nos difficultés avec des proches, cela active des mécanismes biologiques, comme la libération d'ocytocine, une hormone qui réduit les niveaux de cortisol, l'hormone du stress. De plus, les relations sociales permettent de rompre l'isolement, de relativiser les problèmes et d'échanger des stratégies pour mieux gérer les situations stressantes. Ces interactions renforcent également l'estime de soi et procurent un sentiment de sécurité, ce qui atténue la perception des menaces et favorise une meilleure résilience face aux adversités(Taylor, 2006).

Cependant, d'autres considèrent peu cette stratégie par le fait qu'ils en éprouvent des doutes. Cela se remarque dans les propos de ; « DA » et « DE »

« DA » disait : *« je ivyo kurondera ubufasha ubu na buriya ntagaciro ndabiha kuko haraho usanga abantu bariko baguha amakuru atariyo ukumva baguhanura kutarya ikintu nakimwe. Nico gituma nagize nti ivyo bigisha aha na hariya ntagaciro ndabiha. Kimwe ni kugira iyi ngwara umubanyi wanje umubanyi nawe ntaho umushira* ».

Ce qui traduit : *« Je cherche rarement de l'aide de manière dispersée, car il arrive qu'on reçoive de fausses informations, comme des conseils erronés qui, par exemple, recommandent de tout éviter de manger. C'est pour cette raison que je prends peu en considération ce qui est enseigné de manière hasardeuse. Une chose, cependant, reste essentielle pour moi : considérer cette maladie comme un ami, car un ami, on ne peut pas le rejeter ou l'éliminer. »*

Ce qui précède chez « DA » se remarque aussi chez « DE » : *« Abantu bakubwira vyinshi bitandukanye, je kubera ivyo abantu bavuga mbona vyohava bikugirira nabi je ntavyo numviriza kuko nohava nsanga ndiko ndiyica jewe nyene. »* Ce qui veut dire : *« Les gens tiennent de nombreux propos divergents au sujet de la maladie. Afin d'éviter de me retrouver dans une situation problématique à cause de ces discours, je préfère ne pas y prêter attention, car cela pourrait me conduire à m'autodétruire »*

Des auteurs témoignent bien que le soutien social peut parfois être inefficace voire nuisible si les comportements de soutien sont mal adaptés aux besoins du receveur ce qui peut compliquer l'ajustement à une maladie (Schwarzer & Knoll, 2007). Bref, comme se remarque dans tous ces passages, le soutien social adapté peut influencer l'ajustement du patient tandis que ceux inadaptés peuvent compliquer l'ajustement du patient.

7.1.3. Le recours à la prière

Le recours à la prière est un coping adaptatif centré sur l'émotion. Par ce type de coping, on désigne des stratégies visant à réguler les émotions négatives relatives à une situation stressante plutôt qu'à résoudre directement le problème à l'origine du stress (Lazarus, 1984). Mais ce que nous observons, bien que ces stratégies ne modifient pas directement la source du stress elles aident à réduire son impact émotionnel, améliorant ainsi le bien être psychologique de la personne en question et la résilience face à ses défis complexes. Dans le cadre de notre recherche, le coping spirituel s'est beaucoup manifesté dans les propos de différents enquêtés. Certains d'entre eux nous ont confirmé qu'ils font recours à la prière le tout puissant. Sur cette stratégie « DE » nous disait : « *Maze kubona ko abana b'abantu nyene bama ari abana b'abantu naciye mfata ingiko ahubwo yo gusenga nkihereze Imana mushobora vyose kandi nukuri niyo inyiremeshereza* ».

Ce qui veut dire : « *Une fois que j'ai réalisé que les êtres humains restent imparfaits et ne peuvent se substituer à Dieu, j'ai pris la décision de me tourner vers la prière et de m'abandonner entièrement au Tout-Puissant, lui seul capable de me réconforter ».*

Dans ces propos, « DE » prend la spiritualité comme ressource émotionnelle face à une situation perçue comme stressante donc sa maladie du diabète. En s'abandonnant au Tout-Puissant, elle cherche à réévaluer sa situation en trouvant du sens et du réconfort dans sa

relation avec une entité perçue comme toute-puissante. Ce mécanisme lui permet de réduire son anxiété et de gérer ses émotions négatives liées à la maladie. La prière devient alors un outil apaisant qui l'aide à maintenir un équilibre psychologique face aux défis imposés par le diabète. Cependant, bien que cette stratégie puisse stabiliser son bien-être émotionnel, elle ne modifie pas directement les aspects pratiques de la gestion de la maladie. Ainsi, pour une adaptation optimale au diabète, cette stratégie pourrait être renforcée par des actions concrètes, comme la recherche d'informations ou l'adoption de comportements proactifs en lien avec la gestion de la maladie.

De même « FE » disait : *« Jewe muguhangana n'iyi ndwara ntakinini nakoze atari uko namenye Imana nkasenga. Imiti ndayifata ariko nama nizeye Imana niyo nirata. Ubundi ugwaye Igisukari nta mahoro wogira. Ndazi ko umusi umwe Imana izoyinkiza . nta rupfu rwa diabete niteze.* »

Ce qui se traduit : « *Pour faire face à cette maladie, je n'ai pas entrepris de démarches particulières, si ce n'est que j'ai trouvé la foi en Dieu et je le prie régulièrement. Je prends mes médicaments comme il se doit, mais j'ai placé toute ma confiance en Dieu. Sans cette foi, il est difficile de trouver la paix lorsqu'on vit avec le diabète. Je suis convaincu qu'un jour, Dieu me guérira. Je ne crains pas de mourir suite à cette maladie »*

Ce témoignage de « FE » illustre une stratégie de coping centrée sur l'émotion, en particulier la reliance spirituelle. La personne semble recourir à sa foi comme une ressource émotionnelle majeure pour gérer l'impact psychologique du diabète. Cette approche se caractérise par la recherche de réconfort, de sens dans une situation perçue comme incontrôlable sur le plan physique.

Dans ces propos de « FE » la prière et la confiance en Dieu jouent un rôle central. Elles permettent de diminuer l'anxiété à l'incertitude de l'évolution du diabète et offrent un sentiment d'espoir et de maitrise de soi malgré le caractère chronique de la maladie. Cette reliance spirituelle est également associée à une perception positive du future comme en témoigne cette affirmation : *« je ne m'attends pas à mourir par le diabète*. » Cependant, cette stratégie peut comporter des limites si elle mène à une forme de passivité face à la gestion active de la maladie. Selon (Pargament, 2001), la religion peut être une ressource puissante de coping. Lorsqu'elle aide à trouver un sens dans la souffrance, à renforcer l'espoir et à

maintenir une relation de confiance avec une puissance supérieure. C'est bien prouvé dans ce cas de « FE », à travers sa confiance en Dieu, elle a développé un sentiment de maitrise de la maladie malgré sa perplexité. C'est pour cette raison même de comprendre les pratiques et les croyances des patients pour pouvoir intervenir auprès d'eux dans quelques cas.

