

GERMIVOIRE



www.germ-ivoire.net

Revue scientifique
de littérature,
des langues et
des sciences sociales

ISSN: 2411-6750



Université Félix Houphouët Boigny



www.germ-ivoire.net

**REVUE SCIENTIFIQUE DE LITTÉRATURE
DES LANGUES ET DES SCIENCES SOCIALES**



18/2023

Directeur de publication:

Paul N'GUESSAN-BÉCHIÉ
Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan-Cocody

Éditeur:

Djama Ignace ALLABA
Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan-Cocody

Comité de Rédaction:

Brahima DIABY (Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan-Cocody)
Ahiba Alphonse BOUA (Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan-Cocody)
Djama Ignace ALLABA (Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan-Cocody)
Aimé KAHA (Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan-Cocody)

www.germ-ivoire.net

Indexation:

Fatcat (<https://fatcat.wiki/container/qq5brdiztnatfkc3ce5kxaypi>)

ROAD (<https://road.issn.org/>)

Comité scientifique de Germivoire

Prof. Dr. Dr. Dr. h.c. Ernest W.B. HESS-LUETTICH
Stellenbosch University Private Bag X1

Dr Gerd Ulrich BAUER
Universität Bayreuth

Prof. Stephan MÜHR
University of Pretoria

Prof. Dakha DEME
Université Cheikh Anta Diop - Dakar

Prof. Serge GLITHO
Université de Lomé - Togo

Prof. Aimé KOUASSI
Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan)

Prof. Paul N'GUESSAN-BECHIE
Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan)

Prof. Kasimi DJIMAN
Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan)

Prof Kra Raymond YAO
Université Félix Houphouët-Boigny (Abidjan)

Prof Daouda COULIBALY
Université Alassane Ouattara (Bouaké)

TABLE DES MATIÈRES

Editorial	5
------------------------	----------

Anglais

Moussa OUATTARA A Constrastive Study of Honorific Expressions in English and Senar	6 – 17
---	--------

Histoire

MIESSAN Mathieu Histoire des Borbor Fante : de Mankessim à leur habitat actuel	18 – 32
---	---------

Lettres (Littérature / Langue)

Pierre Stéphane DOUI L'imaginaire du crime à travers quelques romans francophones contemporains	33 – 49
--	---------

SANOGO Kagnon Brahima Jeux et enjeux de la subversion dans <i>La mémoire amputée</i> de Werewere Liking	50 – 61
--	---------

Sciences du langage

Jeannette Yolande MBONDZI, Hermann NDENGUINO-MPIRA Chant et expressions diverses dans la vente à la criée au marché <i>Mont-Bouet</i> de Libreville	62 – 77
--	---------

Sociologie

Bani SABI ASSOUMA, Fabien AFFO, Appolinaire D. GNANVI Représentations sociales associées à la réserve de biosphère du Parc W en lien avec les formes de vulnérabilité des populations riveraines	78 – 93
---	---------

DIABATE Songui, ANYAKOU Taïba Germaine, SILUE Donakpo Les maladies métaboliques : Analyse Nosologique des diabètes de type 1 et 2 et leurs Impacts Socio-Economiques chez les diabétiques Suivis à l'hôpital d'Adiaké en Côte d'Ivoire	94 – 113
---	----------

Éditorial

Bien chers toutes et tous,

Nous revoilà ! Á nos retrouvailles semestrielles !! Avec Germivoire, notre Revue vôtre ! OÙ, de vous à nous et de nous à vous, des échanges sont faits. Dans le cadre scientifique !! OÙ sciences humaines ou d'autres sciences entrent en communion et exposent des résultats de certaines de leurs quêtes générales ou particulières. Résultats qui seront vus et appréciés, espérons-le, par d'autres personnes intéressées par les sujets traités. Puisque Germivoire est une Revue en ligne/online.

Dans le labour de ce cadre ou périmètre cultivable á diverses couches, les récoltes semestrielles présentes se sont révélées variables de saveurs. Et la variété des saveurs donnent un bon goût particulier á ce numéro de Germivoire.

Et ce bon goût particulier vient des récoltes mises ensemble des champs aux parcelles différentes que sont l'anglais, l'histoire, les lettres françaises modernes, les sciences du langage et de la communication et la sociologie. Pour s'en faire une idée selon son intérêt á l'instruction, tout esprit curieux pourrait se référer aux différentes étiquettes de ces récoltes dans notre table des matières.

Á vos plaisirs solaires !!

Brahima Diaby

Les maladies métaboliques : Analyse Nosologique des diabètes de type 1 et 2 et leurs Impacts Socio-Economiques chez les diabétiques Suivis à l'hôpital d'Adiaké en Côte d'Ivoire.

DIABATE Songui (1)

Chercheur au Centre Ivoirien de Recherches Economiques et Sociales (CIRES), Université Felix Houphouët Boigny, Côte d'Ivoire

Correspondant e-mail : songuidiabate@gmail.com

/

ANYAKOU Taïba Germaine (2)

Enseignante-Chercheuse à l'Université Péléforo Gon Coulibaly de Korhogo

/

SILUE Donakpo (3)

Enseignant-Chercheur à l'Université Péléforo Gon Coulibaly de Korhogo.

RESUME : Cet article analyse la nosologie et les impacts socio-économiques des diabètes de type 1 et 2 chez des diabétiques suivis à l'hôpital d'Adiaké en Côte d'Ivoire. Il porte sur un échantillon de 55 diabétiques dont 35 hommes et 20 femmes âgés de plus de 18 ans auxquels s'ajoutent 05 médecins. Ces deux maladies métaboliques sont différentes de par leur mode de contraction, mais sont toutes caractérisées par des taux élevés de glucose dans le sang (hyperglycémie). A partir d'une approche qualitative centrée sur des entretiens libres, l'observation directe et un questionnaire, les résultats ont montré d'une part, que la perception idéologique et socioculturelle de la nosologie entretenue par les diabétiques est à l'origine des diagnostics tardifs et des effets délétères qui impactent négativement leur vie et d'autre part, que des impacts socio-économiques perturbent leur qualité de vie. Concernant les impacts sociaux, ils se rapportent au stress lié à l'autogestion du diabète, au stress familial, aux relations sociales, aux complications, au fardeau émotionnel, à l'angoisse et au désespoir. Quant aux impacts économiques, ils riment avec l'augmentation des dépenses, la diminution des revenus, les modifications des heures de travail, les absentéismes.

Mots clés : Maladies métaboliques- nosologie des diabètes (type 1 et type 2)- les impacts sociaux- les impacts économiques- hôpital d'Adiaké.

ABSTRACT : This article analyzes the nosology and the socio-economic impacts of type 1 and 2 diabetes in diabetics followed at the hospital of Adiaké in Côte d'Ivoire. It relates to a sample of 55 diabetics including 35 men and 20 women aged over 18 plus 05 doctors. These two metabolic diseases are different in their mode of contraction but are all characterized by high levels of glucose in the blood (hyperglycemia). From a qualitative approach centered on free interviews, direct observation and a questionnaire, the results showed on the one hand, that the ideological and socio-cultural perception of the nosology maintained by diabetics is at the origin of the diagnoses late and deleterious effects that negatively impact their lives and on the other hand, that socio-economic impacts disrupt their quality of life. Regarding social impacts, these relate to stress related to diabetes self-management, family stress, social relationships, complications, emotional burden, anxiety and hopelessness. As for the economic impacts, they rhyme with increased expenses, reduced income, changes in working hours, repeated absenteeism.

