

États des lieux et perspectives relatives à la prise en charge psychosociale des patients diabétiques hospitalisés au Centre National Hospitalier Universitaire - Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM)

[Inventories of fixtures and perspectives relative to the psychosocial care of the patients diabetics hospitalized in the National University Hospital Center - Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM)]

Sylvie de CHACUS and Stéphanie GOUSSANOU

Laboratoire de Psychologie Appliquée, Faculté des Lettres, Arts, et Sciences Humaines, Université d'Abomey-Calavi, Benin

Copyright © 2017 ISSR Journals. This is an open access article distributed under the **Creative Commons Attribution License**, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.

ABSTRACT: The present study focuses on psychosocial care and support for diabetic patient of National University Hospital Center at Cotonou in Benin. The objective is to enhance the care given to patients at the endocrinology department. Qualitative and quantitative analysis were performed using a cross sectional data collected at the National University Hospital Center. The results of the analysis indicate that the psychosocial support of diabetic patient have taken a last stage hence creating a psychosocial infrastructure by authorities and health care professional will contribute in improving the quality of care and life of diabetic patient.

KEYWORDS: diabetes, faiths, representation of the health, psychology, endocrine.

RESUME: La présente étude qui porte sur la prise en charge psychosociale des patients diabétiques au CNHU-HKM de Cotonou fait l'état des lieux de la situation au Bénin. À cet effet, l'objectif de l'étude est de contribuer à une meilleure prise en charge psychosociale de ces patients hospitalisés au service d'endocrinologie. Ainsi, une étude descriptive transversale et analytique à caractère qualitatif avec quelques données quantitatives a été conduite au service d'endocrinologie du CNHU-HKM. Les résultats obtenus permettent de comprendre que la prise en charge psychosociale du diabète occupe une place de dernier ressort dans le dispositif existant au CNHU-HKM et que la mise en place d'un dispositif d'accompagnement psychosocial par les acteurs de santé contribuera à l'amélioration de la qualité de vie du malade.

MOTS-CLEFS: Diabète, croyances, représentation de la santé, psychologie, endocrine.

1 INTRODUCTION

1.1 CONTEXTE

Toute nation pour se développer a besoin de pouvoir compter sur toutes ses ressources humaines disponibles. À ce titre, [1] écrit dans son livre intitulé : « *Les six livres de la République* » qu' « *il n'y a ni richesse ni force que d'hommes* » (p 250). L'auteur traduit ainsi sa lecture humaniste de la politique et de l'économie en affirmant que la vraie richesse n'est pas uniquement matérielle et que la force d'un pays tout entier réside dans sa population. Il paraît dès lors, assez claire que sans hommes, le développement d'une nation ne peut se faire. Les Hommes autant qu'ils soient, pour accomplir ce devoir de développement de leur nation, ont besoin de jouir d'une santé saine et équilibrée. Malheureusement, le contexte sanitaire mondial actuel est tel que les problèmes de santé publique des Hommes sont de plus en plus croissants.

En effet, après une tendance à la hausse de 2002 à 2008, " l'Etat de santé ressentie " des populations de l'Organisation de Coopération et de Développement Economique (OCDE) a chuté de plusieurs points en 2010 « *Quelles que soient les tranches d'âge, le pourcentage de femmes et d'hommes s'estimant en bonne ou très bonne santé baisse en 2010. Et lorsque l'on considère l'ensemble des sexes, il en est de même pour le quintile de revenu le plus élevé* » [2]. En 2008, 74,9 % des hommes se jugeaient en bonne ou très bonne santé, contre 70,6 % en 2010. Pour les femmes ce taux est passé de 70,1 % à 66,5 % [2]. Ainsi, multiples sont les maladies qui accablent l'Homme et réduisent ses potentialités d'actions. Au nombre de ces maladies, nous avons des Maladies Sexuellement Transmissibles (MST) et des Maladies Non Transmissibles (MNT). Dans le monde, les MNT sont responsables de plus de 60 % des décès et de 47 % de la charge mondiale de morbidité [3]. Au nombre de ces maladies chroniques, le diabète est une affection particulièrement importante, car répandue à travers le monde.

Selon certaines croyances, le diabète serait considéré comme une maladie des « riches » dans les pays pauvres et comme une maladie des « pauvres » dans les pays riches [4]. Mais, pour le Secrétaire Général des Nations Unies, Ban Ki-Moon : « *Le cancer, le diabète et les maladies du cœur ne sont plus des maladies des riches. Aujourd'hui, elles touchent les populations et les économies des pays les plus pauvres encore plus que les maladies infectieuses. Elles représentent une urgence de santé publique sous-estimée* » [5]. En effet, aujourd'hui les progrès scientifiques, à travers maintes études, ont dévoilé la face de cette pathologie qui s'est imposée dans la population, et constitue un problème de santé publique assez préoccupant. Il n'épargne ni enfant, ni adolescent, ni adultes. Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), cette maladie touche quelque 350 millions de personnes dans le monde ; tuant ainsi 3,4 millions de personnes en 2005 et, d'après les projections, le nombre de décès va doubler entre 2005 et 2030 [4]. Notons dans ce sens qu'au Bénin, selon l'enquête sur les facteurs de risque des maladies chroniques effectuée en 2008, le diabète affectait 2,6 % de la population [6]. Caractérisé par un déficit du pancréas qui ne produit pas assez d'insuline, le diabète est une pathologie qui s'installe très lentement pouvant aller jusqu'à dix ans avant les premiers symptômes types. Par sa chronicité, le diabète est susceptible de provoquer bien de complications pour la santé du malade.

