



Perception du diabète, son annonce, sa prise en charge et estime de soi : point de vue des patients diabétiques suivi au CHU Sylvanus Olympio de Lomé

Perception of diabetes, its announcement, its management and self-esteem: the point of view of diabetic patients followed at the Sylvanus Olympio University Hospital in Lomé

Tchamdja T¹, Djalogue L¹, Koutchakpo AMCI², Kodjo K², Tambourou E³, Mossi KE², M'bortché BK², Balaka A²

1.Service de Médecine Interne, CHU Kara, Université de Kara, Togo

2.Service de Médecine Interne, CHU de Lomé, Université de Lomé, Togo

3.Service de Psychologie médicale, CHU de Lomé, Togo

Auteur correspondant : Dr Toyi TCHAMDJA / E-mail : ttpault234@gmail.com

Résumé

Introduction : Le diabète sucré est une maladie qui est à l'origine de nombreuses complications somatiques et psychologiques. Il est vécu et perçu de diverses manières par les patients. L'objectif de la présente étude était de décrire la perception du diabète chez les sujets diabétiques au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé au Togo.

Méthode : Etude transversale menée du 6 juillet 2021 au 9 octobre 2021, incluant les patients diabétiques reçus en consultation de diabétologie au service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé. Nous avons étudié les caractéristiques sociodémographiques, le vécu à l'annonce, le vécu au quotidien, la perception à l'annonce, la perception de la prise en charge et évalué l'estime de soi des enquêtés.

Résultats : Au total, 153 patients ont été recensés. L'âge moyen était de $54,5 \pm 11,78$ ans avec des extrêmes de 10 et 84 ans. La tranche d'âge la plus représentée était celle de [55 - 70 ans] avec 46,6% des cas. La prédominance était féminine avec 93 femmes (60,8%) soit un sex-ratio H/F=0,64. Trois quart des patients (75,30%) étaient mariés et 33,3% étaient des fonctionnaires.

La durée d'évolution médiane du diabète était de 6 ans. Le diabète de type 2 était le plus représenté (88,9%). Un mauvais équilibre du diabète était noté chez 79,16% des patients comme en témoignait l'élévation de l'hémoglobine glyquée. La neuropathie diabétique était la complication chronique la plus retrouvée (25,5%).

Le diabète était perçu comme étant une maladie grave par environ 50% des enquêtés à l'annonce. La connaissance sur le diabète était les complications (17%). La décision thérapeutique prise à l'annonce du diabète était celle de la prise des antidiabétiques oraux chez 119 patients. Parmi les enquêtés, 54,2% jugeaient leur qualité de vie moins bonne par rapport à celle des non diabétiques. Un tiers des patients (33,3%) avaient une faible estime de soi.

Conclusion : La connaissance du vécu et de la perception du diabète est indispensable à l'établissement d'un schéma personnalisé d'éducation thérapeutique.

Mots-clés : Diabète - perception - qualité de vie - Lomé (Togo).

Summary

Introduction: Diabetes mellitus is a disease that causes numerous somatic and psychological complications. It is experienced and perceived in different ways by patients. The aim of this study was to describe the perception of diabetes among diabetic patients at the Sylvanus Olympio University Hospital Centre in Lomé, Togo.

Method: A cross-sectional study was conducted from July 6th 2021 to October 9th 2021, including diabetic patients seen in the diabetes clinic of the internal medicine department at the Sylvanus Olympio University Hospital Center in Lomé. We studied the sociodemographic characteristics, experience at diagnosis, daily experiences, perceptions at diagnosis, perceptions of care, and assessed the self-esteem of the respondents.

Results: A total of 153 patients were identified. The average age was 54.5 ± 11.78 years, with extremes of 10 and 84 years. The most represented age group was [55-70 years] with 46.6% of cases. Women predominated, with 93 women (60.8%), giving a male/female ratio of 0.64. Three-quarters of patients (75.30%) were married and 33.3% were civil servants. The median duration of diabetes was 6 years. Type 2 diabetes was the most common (88.9%) Poor diabetes control was noted in 79.16% of patients, as evidenced by elevated glycated haemoglobin levels. Diabetic neuropathy was the most common chronic complication (25.5%). Diabetes was perceived as a serious disease by approximately 50% of respondents at the time of diagnosis. Knowledge about diabetes was limited to complications (17%). The treatment decision made upon diagnosis of diabetes was to take oral antidiabetic drugs in 119 patients. Among those surveyed, 54.2% considered their quality of life to be poorer than that of non-diabetics. One-third of patients (33.3%) had low self-esteem.

Conclusion: Knowledge of the experience and perception of diabetes is essential for establishing a custom therapeutic education program.

Keywords: Diabetes - perception - quality of life - Lome (Togo).