Key words: Metabolic diseases- nosology of diabetes (type 1 and type 2)- social impacts- economic impacts- Adiaké hospital.

INTRODUCTION

Selon l'OMS (1946), les maladies métaboliques sont des pathologies qui résultent de l'absence ou de la dysfonction de certains enzymes nécessaires aux réactions métaboliques dans la cellule. Ce sont des maladies rares et génétiques qui nécessitent une activité physique régulière et un suivi diététique rigoureux tout au long de la vie. Parmi ces maladies métaboliques, on peut citer entre autres : l'acidose (baisse du pH sanguin), le nanisme (trouble de la croissance), le goitre ou hyperthyroïdie (augmentation du volume de la glande thyroïde), l'obésité (une masse corporelle anormalement élevée), l'amyotrophie ou atrophie musculaire (baisse de la masse des muscles), le diabète (taux du glucose anormalement élevé dans le sang). Il existe plusieurs types de diabète notamment le diabète gestationnel ou de grossesse (intolérance au glucose), le diabète insipide (incapacité des reins à concentrer les urines, conséquence polyurie), le diabète de Mody ou diabète sucré (reconnu comme maladie génétiquement liée) et surtout le diabète de type 1 et le diabète de type 2, objets de notre étude. Ces deux diabètes constituent de véritables enjeux de santé publique aussi bien dans les pays développés que dans les pays aux ressources limitées. Selon (FID, 2016), « *le diabète touche 425 millions d'individus avec une projection de 693 millions en 2045* » car, « *le diabète est connu aujourd'hui comme la première pandémie des maladies non contagieuses de l'histoire de l'humanité* » (Michel P, 2022). Aujourd'hui, le diabète est annoncé comme un fléau dévastateur des prochaines années d'autant plus que la situation mondiale est très inquiétante puisqu'il touche « *Près de 108 millions de personnes étaient atteints de cette maladie chronique en 1980, contre 422 millions en 1914 et généralement, la maladie est diagnostiquée plusieurs années après l'apparition, une fois les complications déjà présentes* » (OMS, 2014). Dans cette logique (Raphael P, 2014) pense que la situation est d'autant plus alarmante que le diabète « *touche aujourd'hui de plus en plus les jeunes* » surtout, les contraintes qu'il impose dans le quotidien et les angoisses que son annonce crée aux patients. Dans la grande majorité des cas, les malades nouvellement diagnostiqués ont certainement vécu dans le courant de leur vie des cas de diabètes touchant un parent, un ami, un collègue ou un inconnu. Ils sont conscients que le diabète est responsable de nombreuses conséquences qui impacteront fortement la qualité de leur vie, que des répercussions sociales viendront aussi affecter leurs relations humaines, leur mode de vie habituel, leur environnement, leur sexualité, leur situation économique et celle de la famille. Abordant dans ce sens, (Libby W, 2021) pense que « *le stress lié au diabète peut affecter négativement toutes les sphères de la vie d'un individu : la santé physique, les finances, le travail, les loisirs, les relations humaines et le bien-être émotionnel* ». Cela dénote bien qu'une vie diabétique comporte d'importants

défis au quotidien et une complexité de la gestion du diabète engendrée par un contexte socio-économique incertain. Cette incertitude se rapporte certainement à l'inaccessibilité aux soins médicaux, aux rapports sociaux non disponibles, à l'isolement social du malade et aux ressources financières moins disponibles. Tous ces éléments viennent affecter l'état psychologique, mental et physique déjà fragilisé par cette pathologie chronique très contraignante. Parlant donc de contrainte, (Marc P, 2006) décrit toutes les facettes, lorsqu'il dit que « *les diabétiques sont au régime à vie* », « *les diabétiques doivent manger sans sucre à vie* », « *le diabète peut rendre aveugle* », « *le diabète peut engendrer des complications cardiaques, rénales, sexuelles* ». A Adiaké, l'on constate que les diabétiques sont confrontés aux mêmes réalités sociétales sus décrites. Il serait utopique de dire qu'il existe une différence entre les conséquences impactant les individus moins riches et les individus riches car tout individu peut être prédisposé exposé aux facteurs socio-économiques. Cependant, il faut relativiser cette thèse en termes de disponibilité des ressources financières, de résilience face au traitement très coûteux et du rapport avec la communauté, la famille et les amis. Aussi, des préjugés empiriques brouillent la compréhension de cette pathologie dans nos sociétés traditionnelles et installent la population dans l'ignorance totale de nombreuses maladies. Ce sont généralement ces perceptions socio idéologiques qui retardent souvent la confirmation des diagnostics car elles donnent une orientation, une vision, une définition différente de la nosologie des diabètes de type 1 et de type 2 telle que décrite par la médecine moderne médicale. En effet, la nosologie permet de classer ces deux diabètes après avoir énumérer les critères identifications. C'est donc un cadre conceptuel pour aider à mieux s'orienter, à mieux définir, à mieux connaître une maladie au milieu de toutes entités qui caractérisent la maladie ou qui résultent d'une maladie notamment ses causes, ses symptômes, ses effets secondaires et sa physiopathologie. Si la conception nosologique de la médecine traditionnelle diffère de celle de la médecine moderne, alors le retard du diagnostic constaté chez ces diabétiques proviendrait de l'ancrage d'une idéologie, d'une culturelle basée sur une représentation subjective de la nosologie de ces deux pathologies et des traitements proposés. Dans cette logique, (Irigo, 2012 ; Guido, 2013) pensent que « *la grande majorité des populations ivoiriennes s'intéressent et s'orientent en première intention vers la médecine traditionnelle incarnée par les guérisseurs traditionnels* ». La méconnaissance de ces deux types de diabète rend les populations rurales plus vulnérables. Cette ignorance maximise davantage les impacts socio-économiques chez les diabétiques suivis à l'hôpital d'Adiaké. Ceux-ci sont confrontés à d'énormes difficultés qui impactent leur qualité de vie. Ces difficultés se résument en termes de conséquences psychologiques, mentales, sociales surtout économiques lorsque des complications suscitent parfois des amputations de membres rendant

le malade invalide et dépendant désormais économiquement et socialement de sa famille, de son amis, de ses collègues, de sa communauté et même de son pays. En effet, depuis la déclaration de cette pathologie non contagieuse par l’OMS à la conférence d’Alma ATA, comme étant un véritable enjeu de santé publique, la plupart des pays européens, américains et africains parmi lesquels la Côte d’Ivoire, consacrent « *plus de 5 à 20% de leurs dépenses de santé à sa prise en charge* » (OMS, 1978). Dans les faits, la plupart des diabétiques suivis à l’hôpital d’Adiaké avaient vu leurs dépenses mensuelles augmentées à 100% (SIG de l’hôpital, 2022), leurs recettes ou revenus mensuelles diminuées à plus de 50% (SIG de l’hôpital, 2022). Quant aux horaires de travail, de la présence et de l’assiduité au travail, elles avaient diminué drastiquement de plus de 68,95% (SIG de l’hôpital, 2022). Les malades étaient aussi confrontés aux nombreux enjeux psychologiques qui affectaient défavorablement leur nouvelle vie (traitement à vie). C’est ici que réside l’intérêt de notre objet d’étude qui nous oblige à poser deux questions: Qu’est-ce que le diabète de type 1 et de type 2 ? Quelles sont leurs répercussions sociétales sur les diabétiques suivis à l’hôpital d’Adiaké ? C’est pourquoi, en entrant dans cette thématique spécifique, nous voulons comprendre d’abord la perception nosologique du diabète de la médecine traditionnelle et celle de la médecine moderne ensuite, analyser leurs conséquences chez les diabétiques. De façon spécifique, il s’agit dans un premier temps, de décrire la nosologie de ces deux types de diabète soumis à notre étude en exposant leurs causes, leurs symptômes, leurs physiopathologies et ensuite, analyser les impacts socio-économiques chez les diabétiques suivis à l’hôpital d’Adiaké. Mais avant la présentation des résultats de cette étude, il nous appartient de présenter d’abord la démarche méthodologique car tout travail scientifique rigoureux, sérieux, aspirant à des résultats solides et probants s’inscrit logiquement dans cette démarche.