Avant l'existence de la Clinique d'Endocrinologie et de Maladies Métaboliques-Nutrition (CEMM-N) au CNHU-HKM, la prise en charge était assurée dans le département de Médecine générale où étaient reçus tous les malades sans distinction de pathologies médicales. Le Service social implanté au lendemain de l'inauguration de l'hôpital en 1963 offrait aux malades hospitalisés à travers la relation d'aide, des prestations de protection et de promotion médicosociales. Les activités étaient entre autres celles de la santé maternelle et infantile, de soutien au malade à travers la *visite au lit du malade et la permanence* (consultation sociale), *des "dons" de consommables, de médicaments, et autres dons en nature et en espèce*. L'assistance financière aux malades était possible grâce aux *caisses de "menues dépenses"* et/ou de *"secours immédiats"*. Ces activités étaient rendues possibles grâce aux appuis des ministères sous tutelle, des partenaires et ONG nationaux et internationaux.

Avec la création de la CEMM-N puis de celui des Urgences, l'admission du patient diabétique est consécutive à son orientation du service des Urgences, de la consultation de médecine externe et du "Centre de dépistage, de traitement et de suivi des diabétiques". Les complications aiguës et chroniques constituent le motif d'hospitalisation. Après l'accueil et l'installation du patient, le médecin procède à l'écoute, l'examen et au diagnostic. Des examens complémentaires sont demandés pour la confirmation et la maîtrise du traitement institué. Les consignes et soins sont exécutés par les paramédicaux et stagiaires. Sous la direction du Médecin-chef, le service collabore avec d'autres spécialités en interne comme la Cardiologie, la Néphrologie, la Chirurgie, l'Ophtalmologie... pour assurer la prise en charge médicale. L'implication du service social apparait officieusement et est réduite à l'appui à la prise en charge financière de l'amputation (acte chirurgical) du patient diabétique à travers le Fonds Sanitaire des Indigents (FSI). Cet appui, non seulement qu'il soit interdit par un texte légal et réglementaire est apporté très tardivement à une phase irrécupérable de la complication. N'ayant ainsi pas d'autres choix que d'apporter cette aide aux malades diabétiques qui, à ce stade risque, le Service social par œuvre d'humanité, fait son impossible pour offrir au moins cette aide aux diabétiques. Par ailleurs, il faut relever que depuis la déconcentration des unités de la Médecine générale, la création de nouveaux services au sein de l'hôpital et la mise en place du FSI, le Service social n'arrive plus à offrir des prestations psychosociales aux patients hospitalisés. La priorité est donnée à la satisfaction de l'effectif grandissant des indigents par la mise œuvre de la procédure de prise en charge. La poursuite de la prise en charge du diabétique se fait selon l'évolution de son état de santé. Lorsqu'elle est favorable, le patient est mis en exéat avec un rendez-vous de contrôle. L'évolution défavorable amène à une nouvelle évaluation avec l'intervention des autres compétences médicales au besoin, ou le transfert du malade dans un autre service : Traumatologie en cas d'amputation, Réanimation, Néphrologie, etc. Les patients dont les complications sont telles les pieds diabétiques et autres plaies diabétiques sont mis en exéat en attendant la cicatrisation complète de la plaie. Ces derniers continuent en "soins ambulatoires" leur pansement. À l'exéat, des conseils sur l'alimentation, l'hygiène et autres relatifs au diabète sont prodigués aux patients. Un rendez-vous de consultation est donné dans un carnet réservé à cet effet et remis aux patients.

1.2 PROBLÉMATIQUE

Pour mener à bien la prise en charge de cette pathologie et de ses complications, les structures de soins ont pour mission d'assurer l'accueil, le suivi et la prise en charge médicale des patients. Également, elles devraient permettre l'accès à une prise en charge globale, ce qui suppose une coordination des aspects médicaux, sociaux, économiques et psychologiques. Mais force est de constater que les patients diabétiques hospitalisés dans le service d'Endocrinologie et des Maladies métaboliques du Centre National Hospitalier et Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM) ont des difficultés à bénéficier d'une pareille prise en charge globale. Entre autres difficultés, le manque de prise en charge psychosociale des diabétiques a le plus retenu notre attention.

En effet, ce problème nous paraît assez préoccupant du fait qu'à priori, pour une meilleure et globalisante prise en charge des personnes diabétiques, on ne saurait occulter l'aspect psychosocial, car cette situation représente un paradoxe au regard de l'envergure des prestations de cette institution sanitaire de référence de notre pays et de la présence d'un Service Social Hospitalier au sein du CNHU-HKM. C'est pour cette raison que nous avons décidé, d'explorer la problématique de l'absence d'une prise en charge psychosociale des malades diabétiques du CNHU-HKM à travers le sujet : " États des lieux et perspectives relatives à la prise en charge psychosociale des patients diabétiques hospitalisés au Centre National Hospitalier Universitaire-Hubert Koutoukou MAGA (CNHU-HKM)", afin de déceler des pistes de solutions susceptibles de rendre un peu plus globalisante la prise en charge des patients diabétiques de ladite institution sanitaire.

1.3 OBJECTIFS ET HYPOTHÈSES DE RECHERCHE

1.3.1 OBJECTIF GÉNÉRAL

Contribuer à une meilleure prise en charge psychosociale des patients diabétiques hospitalisés au service d'endocrinologie au CNHU-HKM.