7.2. Les mécanismes de défense mobilisés par le patient souffrant du diabète

Les mécanismes de défense adaptatifs jouent un rôle important chez les personnes atteintes de diabète, car ils permettent de faire face aux défis émotionnels et psychologiques liés à la gestion de cette maladie chronique. Voici quelques mécanismes observés chez certains de nos enquêtes.

7.2.1. Acceptation

L'acceptation, en tant que mécanisme de défense adaptatif, joue un rôle central dans l'ajustement psychologique des personnes atteintes de diabète. Elle implique une reconnaissance lucide et volontaire de la réalité de la maladie, sans pour autant s'y résigner de manière passive. Ce mécanisme permet au patient de reconnaître les contraintes liées au diabète (suivi médical, régime alimentaire, surveillance glycémique, etc.) tout en les intégrant dans sa vie quotidienne comme des éléments gérables et non des fardeaux insurmontables. L'acceptation favorise ainsi une attitude proactive : plutôt que de nier ou de fuir la réalité de la maladie, le patient adopte une perspective constructive qui lui permet de s'engager activement dans sa prise en charge (Laconi et al., 2015).

Ce mécanisme de défense s'observe dans les propos de « DE » : « *None ga sha iyo umaze kumenya ko ugwaye haba hasigaye iki atari ukwiyakira, jewe maze kumenya iyi ndwara nagize nti igikuru n'uko ndayimenye nzogerageza tubane* ».

Ce qui veut dire : *« Lorsqu'on a déjà connaissance de la maladie, il ne reste plus qu'à l'accepter. Pour ma part, lorsque j'ai appris à la connaître, je me suis dit que l'essentiel était de la comprendre et que je devais apprendre à vivre avec elle.* »

Ces propos de « DE » illustre que la compréhension de sa maladie constitue une étape cruciale. Cela reflète une phase d'apprentissage cognitif où le patient cherche à apprivoiser la

réalité de sa condition. La connaissance permet de réduire l'incertitude et de poser les bases d'une adaptation active.

Cette réalité s'observe également dans les propos de « SY ». Il disait : *« Jewe iyi ndwara ntiyigeze impahamura nukuri. Uretse amakenga nagira yo kubona nonda mumutwe nagize nti jewe namba ari diabete ntakundi ndemeye guhangana nayo ndayivuze nk'abandi bose ».*

Ce qui veut dire *« Cette maladie ne m'a jamais causé de traumatisme. Cependant, j'ai éprouvé des inquiétudes en me voyant perdre du poids. Dans mon esprit, je me disais que, si ce n'est que le diabète, je pouvais accepter de vivre avec et suivre un traitement comme tout le monde* ».

Dans ces propos nous constatons que le patient commence par affirmer que la maladie ne l'a pas traumatisé. Cela suggère une gestion efficace de l'impact émotionnel immédiat du diabète, ce qui pourrait être lié à une approche d'adaptation qui minimise l'intensité de la réaction émotionnelle. On observe aussi chez ce patient une acceptation conditionnelle de la maladie. Il déclare être prêt à « vivre avec » le diabète, à condition que ce soit « seulement le diabète ». Cela indique que l'individu fait une distinction entre la maladie et d'autres complications ou changements plus graves.

L'acceptation est un facteur important pour le bien-être psychologique des personnes atteintes de maladies chroniques, car elle permet de diminuer les émotions négatives et d'encourager un ajustement actif à la maladie. Dans ce sens, l'acceptation permet au patient de s'engager dans des stratégies de coping adaptatives, telles que l'observance thérapeutique ou la gestion proactive de la maladie(Lazarus, 1984c). Bref, l'acceptation en tant que mécanisme de défense, facilite l'ajustement psychologique au diabète en permettant au patient de réévaluer sa maladie de manière plus cognitive et émotionnellement équilibrée.

7.2.2. Minimisation de la gravité de la maladie

Les patients peuvent minimiser la gravité de leur condition en croyant que la maladie n'affecte pas autant leur vie quotidienne qu'elle ne le fait en réalité. Cela peut leur permettre de rester optimistes et de maintenir une qualité de vie relativement élevée malgré les défis posés par la maladie. Cela peut être une stratégie efficace à court terme pour réduire l'anxiété

liée à la maladie, mais il est important que cela ne conduise pas à la négligence des soins nécessaires.

Ce mécanisme a été observé chez « DA » quand elle disait : « *je burya narabanje nokwihoza gufata umuti ubwambere navuga nti numva mfise inguvu nawenu iyi ndwara ndazi ko ninagira sport ibi bipimo bizohera nkasubira kuri normal* ».

Ce qui veut dire : *« Pour ma part, j'ai commencé à refuser de prendre les médicaments, me convaincant que je me sentais en forme, que je pouvais pratiquer du sport et que ma glycémie finirait par se normaliser. »*

Des propos similaires s'observent également chez « FE ». Elle disait : *« Je menye ko ngwaye nagize nti iyi diabète ndazi ntaco izongira ahubwo ntano kwiyumvira ngo ingaruka canke iki. Je nari mfise ubwoba bwinshinge gusa kuko numva bavuga ngo bagutera inshinge imisi yose ubundi ntakwiyumvira ngo yohava inyica ».*

Ce qui veut dire : *« Lorsque j'ai appris que j'étais malade, je me suis dit que ce diabète ne pourrait rien me faire. De plus, je ne pensais même pas à ses conséquences. J'avais seulement peur des injections, car j'avais entendu dire qu'il fallait en faire quotidiennement, mais autrement, je ne croyais pas que cette maladie pouvait me mener à la mort ».*

Les deux passages analysés illustrent l'utilisation du mécanisme de défense de minimisation de la gravité de la maladie, une stratégie d'adaptation qui joue un rôle significatif dans le processus d'ajustement des patients atteints de maladies chroniques, telles que le diabète. Ce mécanisme consiste à réduire la perception de la menace que représente la maladie en diminuant les conséquences potentielles, ce qui peut permettre au patient de maintenir un sentiment de contrôle et d'optimisme, malgré la réalité de la maladie. Selon Grebot(2006) et ses collaborateurs la minimisation permet au patient de maintenir une illusion de contrôle et de préserver un sentiment de normalité face à une maladie chronique qui pourrait être perçue comme menaçante(Grebot et al., 2006).

Néanmoins, la minimisation de la gravité de la maladie, bien qu'elle favorise l'ajustement psychologique immédiat en réduisant l'anxiété et en préservant une certaine qualité de vie, peut également comporter des risques à long terme. Il est essentiel que les soignants soient conscients de ce mécanisme et cherchent à encourager une prise de conscience réaliste de la

maladie chez les patients, afin d'équilibrer l'acceptation et la gestion active de la maladie avec des stratégies de coping plus adaptatives et durables.

En somme, les stratégies psychiques d'adaptation au diabète varient selon les ressources personnelles, sociales, spirituelles et défensifs des patients. Au cours de ce chapitre nous avons mis en exergue quelques stratégies mis en place par les diabétiques pour faire face à leur maladie.

