

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET
SCIENCES HUMAINES

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

UNITE DE RECHERCHE ET DE
FORMATION DOCTORALE EN SCIENCES
HUMAINES ET SOCIALES

DEPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE



UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTY OF ARTS, LETTERS AND
SOCIAL SCIENCES

POST GRADUATE SCHOOL FOR
THE SOCIAL AND EDUCATIONAL
SCIENCES

DOCTORAL RESEARCH UNIT
FOR

THE SOCIAL SCIENCES

DEPARTMENT OF ANTHROPOLOGY

**CULTURE ET PRISE EN CHARGE DU PIED DIABETIQUE A
L'HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE : UNE CONTRIBUTION
A L'ANTHROPOLOGIE MEDICALE**

Mémoire présenté et soutenu le 14 janvier 2023 en vue de l'obtention du
Diplôme de Master en Anthropologie

Spécialité : Anthropologie Médicale

Par

KEMOGNE TAGNE Lynda Larissa
Titulaire d'une licence en Anthropologie



Sous la direction de
KUM AWAH Paschal,
Professeur

Président : AFU Isaiah KUNOCK, Maitre de conférences, université de Yaoundé 1

Rapporteur : KUM AWAH Paschal ; Professeur, Université de Yaoundé 1

Examineur : KAH Evans NGHA, Chargé de cours, Université de Yaoundé 1

ANNÉE ACADÉMIQUE 2021- 2022

SOMMAIRE

DEDICACE

REMERCIEMENTS

LISTE DES ABREVIATIONS

LISTE DES FIGURES

LISTE DES PHOTOS

RESUME

ABSTRACT

INTRODUCTION

CHAPITRE I : PRESENTATION DU SITE DE L'ETUDE

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE, CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL

CHAPITRE III : REPRESENTATION CULTURELLE DU PIED DIABETIQUE

CHAPITRE IV : ITINERAIRES THERAPEUTIQUES : DEL'ETHNOMEDECINE, A LA MAISON DE PRIERE ET A LA BIOMEDECINE

CHAPITRE V : ADAPTATION AVEC UNE AMPUTATION RESULTANT DU PIED DIABETIQUE

CONCLUSION

SOURCES

ANNEXES

TABLE DES MATIERES

A

ma nièce SIYA Uriel Zelda.

REMERCIEMENTS

D'entrée de jeu nous tenons à remercier l'ensemble des personnes, qui par leurs conseils, leur présence et leur bienveillance ont permis la réalisation de ce travail.

Tout d'abord nous remercions notre encadreur, le professeur KUM AWAH Paschal, qui certes ne porte pas la responsabilité de ce travail, mais l'a fondamentalement balisé de par ses observations, ses suggestions, et ses critiques, je lui dis un grand merci. Nous le remercions encore en tant que chef de département d'Anthropologie de l'université de Yaoundé 1 pour avoir coordonné de manière administrative nos dossiers académiques et pour tous les enseignements dispensés tout au long de notre formation académique afin de nous initier à la recherche scientifique.

Nous exprimons tous nos remerciements à l'ensemble des enseignants du département d'Anthropologie qui ont contribué à notre formation académique notamment : le professeur MBONJI EDJENGUELE, Luc MEBENGA TAMBA, Antoine SOCPA, Pierre-François EDONGO NTEDE, Paul ABOUNA, AFU Isaiah KUNOCK, DELI TIZE TERI. Aux docteurs feu David NKWETI, Célestin NGOURA, Marguerite ESSOH, ANTANG YAMO, Lucy FONJONG, Exodus TIKERE MOFFOR, KAH Evans NGHHA, Alexandre NDJALLA, Germaine NGA ELOUNDOU et Antoinette Marcelle NGA EWOLO, pour leurs différents enseignements tout au long de notre cursus universitaire.

Nous tenons également à remercier le directeur de l'hôpital central de Yaoundé monsieur Joseph FOUA qui nous a permis de faire notre enquête au sein de cet établissement, le Dr DEHAYEM Mesmin qui a accepté d'être notre Co-encadreur et de nous qui nous a apporter son point de vue par rapport à notre recherche, et à tout le personnel du Centre National d'Obésité (CNO) pour l'aide qu'ils m'ont apporté pour ma collecte de données.

Nous saisissons aussi l'occasion pour remercier tous les différents participants qui ont acceptés de faire partir de notre recherche.

Nous tenons également à adresser toute notre gratitude à tous mes ami (e)s et à toutes les personnes qui m'ont aidé dans la réalisation de ce travail. Nous remercions AWAH Kum, Epiphane, Eddy, Sidoine, Ntah Richpin, Bienvenu pour leur présence et pour tout le temps qu'ils m'ont accordés dans la réalisation de ce mémoire.

Enfin, nous adressons toute notre affection à ma mère DJUIE Antoinette, qui m'a apportée son soutien et ses encouragements durant ce processus, mes sœurs MALLA Elodie, Sophie, Malyse, Ines pour leur amour et leur soutien inconditionnel tout au long de ce travail.