I – METHODOLOGIE

Du point de vue méthodologique, il s’agit de présenter successivement la population d’étude, le terrain d’étude, l’échantillonnage, la technique de collecte des données, le dépouillement et théorie utilisée.

1-1 Terrain d’étude.

L’hôpital d’Adiaké constitue notre terrain d’étude chef -lieu de Département. Structure de référence du District Sanitaire, il a été créé depuis 2001 avec une superficie de 20.000 m² déjà bâties. A l’origine un dispensaire, cet établissement sera érigé dans les années 1960 en Dispensaire urbain avec la construction de la médecine générale et de la maternité. Il sera érigé en 1980 en Hôpital général avec la construction de nouveaux bâtiments abritant les

services de chirurgie, de laboratoire, de cabinet dentaire, des blocs opératoires. A partir de 1982 que l'hôpital ouvre ses portes au public pour une capacité de 100 lits. C'est le service de la médecine qui se voit confier la prise en charge des personnes diabétiques venant des différents centres de santé du District Sanitaire et des consultations internes de l'hôpital de référence. Les activités de consultation se sont nettement améliorées ses deux dernières années car auparavant, les malades préféraient la médecine traditionnelle au détriment de la médecine moderne ou allaient se faire soigner au Ghana voisin). Cela nous a permis de recruter les diabétiques suivis dans le service de médecine.

1-2 Population d'étude.

Notre population d'étude est recrutée à partir des diabétiques consultés et suivis à l'hôpital d'Adiaké sur une période de quatre (4) mois. Les unités sociologiques d'observation sont composés des personnes diabétiques de 18 ans et plus résidents dans le District sanitaire d'Adiaké exerçant une activité lucrative (les pêcheurs, les planteurs) et le personnel administratif en activité ou retraité. Pour faire part de de la population d'étude, nous avons pris comme facteur d'inclusion les diabètes de type 1 et de type 2 uniquement mais évoluant au moins 12 mois. Le choix de cette tranche d'âge reflète la majorité civile qui est de 18 ans en Côte d'Ivoire. A cet âge généralement, la plupart des individus exercent une activité lucrative ou administrative (la pêche, l'agriculture, le commerce, un emploi). Tout compte fait, le diabète est devenu un problème de santé publique, puisqu'il se signale de plus en plus chez les enfants et les jeunes.

1-3 L'échantillonnage.

Cette étude est purement qualitative. Pour cela, nous avons interrogé comme population cible 55 diabétiques dont 35 Hommes et 20 Femmes sur les conséquences sociales et économiques du diabète sur leur vie. L'inégalité numérique au niveau du sexe n'est pas de notre chef car il se trouve que plus d'hommes contractent cette maladie que les femmes. Cela démontre bien que les hommes sont plus vulnérables. Leur rôle consiste à nous fournir des informations relatives à leur mode de vie après avoir été déclarés diabétiques. A cette population cible se greffe cinq (5) agents de santé pour recueillir des informations scientifiques supplémentaires pour mieux connaître la nosologie du diabète dans toutes ses dimensions. C'est donc une population de taille réduite (60 individus au total) qui constitue notre échantillon. Pour (Champagne P, 1989 :169) il est « *suffisant d'interroger un échantillon de taille réduite, mais à la condition toutefois d'être bien choisi* ». Les diabétiques étaient tous issus des consultations, il était donc facile de recueillir des données fiables en s'appuyant sur les

registres de consultation et les systèmes intégrés de gestion (SIG). Bien évidemment avec l'accord des autorités de l'hôpital et du District Sanitaire.

1-4 Technique de collecte des données.

Les modalités du travail de terrain se sont appuyées sur des données provenant d'une enquête qualitative centrée sur des entrevues face à face, l'observation directe. Certains entretiens complémentaires se sont déroulés dans des villages voisins tels que : Abiaty, Ehoussou, Eplémlan, Mélékoukro et Kakoukro. Les entretiens ont été réalisés à l'aide de guides d'entretien, des questionnaires afin de nous fournir des facteurs impactant négativement la nouvelle vie de diabétique. Les observations directes nous ont permis de voir et de toucher du doigt leurs réalités sociales, leurs réalités économiques, les défis contraignants à surmonter en matière de traitement, de complications graves. La confidentialité de données a été respectée afin de préserver le secret médical. Si la participation à l'enquête était volontaire, l'anonymat était aussi exigé par les diabétiques et leur entourage. L'autorisation des responsables de la structure sanitaire était obtenue sans difficulté compte tenu de l'intérêt qu'eux-mêmes accordaient à l'étude.

1-5 Le dépouillement.

Nous avons initié un procédé qui consiste à classer les données par sites visités, par unité d'observation et enfin par thème abordé. Ainsi, les données d'enquête sont-elles rangées selon le lieu de collecte (hôpital, les centres de santé des villages, les domiciles). A l'intérieur de chaque rangement, se trouve contenues toutes les informations collectées auprès de toutes les catégories sociales (pêcheurs, planteurs, fonctionnaires retraités ou en activité). Le traitement et l'analyse des données ont été faits à l'aide du logiciel Epi Data. Ensuite, les données provenant de l'observation ont connu la même procédure de dépouillement. Cela signifie que ces données qualitatives ont été dépouillées manuellement selon les étapes suivantes : Relecture d'ensemble, le repérage des mots clés, les discours redondants, la problématique et la classification des discours en fonction des objectifs de la problématique.

1-6. La méthode d'analyse et la théorie retenue.

L'analyse du discours ou du contenu a été exploitée comme méthode d'analyse pour interpréter et analyser les données recueillies auprès des populations cibles. Elle a consisté à recueillir les discours redondants et les mots clés. A la suite de l'analyse du discours, la théorie du culturalisme a été choisie comme matrice intellectuelle car elle nous permet, à partir de la culture qu'elle considère comme déterminant de conduite humaine de comprendre

les logiques sociales, les attitudes, les comportements individuels ou collectifs des populations rurales face à la maladie. Tylor E B, (1871) définit la culture comme « *un ensemble complexe qui comprend les croyances, les connaissances, l'art, les coutumes, toutes les attitudes et habitudes qu'acquiert l'homme en tant que membre de la société* » En effet, si la conception nosologique de la médecine traditionnelle diffère de celle de la médecine moderne, alors le retard du diagnostic constaté chez ces diabétiques en milieu rural proviendrait de l'ancrage d'une idéologie, d'une culture basée sur une représentation subjective de la nosologie de ces deux pathologies et des traitements préconisés. Le choix de cette théorie explicative (culturalisme) permet également de faire une analyse objective de la nosologie des diabètes de type 1 et de type 2 du point de vue médical, d'interpréter et de prendre en compte toutes les conséquences socio-économiques qui impactent négativement le quotidien du diabétique. Elle met aussi en lumière tous les rapports sociétaux qui lient désormais le diabétique à sa famille, à ses collègues, à ses amis, à sa communauté. C'est donc cette nouvelle vie « *diabète à vie* » qui va faire naître forcément une nouvelle structure de la société autour du diabétique et par conséquent, un nouveau fonctionnement du système social. Ce nouveau fonctionnement va donc induire de nouveaux rapports socio-économiques défavorables au diabétique.