1.3.2 OBJECTIFS SPÉCIFIQUES

- Déterminer la conduite de la prise en charge du diabète au CNHU-HKM, des débuts à nos jours ;
- Analyser la place de la composante psychosociale dans la prise en charge du diabète au CNHU-HKM de Cotonou ;
- Analyser les difficultés à la mise en œuvre du volet psychologique et social de la prise en charge du diabète au CNHU-HKM de Cotonou.

1.3.3 HYPOTHÈSE GÉNÉRALE

L'aspect psychosocial est un élément absent de la prise en charge du diabète telle que pratiquée au CNHU-HKM.

1.3.4 HYPOTHÈSES SPÉCIFIQUES

- La prise en charge psychosociale du diabète occupe une place de dernier ressort dans le dispositif existant au CNHU-HKM.
- La mise en place d'un dispositif d'accompagnement psychosocial par les acteurs de santé participe à l'amélioration de la qualité de vie du malade.

2 MATÉRIEL ET MÉTHODES

2.1 L'APPROCHE THÉORIQUE

Elle a consisté à faire le point des connaissances sur les thématiques abordées dans cette étude. Ainsi, plusieurs sources d'informations ont été explorées. Le point de départ de notre recherche a été l'exploitation des informations recueillies tant au niveau de la Clinique d'Endocrinologie et de Maladies Métaboliques-Nutrition, des Urgences que du Service Social du CNHU-HKM. Essentiellement des registres et rapports d'activités, la veille légale et réglementaire et autres supports de travail y ont été consultés. Le souci de mieux cerner les différentes problématiques abordées nous a conduits à nous rapprocher du Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles et d'autres Directions techniques des Ministères en charge de la Santé et de la Famille, où, des normes, protocoles, politiques, stratégies et textes aussi bien législatifs, réglementaires et applicables ont été exploitées. Des documents d'origine externe tels que les publications, revues, bulletins et articles des partenaires techniques et financiers du domaine de la santé ont été d'une très grande utilité.

D'autres bibliothèques et services de documentation ont également été visités. Aussi des sites web se rapportant à la problématique de l'étude ont-ils été consultés, et d'autres recherches sur : mobilisation sociale, Technique de négociation et plaidoyer, Psychologie, Santé et Sécurité au travail, Droit de la santé, Méthodologie de la recherche, statistiques, nous ont été d'un apport essentiel.

2.2 L'APPROCHE EMPIRIQUE

Cette approche a été organisée autour de la collecte de données de base et l'enquête faite sur le terrain. Elle s'est appuyée sur l'expérience, l'observation et les entretiens. Elle nous a permis d'envisager la méthode d'enquête à utiliser pour identifier les causes à l'origine des problèmes soulevés et les données nécessaires à la vérification de nos hypothèses de recherche.

2.2.1 NATURE ET DURÉE DE L'ÉTUDE

Il s'agit d'une étude descriptive transversale et analytique à caractère qualitatif avec quelques données quantitatives. L'étude s'est déroulée du 23 mars au 13 juin 2015 au CNHU-HKM, plus précisément en Service d'Endocrinologie et des Maladies Métaboliques.

2.2.2 POPULATION D'ÉTUDE

Elle est constituée de :

- Tout patient diabétique ayant été hospitalisé au moins une fois pendant 72 heures au minimum pendant la période considérée ;
- Le personnel soignant de la Clinique d'Endocrinologie et des Maladies Métaboliques-Nutrition ;
- Le personnel du Service Social du CNHU-HKM.

2.2.3 CRITÈRES D'INCLUSION

- Être âgée de 15 ans ou plus ;
- Être un diabétique, hospitalisé au moins une fois pendant une durée de 72 heures au minimum dans la Clinique d'Endocrinologie et de Maladies Métaboliques-Nutrition au CNHU-HKM ;
- Tout parent d'un malade incapable de répondre aux questions ;
- Le Personnel soignant de la Clinique d'Endocrinologie et des Maladies Métaboliques-Nutrition ;
- Le personnel du Service Social du CNHU-HKM.

2.2.4 CRITÈRES D'EXCLUSION

- Tout patient n'ayant pas donné son consentement ;
- Patient décédé ou non diabétique.

2.2.5 TECHNIQUE ÉCHANTILLONNAGE

Nous avons choisi de prendre en compte l'effectif total de nos groupes cibles répondant aux critères d'inclusion présent dans le Service d'Endocrinologie et de Maladie Métaboliques pendant la période de collecte des données, au regard de leur importance dans la réalisation de l'étude, et, les techniciens supérieurs de l'action sociale de l'effectif du Service social.

Ainsi, la technique d'échantillonnage non probabiliste a été utilisée. Il s'agit de l'échantillonnage typique ou raisonné.

La taille de notre échantillon est constituée de 34 personnes réparties comme suit :

- Patients diabétiques : 18 (10 hospitalisés et 08 patients en traitement ambulatoire) ;
- Médecin traitant : 05 ;
- Infirmier : 06 ;
- Aides-soignants : 03 ;
- Assistants sociaux : 02.