Ainsi, les patients avec qui, nous nous sommes entretenus ont entrepris d'abord des actions pratiques pour faire face au diabète et cela est relatif aux stratégies centrées sur le problème ; celles étaient principalement composées par des décisions de faire l'activité physique, les initiatives relatives au régime alimentaire et le suivi des prescriptions médicales. Le soutien social a renforcé aussi l'apprentissage, l'entraide et l'empowerment de certains de nos enquêtés. Ils ont témoigné que quelque fois ils participaient dans des associations qui font la sensibilisation sur le diabète. Par ailleurs les stratégies centrées sur l'émotion notamment la spiritualité ont offert un apaisement intérieur et aidé à surmonter les épreuves sur le plan psychologique. Certains de ces enquêtés ont fait recours aux différents mécanismes de défense comme l'acceptation et la minimisation de la gravite de la maladie.

Ces mécanismes d'adaptation ne sont pas mutuellement exclusifs, mais souvent complémentaires. Autrement dit une prise en charge globale du diabète repose donc sur une approche intégrative qui combine ces différentes stratégies.

CHAPITREVIII : LE ROLE DU SOUTIEN SOCIAL ET LA PLACE DES SOIGNANTS DANS L'AJUSTEMENT DU PATIENT DIABETIQUE

L'ajustement psychologique des patients face à des pathologies chroniques ou des situations médicales complexes est un processus délicat, influencé par de nombreux facteurs sociaux, émotionnels et médicaux. Parmi ces facteurs, le soutien social joue un rôle crucial en aidant les individus à surmonter les défis inhérents à la gestion de leur santé. En parallèle, les soignants occupent une place centrale dans ce processus d'ajustement, non seulement par les soins qu'ils prodiguent, mais aussi par leur capacité à offrir un soutien émotionnel, éducatif et psychosocial. Le soutien social, qu'il soit fourni par la famille, les amis, les groupes de soutien ou les professionnels de la santé, impacte directement le bien-être des patients, leur adhérence au traitement et leur capacité à gérer les symptômes physiques et émotionnels associés à leur état.

8.1. Le rôle de la famille du patient

La famille joue un rôle prépondérant dans l'ajustement du patient à sa maladie. Tout d'abord, elle constitue une source importante de soutien émotionnel, en encourageant le patient, en l'aidant à maintenir une attitude positive face aux défis de la maladie, et en réduisant son stress. Un environnement familial stable peut ainsi influencer positivement la régulation glycémique en limitant les effets négatifs du stress chronique(Fisher & Weihs, 2000). Nous observons bien qu'*à* part des soins offerts par le personnel de santé, la famille joue un rôle central dans l'ajustement du patient diabétique. FL le prouve bien dans ses propos, elle disait : « *Umutama wanje ntaco atakoze, akenshi niwe yantwara kwivuza. Mbere n'igihe nari nkija mubitaro urabona ko bantera insuline, yarageraga mumutwenzi akaba anshikaniye ivyo gufungura.* »

Ce qui veut dire : « *Mon conjoint n'a cessé de faire tout son possible pour me soutenir. C'est lui qui m'accompagnait à mes consultations médicales. Par ailleurs, lorsque j'étais hospitalisé(e) et que l'on me faisait des injections d'insuline, il veillait à m'apporter très tôt le matin de quoi me nourrir.* »

Ces propos de « FL » illustrent l'importance cruciale du soutien familial notamment conjugal dans l'ajustement des patients atteints de maladies chroniques comme le diabète. Le conjoint

du patient joue ici un rôle essentiel à plusieurs niveaux. D'une part, il fournit un soutien instrumental en accompagnant le patient aux consultations médicales et en veillant à ce qu'il reçoive une alimentation adaptée en temps opportun, même pendant son hospitalisation. Cette assistance concrète allège le fardeau logistique du traitement, notamment la gestion des repas et des injections d'insuline, ce qui contribue à une meilleure adhésion aux soins.

La famille joue un rôle essentiel dans l'accompagnement du patient diabétique. Il met en avant les ajustements nécessaires dans la vie quotidienne, notamment au niveau des repas, ainsi que la dynamique familiale qui se met en place pour gérer les contraintes liées à la maladie (Schepens & Christophe, 2022). Ici nous signalons que la famille impliquée peut encourager le patient à développer des compétences d'autogestion, comme la surveillance de la glycémie, l'adhésion aux traitements ou la pratique régulière d'une activité physique. Cependant, il est important que ce soutien reste non intrusif, afin d'éviter que le patient ne ressente une perte d'autonomie ou une pression excessive. Cette importance de la famille s'observe aussi dans les propos de DA quand elle disait : « *No mumuryango nta numwe yahungabanye, ahubwo barandemeshej cane nukuri k'uburyo numva ko naje ntaremvye. Kanatsinda biroroshe kuremesha umuntu ubona aremye.*

Ce qui se traduit : « *Dans ma famille, personne n'a jamais fait preuve d'une vigilance particulière. En revanche, ils m'ont prodigué des conseils jusqu'à ce que je ressente une véritable amélioration. Par ailleurs, il est plus aisé d'offrir des conseils à une personne dont le calme est manifeste.* »

Dans ces propos de DA, mous constatons bien que la famille a joué un rôle réparateur en aidant le patient à adopter des comportements adaptés renforçant ainsi son sentiment de maitrise et de bien-être. De l'autre cote, le calme mentionné par le patient, met également en lumière l'importance des dynamiques relationnelles. Un patient perçue comme apaisé est, peut-être plus réceptif aux interventions favorisant ainsi une interaction constructive.

Bref, ces observations soulignent que la qualité du soutien familial tant sur le plan émotionnel que pratique peut influencer d'une certaine manière l'ajustement psychologique et comportemental des patients diabétiques.

8.2. Le rôle de l'entourage

L'entourage joue un rôle crucial dans la gestion du diabète, tant sur le plan physique qu'émotionnel. Les proches peuvent offrir un soutien affectif en aidant la personne diabétique à faire face aux défis quotidiens, comme l'acceptation du diagnostic ou la gestion des moments de découragement.

Sur le plan pratique, ils contribuent à la surveillance des glycémies, à l'adhésion au traitement et à l'adoption d'un mode de vie sain, en participant par exemple à des activités physiques ou en partageant des repas adaptés. De plus, l'implication des membres de la famille peut renforcer la motivation du patient à suivre les recommandations médicales.