2- Résultats

Les résultats obtenus des différents discours de notre population mère et des scientifiques (praticiens de la médecine moderne) nous permettent de les classer en trois (03) axes principaux : la nosologie des deux types de diabète, les impacts sociaux chez les diabétiques et les impacts économiques chez les diabétiques.

2-1 Nosologie des diabètes de type 1 et 2 selon les diabétiques (médecine traditionnelle).

Si les itinéraires thérapeutiques et diagnostiques sont confiés dans un premier temps aux guérisseurs, aux féticheurs et charlatans, cela suppose que la perception du diabète est d'ordre socioculturel. Ainsi, l'interprétation des étiologies, des symptômes et de la physiopathologie s'inscrivent naturellement dans cette logique sociale qui s'apparente à celle des diabétiques suivis à l'hôpital d'Adiaké (les pêcheurs et les planteurs diabétiques). La grande majorité pense que « *toutes les maladies ont des origines mystiques et surnaturelles* ». Dans ce cas, les sorciers, les ennemies, les génies et la transgression des mœurs sont responsables des diabètes. Comme pour dire que la compréhension du diabète, l'interprétation des étiologies, des symptômes et de la physiopathologie se rapportent au monde métaphysique. A la question de savoir s'ils connaissent les causes, les symptômes et la physiopathologie des diabètes de type

1 et 2 avant d'être diagnostiqués et déclarés diabétiques, leurs réponses sont transcrites dans le suivant :

Tableau 1: Nosologie du diabète en fonction du niveau d'instruction des 55 diabétiques

La nosologie des diabètes de type 1 et 2	.Les étiologies		.Les symptômes		.Les physiopathologies	
Attitudes Professions	Je les connais			Je ne les connais pas		
	VA	VR		VA	VR	
Pêcheurs	01	9,1%		24	54,55%	
Planteurs	02	18,18%		18	40,90%	
Fonctionnaires	08	72,72%		02	4,55%	
Total des diabétiques : 55	11	100%		44	100%	

Source : Notre enquête, à Adiaké, Janvier 2023.

A l'analyse des données, on constate que 8 fonctionnaires (instruits) sur 10 soit 72,72% connaissent les causes, les symptômes et la physiopathologie du diabète avant qu'ils ne soient déclarés diabétiques. Par contre, 24 pêcheurs sur 25 (analphabètes) soit 54,55% et 18 planteurs 20 (analphabètes) soit 40,90% ne connaissent pas leur nosologie et disent ne jamais su qu'il existe un diabète de type 1 et un diabète de type 2. Le faible niveau d'instruction est donc responsable de la méconnaissance du diabète.

2-2 Nosologie des diabètes de type 1 et 2 selon les médecins (médecine moderne).

L'analyse des données de cette étude nous impose l'acquisition d'informations générales sur ces diabètes car l'ignorance ou la méconnaissance de certaines généralités peuvent erronés nos résultats. Cela nous a contraint à mener une préenquête auprès des praticiens de santé (05 au total) pour collecter des connaissances scientifiques sur le diabète (de type 1 et de type 2) en termes de définition, d'étiologie, de symptomatologie et de physiopathologie.

2-2-1 Définition du diabète de type 1.

Autrefois appelé diabète insulino-dépendant (DID), ou diabète juvénile (apparaît chez les enfants et les adolescents), le diabète de type 1 se caractérise par une hyperglycémie chronique, c'est-à-dire un accès de sucre dans le sang et donc un taux de glucose (glycémie) élevé. Selon le médecin, un diabète est avéré, lorsque la glycémie à jeun est égale à 1,26g/l à deux reprises ou bien si la glycémie est égale ou supérieure à 2g/l à n'importe quel moment de la journée.

2-2-2 Les étiologies du diabète de type 1.

Les causes exactes de l'apparition du diabète de type 1 demeurent inconnues. Cependant, dans la majorité des cas, les cellules (ilots de Langerhans) situées dans le pancréas qui produisent l'insuline sont détruites par le système immunitaire. Or, pour aider le corps à réguler son taux de sucre dans le sang (la glycémie), c'est le pancréas qui sécrète une hormone : l'insuline. En effet, l'insuline fonctionne comme serrure « à clé » car c'est elle qui permet au glucose issu de notre alimentation de pénétrer dans les cellules de l'organisme pour être transformé en énergie nécessaire au fonctionnement du corps. L'absence d'une production d'insuline (pancréas détruit) va expliquer le retour du glucose dans le sang et donc l'hyperglycémie. Selon les médecins de l'hôpital d'Adiaké, on ignore jusqu'aujourd'hui pourquoi ces ilots de Langerhans (le pancréas) sont détruits par les anticorps fabriqués chez certaines personnes (maladie auto-immune) et pas chez d'autres. Pour eux, même si on ne sait pas ce qui déclenche cette attaque ni pourquoi elle débute, une prédisposition familiale ou parentale pourrait expliquer le processus de destruction sur plusieurs années avant l'apparition des premiers symptômes de la maladie. Aussi, des facteurs environnementaux auraient également un rôle.

2-2-3 Les symptômes des diabètes (type 1 et type 2).

Trois grands symptômes les caractérisent et sont pratiquement identiques¹. Ce sont : La polyurie caractérisée par l'envie incessante d'uriner. Nuitamment, malade peut sortir plus de trois fois pour besoin d'uriner. Il a la sensation d'avoir toujours sa vessie pleine. - La polyphagie caractérisée par une envie perpétuelle de manger quelque chose. Le malade ressent toujours la faim. - La polydipsie caractérisée par une soif intense. Le malade a tendance ou réclamer toujours de l'eau à boire.

A ces grands symptômes le malade peut présenter des signes cliniques tels que : une altération de l'état général par un amaigrissement rapide, une excavation des orbites oculaires, une asthénie générale, des infections récurrentes, des sécheresses vaginales chez la femme, perte de virilité chez l'homme, des troubles visuels, etc...

2-2-4 Définition du diabète de type 2.

Autrefois appelé le diabète non-insulinodépendant (DND), ce type de diabète apparaît généralement chez les personnes âgées de plus de 40 ans mais atteint aujourd'hui de plus en plus les adolescents. Il est caractérisé aussi par un taux élevé du taux de sucre dans le sang

¹ Selon les Médecins, les symptômes des diabètes de type 1 et 2 sont pratiquement les mêmes, ils ont identiques.

(hyperglycémie). Une personne est diagnostiquée diabétique si son taux de glycémie est supérieur ou égal à 1,26g/l mais à jeun ; ou bien supérieur ou égal 2g/l en postprandial.

2-2-5 Les étiologies du diabète de type 2.