2.3 TECHNIQUES ET OUTILS DE COLLECTE DES DONNEES

2.3.1 MATERIEL DE COLLECTE DE DONNEES

Dans le cadre de l'étude, cinq différents guides d'entretien ont été conçus. Les guides d'entretien au personnel soignant et aux assistants sociaux comportent des questions fermées et quelques questions ouvertes ont permis d'enregistrer les informations relatives à leur appréciation et leur opinion sur l'accessibilité des diabétiques aux soins ; la prise en charge psychosociale des diabétiques et son utilité ; les difficultés selon eux des malades et les axes d'amélioration pour l'effectivité de la prise en charge psychosociale des diabétiques. Le guide d'entretien adressé aux patients diabétiques permet de recueillir entre autres des informations sur leurs connaissances et représentations de la maladie, la connaissance, le rôle et l'utilité du psychologue et de l'assistant social, leur vécu de la maladie et leurs besoins. Pour faciliter l'adhésion des enquêtés, nous avons effectué des «visites au lit du malade" pour les informer et les préparer psychologiquement avec obtention de leur avis. Pour les malades en traitement ambulatoire (pansement), nous avons profité de leurs jours de pansement pour les informer et obtenir d'eux des rendez-vous. Quant aux autres acteurs impliqués, des rendez-vous ont été obtenus après avis favorables.

2.3.2 TECHNIQUE DE COLLECTE DE DONNÉES

Les techniques utilisées pour la collecte de données sont : la revue documentaire, l'observation et l'entretien individuel (face à face avec l'enquêté).

Le guide d'observation : cet outil nous a permis de vérifier l'existence ou non des supports d'enregistrement des activités et la qualité de leur remplissage (registres de garde et de permanence, dossiers et rapports médicaux, protocoles et procédures de prise en charge, etc.).

Les guides d'entretien élaborés nous ont permis d'interviewer d'une part les patients diabétiques et d'autre part, le personnel soignant et les assistants sociaux. Ce sont :

- Un guide d'entretien à l'endroit des patients diabétiques ;
- Un guide d'entretien à l'endroit des médecins traitants ;
- Un guide d'entretien à l'endroit des infirmiers du service ;
- Un guide d'entretien à l'endroit des aides-soignants ;
- Un guide d'entretien à l'endroit du personnel du Service Social.

2.4 DÉROULEMENT DE LA COLLECTE DES DONNÉES

Cette opération a été réalisée en deux étapes. La pré-enquête et l'enquête proprement dite.

- la pré-enquête :

Elle a permis de tester nos outils dans tous ses détails et nous a aidés à revoir et reformuler certains items afin d'atteindre les objectifs de notre étude.

- L'enquête proprement dite :

La collecte s'est déroulée du 20 mai au 04 juin 2015 dans l'enceinte du Service d'Endocrinologie et de Maladie Métaboliques : dans la salle de garde des infirmiers, au lit du malade pour certains et dans l'espace réservée à accueillir les malades en soins ambulatoires pour d'autres. Munies du matériel nécessaire pour le bon déroulement de l'enquête, nous avons procédé par interview directe c'est-à-dire que nous nous sommes directement adressées à notre cible en transcrivant les réponses aux questions posées. À la fin de la journée, un point est fait afin de vérifier la cohérence et la complétude des données recueillies. Ainsi, le travail de la journée était évalué et validé afin d'adopter le plan de travail de la journée à venir.

2.5 VARIABLES

- Variable dépendante

Dans notre étude, il s'agit du vécu psychosocial et des déterminants de la maladie.

- Variables indépendantes

Il s'agit dans notre étude des facteurs sociodémographiques :

- Données sociodémographiques (âges, sexes, situation matrimoniale, niveau d'instruction...);
- Données liées à la connaissance, les représentations; etc.

2.6 TRAITEMENTS ET ANALYSE DES DONNEES

Le traitement et l'analyse des données ont été informatisés. SPSS version 20 et Microsoft Excel 2007 ont été les logiciels utilisés. Avant la saisie, il a été d'abord vérifié la cohérence et la vraisemblance des réponses recueillies. Après la saisie, une validation des premières tabulations a été d'abord faite après vérification d'erreurs. Ceci a permis de produire les tableaux analysés dans le présent rapport.

2.7 CONSIDÉRATIONS ÉTHIQUES ET DÉONTOLOGIQUES

Notre étude a fortement tenu compte des considérations éthiques suivantes :

- Volonté du patient à participer à l'étude ;
- Principe du non-jugement ;
- Respect de la dignité humaine ;
- Respect de la confidentialité des données recueillies.

3 RÉSULTATS DE L'ÉTUDE

- Sexe et âge

La population d'étude est à prédominance masculine : 72,22 % d'hommes et 27,78 % de femmes. Cette répartition s'expliquerait par le fait que dans la population béninoise, le taux de prévalence du diabète (sucré) est plus élevé chez les hommes que chez les femmes. C'est sans doute ce qui justifie qu'en prévision, la capacité d'accueil des hommes est le double de celle des femmes à la CEMM-N. L'âge moyen pour les deux sexes est de 51 ans avec des extrêmes de 36 ans et 75 ans.

- Niveau d'instruction et résidence

Comme niveau d'instruction, 4 diabétiques, soit 22,22 % n'ont aucun niveau d'instruction. 6 soit 33,33 % ont celui du primaire ; 6 aussi, soit 33,33 % ont le niveau secondaire et 2 (11,12 %), celui du supérieur. Ces résultats montrent la proportion non négligeable des diabétiques instruits. S'agissant de leur résidence, respectivement 72,22 % proviennent du Littoral ; 16,67 % de l'Atlantique et 11,11 % du Mono. Ceci démontre quel effort les patients doivent faire avant d'accéder aux soins lorsqu'on ne fait plus de doute sur les faibles capacités financières de la plupart des Béninois, en particulier du diabétique à cause de sa maladie, et le coût du transport dans nos villes.