Introduction

Le diabète est une maladie métabolique chronique caractérisée par une hyperglycémie à jeun supérieure à 1,26 g/l à 2 reprises, ou une glycémie supérieure à 2g/l à tout moment dans la journée ou une hémoglobine glyquée supérieure ou égale à 6,5% [1]. Le diabète est une pandémie, un problème majeur de santé publique à l'échelle mondiale en raison de sa morbi-mortalité importante et des dépenses liées à sa prise en charge avec une altération de la qualité de [2]. En effet, l'Afrique connaît un accroissement rapide de la prévalence du diabète. Selon les dernières estimations de la Fédération Internationale du Diabète (IDF), le nombre de diabétiques en Afrique va presque tripler entre 2017 et 2045, passant de 16 millions à 41 millions [3]. Cette évolution est en rapport avec les changements de notre style de vie favorisés en grande partie par l'urbanisation dans nos pays en voie de développement [4]. Les pays de l'Afrique subsaharienne ne sont pas épargnés par cette ascension fulgurante de l'incidence du diabète au sein de leur population. En effet, au Bénin, la prévalence du diabète était estimée à 1,1% en 2001 [5], ce taux est passé à 2,6% en 2008 puis à 12,4% en 2015 avec un taux de mortalité de 2% [6]. Au Togo, l'enquête STEPS réalisée en 2010 notait une prévalence du diabète à 2,6% [7]. La prise en charge repose sur l'éducation thérapeutique reposant en grande partie sur une l'observance thérapeutique. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), l'observance thérapeutique permet une optimisation du traitement et l'atteinte des objectifs thérapeutiques [8]. La bonne observance thérapeutique nécessite dans un premier temps une bonne annonce de la maladie qui expose le patient à un double apprentissage portant sur l'autogestion de sa pathologie et de son traitement. La perception de la maladie par le patient diabétique n'est pas souvent prise en compte alors qu'elle doit servir de base pour l'éducation thérapeutique et occupe ainsi une place importante dans la prise en charge de la maladie [9]. Dans la littérature, de nombreuses études ont été menées sur le diabète et ces complications mais peu ont décrit le vécu et la perception du diabète en Afrique notamment au Togo à notre connaissance. C'est ainsi que ce travail a été mené avec pour objectif principal de décrire la perception du diabète chez les patients diabétiques au CHU Sylvanus Olympio de Lomé au Togo depuis l'annonce de la maladie, sa prise en charge et l'évaluation de l'estime de soi.

Matériel et méthode

Il s'agissait d'une étude transversale à visée descriptive menée du 6 juillet 2021 au 9 octobre 2021 dans le service de médecine interne du Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU-SO) de Lomé.

La population d'étude était constituée de patients diabétiques venus en consultation de diabétologie dans ledit service. Ont été inclus dans l'étude :

- Les patients diabétiques connus âgés d'au moins 10 ans et mis sous traitement depuis au moins 3 mois ;
- Les patients diabétiques présents au moment de l'enquête et ayant donné leur consentement pour participer à l'étude ;
- Les patients diabétiques mineurs pour qui les parents ou le tuteur a donné un consentement.

N'ont pas été inclus :

- Les patients diabétiques incapables de répondre au questionnaire (aphasique, ayant un trouble cognitif) ;
- Les patients diabétiques non coopérants, refusant de participer à l'entretien.

La taille de notre échantillon a été calculée à partir de la formule de Schwartz [10] suivante :

$$n = \frac{(U\alpha)^2 * (pq)}{i^2} \text{ avec :}$$

- ✓ p : Prévalence du diabète au sein de la population togolaise en 2010 était de 2,6%.
- ✓ $p = 2,6$
- ✓ n = taille de l'échantillon,
- ✓ $U\alpha = 1,96$ qui est l'écart-réduit pour un risque d'erreur $\alpha = 5\%$,
- ✓ $q = 100 - p$,
- ✓ $i = 2,6\%$ (précision désirée).

$$n = \frac{(1,96)^2 * (2,6 * 97,4)}{(2,6)^2}$$

$$n = 143,91 \text{ soit } 144 \text{ diabétiques}$$

Nous avons fait une majoration de 5%, la taille de l'échantillon après majoration était de 151 sujets diabétiques minimum à enquêter.

L'échantillonnage a été exhaustif. En effet, tous les patients durant la période d'étude, remplissant les critères d'inclusion, capables de répondre au questionnaire et ayant donné leur consentement pour participer à l'entretien ont été pris en compte.