Contrairement au diabète de type 1, les causes du diabète de type 2 sont bien connues par les scientifiques (médecins) rencontrés au cours de notre enquête. Selon eux, elles sont nombreuses et dans bien des cas, c'est la combinaison de plusieurs facteurs à risque qui entraînent l'apparition de la maladie. Le risque de l'apparition du diabète de type 2 augmente avec l'âge car plus on vieillit, plus on est vulnérable. De plus, des éléments factuels peuvent entraîner ce genre de diabète surtout chez des personnes génétiquement prédisposées. Il s'agit entre autres de l'obésité, du surpoids, de l'augmentation du tour de taille qui pourrait entraîner l'accumulation de graisse autour de l'abdomen. A ces facteurs de risque s'associent les mauvaises habitudes alimentaires, la sédentarisation, le manque d'activité physique. Ce type de diabète est sournois et indolore et passe souvent inaperçu. Par ailleurs, deux anomalies peuvent provoquer aussi le diabète de type 2. Il s'agit de l'insulinopénie (le pancréas fabrique de l'insuline mais pas assez pour régulation du glucose dans le sang ce qui entraîne une hyperglycémie et de l'insulinorésistance (dans ce cas, l'insuline agit mal et cette résistance épuise, dégrade progressivement le pancréas qui finit par ne plus assurer la production de l'insuline nécessaire à faire entrer le glucose dans les cellules du corps et reste dans la circulation sanguine (hyperglycémie).

2-2-6 Analyse de la physiopathologie des diabètes de type 1 et 2.

Il ressort des guides d'entretien et des entrevues avec les médecins en service à l'hôpital d'Adiaké, que tous les aliments sont composés de lipides (l'huile, la graisse), de protéines (la viandes, les protéines végétales) et de glucide (les fruits, le riz, les féculents, les sucre). Ce sont ces trois éléments qui fournissent l'essentielle de l'énergie dont a besoin le corps pour fonctionner. Le glucose provenant de la transformation des glucides est absorbé au niveau des intestins avant de rejoindre la circulation sanguine. Cette augmentation du taux de glucose (taux glycémie) dans la circulation déclenche normalement un réflexe sensitif au niveau du pancréas qui détecte en temps normal une anomalie, une dérégulation. C'est alors que les cellules Béta du pancréas (les amas ou les îlots de Langerhans) fonctionnant comme « des serrures à clé » sécrètent l'insuline qui permet au glucose présent dans le sang de pénétrer dans les cellules de l'organisme, dans les muscles, dans les tissus adipeux pour être transformé en énergie nécessaire au fonctionnement normal de l'organisme. C'est ce qui explique en fait l'absence du sucre (glucose) dans la circulation sanguine. Une autre partie du

glucose sera stocké dans le foie sous forme de glucagon et sera libéré en temps normal lors d'une baisse d'énergie ou d'une baisse de glycémie au cours des activités physiques intenses, excessives demandant un surplus d'énergie, beaucoup de calories. Les médecins concluent pour dire que « *c'est l'activité normale de ces hormones qui stabilise la glycémie dans le sang* » et « *en cas de diabète de type 1 ou de type 2, ce système ne fonctionne plus* ». On parle alors de physiopathologie qui se définit comme étant un dysfonctionnement du système central des cellules Bêta du pancréas qui produisent dans les conditions normales les hormones, des enzymes nécessaires à la régulation du taux d'autres hormones. La perturbation de ces hormones (causes liées à une atteinte pancréatique déjà suscitée) entraînent un déséquilibre du corps humain et l'expose aux maladies métaboliques tels que le diabète de type 1 et le diabète de type 2.

2- 3 Les impacts des deux types de diabète : type 1 et type 2.

Le diabète impose des contraintes dans le quotidien surtout quand l'agent de santé annonce son diagnostic au patient. Le malade ressent généralement une angoisse, un stress, une détresse. Cela peut affecter ses relations avec sa famille, ses collègues, ses amis notamment en raison de l'image que lui renvoie le regard des autres. Outre le coût humain, le diabète a aussi un coût économique qui pèse fortement sur lui et son entourage.

2-3-1 Impacts sociaux ou coût humain des diabètes de type 1 et 2.

Plusieurs paramètres peuvent expliquer les conséquences. Il s'agit entre autres : des enjeux psychologiques, du stress lié à l'autogestion du diabète, du stress lié aux relations sociales, l'effet du stress familial ou de l'entourage, du stress lié aux complications probables, le stress lié au fardeau émotionnel et enfin le stress lié au médecin traitant.

2-3-1-1 Les enjeux psychologiques.

L'analyse des données montrent bien que vivre avec le diabète comporte des défis à surmonter. Cette vie est si contraignante que le diabétique est atteint psychologiquement. Cette inquiétude s'accroît lorsque vient s'ajouter la complexité accrue de la gestion du diabète engendrée par un contexte social incertain. Aussi, l'accès compliqué aux soins thérapeutiques, les assurances maladie moins disponibles et l'isolement social de certains malades viennent aggraver leur état psychologique. Comme on le voit, ces facteurs affectent fortement la santé mentale et psychologique du diabétique déjà fragilisée par un diabète à vie.

2-3-1-2 Le stress lié à l'autogestion du diabète.

Les enquêtes nous permettent de comprendre qu'il est assez difficile pour une personne qui n'a aucune notion sur les prises des antidiabétiques à s'administrer lui-même des médicaments. Et plus grave si ces médicaments sont sous forme d'injections. Le malade se sent incompetent dans ses efforts pour accomplir les tâches recommandés par la gestion du diabète. Les efforts quotidiens effectués par le diabétique pour la prise en charge du diabète deviennent contraignants et peuvent provoquer chez lui un sentiment de frustration. Tous les ressentiments subis par le malade vont enclencher un sentiment d'épuisement, d'impuissance et de relâchement. Il s'installe alors un stress lié à l'autogestion du diabète avec l'abandon du traitement, des activités physiques et du régime alimentaire instauré par le médecin traitant. Comme on le voit, le diabétique perd toute motivation et se sent abandonné par tout son entourage.

2-3-1-3 Le stress lié aux relations sociales.

Le développement de ce type de stress s'explique par le fait que le diabète ne soit pas conciliable avec la plupart des actes de la vie. La personne diabétique va devoir apprendre à gérer son quotidien. Ce stress est d'autant plus grand qu'il devra adopter sa nouvelle vie de « *diabète à vie* » à tous les actes de la vie malgré le traitement contraignant de l'insuline et de la surveillance de la glycémie. Les difficultés à choisir son métier, à aller à l'école, à aller à la pêche, à aller dans sa plantation, à voyager, à aller au service et les complications en termes d'amputation des membres, la cécité, l'impuissance sexuelle, les maladies cardiaques installent le malade dans un stress lié aux relations sociales. Comme pour dire que tous les actes de la vie (même des plus banals aux plus exceptionnels) ont des incidences sur la santé mentale. Il faut donc préparer le diabétique à affronter les diverses situations de sa nouvelle vie.

2-3-1-4 Effet du stress familial ou de l'entourage.

L'analyse des données ont montré que les diabètes de type 1 et de type 2 sont les plus présentes à Adiaké. Tout comme la thérapie de l'insuline à vie, ces deux types de diabète exigent aussi une thérapie de remplacement à vie. Selon le Médecin-chef du service de médecine, cette thérapie de remplacement à vie n'est autre chose que « *le soutien sans faille de la famille du diabétique, de ses amis et des collègues du service* ». Le diabète est d'autant plus stressant « *en raison de son apparition inattendue et dramatique durant l'enfance* » avoue Dame Akissi, une enquêtée à Abiaty. Cela suppose que les parents des diabétiques et son entourage vivent certainement de forts degrés de stress. Ils sont de plus en plus inquiets à

propos des complications à long terme (surtout des amputations des membres de leur fils, de leur femme peuvent survenir) Cette situation insoutenable fait naître au sein de la famille des conflits liés à la prise des médicaments en charge du diabète. Très souvent, les malades ne se conforment plus au régime alimentaire et au traitement à injection d'insuline très douloureux. Toutes ces mesures qui entourent le processus de traitement et le contrôle régulier de la glycémie sont stressants non seulement pour le malade mais également pour les parents. Ces constats se sont avérés vrais car des bouleversements dans les relations familiales, des conflits familiaux autour du malade se sont produits entre les membres d'une même famille. L'enquête a pu livrer en termes de résultats que la cohésion sociale autour des malades est un puissant déterminant social de leur qualité de vie, d'où le terme : « *thérapie de remplacement* ».