- Statut professionnel et couverture sociale des diabétiques

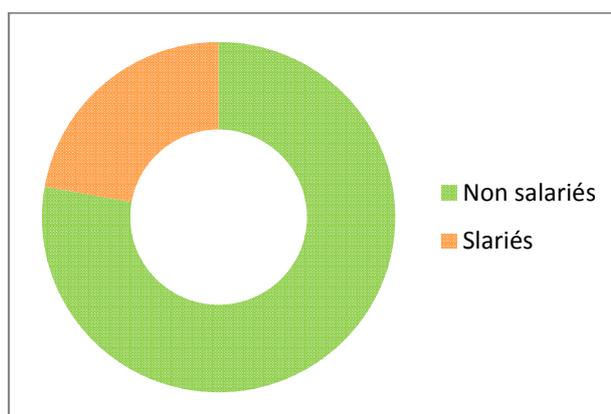


Fig. 1. Répartition des diabétiques selon leur statut professionnel et leur couverture sociale

Il ressort de ce graphique que plus de 75 % des diabétiques (14 sur les 18) ne sont pas salariés. Aussi, 14 diabétiques (77,78 %) sur les dix-huit enquêtés n'avaient-ils ni prise en charge, ni assurance maladie. Les examens para cliniques étant à la charge exclusive des patients, cela explique le fait que certains de ces examens très déterminants pour la maîtrise des

complications n'étaient pas réalisés. Ces résultats montrent la très grande proportion des diabétiques qui ne bénéficient d'aucun privilège de protection sociale pour amoindrir le coût des exigences financières de leur prise en charge.

- **Effectivité de la prise en charge psychosociale des patients diabétiques**

Tous les enquêtés ont répondu unanimement (100 %) par la négation à la question de savoir *si la prise en charge psychosociale des patients diabétiques est effective au CHNU-HKM*. Justifiant leur déclaration l'un d'eux s'exprime en ces termes : « Aucun dispositif n'a été mis en place à cette fin. Pas d'assistant social, ni de psychologue convié à cette tâche ».

- **Les Raisons de l'absence des interventions d'un psychologue dans la prise en charge des diabétiques**

Relativement à la question posée au personnel soignant et aux assistants sociaux de savoir *ce qui à leur avis expliquerait l'absence de l'intervention d'un psychologue dans la prise en charge des diabétiques au CNHU-HKM*, les réponses se présentent comme suit :

Tableau 1 : Répartition du personnel soignant et assistants sociaux selon ce qui expliquerait l'absence de l'intervention d'un psychologue dans la prise en charge des diabétiques au CNHU-HKM.

Modalités	Effectif	%
Inexistence de texte	09	62,5
Absence de recrutement	07	37,5
Total	16	100

Source : Données de l'enquête

De ce tableau on comprend que 62,5 % des enquêtés attribuent l'absence des interventions d'un psychologue au fait qu'il n'existe pas de texte en la matière tandis que, 37,5 % l'associe à l'absence de recrutement. Cette situation est le présage d'un manque de texte réglementaire en la matière et partant, d'une absence d'intervention d'un psychologue en Service d'Endocrinologie et des Maladies Métaboliques ; ce qui a été déjà prouvé par la description de la conduite de la prise en charge des diabétiques depuis la création du CEMM-N jusqu'à nos jours telle que abordée plus haut.

- **L'absence d'un accompagnement psychosocial des hospitalisés par le personnel du service social se présente comme suit :**

À la question de savoir si les assistants sociaux du Service Social assurent la prise en charge psychosociale des diabétiques, 100 % des enquêtés, c'est-à-dire le personnel du Service Social enquêtés et le personnel soignant, ont répondu par la *négation*. Ainsi, des raisons concernant la quasi-inexistence de l'accompagnement psychosocial aux diabétiques sont évoquées dans l'encadré suivant :

Encadré 1: Raisons évoquées à propos de la quasi-inexistence de l'accompagnement psychosocial aux diabétiques.

- Cela constituerait trop de charges pour le peu du personnel existant ;
- Une telle activité n'est point formalisée dans notre service ;
- Absence de planification ;
- Pas de recrutement dans ce sens ;
- Exclusion du Fonds Sanitaire des Indigents ;

Source : Données de l'enquête

Paradoxalement, quant à la question d'avoir l'avis des enquêtés sur la nécessité d'un accompagnement psychosocial au profit des diabétiques, tous (patients diabétiques, personnel médical et paramédical de la CEMM-N) ont répondu à 100 % par l'affirmative. Dans ce même ordre d'idée, le tableau suivant résume leur avis sur le rôle de la prise en charge psychosociale au profit des diabétiques.

Tableau 2 : Répartition du personnel soignant et des assistants sociaux selon leur avis sur l'importance de la prise en charge psychosociale au profit des diabétiques.

Modalités	Effectif	%
Très utile	07	30,44
Indispensable	06	26,08
Urgente	04	17,39
Nécessaire	04	17,39
Utile	01	4,35
Opportun	01	4,35
Total	23	100

Source : Données de l'enquête

De ce tableau on comprend que majoritairement soit à 56,52 %, le personnel soignant de la CEMM-N pense que la prise en charge psychosociale au profit des diabétiques est très utile et indispensable. Il faut noter que toutes les variables utilisées dans le tableau ci-dessus (prises globalement) ne sont que *synonymes* du terme « très utile » utilisé à 30,44 %. En somme, le personnel soignant reconnaît la nécessité de procéder à une prise en charge psychosociale des diabétiques.