Les variables étudiées étaient :

- ❖ **Caractéristiques socio démographiques :** âge ; sexe ; profession ; situation matrimoniale ; niveau d'instruction ; religion



- ❖ **Données cliniques du diabète :** durée d'évolution du diabète ; type de diabète ; nombre de sujets ayant réalisé l'HbA1c, nombre de sujets ayant un HbA1c supérieur ou égale à 7 ; complications chroniques du diabète ; traitement actuel du diabète ; hospitalisation antérieure pour une complication du diabète.
- ❖ **Perception du patient diabétique :** perception et connaissances antérieures sur le diabète avant l'annonce ; perception de la qualité de vie par rapport à un non diabétique ; perception de la prise en charge du diabète (professionnel de santé ayant annoncé le diabète, souhaits de l'enquêté pour amélioration de l'annonce, décision thérapeutique prise à l'annonce du diabète, premiers médicaments pris pour le diabète, avoir donné son avis sur le choix du traitement, participation à un programme d'éducation thérapeutique, ce qui aiderait à mieux vivre avec le diabète, ce qui a aidé, ce qui manque pour mieux vivre avec le diabète)
- ❖ **Evaluation de l'estime de soi :** très faible, faible, moyenne, forte, très forte

Les outils de collecte ayant servi à la collecte des données étaient un guide d'entretien individuel adressé aux sujets enquêtés et les carnets médicaux des patients.

La technique de collecte utilisée était un entretien entre le médecin et le patient au cours de la consultation à l'aide d'un questionnaire composé de questions semi-fermées et ouvertes.

Le traitement et l'analyse ont été faits grâce aux logiciels Epi Info 7.1.1. ; Microsoft Word et Excel version 2019.

Nous avons défini le/la :

- ❖ **Perception :** comme l'idée, la compréhension que l'on se fait d'une chose. La perception dans ce travail concerne l'idée et la compréhension des enquêtés sur le diabète et sa prise en charge.
- ❖ **Profession :** comme activité principale rémunérée ou non.
- ❖ **Situation matrimoniale :** marié, célibataire, veuf, divorcé, en couple ou séparé
- ❖ **Niveau d'instruction :** Niveau d'étude actuel ou atteint par le sujet
- ❖ **Moral :** Le moral peut être défini par un état d'esprit dominé par des émotions négatives par exemple la colère, la tristesse.

- ❖ **Qualité de vie :** définie par l'OMS comme la perception qu'à un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. Elle peut être perçue comme :
 - Bonne : qualité de vie meilleure à celle des non diabétiques
 - Moins bonne qualité de vie des non diabétiques meilleure à la leur
 - Identique : aucune différence entre leur qualité de vie et celles des non diabétiques
- ❖ **Observance thérapeutique :** concordance entre le comportement du patient et les consignes des médecins sur le respect des prises médicamenteuses et des mesures hygiéno-diététiques.
- ❖ **Estime de soi :** Jugement que l'on se fait soit même de sa valeur personnelle. L'échelle de Rosenberg [11] a été utilisée dans notre étude pour évaluer l'estime de soi chez nos enquêtés.

Echelle de Rosenberg sous forme de tableau à la fin de l'article

1= Tout à fait en accord 2= Plutôt en désaccord 3= Plutôt en accord 4= Tout à fait en accord.

1. Je pense que je suis une personne de valeur, au moins égale à n'importe qui d'autre. 1/2/3/4 ;
2. Je pense que je possède un certain nombre de belles qualités. 1/2/3/4 ;
3. Tout bien considéré, je suis porté à me considérer comme une personne ratée. 1/2/3/4 ;
4. Je suis capable de faire les choses aussi bien que la majorité des gens. 1/2/3/4 ;
5. Je sens peu de raisons d'être fière de moi. 1/2/3/4 ;
6. J'ai une attitude positive vis-à-vis de moi-même. 1/2/3/4 ;
7. Dans l'ensemble, je suis satisfait(e) de moi. 1/2/3/4 ;
8. J'aimerais avoir plus de respect pour moi-même. 1/2/3/4 ;
9. Parfois je me sens vraiment inutile. 1/2/3/4 ;
10. Il m'arrive de penser que je suis un bon à rien. 1/2/3/4.

Pour évaluer l'estime de soi, nous avons additionné les scores aux questions 1, 2, 4, 6,7 et pour les questions 3, 5, 8, 9,10 la cotation a été inversée selon les grilles de cotation de l'échelle. Nous



avons fait le total des scores et obtenu un score entre 10 et 40.

- Estime de soi **très faible** : score inférieur à 25
- Estime de soi **faible** : score entre 25 et 30
- Estime de soi **moyenne** : score entre 31 et 34
- Estime de soi **forte** : score entre 35 et 39
- Estime de soi **très forte** : score supérieur à 39.

Résultats

Données sociodémographiques

Au total, 153 sujets ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen des patients était de $54,50 \pm 11,78$ ans avec des extrêmes de 10 et 84 ans. Près de la moitié des patients (46,4%) était âgée entre [55-70 ans]. La prédominance était féminine (60,8%) soit un sex-ratio (H/F) de 0,64. Concernant la profession, les fonctionnaires et les commerçants représentaient respectivement 33,3% et 27,4% des patients. Plus des 3/4 des patients (75,3%) étaient mariés. Soixante-huit patients (42,5%) étaient scolarisés jusqu'au niveau secondaire et 24,8% le niveau supérieur. La religion chrétienne prédominait (81,7%) chez nos patients.