2- 3- 1-5 Le stress lié aux complications probables.

Le stress lié aux complications est l'une des causes du stress du patient, des parents et des amis. Le but du traitement dans ces deux types de diabète est de réguler, de normaliser, de stabiliser la glycémie car une hyperglycémie prolongée peut entraîner des complications chez les diabétiques. En effet, les vaisseaux sanguins des diabétiques sont plus à risque d'accumuler de la plaque et se rétrécir. Ce rétrécissement empêche le sang de ne plus bien circuler dans le corps. Cela signifie que les organes du corps ne sont plus bien irrigués en sang et par conséquent en oxygène. Cela entraîne une anoxie cellulaire et tissulaire responsables des complications qui se manifestent par des troubles visuelles (la cécité), des maladies du cœur (infarctus du myocarde), des maladies rénales (insuffisance rénale), des maladies vasculaires cérébrales (l'hypertension artérielle, le coma), des troubles érectiles (impuissance sexuelle) et surtout des plaies incurables nécessitant forcément une amputation d'un ou de plusieurs membres, du doigt ou du pied. Cette situation est difficile et inacceptable pour le malade et ses parents qui préfèrent mourir et /ou le voir mourir avec tous les membres que d'être handicapé tout le reste de sa vie. Ceci dénote bien la survenue du stress lié aux complications.

2-3-1-6 Le stress émotionnel.

Résultats de l'enquête montrent bien que le diabétique est émotionnellement atteint lorsqu'on entend dire très souvent « *je me confie à Dieu* » ou « *seul Dieu décidera de mon sort* ». Le malade a l'impression que le diabète contrôle sa vie et qu'il est destiné pour mourir. Dans cette logique Monsieur Ecu, un enquêté à Adiaké dit qu'il « *attend sa mort prochaine car ma*

santé se dégrade de jour en jour ». En effet, le malade se sent dépassé, effrayé ou se sent toujours en colère puis, un sentiment de tristesse générale l’envahit.

2-3-1-7 Le stress lié à la relation avec le médecin traitant.

Certains diabétiques sont beaucoup familiarisés avec leur médecin traitant si bien qu’ils sont insatisfaits de la qualité des soins reçus. Pour finir, ils pensent que le traitement ne fait plus effet et que le médecin est incompetent si jamais des complications sont parvenues. Cela détériore énormément la relation, la communication entre le malade et son médecin. Très souvent, le malade estime que le médecin ne prend pas ses préoccupations au sérieux et qu’il est difficilement accessible. Pourtant, le médecin, agissant sous le sceau du serment d’Hippocrate est toujours aux soins du diabétique. Le stress lié à la relation avec le médecin traitant est donc une réalité. A la question de savoir si leur vie (les 55 diabétiques) est impactée par des conséquences sociales, leurs avis sont transcrits dans le tableau ci-dessous en termes de valeurs absolues (VA) et de valeurs relatives (VR) dans le tableau suivant :

Tableau 2 : Conséquences sociales des diabètes 1 et 2 impactant la vie des 55 diabétiques.

Professions Impacts Sociaux	Pêcheurs diabétiques		Commerçants diabétiques		Agents en activité ou retraités	
	VA	VR	VA	VR	VA	VR
Stress lié à l’autogestion du diabète	03	12%	02	10%	01	10%
Stress lié aux relations sociales	06	24%	05	25%	02	20%
Effets du stress familial	04	16%	03	15%	02	20%
Stress lié aux complications	08	32%	07	35%	03	30%
Fardeau émotionnel	02	8%	01	5%	01	10%
Stress lié à la relation avec le médecin	02	8%	02	10%	01	10%
Total des diabétiques enquêtés : 55	25	100%	20	100%	10	100%

Source : Notre enquête à Adiaké, Janvier 2023.

Des conséquences sociales impactent effectivement la vie des diabétiques suivis à l’hôpital d’Adiaké comme indiquent les paramètres ci-après : En effet, la plus part des enquêtés dit avoir « **un stress lié aux complications** ». Les pêcheurs diabétiques représentent 32%, les planteurs 35%, les fonctionnaires 30%. On a donc un pourcentage cumulé de 97% des diabétiques qui sont affectés par stress lié aux complications du diabète. Seulement, 3% restant, toutes professions confondues, disent ne pas être impactés. Cela positionne ce paramètre au premier rang des conséquences qui impactent la vie du diabétique. « **Le stress lié aux relations sociales** » vient en deuxième position avec 24% pour les pêcheurs, 25% pour

les planteurs et 20% pour les fonctionnaires donnant un pourcentage cumulé de 69%. Le reste des 31%, toutes professions confondues, disent ne pas être impactés. Pour « *L'effet du stress familial* », sont impactés 16% des pêcheurs, 15% des planteurs et 20% des fonctionnaires. Ce qui donne un total cumulé de 51% et positionnant ce paramètre au troisième rang des conséquences qui perturbent la vie des diabétiques. En ce qui concerne « *le stress lié à l'autogestion du diabète* », il vient en quatrième position des facteurs qui impactent la vie des diabétiques avec 12% pour les pêcheurs, 10% pour les planteurs et 10% pour les fonctionnaires pour un total cumulé de 32%. Enfin, le « *stress lié à la relation avec le médecin traitant* » et le « *au fardeau émotionnel* » arrivent respectivement avec seulement 28% et 23% des malades ayant eu leur vie perturbée par ces types de facteurs.

2-3-2 Les conséquences économiques des diabètes de type 1 et 2.

En plus du coût social c'est-à-dire les conséquences sociales, le diabète a aussi un coût économiques. Ce coût pèse énormément sur le diabétique mais également sur la famille et ses amis qui doivent s'adapter désormais au nouveau mode de vie du malade. En effet, la prise orale quotidienne ou injectable est jugée très coûteuse et contraignante économiquement. Elle épuise financièrement le malade et son entourage surtout quand ce diabète est associé à d'éventuelles complications aiguës ou chroniques qui peuvent le handicaper à vie. Ces complications allant des pathologies cardiaques, rénales, oculaires, vasculaires aux amputations des deux membres ou d'un membre empêche le malade d'être libre de ses mouvements. Cette privation en termes de mobilité a forcément un impact sur les activités économiques du diabétique. Les enquêtes ont montré que les activités dominantes sont la pêche, l'agriculture, le commerce. Cela suppose que toutes ces activités vont tourner au ralenti avec pour conséquences immédiates la baisse des revenus mensuels et des heures de travail, la modification des horaires de travail, des absences à répétition interminable. Par compte, d'un autre côté, les dépenses mensuelles vont s'accroître. C'est ici que les diabétiques rencontrent d'énormes difficultés surtout pour les personnes de plus en plus faibles économiquement qui découvrent leur diabète sur des complications ; et non après un dépistage comme cela se fait systématiquement dans les pays à ressources financières disponibles. Ce diagnostic tardif constaté au cours de notre enquête est source de complications qui exposent le diabétique aux conséquences économiques. Cette situation fragilise la santé mentale du malade qui se sent totalement abandonné par sa famille, ses amis, ses collègues de service. En effet, les coûts exorbitants pour les hospitalisations pour des comas, pour des infections répétées, pour des fréquences d'épisodes hypoglycémiques ou hyper glycémiqes, des neuropathies, des néphropathies mettent le malade et ses parents dans

une situation d'impuissance face à la maladie. Cette incapacité financière à faire face à la prise en charge thérapeutique détériore la qualité de vie du diabétique et peut précipiter son décès. Outre les paramètres sociaux, des paramètres économiques impactant la vie des 55 diabétiques ont été notifiés lors de notre enquête à l'hôpital d'Adiaké. Ainsi, à la question de savoir si le diabète impacte négativement leur situation financière, leurs réponses sont transcrites fidèlement dans le tableau que voici :