L'hypothèse n° 1 met en relief l'inexistence d'un texte réglementaire au plan national comme étant la cause de l'absence des interventions d'un psychologue en SEMM. Pour la vérifier, l'avis des personnes interrogées au cours de notre enquête est présenté dans le tableau 1. Il ressort de l'analyse dudit tableau que les médecins ont reconnu à 62,5 % l'inexistence de texte comme étant la source de l'absence d'interventions d'un psychologue dans la CEMM.-N. Pour ce qui est des 37,5 % restant, ils associent le problème à l'absence de recrutement. Remarquons que cette deuxième cause est incluse dans la première, car, le recrutement d'un personnel suppose a priori qu'il soit préalablement prévu ; que le besoin ait été, exprimé, et que la nécessité soit reconnue et jugée par les autorités compétentes. En effet, des directives nationales et internes relatives à la prise en charge des diabétiques existantes (Protocoles et stratégies, Normes, et Plan stratégique), aucune mention du psychologue n'y est faite des acteurs comme il est le cas du nutritionniste dans certaines. On pourrait donc s'interroger sur le fait de savoir si la question avait été une préoccupation des acteurs de la santé, lors de l'élaboration des directives. De même, en parcourant la conduite de la prise en charge du diabétique telle que pratiquée depuis sa création jusqu'à nos jours au CNHU-HKM, on se rend bien compte qu'aucun psychologue n'est formellement impliqué dans la prise en charge du patient diabétique. Par conséquent, nous pouvons affirmer que notre hypothèse n° 1 est vérifiée. Ainsi, l'aspect psychosocial est un élément absent de la prise en charge du diabète telle que pratiquée au CNHU-HKM.

L'hypothèse n° 2 explique l'absence d'un accompagnement psychosocial des diabétiques hospitalisés par plusieurs causes dont l'absence d'interface entre le Service Social et le Service d'Endocrinologie et des Maladies Métaboliques. Quand on analyse les données relatives au problème spécifique n° 2, on se rend compte que tous les enquêtés à 100 % reconnaissent qu'il n'y a pas une implication du Service Social dans les activités de la CEMM-N et qu'eux-mêmes (personnel soignant) ont déjà assez de charges pour se livrer à une telle activité au profit des diabétiques. En effet, faudrait qu'il y ait une implication du Service Social Hospitalier dans la prise en charge des diabétiques pour qu'on parle soit d'interface entre le SSH et la CEMM-H, soit de planification d'activités de relation d'aide et donc d'accompagnement psychosocial. Ainsi, l'absence de recrutement dans ce sens ne saurait justifier l'ineffectivité de cette activité par les assistants sociaux quand on sait que la prise en charge sociale et économique est la mission primordiale, le rôle principal que doit assurer l'assistant social en milieu hospitalier. L'exclusion des diabétiques du Fonds Sanitaire des Indigents évoquée comme raison démontre aisément la méconnaissance des attributions et missions du Service social hospitalier dans la prise en charge des diabétiques par le personnel soignant de la CEMM-N ; alors que cette même prise en charge est qualifiée de très utile, nécessaire et indispensable par le personnel soignant de la CEMM-N. Ainsi, on peut affirmer que notre hypothèse n° 2 est vérifiée. Donc, la prise en charge psychosociale du diabète occupe une place de dernier ressort dans le dispositif existant au CNHU-HKM.

4 DISCUSSION

Les résultats d'un certain nombre d'études récentes mettent en évidence l'importance des facteurs psychosociaux dans la gestion du diabète. Les recherches indiquent que la co-morbidité psychologique est prévalente chez les personnes atteintes de diabète, ce qui a un impact négatif sur le bien-être, le contrôle glycémique et la prise en charge autonome. D'après [7], la dépression est malheureusement courante chez les personnes atteintes de diabète et souvent mal diagnostiquée.

Des études récentes, notamment l'étude DAWN [8], montrent que, d'une façon générale, le soutien psychologique est inadéquat tant chez les enfants que chez les adultes atteints de diabète. Ces résultats corroborent nos hypothèses en apportant la preuve que la connaissance croissante des implications psychologiques pourrait amener une amélioration significative de la gestion psychosociale des personnes atteintes de diabète.

Selon [9], le soutien psychologique peut contribuer à améliorer le suivi du traitement et le bien-être des personnes atteintes de diabète et que, globalement, les interventions psychologiques étaient efficaces pour améliorer le contrôle glycémique chez les personnes atteintes de diabète de type 2.

Pour certains chercheurs, les personnes atteintes de diabète sont responsables de la majorité de leurs soins. Certains des aspects de la vie quotidienne, et notamment des aspects aussi fondamentaux que l'alimentation et l'activité physique, sont affectés par le diabète [10]. Ces résultats vont dans le sens que nos affirmations et confirment le fait que selon la théorie des croyances relatives à la santé, certaines connaissances sont nécessaires pour pouvoir se soigner mais celles-ci ne sont pas toujours garantes de soins autonomes optimaux. Ainsi, l'éducation des patients s'impose donc comme une question thérapeutique complexe. La nature holistique de la gestion autonome du diabète implique également un bien-être mental afin de maintenir et d'optimiser les changements mis en application dans la vie quotidienne, une tâche difficile lorsque des problèmes psychologiques interfèrent. La prise en charge psychologique et l'éducation sont donc des aspects essentiels des soins du diabète.