Données cliniques du diabète

Parmi les 153 enquêtés, 145 avaient connaissance de l'ancienneté de leur maladie. La durée d'évolution médiane du diabète était de 6 ans, avec des extrêmes de 3 mois et 44 ans. La durée d'évolution du diabète était de 1 à 5 ans chez 40,7% des patients. Le diabète était de type 2 dans 88,9% des cas.

Le dosage de l'HbA1C était réalisé chez 120 patients. L'HbA1c était supérieur ou égal à 7% dans 79,16% des cas. La valeur moyenne de l'HbA1c était de $9,18 \pm 2,72\%$. Les principales complications chroniques retrouvées chez nos patients étaient les neuropathies (25,5%), l'AVC (17%) et la rétinopathie (16,3%).

Plus de la moitié (59,5%) des patients étaient sous antidiabétiques oraux seuls et vingt-neuf (18,9%) sous insuline seule.

Perception du diabète en général avant l'annonce

Professionnel ayant annoncé le diabète au début

L'annonce du diabète a été faite par les médecins généralistes dans 45,7% des cas, suivi des médecins diabétologues dans 18,3% des cas (**Tableau I**).

Tableau I : Répartition des enquêtés selon les professionnels de santé ayant fait l'annonce du diabète

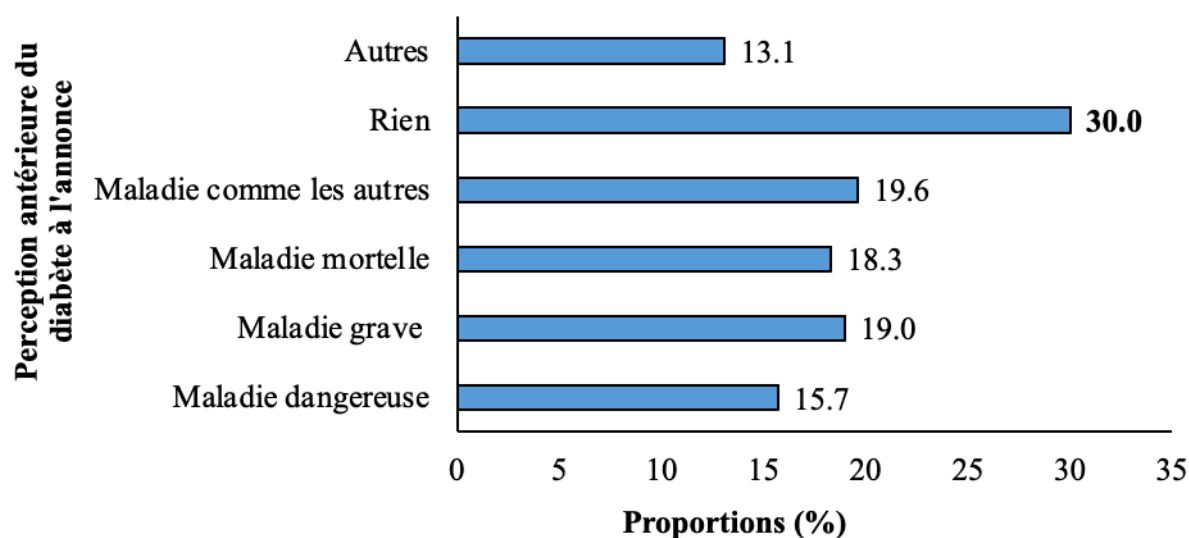
	Effectifs	Proportions
Médecin généraliste	70	45,7
Médecin diabétologue	28	18,3
Infirmier	21	13,7
Assistant médical	17	11,1
Médecin Interniste	13	8,5
Cardiologue	2	1,3
Neurologue	1	0,7
Association du diabète	1	0,7

Connaissance antérieure du diabète

Près de la moitié des patients (49%) n'avaient aucune connaissance sur le diabète avant l'annonce et 26 (17%) savaient que le diabète pouvait être responsable de nombreuses complications notamment les complications podologiques (73,1%) et oculaires (26,1%).

Perception antérieure du diabète avant l'annonce

Parmi les enquêtés, 46 (30,0%) n'avaient aucune perception antérieure du diabète avant l'annonce, 26 enquêtés (19%) considéraient le diabète comme étant une maladie grave (**Figure 1**).



Autres : « Maladie des riches » ; « Maladie spirituelle liée aux attaques spirituelles » ; « Maladie qui fait beaucoup dépenser » ; « Maladie pire que le SIDA » ; « Maladie qui accompagne souvent l'hypertension ».