Tableau 3 Conséquences économiques des diabètes 1 et 2 impactant la vie des diabétiques

Professions Impacts Économiques	Pêcheurs diabétiques		Planteurs diabétiques		Agents en activité ou retraités	
	VA	VR	VA	VR	VA	VR
Dépenses mensuelles augmentent	09	36%	06	30%	03	30%
Revenus mensuels diminués	07	28%	05	25%	02	20%
Modification des heures de travail altérées	04	16%	04	20%	01	10%
Absences répétées au travail	02	8%	02	10%	02	20%
Assiduité au travail altérée	03	12%	03	15%	02	20%
Total des diabétiques enquêtés : 55	25	100%	20	100%	10	100%

Source : Notre enquête à Adiaké, Janvier 2023.

L'analyse de ces données permet de comprendre que les « *dépenses mensuelles* » viennent au premier plan des conséquences économiques. Dans ce paramètre économique, les pêcheurs représentent 36%, les planteurs 30% et fonctionnaires 30% ce qui donne un pourcentage cumulé de 96% de diabétiques qui reconnaissent avoir vu leurs dépenses mensuelles augmentées, doublés voir mêmes triplées à cause de la prise en charge du traitement. Le reste des diabétiques estimés à 4% toutes professions confondues certainement à aisance sociale plus élevée, disent ne pas sentir ce facteur sur leur nouvelle vie. Le paramètre relatif à la « *baisse du revenu mensuel* » vient en deuxième position une représentation de 28% pour les pêcheurs, 25% pour les planteurs et 20% pour les fonctionnaires donc un pourcentage cumulé de 73% des diabétiques qui disent avoir vu leurs revenus mensuels diminués à cause du faible rendement de leurs activités économiques en rapport avec leur diabète et des énormes dépenses liées à sa prise en charge. Les 27% restants, toutes professions confondues, disent ne pas voir leurs revenus mensuels diminués. Les autres facteurs : « *assiduité au travail altérée* », « *les modifications des heures de travail* » et « *les absences répétées au travail* » arrivent respectivement en troisième, quatrième et cinquième position. En effet, les prises de

médicaments, la surveillance régulière de la glycémie qui coïncident souvent aux horaires du travail réduisent drastiquement le temps de travail des agriculteurs, des pêcheurs et des fonctionnaires

3. Discussion.

Cette étude basée sur l'analyse nosologique et les impacts socio-économiques des maladies métaboliques notamment le diabète de type 1 et de type 2 chez les diabétiques a pu livrer en termes de résultats trois (03) axes principaux qui ont permis d'une part de mieux connaître le diabète dans toutes ses dimensions, d'autre part de mettre en lumière les impacts sociaux et les impacts économiques chez les diabétiques identifiés à l'hôpital d'Adiaké. Le premier axe consacré à la nosologie de ces diabètes a permis d'appréhender toutes les dimensions qui entourent cette pathologie incurable reconnue désormais par l'OMS comme « *la première pandémie non contagieuse et chronique* » et « *un véritable enjeu de santé publique* » depuis le xx siècle. Cet axe nous sert de sous-bassement mieux connaître le diabète car selon (Michel P, 202), il faut « *mieux comprendre le diabète pour mieux vivre* ». Il ressort que les diabètes de type 1 et de type 2 sont différents de par leur mode de contraction ou survenu mais sont tous caractérisés par des taux élevés de glucose dans le sang (hyperglycémie). De plus, les symptômes de ces deux types de diabète sont identiques puisqu'ils définissent par une polyurie, une polyphagie et surtout une polydipsie associée à une asthénie et une altération de l'état générale. Seulement, la différenciation se situe au niveau des étiologies incriminées qui indiquent que le diabète de type 1 est essentiellement héréditaire étant donné que personne ne sait jusqu'à ce jour la cause de l'enclenchement de la destruction du pancréas, siège de la production de l'insuline qui régularise de taux du glucose dans la circulation sanguine. Son caractère génétique est d'autant vrai puisqu'il apparaît très souvent chez des enfants ayant des parents diabétiques. Voilà pourquoi ce type de diabète (type 1) est appelé « *diabète juvénile* » ou « *diabète insulino-dépendant* » (DID). Concernant le diabète de type 2, en plus de l'obésité, du surpoids, du manque d'activité physique et de la sédentarisation et des facteurs environnementaux, deux pathologies sont responsables de sa survenue. Il s'agit de l'insulinopénie (absence d'insuline) et de l'insulinorésistance (une résistance du pancréas à produire l'insuline qui finit par l'épuiser et le détruit.). Cette destruction du pancréas se rapporte à la physiopathologie des diabètes définie comme étant un dysfonctionnement de cellules (Béta) du pancréas ou cellules de Langerhans qui, dans des conditions normales produisent l'insuline nécessaire à l'organisme pour réguler le taux de sucre. C'est cette incapacité à produire l'insuline qu'on appelle « *la physiopathologie du diabète* ». Comme on le voit, la complexité de ces maladies métaboliques oblige forcément la compréhension de

certaines généralités surtout que la plupart des diabétiques résident à Adiaké n'ont aucune connaissance les concernant. Ainsi, cette compréhension nosologique nous a permis de savoir que ces maladies chroniques impactent inéluctablement la vie de ceux qui la portent. Ces diabétiques devront désormais se conformer à une vie contraignante s'ils veulent vivre longtemps. Comme pour dire que ces pathologies doivent être prises au sérieux et traitées efficacement car il n'y a pas de « *petits diabètes* » ou « *de diabètes plus graves que d'autres* » (Jacqueline L, 2011). Dans cette logique, (Barbara B, 2006, p106) propose, qu'en plus traitement par l'insuline, qu'il faut associer « *des règles d'hygiène de vie* » et « *un régime alimentaire* » fondé sur des aliments complets et végétaux pour combattre cette « *épidémie de diabète qui a des impacts sur la qualité de vie du diabétique* ». Abordant la deuxième et la troisième rubrique, nous avons pu mettre en lumière les conséquences sociales et économiques chez les diabétiques suivis à l'hôpital d'Adiaké. En effet, il ressort dans un premier temps que les conséquences sociales se résument en enjeux psychologiques faisant apparaître plusieurs types de stress incluant des relations dynamiques entre composantes sociales. En effet, vivre avec le diabète équivaut à surmonter d'importants défis au quotidien qui peuvent affecter la santé mentale. Cette perturbation psychologique dont il est question se manifeste généralement par des stress liés à l'autogestion du diabète, des stress liés aux relations sociales, des stress liés au fardeau émotionnel, des stress familiaux et surtout des stress liés aux complications graves pouvant engendrer des amputations invalidantes. Dans cette logique, (Weaver L, 2021) pense que « *la dépression, le trouble de sommeil, le désarroi...peut entraîner de lourdes conséquences sur notre santé physique et psychologique* ». Enfin, le dernier axe a pu montrer que les impacts économiques riment avec les difficultés financières du malade et de son entourage. En effet, en dehors du coût social, le coût économique est aussi dommageable car il pèse énormément sur la nouvelle vie du diabétique. Ces difficultés économiques se rapportent à une prise en charge très coûteuse du diabète provoquant de facto une augmentation des dépenses mensuelles et une diminution des revenus mensuels (pêcheurs, planteurs, fonctionnaires). Cette diminution des revenus est en lien avec les absentéismes répétés au travail, l'altération de l'assiduité au travail et surtout les modifications des heures de travail dues aux complications invalidantes et inattendues. D'ailleurs la plupart des auteurs qui se sont intéressés aux diabètes de type 1 et de type 2 s'accordent pour dire qu'ils impactent négativement la qualité de vie des diabétiques.