L'un des objectifs importants des soins médicaux est en soi, le bien-être psychologique et les facteurs psychosociaux qui jouent un rôle important dans la mise en œuvre de tous les aspects de la gestion du diabète. Le diabète est un facteur de risque supplémentaire du développement de troubles psychologiques et impose une charge psychologique à vie. Un mauvais état psychologique provoque une souffrance, et peut lourdement interférer avec la gestion autonome quotidienne du diabète. Il est également associé à de mauvais résultats médicaux et à des frais élevés. Les problèmes de comportement et d'ordre psychologique peuvent souvent être adressés en dialoguant avec le patient et en effectuant une évaluation et un conseil psychologiques.

En effet, si la prise en charge des diabétiques en Service d'Endocrinologie et de Maladies Métaboliques se veut plus globalisante, il est clair qu'elle doit dépasser le niveau médical et intégrer une série d'autres aspects de prise en charge de la maladie, dont l'aspect psychosocial. De même, si on espère pouvoir soutenir les patients diabétiques dans leur vécu de la maladie, il faudrait penser à un moyen de subventionner leurs dépenses, car elles sont assez exorbitantes.

Ainsi, au terme de la présente étude, il se dégage pour la CEMM-N une urgence en matière de collaboration avec le service social hospitalier afin d'intégrer l'aspect psychosocial dans la prise en charge et de rendre un peu plus globale la prise en charge aux diabétiques en plaidant aussi pour le recrutement d'un psychologue interne à la CEMM-N.

Toutefois, la mise en œuvre de ces solutions reste tributaire à une volonté manifeste des autorités sanitaires au plus haut niveau en passant par la base qui n'est plus à convaincre.

Par ailleurs, il convient de notifier que les moyens en termes de ressources matérielles, financières et humaines mis à disposition de la CEMM-N ne lui permettent pas d'atteindre de manière plus objective et efficiente sa mission dont l'étendue est nationale. Par conséquent, pour améliorer la prise en charge des diabétiques, la CEMM-N **doit** se battre durement pour que ses plaidoyers soient entendus et réalisés. Il doit également avoir la clairvoyance de se tourner vers le Service Social Hospitalier (SSH) afin que de la synergie de leurs efforts naisse un résultat d'actions assez bénéfique aux patients diabétiques.

En ce qui concerne la faiblesse du mécanisme d'information et de soutien du patient diabétique dans le système de prise en charge, nous dégageons trois axes de solutions :

- **Le renforcement de l'information et la motivation du diabétique hospitalisé :**

Rendre plus disponible et accessible l'information au sein de la CEMM-N au CNHU-HKM et motiver les diabétiques à l'autogestion et au suivi de la maladie est un atout favorable pour la réduction de la morbi-mortalité chez les diabétiques.

Pour une information et une communication efficaces, le ministère de la Santé et le Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) doivent élaborer une politique de communication assortie d'un plan opérationnel de communication qui est un instrument de partage d'informations et de mobilisation de ressources. Il doit également procéder à la planification ainsi qu'au financement des activités sur les bonnes conduites, attitudes et pratiques, la prévention du diabète et de ses complications. Il faut en fait communiquer davantage sur la maladie (radio, télé, campagne de sensibilisation à grande échelle) afin de permettre aux populations de mieux comprendre la maladie. En outre, il faudra renforcer voire rapprocher les délais de dépistage systématique au sein de la population afin que les malades à risque se reconnaissent malades plus tôt, à un stade moins compliqué compte tenu du caractère silencieux de la maladie.

Aucun niveau de la prévention ne doit être occulté. Si la prévention tertiaire et quaternaire doivent être apportées aux diabétiques en hospitalisation au CNHU-HKM, celles primaire et secondaire sont indispensables en l'endroit de toute la population béninoise au regard des conséquences avilissantes qui frappent non seulement les familles intéressées, mais aussi freinent l'essor de notre pays.

- **La mise en place d'un Fonds pour la prise en charge des diabétiques** : le diabète compte tenu de son caractère chronique est exclu du Fonds sanitaire d'aide aux indigents géré par le SSH. Tout comme pour le VIH/SIDA, la dialyse (insuffisance rénale) et le cancer, il va falloir que les pouvoirs publics s'activent et réfléchissent à la mise en place d'un programme impliquant le volet économique pour subventionner les différentes charges liées au traitement du diabète dont les analyses corolaires fréquemment demandées sont souvent très exorbitantes, mais vitales pour le patient.

- **Le renforcement des capacités du personnel de la CEMM-N et du SSH :**

Le diabète est une maladie que l'on ne peut pas guérir, mais que l'on peut soigner de mieux en mieux. Les acteurs de la prise en charge doivent être formés de manière adaptée, qu'ils soient médecins, infirmières, ou autres... Ce renforcement de capacité doit tenir compte de nouvelles approches et conceptions de la santé.