Cependant, un soutien excessif ou mal adapté peut parfois engendrer du stress ou un sentiment de dépendance chez la personne atteinte. Ainsi, il est essentiel que l'entourage développe une attitude bienveillante, respectueuse de l'autonomie du patient, tout en restant à l'écoute de ses besoins spécifiques. Cela s'observe bien dans les propos de certains de nos enquêtés. OD disait : « *Jewe nukuri ababanyi barandemesha na cane cane kumbwira ko hari abandi bagwaye igisukari bari kumiti naca numva ndemye. Hari umuganga w'umu infirmiere wewe yarambwiye ko ayimaranye 37ans, yaramfashije cane mukuza arampa impanuro na cane cane kuza ndagira aga sport*. »

Ce qui signifie : « *Les voisins m'ont prodigué de nombreux conseils, notamment en me rappelant qu'il existe d'autres patients sous traitement, ce qui m'a beaucoup rassuré. De plus, une autre patiente, qui est infirmière, m'a confié qu'elle vit avec cette maladie depuis 37 ans. Elle m'a également apporté son aide en me prodiguant des recommandations, en particulier l'importance de pratiquer une activité physique.* »

L'évocation d'autres patients sous traitement crée un effet de normalisation, atténuant le sentiment d'isolement souvent ressenti par « OD ». Par ailleurs, le témoignage d'une patiente-infirmière vivant avec la maladie depuis plusieurs décennies agit comme une source d'inspiration et de motivation de « OD » en offrant une perspective positive sur la possibilité de vivre pleinement avec le diabète. Ses recommandations pratiques, telles que l'importance de l'activité physique, apportent un soutien concret, renforçant son auto- efficacité.

Cette importance de l'entourage se remarque également dans les propos de FL. Elle disait : « *Jewe nari mfise abagenzi burya nibo bandangiye kuza kwivuza aha mungagara. je sinarinzi ko hariho ikigo kivura diabete. Baramfashije cane kuko nagize agahengwe nshitse aho nziye hano.* » Ce qui veut dire : « *J'avais des ami(e)s qui m'ont orienté(e) vers ce centre de NGAGARA. Je n'étais pas informée de l'existence d'un centre spécialisé dans la prise en charge du diabète. Leur aide m'a été précieuse, car j'ai constaté une nette amélioration depuis que je fréquente ce centre.* »

Ces propos soulignent le rôle déterminant de l'entourage dans l'orientation de « FL » vers des ressources adaptées, ce qui constitue une étape clé dans son processus d'ajustement à la maladie. En identifiant le manque d'information initiale, ses ami(e)s ont agi comme un relais d'information essentiel, compensant un déficit potentiel de sensibilisation ou de communication institutionnelle. Le soutien social joue un rôle crucial dans l'adaptation à la maladie, mais peut également être une source de tension si les attentes de l'entourage divergent de celles du patient. L'attention excessive ou insuffisante de la part des proches peut, par exemple, entraîner des sentiments d'isolement ou de dépendance(Gallant, 2003). Cela nous montre bien que le soutien social est très importante bien qu'il peut être aussi une source de désadaptation du patient une fois on observe son absence ou son excès.

Cette intervention des amis de « FL » démontre l'impact du réseau social dans la facilitation de l'accès aux soins spécialisés, une dimension particulièrement cruciale pour des maladies chroniques comme le diabète. L'amélioration constatée par « FL », suite à son engagement dans le centre spécialisé, met en évidence l'effet bénéfique d'une prise en charge appropriée, mais également le rôle indirect mais fondamental de l'entourage dans le déclenchement de cette démarche.

Des autres auteurs soulignent que le soutien social joue un rôle clé dans l'amélioration des comportements d'auto soins tels que l'adhérence au régime alimentaire, l'activité physique et le suivi des traitements médicaux. Ainsi les patients bénéficiant d'un soutien social adéquat présentent de meilleurs capacités à gérer leur diabète ce qui entraine une amélioration de leur résultats cliniques (Song et al., 2017). Bref, le rôle de l'entourage est crucial dans la gestion du diabète, car il peut influencer positivement la motivation, l'observance thérapeutique et le bien-être du patient.

8.3. Rôle de la relation soignant-soigné

La relation soignant-soigné joue un rôle central dans la prise en charge du patient diabétique et peut avoir un impact profond sur sa capacité à s'adapter à la maladie. Cette relation repose sur la confiance, la communication ouverte et l'empathie, et elle influence non seulement la qualité des soins, mais aussi l'engagement du patient dans la gestion de sa condition(Balint, 1955).

Les soignants jouent aussi un rôle important dans l'éducation thérapeutique du patient en aidant les patients à acquérir des compétences pour gérer leur glycémie, leur alimentation et leur activité physique. En adaptant les soins aux besoins individuels, les soignants renforcent l'engagement du patient dans son traitement. Cela se remarque dans les propos de DE qui disait : « *None gasha iyo amagara amaze kugukika wumva haba hasigaye iki ? Ko jewe nk'ubu uru ruhumyi ubona cane cane arigo ruriko rurambangamira. Ikindi nkubwiye ko ndi umu shoferi wumva ntakurikije ivyo kwa muganga nobigenza gute ko nshaka kuraba ko jewe ururuhumyi gohera. Emwe aha ubona rurampanze, rwohera ndumva ko je noba nkize ».*

Ce qui veut dire *: « Que peut-on faire lorsque sa santé est en péril ? Pour ma part, cette cécité est ce qui me préoccupe le plus, comme tu peux le constater. Je t'ai déjà dit que je suis conducteur, et tu comprends bien qu'en ne suivant pas rigoureusement les conseils des médecins, je risque de mettre ma santé encore davantage en danger. Mon seul désir est de lutter pour retrouver la vue. Je suis convaincu que si cette cécité prend fin, je pourrai guérir de ma maladie ».*

Ce discours du patient illustre plusieurs enjeux cruciaux liés à la relation soignant-soigné dans l'ajustement au diabète. Tout d'abord, « DE » manifeste une préoccupation centrale liée à la cécité, qu'il identifie comme la conséquence la plus critique de sa maladie. Cela met en lumière la nécessité pour le soignant de reconnaître et d'intégrer cette préoccupation spécifique dans l'accompagnement. Une approche centrée sur les préoccupations du patient peut renforcer la confiance dans la relation, tout en liant les objectifs médicaux à ses priorités personnelles.

« DE » évoque aussi l'importance de suivre rigoureusement les conseils médicaux, tout en laissant entendre une potentielle difficulté à les appliquer. Cela met en lumière comment la

relation qu'elle tisse avec son soignant a fait une influence sur son ajustement à sa condition de maladie, qu'elle comprenait bien les conséquences que le diabète peut l'amener une fois passer outre les orientations des soignants. L'importance de cette relation se remarque aussi chez « IL » dans ses propos quand elle disait : « *nukuri jewe narafashe umuti kandi neza. Je novuga ko uyu muganga Frédéric wo ng'aha yabigizemwo uruhara rukomeye, jewe yaransiguriye ko iyi ngwara ya diabète abeshi bayigendana emwe bakaguma bakomeye mbere neza. Ivyo vyarantumye numva mfata imiti ndayishimiye numva ko ishobora kumfasha ikintu kini. N'ubu je ntangorane mfise yogufata umuti kweri kiretse ndawubuze* ».