Ils évoquent tous les impacts socio-économiques ressentis par les diabétiques dans leur nouvelle vie de « *diabète à vie* ». Il s'agit entre autres de (Cloé N, 2020), (Juliette de S, 2016), (Cathérine Z, 2018), (Marc P, 2006). A ce propos, (Raphael P, 2014) donnant les impacts des

diabète pense que ce sont des « *maladies souvent très lourdes de conséquences pour la santé du malade. Puisqu'elles favorisent le développement d'autres pathologies* ». Comme on le voit, tous ces auteurs se contentent d'exposer les impacts socio-économiques de ces deux types de diabète et oublient dans leurs analyses les discriminations faites aux diabétiques dans leurs sociétés respectives. En effet, cette discrimination met en lumière un nouveau rapport social entre les diabétiques et les autres membres de sa communauté. Ce nouveau rapport n'est pas reluisant pour eux dans la mesure où leur insertion dans le tissu social est incertaine. Il est clair que celui qui est « *en situation de travail* » est privilégié que celui qui est « *en quête d'emploi* ». Quand on sait qu'aujourd'hui, en Côte d'Ivoire comme dans d'autres pays, pour candidater à certains concours il faut préalablement se soumettre aux examens biologiques. Ces examens étant en rapport avec la glycémie, on comprend dès lors que les diabétiques sont inéligibles à ces différents concours à cause de leur hyperglycémie. En plus, certaines pathologies comme les lésions cardiaques (infarctus du myocarde), vasculaires (hypertension artérielle), oculaires (la cécité), rénales (insuffisance rénale) sont des facteurs d'exclusion aux concours donnant droit à l'emploi. Pourtant, nul n'ignore que le diabète se signale aujourd'hui chez beaucoup d'individus de plus en plus jeunes en quête de travail. Le diabétique donc un être vulnérable. Quel préjudice ! Quelle frustration ! Quelle injustice ! En effet, l'aptitude physique potentiellement problématique des risques induits par les complications et surtout par l'hyperglycémie ou par l'hypoglycémie (baisse drastique du taux du glucose dans le sang pouvant provoquer des vertiges, chutes libres graves) ne militent pas en faveur des diabétiques déjà confrontés aux contraintes thérapeutiques coïncidant très souvent avec les horaires de travail. Autant de conséquences qui font que des lois de certains pays interdisent aux personnes diabétiques la pratique de certains métiers tels que: le corps d'enseignement (instituteurs), les corps habillés (gendarmes, policiers), les pilotes d'avion, de train etc...Or, selon (l'article 1^{er}, 1948) de la déclaration universelle des droits de l'homme « *tous les êtres humains naissent libres et égaux en dignité et en droit devant la loi* ». On a donc droit aux mêmes emplois sans exclusion.

Conclusion

En somme, nous retenons qu'il existe deux principaux types de diabète (type1 et type 2) différents de par leurs identifications mais sont tous les deux caractérisés par un excès de sucre (glucose) dans le sang (hyperglycémie). L'analyse nosologique socio idéologique faite par les diabétiques est souvent à l'origine des complications et des effets délétères qui impactent négativement leur vie. Ces deux maladies métaboliques doivent être prises au sérieux et traitées efficacement. Au total, deux sortes d'impacts sont retenues : les impacts

sociaux et les impacts économiques. Concernant les impacts sociaux, ils font appel aux enjeux psychologiques, au stress lié aux relations sociales, à l'autogestion du diabète, à l'effet familial, au fardeau émotionnel et surtout cette mélancolie qui vient déséquilibrer la qualité de vie du diabétique. Quant aux impacts économiques, ils riment avec les difficultés financières.

Références bibliographiques

Alexandre Pétion, (2017) « L'assiette antidiabétique », éditeur, Hachette, Illustrated. Parution le 29/03/2017. ISBN-10 20170204X. ISBN-13 978-2017020462.

Andrien Loukou, (2007) « Le diabète tue plus d'un million de personnes en côte d'Ivoire, in inter du Samedi 17 et Dimanche 18 Novembre 2007.

Boris Hansel, (2013) « Perdez votre ventre par une meilleure santé », éditeur, Hachette Pratique. 13/03/2013. ISBN-10 : 1220309534. ISBN-13 978- 122003953.

Cathérine Zerdoun, (2018) « Bien vivre son diabète », éditeur, SAEP, Collection : Bien vivre. AEN : 9782737228285. ISBN : 2737228228X. SKU : 1780612. Mars 2018.

Céline Hess Halpern, (2016) « Tout ce qu'on nous fait avaler », édition, Albin Michel. Parution, 02/03/2016. ISBN-10 226316884. ISBN : ISBN-13 9782226316882.

Cloé Nether, (2020) « 1,12 : ma vie avec le diabète », édition, Ellébore. Parution, 18/11/2020. ISBN-13 979-1023002003. ASIN : B08HG7WQD3.

Dominique Simon et Al, (2005) « Mieux vivre avec le diabète », édition, Hachette, Collection Hachette Pratique. 01/10/2005.

Herzberg Sam (1991) « Les défis de l'approche épidémiologique dans le domaine de la nutrition dans les pays industrialisés, cahier de nutrition et de la diététique, No 26 pp. 17-27.

Jason Fung, (2019) « Les lois du diabète, prévenir et faire régresser le diabète de type 2 naturellement », éditeur, Eyrolles, Paru le 05/09/2019. EAN : 9782212573117

Juliette De Salle, (2016) « Sang sucré », juliettesngsucr@gmail.com. ISBN : 978-2-7466-9411-8.

Memel Foté, (1998) « Les représentations de la maladie et de la santé chez les ivoiriens, éditions Harmattan.

Michel Pinget, (2022) « Le diabète : Mieux le comprendre pour mieux vivre », éditeur, John Libby Eurotext. 06/01/2022. EAN : 9782742016914. ISBN : 2742016910.

Panthakee Z and al, (2018) « In Canada : Définition, Classification and diagnostic of Diabètes, Prediabètes and metabolic syndrome. Can1 Diabètes 2018 ; 42(Suppl. 1) : S10- S15. pp. 20-23.

Raymond Massé, (1995) « éthique et santé publique, enjeu et normativité (collaboration avec Josseline Saint Arnaud / chapitre 6 et 7 pp. 221-241.

Zhang X « OMS met en garde contre les médecins alternatives », revue de presse, Aff. No 23.