Figure 1 : Répartition des enquêtés selon la perception antérieure sur le diabète avant l'annonce.

Perception de la prise en charge thérapeutique
Décision thérapeutique prise à l'annonce du diabète

La décision thérapeutique prise à l'annonce du diabète était celle de la prise des antidiabétiques oraux chez 119 patients (77,8%) (**Tableau II**).

Tableau II : Répartition des enquêtés selon la décision thérapeutique prise à l'annonce du diabète

Traitement proposé	Effectif	Proportion
Antidiabétiques oraux (ADO)	119	77,8
Insulinothérapie	38	24,8
Régime alimentaire	24	15,7
Activités physiques	14	9,2

Premiers médicaments pris pour le diabète

Parmi les 153 enquêtés, 138 ont répondu à cette question. Il s'agissait d'une monothérapie à base de

biguanide à 34% des cas, suivie d'une bithérapie (biguanide + sulfamide hypoglycémiant) dans 23,9% des cas (**Tableau III**).

Tableau III : Répartition des enquêtés selon les premiers médicaments pris

Traitement pris	Effectif	Proportion
Biguanide	47	34
Sulfamide hypoglycémiant	24	17,4
Biguanide + Sulfamide hypoglycémiant	33	23,9
Insulinothérapie	20	14,5
Insulinothérapie + ADO (monothérapie)	7	5
Insulinothérapie + Biguanide	6	4,3
Insulinothérapie + Sulfamide hypoglycémiant	1	0,7
Insulinothérapie + ADO (bithérapie)	5	3,6
Biguanide + Sulfamide hypoglycémiant	5	3,6

ADO : Antidiabétiques oraux

Participation à un programme d'éducation thérapeutique

Sur les 153 enquêtés, 112 (73,2%) n'avaient jamais participé à un programme d'éducation thérapeutique sur le diabète. Quarante et un enquêtés (26,79) avaient déjà eu à participer à un programme d'éducation thérapeutique dans le cadre d'une association de diabétiques.

Facteurs d'adhésion et de compliance au traitement

Les facteurs d'adhésion pouvant aider au succès de la prise en charge étaient selon les enquêtés l'observance thérapeutique (53,5%) et le soutien financier à 34,7% avaient été cités (**Tableau IV**).



Tableau IV : Répartition des enquêtés selon ce qui les aiderait à mieux vivre avec le diabète

	Effectif	Proportion
Observance thérapeutique	77	53,5
Soutien financier	50	34,7
Assurance maladie	24	16,7
Suivi psychologique	20	13,9
Autres	13	9
Alimentation saine et équilibrée	10	6,9
Activité physique régulière	6	4,1
Acceptation de la maladie	5	3,5
Séance d'éducation thérapeutique	4	2,8

Autres : « La grâce de Dieu », « Réduire le poids », « Guérir de la néphropathie diabétique », « trouver un traitement définitif », « Connaitre ses limites », « arrêt injection d'insuline », « avoir une vie épanouie », « bonne aptitude physique au travail », « prendre soin de soi », « la prière ».

Perception de la qualité de vie

Parmi les enquêtés, 83 (54,2%) jugeaient leur qualité de vie moins bonne par rapport à celle des non diabétiques (Figure 2).

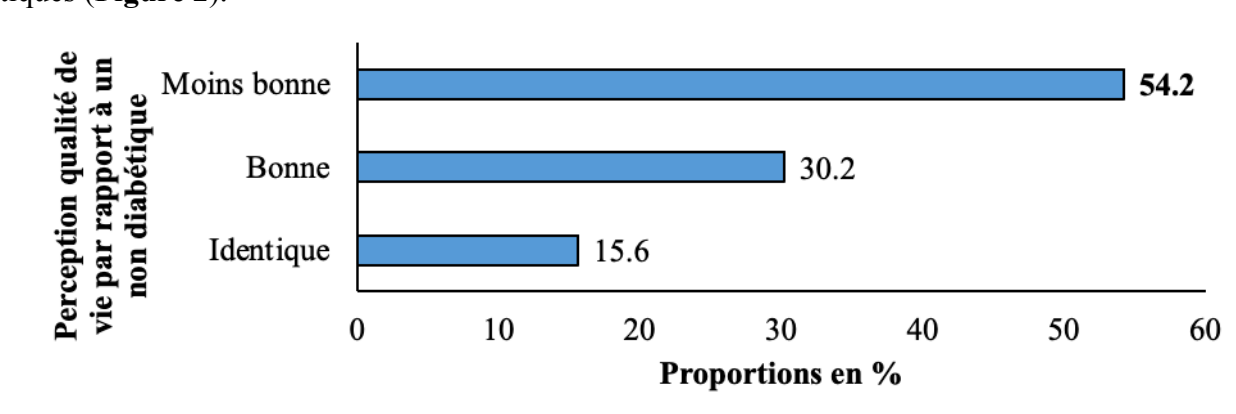


Figure 2 : Répartition des enquêtés selon la perception de leur qualité de vie

Evaluation de l'estime de soi

Parmi les 153 enquêtés, 1/3 (33,3%) avaient une faible estime d'eux-mêmes et 31,4% une forte estime (Figure 3).