Ce qui se traduit par : « *Assurément, j'ai pris le traitement de manière rigoureuse. Je dois dire que le médecin Frédéric a joué un rôle essentiel en m'expliquant que l'on peut vivre sainement malgré cette maladie. Cela m'a donné la conviction que les médicaments que je prends sont réellement bénéfiques pour ma santé. Désormais, je n'éprouve aucune difficulté à suivre mon traitement, sauf en cas d'indisponibilité des médicaments.* »

Les deux discours de ces patients illustrent l'impact central de la relation soignant-soigné dans leur ajustement au diabète. Dans le premier cas, la crainte liée à la cécité souligne une forte motivation à suivre les recommandations médicales bien que cette adhésion repose encore sur l'inquiétude. Dans le second cas, l'accompagnement du médecin Fréderic a permis de transformer la perception de la maladie : grâce à une explication claire et encourageante, le patient a développé une confiance dans son traitement, facilitant son engagement thérapeutique. Ces exemples montrent que l'écoute, l'empathie et l'éducation par le soignant renforcent l'adhésion au traitement et permettent une meilleure gestion psychologique de la maladie.

Rubin souligne bien qu'une relation de qualité entre soignant et patient diabétique a des répercussions positives non seulement sur l'adaptation du patient, mais aussi sur les résultats cliniques, réduisant les complications et améliorant la qualité de vie globale (Rubin & Peyrot, 1992).

Comme cette relation est une relation soignant-soigné, les prestataires des soins jouent un rôle aussi important pour que cette relation soit de bonne qualité. Cela se remarque dans les propos de certaines infirmières avec qui nous nous sommes entretenus. Sur cette relation « JN » disait : « *Akenshi haraho duhora twakira abagwayi biboneka ko bafise amakuru atariyo*

bakura aha na hariya kur iyi ndwara. Aha kwa muganga twebwe turagerageza kubabwira vyinshi bishoboka kandi ico duhora tubona nuko abagerageza gufata nkama ivyo tubabwiye birabafasha mukubana nayo neza. Hari n'abandi uhora usanga kumyaka ibiri canke itatu iyi ndwara iciye ibabangamira bivanye nuko usanga nk'akarorero vyabananiye kugira discipline canke ugasanga yafashe umuti nabinabi. »

Ce qui se traduit : « *Il arrive que nous recevions des patients qui manifestent clairement qu'ils détiennent des informations erronées, souvent issues de diverses sources peu fiables, à propos de cette maladie. Ici, au centre, nous faisons de notre mieux pour leur fournir des explications approfondies et précises. Ce que nous observons, c'est que ceux qui s'efforcent de suivre sérieusement nos recommandations parviennent mieux à faire face à cette maladie. En revanche, nous constatons chez d'autres patients une aggravation de leur état après deux ou trois ans, généralement en raison de difficultés à maintenir une discipline stricte ou de leur manque d'adhésion au traitement.* »

De tels propos se remarquent également chez l'infirmière qui travaille dans le service de Laboratoire. Elle nous affirmait : *« Hari umugwayi dushobora guha ikiganiro ukabona abifata minenerwe. Ariko iyo bigenze uko ivyo turabishira murwandiko duha Docteur agaheza akabikorerako. Ikigaragara nuko iyo umugwayi aje ashaka kumenya vyinshi kuriyo bihora biboneka ko biheza bikamufasha kubana nayo*. »

Ce qui se traduit : *« Il y a un patient que nous pouvons donner l'échange possible et le prend à la légère. Mais, si cette situation se reproduit ainsi, nous communiquons au docteur via un dossier du malade et le docteur travaille sur ce comportement. Ce qui est évident, c'est que lorsque le patient vient avec un esprit de savoir beaucoup de chose sur la maladie, ça se remarque qu'il trouve de facilite d'en faire face*. »

Selon Tremblay, les interactions que le patient tisse avec les professionnels de santé sont également un élément clé dans l'adaptation à une maladie chronique. La qualité de la communication, la prise en compte des aspects émotionnels et la collaboration dans le processus de décision influencent fortement l'expérience du patient et son adhésion aux traitements(Tremblay, 2020). Nous constatons bien que la qualité de la relation soignant-soigné a d'une importance capitale dans l'ajustement du patient à sa maladie.

En analysant bien ces témoignages ci- haut de ces infirmières, nous constatons bien que la position qu'elles prennent devant les patients malades, l'attitude qu'elles adoptent au moment de consultation ou de la prise des paramètres du patient vont influencer d'une certaine manière son ajustement à sa maladie.

Pour clore, le diabète reste une maladie qui hante le monde et exige une implication active de la part du patient malade dans son processus de prise en charge. Au cours de notre travail, nous avons constaté que les patients qui souffrent du diabète, peuvent adopter des différentes stratégies pour faire face à cette maladie. Nous avons constaté que la signification ou les représentations que les patients donnent au diabète influent d'une certaine manière sur leur ajustement. Et les stratégies d'adaptation mobilisées par les patients sont soient internes, externes et diffèrent d'un patient à l'autre.

CONCLUSION GENERALE

Notre travail a été consacré à l'étude des processus psychiques et relationnels d'adaptation au diabète. Nous avons eu comme objectif général d'analyser les processus psychiques et relationnels d'adaptation au diabète. Le travail était subdivisé en deux grandes parties à savoir la partie théorique et méthodologie de la recherche d'une part et d'autre part la présentation des monographies, l'analyse et l'interprétation des résultats. La première partie a concerné le cadre théorique et la méthodologie.

Après avoir introduit l'étude et la justification de notre sujet de recherche, nous avons d'abord défini les concepts clés tels que la maladie chronique, le diabète, coping ou stratégies d'adaptation et santé. Nous avons fait ensuite un aperçu général sur le diabète là où nous avons montré sa sémiologie, son épidémiologie, ses facteurs de risque et ses aspects psychologiques ainsi que les complications qu'engendre la maladie et sa prise en charge. Dans cette section du cadre théorique, nous avons exploré une théorie portant sur l'adaptation psychologique à une maladie chronique somatique. Nous y avons mis en évidence l'influence des impacts psychologiques sur le processus d'ajustement du patient à sa maladie. Nous avons notamment souligné que le choc émotionnel ressenti par le patient peut, d'une certaine manière, affecter son adaptation. Par ailleurs, l'image de soi et la perception qu'il a de sa maladie jouent un rôle déterminant dans le choix des mécanismes d'adaptation qu'il adopte. Ces mécanismes, quant à eux, peuvent être influencés par une reconfiguration de certaines valeurs fondamentales de la vie, telles que l'image corporelle, la relation au temps, une nouvelle perception de l'existence ou encore le rapport à la mort.

En effet, nous avons vu que le diabète est une maladie qui hante le monde en général et qui est difficile à lutter plutôt que les patients essayent de le gérer dans leur quotidien. Nous avons passé à la problématique de notre étude pour susciter son intérêt et sa pertinence. De ce fait, nous avons défini les objectifs de notre recherche. Et dans notre démarche méthodologique, nous avons opté pour une méthode qualitative et la technique d'enquête par l'entretien semi-directif ce qui nous a permis à s'entretenir bien avec 6 cas.

La seconde partie à consister à la présentation des cas, analyse des données et l'interprétions des résultats de la recherche. Et les données ont été analysées à travers les objectifs qu'on s'est fixés au préalable.