- La formation du personnel soignant et des assistants sociaux à la notion de l'éducation thérapeutique du patient (ETP) : il s'agit de former tous ceux qui sont impliqués dans le processus de traitement du diabétique à cette notion qui permet de considérer la maladie et le malade comme un tout et rendre plus globale sa prise en charge afin d'améliorer réellement sa qualité de vie en dépit de la maladie. «L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. L'éducation implique des activités organisées de sensibilisation, d'information, d'apprentissage de l'autogestion et de soutien psychologique concernant la maladie, le traitement prescrit, les soins, le cadre hospitalier et de soins, les informations organisationnelles, et les comportements de santé et de maladie. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie » [11].

- La prise en charge psychosociale des patients diabétiques : nécessite des aptitudes qui vont au-delà des simples connaissances générales dont sont souvent investis les Assistants sociaux. Elle requiert de leur part des savoirs plus spécifiques relatifs à cette cible complexe, au regard de la chronicité, des problèmes physiques et psychologiques auxquels ils doivent faire face continuellement. Ainsi l'approche du travail social sera basée sur la tradition humaniste et mettra en évidence le caractère unique de la personne et de son expérience. Les consultations sociales permettront entre autres d'anticiper un changement en réduisant l'impact des événements stressants. Aussi permettront-elles également d'appliquer des méthodes conçues spécialement (thérapie comportementale et cognitive...) pour modifier les pensées négatives et améliorer l'estime de soi ; d'identifier les problèmes/troubles psychosociaux qui nécessitent une attention spéciale et des soins de santé mentale spécialisés (comme la dépression, l'anxiété, les troubles de l'alimentation, l'abus de substances, l'activité professionnelle, la dynamique familiale, la facilitation d'adaptation, l'éducation, l'emploi) et comprendre l'impact sur le bien-être émotionnel, les comportements en termes de soins autonomes et les résultats cliniques.

- **La synergie entre la CEMM-N et le SSH** : pour mettre en place des mécanismes qui impliquent ou intéressent les patients diabétiques qui sont bien souvent oubliés dans les décisions de l'administration et les directives nationales. Elle permettra en outre d'identifier les aspects non perçus et conjuguer les approches de solutions pour la satisfaction des patients.

5 CONCLUSION

La CEMM-N du CNHU-HKM est une institution sanitaire de référence au Bénin en termes de prise en charge des patients diabétiques. Il contribue ainsi à la prise en charge des maladies chroniques dans notre pays.

Cependant, au cours d'un séjour effectué à la CEMM-N, force a été de constater que ce service est confronté à différents problèmes, dont la quasi-inexistence d'accompagnement psychosocial au profit des patients diabétiques. Une situation qui suscite des interrogations alarmantes au regard des complications psychosociales de la maladie et au vu du paradoxe de la présence d'un service social hospitalier au CNHU-HKM. Conformément à notre étude, cette situation trouve sa source dans quelques difficultés dont : l'absence d'interventions d'un psychologue, l'absence d'un accompagnement psychosocial des hospitalisés diabétiques par le Service social du CNHU-HKM et la faiblesse du mécanisme d'information et de soutien du patient diabétique dans le système de prise en charge. Ces situations résultent respectivement de l'inexistence de texte au

plan national qui prévoit l'intervention du psychologue, de la non-implication du service social hospitalier dans le processus de prise en charge du diabétique et de l'exclusion du patient diabétique du Fonds sanitaire d'aide aux indigents.

REFERENCES

- [1] Bodin, J., *Les six livres de la république*, Paris, 1576.
- [2] N. Célant, S. Guillaume et T. Rochereau, *Enquête sur la santé et la protection sociale 2012*, Les Rapports de l'IRDES, 2012.
- [3] The World Health Report, *Shaping the future*, 2003.
- [4] Planète Santé, *Epidémie de diabète : une bataille sur tous les fronts*, 2012.
[Online] Available: <http://www.planetesante.ch/Mag-sante/Ma-sante-au-quotidien/Epidemie-de-diabete-une-bataille-sur-tous-les-fronts>, (05 juillet 2015).
- [5] S. Besançon, A. Sidibé, B. Traoré, D. Amadou, "Injecter de l'aide dans une région oubliée", *Diabetes Voice*, Volume 59, Mars 2014.
- [6] H. Lawin, V. Hinson, D. Amoussou-Guénou et B. Fayomi, "Activité professionnelle et équilibre du diabète chez les artisans à cotonou", Bénin, *Journal International de Santé au Travail*, Vol. 1, 2012.
- [7] F. Snoek et E. Ballegoie, "Prise en charge psychosociale des personnes atteintes du diabète : Ce que disent les directives", *Diabetes Voice*, Juin 2004, Vol 49, 2004.
- [8] Martha M. Funnell, MS, RN, The Diabetes Attitudes, Wishes, and Needs (DAWN) Study, *Clinical Diabetes*, Vol. 24, n°4, pp. 154-155, 2006. [Online] Available: <http://dx.doi.org/10.2337/diaclin.24.4.154>.
- [9] S. Besançon, "Un problème majeur de santé publique", *Equilibre*, Novembre-Décembre, 2006.
- [10] R. J. Anderson, K. E. Freedland, R. E., Clouse, et P. J. Lustman, "The prevalence of co-morbid depression in adults with diabetes: a meta-analysis", *Diabetes Care* ; Vol. 24, pp. 1069-78, 2001.
- [11] OMS, *Therapeutic Patient Education – Continuing Education Programmes for Health Care Providers in the field of Chronic Disease*, 1996. [Online] Available: http://medphar.univ-poitiers.fr/santepub/images/staff_2011/0413_ETP.pdf, 44 p. En ligne, (03 Juin 2015).