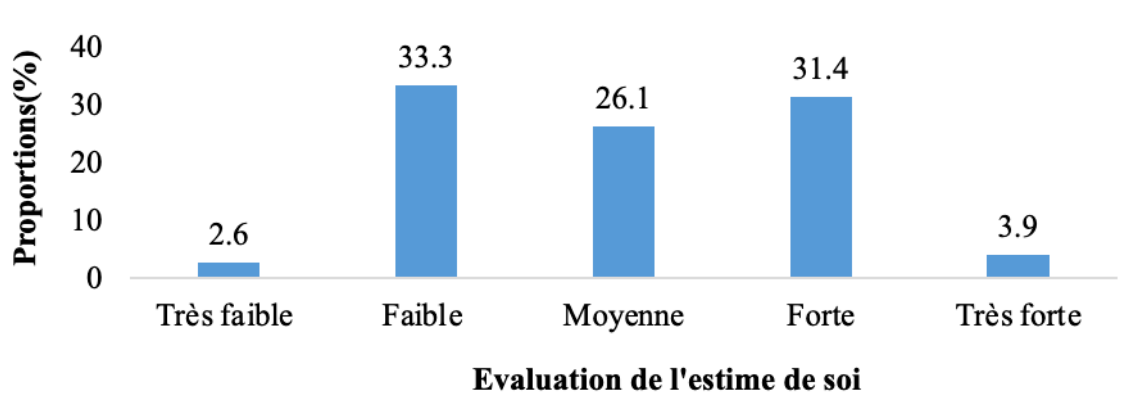


Figure 3 : Répartition des enquêtés selon l'estime de soi

Discussion

Le diabète est une maladie chronique souvent mal perçue et mal vécue par les patients aux connaissances parfois limitées sur la pathologie. Nous avons mené une étude transversale dans le service de Médecine Interne au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio de Lomé chez les sujets diabétiques venus en consultation afin de rechercher leur perception de cette maladie. Cent-cinquante-trois patients diabétiques ont été inclus dans notre étude. L'âge moyen des enquêtés

était de $54,50 \pm 11,78$ ans avec des extrêmes de 10 et 84 ans. La tranche d'âge la plus représentative était celle de [55-70 ans] dans près de la moitié des cas (46,4%).

Le diabète était considéré comme une maladie grave par 19% des patients, mortelle (18,3%), et dangereuse par 15,7% des enquêtés à l'annonce. Les complications podologiques et oculaires du diabète étaient les mieux connues par les enquêtés (17%). Selon les enquêtés, ce qui les aiderait à mieux vivre avec leur diabète était une bonne



observance thérapeutique (53,5%), un soutien financier (34,7%), une assurance maladie (16,7%). Trente-trois pourcent (33%) des sujets enquêtés, avaient une faible estime de soi. Plus de la moitié (54,2%) des patients considéraient leur qualité de vie moins bonne par rapport à celle des non-diabétiques.

Données sociodémographiques

Dans notre étude, l'âge moyen de nos enquêtés était de $54,50 \pm 11,70$ ans. Cette moyenne se rapproche de celle retrouvée dans l'étude de Traore et al. [12] en 2021 au Mali qui était de $54,23 \pm 15,95$ ans et dans l'étude de Mizouri et al. [13] en 2021 en Tunisie qui était de $55,08 \pm 14,22$ ans. Ces données sont concordantes avec celles rapportées dans la littérature comme ce fut le cas de l'étude de Buyschaert entre autres qui affirmait que le diabète de type 2 atteint surtout les sujets de 40 ans et plus [14]. On a noté également une prédominance féminine (60,8%) soit un sex-ratio de 0,64. Cette prédominance féminine était également rapportée dans l'étude de Séré et al. [15] au Burkina Faso (57,5%) et dans la série de Houngla et al. [16] au Bénin qui était de 76,58%.

La prédominance féminine retrouvée dans ces différentes études menées en Afrique subsaharienne s'explique par le fait que les femmes ont tendance à aller plus consulter à l'hôpital que les hommes d'où leur représentativité élevée.

Concernant le statut matrimonial, la majorité (75,3%) des enquêtés dans notre étude étaient mariés. Ces résultats sont similaires à ceux retrouvés par Mogounwafo et al. [17] au Mali et ceux de Houngla et al. [16] au Bénin qui retrouvaient respectivement 62,8% et 65,5% de mariés.