Concernant le premier objectif qui vise à explorer la signification du diabète et son influence sur l'adaptation du patient, les résultats ont révélé que les représentations des patients jouent un rôle central dans leur ajustement. Les connaissances préalables, les expériences vécues auprès de proches malades, ainsi que les circonstances du diagnostic influencent fortement leur perception de la maladie. Bien que l'annonce du diagnostic soit souvent vécue comme un choc, l'accompagnement thérapeutique contribue progressivement à un meilleur ajustement. Alors, faisant référence aux résultats trouvés, l'objectif a été atteint.

Quant au second objectif consistant à dégager les stratégies psychiques d'adaptation à la maladie du diabète telles que définies par Lazarus, les patients ont adopté des approches centrées sur le problème, comme la prise de médicaments, le respect du régime alimentaire et la pratique sportive, ainsi que des stratégies centrées sur l'émotion, notamment la prière, qui leur a offert réconfort et motivation. Certains ont aussi recherché un soutien social, bien que cette démarche ait parfois été entravée par la crainte de recevoir des informations erronées. Enfin, certains choisissaient de faire recourt aux différents mécanismes de défense comme l'acceptation et la minimisation de la gravite de la maladie. Bref, le patient malade doit faire recours aux différents stratégies pour s'adapter au diabète d'où l'atteinte de ce deuxième objectif.

S'agissant du troisième objectif qui consiste à explorer le rôle du soutien social et la place des soignants dans l'ajustement du patient, nous avons constaté que ce rôle est un facteur clé dans l'ajustement des patients. La famille d'abord joue un rôle prépondérant, notamment à travers le soutien apporté par les conjoints et les enfants. L'entourage, à travers les témoignages et l'accompagnement, contribue à réduire le sentiment d'isolement des patients. Par ailleurs, une relation de qualité entre soignant et soigné, marquée par un suivi rigoureux et une éducation thérapeutique adaptée, favorise une meilleure gestion de la maladie. Donc, le troisième objectif a été atteint.

A travers les résultats de ces trois objectifs spécifiques, nous déduisons que notre objectif général qui consiste à analyser les processus psychiques et relationnels qui influencent l'adaptation à la maladie du diabétique a été atteint.

Nous reconnaissons que le présent travail n'a pas pu explorer toute les facettes de la problématique du diabète. C'est pour cette raison que nous proposons aux chercheurs

intéressés par cette thématique de nous emboiter le pas et de mener une recherche sur l'étude comparative entre différents types de patients pour mieux comprendre les spécificités des processus d'adaptation en fonction des groupes sociodémographiques, ou bien l'étude sur l'impact des disparités socio-économiques sur l'accès aux soins pour les patients diabétiques et sur leur capacité à s'adapter.

Au terme de notre travail, nous aimerions émettre quelques suggestions en faisant regard aux résultats obtenus.

A la population en général et aux patients diabétiques, nous suggérons de :

- Consulter régulièrement les structures de soins pour évaluer leur état de santé
- Suivre scrupuleusement les conseils du personnel soignant

Aux responsables des structures de soins nous proposons de :

- Intégrer des spécialistes en santé mentale dans la prise en charge des patients diabétiques ;
- Référer les patients dans les structures de soins spécialisées pour certaines maladies en cas de leur suspect.

Au ministère de la sante publique et de la lutte contre le SIDA :

- Organiser des campagnes de dépistage du diabète pour la population en général
- Adopter une politique favorisant l'accès facile aux soins de la maladie du diabète.

BIBLIOGRAPHIE

Aïach, P., & Vernazza-Licht, N. (1996). La santé, usages et enjeux d'une définition . *Prévenir-Cahiers d'étude et de réflexion*, *30*, 248.

Badoux, A. (2000). Facteurs de stress et maladies chroniques. *CNRS- UPRES*, *10*(5), 345-51.

Aktouf, O. (1992). *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations*. Presses de l'Université du Québec.

Al-Salameh, A., Tramunt, B., & Rouland, A. (2023). Influence du tabagisme sur la mortalité et les complications chez le sujet diabétique, dans *Médecine des Maladies Métaboliques*, *17*(2), 117-124.

Angrosino, M. (2007). *Doing ethnographic and observational research*. London : Sage.

A.D.A (2014). Diagnosis and classification of diabetes mellitus. *Diabetes care*, *37*(Supplement_1), S81-S90.

Arakaza, A. (2017). *Vecu psychoaffectif de la femme dont le mari souffre d'un cancer.* Bujumbura: UB.

Atkinson, M. A., Eisenbarth, G. S., & Michels, A. W. (2014). Type 1 diabetes. *The lancet*, *383*(9911), 69-82.

Balint, M. (1955). The doctor, his patient, and the illness. *The Lancet*, *265*(6866), 683-688.

Bauman, C. (2010). Maladies chroniques et qualite de vie: enjeux, definition et mesure. *13*, 53.

Bougherara, L., & al. (2017). Diabète gestationnel. *EMC-Obstétrique/Gynécologie*, *30*, 2-11.

Blanc, N. (2006). *Le concept de representation en psychologie.* Rennes*:* In press editions.

Bruchon-Schweitzer, M., & Boujut, E. (2021). *Psychologie de la santé-2e éd : Concepts, méthodes et modèles.* Paris : Dunod.

Buse, J. B. (2011). Prévention et traitement des complications du diabète. In *Médecine interne de Netter* (p. 327-333). Elsevier.

Campion, M. A., & al. (1997). A review of structure in the selection interview. Personnel Psychology, 50(3), 655-702.

Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique*. Paris : PUF

Carver, C. S., & al. (1989). Assessing coping strategies : A theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology, 56*(2), 267.

Charmaz, K. (1983). Loss of self : A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of health & illness, 5*(2), 168-195.

Charmaz, K. (1995). The Body, Identity, and Self : Adapting To Impairment. *The Sociological Quarterly, 36*(4), 657-680.

Colas, C. (2014). Les enjeux de l'annonce diagnostique en diabétologie. *Médecine des maladies Métaboliques, 8*(6), 636-638.

Coppola, A., & al. (2016). The role of patient education in the prevention and management of type 2 diabetes : An overview. *Endocrine, 53*(1), 18-27.

Corbin, J. M., & Strauss, A. (1988). *Unending work and care : Managing chronic illness at home.* Francisco : Jossey-bass.

Damoune, I., & al. (2014). P51 Facteurs de risque du diabète gestationnel à propos de 100 cas. *Diabetes Metab, 40,* A42.

Delage, M., & al. (2017). Les mécanismes d'adaptation et la résilience chez les patients et leur entourage. *Carrefour des psychothérapies*, 117-138.

Dérot, M. (1977). *Précis de diabétologie*. Paris : Masson.

Diel, P. (1956). *La peur et l'angoisse : Phénomène central de la vie et de son évolution*. Paris : Payot.

Diop, S. N., & Diédhiou, D. (2015). Le diabète sucré en Afrique sub-saharienne : Aspects épidémiologiques et socioéconomiques. *Médecine des maladies Métaboliques*, *9*(2), 123-129.

Drabo, Y. J., & al. (1996). Complications du diabète sucré. *Bull. Soc. Path. Ex*, *89*, 191-195.