Données cliniques du diabète

La durée médiane d'évolution du diabète dans notre étude était de 6 ans. La durée d'évolution du diabète était inférieure à 10 ans chez 71,8% des patients. Sawadago et al. [18] au Burkina Faso rapportaient dans sa série une durée médiane d'évolution de 10,4 ans largement supérieure à celle retrouvée dans notre étude. En occident, la médiane d'évolution de la maladie diabétique est plus courte et est reflet de la bonne accessibilité géographique et financière aux soins et services de santé. Le diabète de type 2 méconnu et de découverte fortuite au décours de complications n'est pas négligeable [19]. Les circonstances de découverte de la maladie diabétique varient d'un pays à l'autre en fonction du degré de médicalisation et sensibilisation des populations [20]. Dans nos régions, le diabète est souvent

découvert lors de complications. La durée réelle d'évolution du diabète ne peut être déterminée de façon formelle.

Le diabète de type 2 prédominait largement avec 88,9% des cas. Nos résultats sont proches de ceux de Nemi K.D et al. [19] au Togo qui étaient de 75% [19] et de Kyelem et al. [21] au Burkina-Faso qui rapportaient 91,2% de diabète de type 2 dans sa série. Concernant les complications dégénératives, les neuropathies (25,5%) étaient les plus observées suivies des AVC (17%) et de la rétinopathie (16,3%). Ces résultats concordent avec les données de la littérature [22]. Au fait, ce sont ses complications chroniques altèrent souvent la qualité de vie des patients et les amènent souvent à consulter.

Perception du diabète avant l'annonce

Le diabète était perçu comme étant une maladie grave par 19% des enquêtés mortelle (18,3%) et maladie dangereuse par 15,7% des patients avant l'annonce de la maladie. Rahantanirina [23] et Mogounwafo [17], dans leurs études réalisées en Madagascar et au Mali avaient noté qu'environ 50% des enquêtés percevaient le diabète comme étant une maladie grave avant l'annonce du diagnostic. Cela dénote de la représentation culturelle de cette pathologie et également de la mortalité qu'elle cause au sein des différentes familles.

Perception de la prise en charge du diabète

L'indication thérapeutique à l'annonce du diabète était un traitement par les antidiabétiques oraux chez 119 (77,8%) enquêtés dont 34% sous monothérapie à base de biguanide et 23,9% sous bithérapie (biguanide + sulfamide hypoglycémiant). Le choix des antidiabétiques était conforme aux recommandations en vigueur qui préconisent les ADO en première intention. Par ailleurs, il existe chez les patients une hantise chez les patients de l'insulinothérapie. L'éducation thérapeutique, selon plus de la moitié (53,3%) des enquêtés, pourrait constituer le meilleur outil pour une prise en charge plus efficace de leur maladie. Celle-ci passe nécessairement par une meilleure connaissance de la maladie, de ses complications qui peuvent être prévenues par le respect strict des mesures hygiéno-diététiques et la prise régulière des médicaments prescrits.

Perception de la qualité de vie

Plus de la moitié (54,2%) des enquêtés jugeaient leur qualité de vie moins bonne par rapport à celle des non diabétiques. Ces données sont largement inférieures à celles rapportées par Azanmasso et al.



[24] au Maroc pour qui le diabète altérait la qualité de vie de ses patients dans 98,3% des cas. De même, Aux Etats Unis, Sundaram et al. [25] avaient également rapporté un impact négatif du diabète sur la QdV des personnes qui en sont atteintes.

Evaluation de l'estime de soi

Parmi les 153 enquêtés, un tiers (33,3%) des enquêtés avait une faible estime de soi. Au Maroc Yazidi et al. [26] avaient noté que, l'estime de soi avait été beaucoup impactée par la maladie diabétique. Les principales complications contribuant à la réduction de l'estime de soi étaient les troubles érectiles et celles réduisant l'autonomie. Les changements dans la vie quotidienne en rapport avec la maladie diabétique notamment la répercussion négative sur l'activité professionnelle, la réduction des aptitudes physiques et sexuelles, l'atteinte psychologique pourraient expliquer cette proportion d'enquêtés ayant une faible estime de soi ; d'où l'importance d'un soutien psychologique.

Conclusion

Le diabète est perçu comme une maladie grave et dangereuse. Il a un impact négatif sur la qualité de vie et l'estime de soi. L'éducation thérapeutique est incontournable dans la prise de la maladie et permet de renforcer l'adhésion au traitement pour une optimisation de son efficacité.

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêt.

REFERENCES

1. Organisation mondiale de la santé. Diabète [Internet]. WHO. World Health Organization; [cité 12 oct 2020]
2. Jaffiol C. Le diabète en 2021 : progrès, échecs et perspectives. Bull. Acad. Sc. Lett. Montp. 2021 ; 52 : 1-14
3. International Diabetes Federation. Atlas du Diabète de la FID, Huitième édition. Brussels, Belgium: International Diabetes Federation; 2017
4. Jaffiol C. Le diabète en 2021 : progrès et paradoxes. Acad Natle Med. 2021 ; 1-16
5. Djrolo F, Amoussou-guenou KD, Zannou DM, Houinato D, Ahouandogbo F, Hougbe F. Prévalence du diabète sucré au Bénin. Louvain Medical. 2003 ; 122 : 258-262
6. Ministère de la santé du Bénin. [En ligne]. Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT). 2015. Rapport final de l'enquête pour la surveillance des facteurs de risque des maladies non transmissibles par l'approche « STEPSwise » de l'OMS. Consulté le 15/10/2021
7. Rapport final de l'enquête STEPS Togo 2010. Ministère de la Santé, Togo 2012
8. World Health Organization: Adherence to long term therapies, time for action. Genève ; WHO : 2003
9. Ogbera A, Adeyemi-Doro A. Emotional distress is associated with poor self care in type 2 diabetes mellitus. J Diabetes. 2011; 3: 348-352
10. Rodríguez Del Águila M, González-Ramírez A. Sample size calculation. Allergol Immunopathol (Madr). 2014; 42(5): 485-92
11. Vallières EF, Vallerand RJ. Rosenberg's Self-Esteem scale. International Journal of Psychology 1990; 25: 305-316
12. Traoré B, Mariko M, Sow DS et al. Evaluation du risque podologique chez les patients diabétiques hospitalisés à l'hôpital du Mali (Bamako). Health Sci. 2021 ; 22(4) : 24-27
13. Mizouri R, Belhadj M, Hasni Y, Maaroufi A, Mahjoub F, Jamoussi H. Relation entre le niveau d'éducation et le risque podologique chez les patients diabétiques. Tunis Med. 2021 ; 99(2) : 277-84
14. Buysschaert M. Diabétologie clinique. 4ème édition. Paris : De Boeck ; 2012, 199.
15. Séré L, Tiéno H, Yanogo D et al. Prévalence du diabète et facteurs de risque cardiovasculaire associés dans une population rurale au Burkina Faso. Médecine Tropicale et Santé Internationale. 2021 ; 1(1) : 1-8
16. Hougla MFN. Pratiques alimentaires et gestion du diabète chez les diabétiques suivis au Centre National Hospitalier et Universitaire et à la Banque d'insuline de Cotonou au Bénin. Mémoire de maîtrise en nutrition : Université de Montréal : 2020 ; N° 126



17. Sawadogo A, Semde A, Dah J, Diallo F, Hien S, Sanou G et *al.* Atteintes rénales des patients diabétiques suivis dans le service de Néphrologie-dialyse du centre hospitalier universitaire Sourô SANOU. *Revue Africaine de Médecine Interne (RAFMI)*. 2020 ; 7(1-1) : 55-66
18. Nemi KD, Djalogue L, Djagadou KA, Tchamdja T, Tsevi YM, Balaka A. Les modes de révélation du diabète sucré au CHU Sylvanus Olympio de Lomé. *Pan Afr Med J*. 2019 ; 34(99) : 1-6
19. Monteiro B, Gninafon M, Amoussou KJ. Contribution à l'étude épidémiologique du diabète sucré de l'adulte au Centre National Hospitalier et Universitaire de Cotonou. *Médecine d'Afrique Noire*. 1991 ; 38(4) : 263-69
20. Kyelem CG, Yaméogo TM, Ouédraogo MS, Rouamba N, Sombié I, Lankoandé D et *al.* Caractéristiques thérapeutiques des diabétiques suivis au CHU de Bobo-Dioulasso, Burkina Faso. *Health Sci*. 2014 ; 15(2) : 1-5
21. Monnier L. *Diabétologie*. Elsevier Masson. 3ème édition. Paris. 2019. 537
22. Rahantanirina DBH. La représentation et le vécu du diabète par les diabétiques de type 2. Thèse de doctorat en Médecine. Antananarivo : 2015 ; 93
23. Azanmasso H, Tchonda E, Alagnide E, Lahrabli S, Diagne N-S, Zahi S et *al.* Qualité de vie des patients diabétiques en Afrique : à propos d'une étude bi-centrique. *Médecine des maladies métaboliques*. 2015 ; 9(6) : 603-9
24. Sundaram M, Kavookjian J, Patrick JH et *al.* Quality of life, health status and clinical outcomes in Type 2 diabetes patients. *Qual Life Res* 2007; 16: 165-77
25. Yazidi M, El Felah E, Oueslati I, Chaker F, Grira W, Khessairi N, Chihaoui M. Evaluation de la qualité de vie du diabétique de type 1 adulte. *La Tunisie Médicale* 2020 : 98(11) : 861-868