Drouin, A. (1999). Diagnostic et classification du diabete sucre. Les nouveaux criteres. *Diabetes et Metabolism*, 72-83.

Dubos, R. (1979). Adapting man adapting : Curing, helping, consoling. *The Yale Journal of Biology and Medicine*, *52*(2), 211.

Dumez, H. (2016). *Méthodologie de la recherche qualitative : Les questions clés de la démarche compréhensive*. Paris : Vuibert.

Ekoé, J. M., & al. (2008). *The epidemiology of diabetes mellitus*. England : John Wiley & Sons.

Fardel, M. D. (1869). *Traité clinique et thérapeutique du diabète*. Paris : Asselin.

Fischer, G.-N. (2005). *Traité de psychologie de la santé*. Paris : Dunod.

Fisher, L., & Weihs, K. L. (2000). Can addressing family relationships improve outcomes in chronic disease? *Journal of Family Practice*, *49*(6).

Franc, C. (2013). Le diabete-Des chiffres alarmants. *medecine/Sciences*, 711-714.

Frankl, V. E. (1985). *Man's search for meaning*. New York:Simon and Schuster.

Gagliardino, J. J., & al. (2013). Type 2 diabetes patients educated by other patients perform at least as well as patients trained by professionals. *Diabetes/metabolism research and reviews*, *29*(2), 152-160.

Galibois, I. (2005). *Le diabète de type 1 et ses défis alimentaires quotidiens*. Quebec: Presses Université Laval.

Gallant, M. P. (2003). The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management : A Review and Directions for Research. *Health Education & Behavior*, *30*(2), 170-195.

Geerlings, S. E., & Hoepelman, A. I. (1999). Immune dysfunction in patients with diabetes mellitus (DM). *FEMS Immunology & Medical Microbiology*, *26*(3-4), 259-265.

Grebot, E., & al. (2006). Styles défensifs et stratégies d'ajustement ou coping en situation stressante. *L'encéphale*, *32*(3), 315-324.

Grimaldi, A. (2006). La maladie chronique. *Sève*, *4*, 45-51.

Grimaldi, A. (2009). *Traité de diabétologie*. Paris: Flammarion.

Gross, J. J. (2002). Emotion regulation : Affective, cognitive, and social consequences. *Psychophysiology*, *39*(3), 281-291.

Gueguen, N. (2007). *Methodologie en psychologie.* Paris: Dunod.

Hochberg, G., & al. (2009). P132 diabasis : Perception et vécu du diabète de type 2 par les patients eux-mêmes en France. *Diabetes & Metabolism*, *35*, A59.

Ingabire. (2017). *Vecu psychoaffectif d'un diabete ampute.* Bujumbura: UB.

Jaffiol, C. (2011). Le diabète sucré en Afrique : Un enjeu de santé publique. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, *195*(6), 1239-1254.

Jovanovic, L. (2004). Achieving Euglycaemia in Women with Gestational Diabetes Mellitus : Current Options for Screening, Diagnosis and Treatment. *Drugs*, *64*(13), 1401-1417.

Kübler-Ross, E. (1973). *On death and dying*. New York : Routledge.

Laconi, S., & al. (2015). Relation entre mécanismes de défense et alliance thérapeutique. *L'Encéphale*, *41*(5), 429-434.

Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (Vol. 464). New York : Springer.

Le Maux, B. (2007). Le choix de l'échantillon. *Statistiques, Logiciels et Enquêtes. Université de Rennes, 1*.

Lecordier, D. (2016). Réinterroger le concept de «maladie chronique» : Entre conception de la personne et norme sociale. *Recherches en soins infirmiers, 2*, 5-5.

Lotfi, Z., & al. (2017). Le surpoids, l'obésité et le contrôle glycémique chez les diabétiques du centre de référence provincial de diabète (CRD), Kénitra, Maroc. *The Pan African Medical Journal, 27*, 189.

Lovallo, W. R. (2015). *Stress and Health: Biological and psychological interactions.* Thousand oanks: SAGE publications,Inc.

Marchard, F. (1978). *Le psychologue et la santé.* Toulouse: Edouard Privat, Editeur.

Marmot, M., & Wilkinson, R. (2005a). *Social determinants of Heath*. Oxford : Oup Oxford.

Meillet, L., & al. (2013). Prise en charge du diabète de type 2 : L'éducation thérapeutique. *La Presse Médicale, 42*(5), 880-885.

Michel Delage, A. L. (2017). Les mecanismes d'adaptation et le resilience chez les patients et leur entourage. 117-138.

Miles, M. B., & Huberman, A. M. (2003). *Analyse des données qualitatives.* Bruxelles : De Boeck Supérieur.

MSPLS. (2019). *Directives nationales pour l'integration de soins de santé mentale dans le systeme de santé au Burundi*. Bujumbura.

Morin, M. (2002). Naissance et développements de la psychologie de la santé. *Sciences sociales et santé, 20*(4), 129-140.

Moutschen, M. (2005). Anomalies des cellules de l'immunité naturelle et risque infectieux chez le patient diabétique. *Revue médicale de Liège, 60*(5-6, May-Jun).

Mucchielli, R. (1975). *L'entretien de face à face dans la relation d'aide.* Paris: ESF

Mucchielli, A. (2009). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines*. Paris : Armand Colin.

Mucchielli, R. (1996). *L'observation psychologique et psychosociologique*. Paris : ESF éditeur.

Ogurtsova, K., & al. (2022). IDF diabetes Atlas : Global estimates of undiagnosed diabetes in adults for 2021. *Diabetes research and clinical practice, 183*, 109118.

Oluchina, S., & Karanja, S. (2022). Barriers to diabetes self-management in primary care settings–Patient perspectives : Phenomenological design. *International Journal of Africa Nursing Sciences, 17*, 100465.

O.M.S. (2016). *Rapport mondial sur le diabète*. Genève: Bibliothèque de l'OMS.

O.M.S. (2024). *Global status Report on Noncommunicable Diseases.* Geneve: Organisation mondiale de la sante. Récupéré sur Global status Report on Noncommunicable Diseases2024

Papatheodorou, K., & al. (2018). Complications of diabetes 2017. *Journal of diabetes research, 2018*.

Pargament, K. I. (2001). *The psychology of religion and coping : Theory, research, practice*. New York : Guildford press.

Paulhan, I. (1992). Le concept de coping. *L'année psychologique, 92*(4), 545-557.

Peyrot, M., & al. (2005). Psychosocial problems and barriers to improved diabetes management : Results of the Cross-National Diabetes Attitudes, Wishes and Needs (DAWN) Study. *Diabetic Medicine, 22*(10), 1379-1385.

Pillon, F., & al. (2014). Le traitement médicamenteux du diabète de type 2. *Actualités pharmaceutiques, 53*(541), 23-28.

Plante, C. (2002). *Relation entre le Modèle de croyances relatives à la santé, le Sentiment d'efficacité personnelle, l'Attribution causale de la maladie et l'observance aux auto-soins diabétiques.* Ottawa: National Library of Canada.

Pradines, C. A. (2010). Maladies chroniques et qualite de vie "sociale". *Actualite et dossier en sante publique*, 22-25.

Raccah, D. (2004). Epidémiologie et physiopathologie des complications dégénératives du diabète sucré. *EMC-Endocrinologie*, *1*(1), 29-42.

Raharinavalona, S. A., & al. (2020). Prévalences du syndrome métabolique et des facteurs de risque cardiovasculaire chez les diabétiques de type 2 vus au service d'endocrinologie, Antananarivo. *The Pan African Medical Journal*, *36*, 67.

Reach, G. (2014). Une consultation d'annonce dans le diabète de type 2? *Médecine des maladies Métaboliques*, *8*(3), 335-339.

Reach, G., & Halimi, S. (2013). Avoir un diabète et l'aide des autres : Les données de DAWN2^{TM} France. *Médecine des maladies Métaboliques*, *7*, S39-S45.

Ronald Goldenberg, Z. P. (2013). Definition,classification et diagnostic du diabete et du syndrome métabolique. *Canadian journal of Diabetes*, 369-372.

Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus External control of Reinforcement. *Psychological Monographs*, *80*.

Rubin, R. R., & Peyrot, M. (1992). Psychosocial problems and interventions in diabetes : A review of the literature. In *Diabetes care*, *15*(11), 1640-1657.

Sabimbona. (2013). *Evaluation de l'éducation thérapeutique des diabétiques suivis au CELUCODIA*. Bujumbura: UB

Said, G. (2009). Les neuropathies diabétiques. *Neurologie. com*, *1*(2), 40-44.

Sapir, M. (1986). *Nous sommes tous des psychosomatiques*. Paris: Dunod.

Scheen, A., & Van Gaal, L. F. (2005). Le diabete de type 2 au coeur du syndrome metabolique : Plaidoyer pour une prise en charge globale. *Revue Médicale de Liège, 60*(5-6).

Schepens, F., & Christophe, S. (2022). Le façonnement de l'autonomie entre soignants, malades et proches dans les suivis d'enfants et jeunes adultes atteints de diabète de type 1. *Recherches familiales, 19*(1), 85-96.

Schlienger, J. L., & al. (2019). Facteurs de risque et maladies chroniques : Le diabète en exemple. *Médecine des Maladies Métaboliques, 13*(1), 9-20.

Schwarzer, R., & Knoll, N. (2007). Functional roles of social support within the stress and coping process : A theoretical and empirical overview. *International Journal of Psychology, 42*(4), 243-252.

Halimi, G. (2013). Avoir un diabete et l'aide des autres:les donnees de DAWN2 TM. *Medecine des maladies metaboliques,* 39-45.

Diop, S.N. (2015). Le diabète sucré en Afrique sub-saharienne : aspects épidémiologiques et socioéconomiques. *Medecines des maladies metaboliques,* 123-129.

Song, Y., & al. (2017). The Impact of Social Support on Self-care of Patients With Diabetes : What Is the Effect of Diabetes Type? Systematic Review and Meta-analysis. *The Diabetes Educator, 43*(4), 396-412.

Sontang, S. (1978). *illness as metaphor.* New-York: Farrer, strauss and Giroux.

Steinsbekk, A., & al. (2012). Group based diabetes self-management education compared to routine treatment for people with type 2 diabetes mellitus. A systematic review with meta-analysis. *BMC Health Services Research, 12*(1), 213.

Sultan, A., & Bauduceau, B. (2020). Risque infectieux au cours du diabète : Parlons-en! *Médecine Des Maladies Métaboliques, 14*(1), 13-20.

Taylor, S. E. (2006). Tend and Befriend : Biobehavioral Bases of Affiliation Under Stress. *Current Directions in Psychological Science, 15*(6), 273-277.

Tenoutasse, S., Mouraux, T., & Dorchy, H. (2010). L'acidocétose diabétique : Diagnostic, prise en charge, prévention. *Rev Med Brux*, *31*, 71-76.

Tremblay, I. (2020). *Le processus d'adaptation à la maladie chronique : Une perspective axée sur le modèle de l'occupation humaine* [PhD Thesis, Université du Québec à Trois-Rivières].

Tsigos, L. K. (2007). Stress mecanisms and metabolic complications. *Hormones (Athens), 8* (1), 7-15.

Vambergue, A. (2012). Le diabète gestationnel. *Médecine des maladies Métaboliques*, *6*(4), 271-278.

Weiner, B. (1985). An attributional theory of achievement motivation and emotion. *Psychological review*, *92*(4), 548.

WHO, G. S. (2014). *Global status report on noncommunicable diseases 2010*.

Yalom, I. D. (2008). Staring at the sun : Overcoming the terror of death. *The Humanistic Psychologist*, *36*(3-4), 283-297.

ANNEXES

ANNEXE1: ISHIMIKIRO RY'IKIYAGO

1. UMWIDONDORO

Izina Arubatse canke ntiyubatse

Imyaka Ubwoko bw'indwara y'igisukari agaendana

Akazi akora Igihe amaranye indwara

2. IKIYAGO NYEZINA

INGIGO MFATIRO	INTAMBUKO Z'IKIYAGO
Insiguro aha ingwara y'igisukari nuko bimufasha muguhangana nayo	-ubumenye yarayifiseko imbere yo kuyimupima - Uko vyagenze mukuyimupima nuko vyafashije mw'ihangana nayo - Uko yifashe bamubwiye ko agwaye igisukari - Uko kubona uruhara mw'igwara ry'iwe canke akarubona kubandi nuko bifasha muguhangana n'ingwara
Uburyo umugwayi yakoresheje muguhangana n'ingwara	-uburyo bushingiye kukibazo nyamukuru ariyo ngwara - Uburyo bushingiye mukurondera ubufasha -Uburyo bushingiye kubigumbagumba vy'umugwayi - Uburyo bwo kwikingira
Uruhara rw'ubufasha bwo hanze n'ikibanza c'abaganga mw'ihangana ry'umugwayi	- Uruhara rw'umuryango - Uruhara rw'ikibano - Ubwiza bw'imigenderanire hagati ya muganga n'umugwayi

ANNEXE2 : GUIDE D'ENTRETIEN

1. Identification

Nom Type de diabète

Age Durée de vie avec la maladie

Statut professionnel Etat civil

2. L'entretien proprement dit

Thèmes	Sous thèmes
Signification du diabète et son influence sur l'adaptation du patient	-Connaissance du patient sur le diabète avant son diagnostic -Les circonstances du diagnostic de la maladie et l'ajustement du patient -Réactions à l'annonce du diagnostic du diabète -Impacts des attributions causales sur l'ajustement du patient au diabète
Les stratégies psychiques d'adaptations au diabète	-Les stratégies de coping : Coping centre sur le problème, coping centre sur la recherche du soutien social et le coping centre sur l'émotion -Les mécanismes de défense
Le rôle du soutien social et la place des soignants dans l'ajustement du patient diabétique	-Rôle de la famille -Rôle de l'entourage -Qualité de la relation soignant-soigné