Mes pensées vont tout particulièrement à mon tonton pour ses conseils, sa tendresse ainsi que l'amour qu'il me porte tous les jours. A tous ceux qui ont contribué à la réalisation de ce mémoire, dont les noms ont été omis qu'ils trouvent en ces mots l'expression de ma gratitude.

LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES

1- Acronymes

IWGDF:	International Working Group on the Diabetic Foot
UNESCO:	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
MINSANTE :	Ministère de la Santé
STEPS:	Statistical Education through Problem Solving

2- Sigles

CNO :	Centre National d'Obésité
CPPSA :	Cercle-Philo-Psycho-Socio-Anthropo
DT1 :	Diabète de Type 1
DT2 :	Diabète de Type 2
DM :	Diabète Mellitus
FID :	Fédération Internationale de Diabète
FDR:	Facteur de Risque
IWGDF:	International Working Group on the Diabetic Foot
MNT :	Maladie Non Transmissible
OMS :	Organisation Mondiale de la Santé
OPS :	Organisation Panafricaine de la Santé
ADO :	Antidiabétiques oraux
RHD :	Règle Hygiéno-diététique

LISTE DES FIGURES

Figure 1: Carte de la ville de Yaoundé	25
Figure 2: Carte du département du Mfoundi	26
Figure 3: Carte de l'hôpital central	39
Figure 4 : Schéma de divergence entre la biomédecine et l'ethnomédecine.....	89
Figure 5 : Schéma de convergence entre la biomédecine et la prière.....	93
Figure 6: Schéma de recours thérapeutique d'une patiente interne de l'HCY	109
Figure 7 : Schéma de quête de soins d'une patiente interne de HCY.....	112
Figure 8 : Schéma du recours thérapeutique d'un patient interne de L'HCY	116
Figure 9 : Schéma du processus de développement du pied diabétique.....	123
Figure 10: Schéma du cycle de la douleur des patients diabétiques de l'HCY	141

LISTE DES PHOTOS

Photo 1 : Pied d'un patient lorsqu'il a perdu sa sensibilité.....	71
Photo 2 : Orteil d'un patient atteint de gangrène	72
Photo 3 : Pied d'un patient causé par des chaussures inadaptées	76
Photo 4 : Pied d'une patiente causé par la coupure d'un couteau.....	77
Photo 5 : Cheville d'un patient causé par de petit cor	79
Photo 6 : Bouteilles d'huile de palmiste	80
Photo 7 : exposition des bouteilles contenant les remèdes pour la tension et la glycémie	83
Photo 8 : Savonnier.....	85
Photo 9 : Racines de nyme.....	86
Photo 11 : Andaquehi	87
Photo 12 : Vente des écorces par une guérisseuse traditionnelle.....	88
Photo 13 : Pied amputé d'une patiente	107
Photo 14 : Jambe d'une patiente internée ayant subir une amputation.....	111
Photo 15 : Blessure d'un patient lorsqu'il a mis du permanganate de potassium.....	113
Photo 16 : Blessures d'un patient qui semblait être guérir.	114
Photo 18 : Blessure d'un patient après les soins à HCY.....	115
Photo 19 : Pied d'une patiente qui doit subir une amputation	120
Photo 21 : Anti-inflammatoire contre la douleur du pied.....	123
Photo 21 : Feuilles de corossols pour réguler la glycémie.....	125
Photo 22 : Feuilles de mangue pour réguler la glycémie.....	126
Photo 23 : Gobelet du diabétique permettant d'éviter des malaises	127
Photo 24 : Patient ayant pratiqué l'automédication	131

RESUME

Le présent mémoire en Anthropologie médicale intitulé : « **Culture et prise en charge du pied diabétique à l'hôpital central de Yaoundé : contribution à l'anthropologie médicale** », A pour but d'analyser et de décrire la représentation culturelle qu'établir les patients diabétiques souffrants de la plaie du pied diabétique, du recours des différents moyens thérapeutiques ainsi qu'à l'adaptation des sujets diabétiques après avoir subir une amputation. De ce problème découle les questions suivantes : comment la culture influence telle sur la prise en charge du pied diabétique des patients de l'hôpital central de Yaoundé ? Quels sont les représentations culturelles du pied diabétique par les patients de l'hôpital central de Yaoundé ? Comment se fait le traitement des patients diabétiques qui souffrent de l'ulcère du pied diabétique à l'hôpital central de Yaoundé ? La plaie du pied diabétique dont souffrent les patients de l'hôpital central de Yaoundé crée telle des dommages sur la qualité de vie de ces derniers ? A ses questions correspondent les hypothèses suivantes : les moyens culturels de prise en charge des patients diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé se font par des procédés diverses, les représentations culturelles s'étendent sur deux dimensions à savoir : physique et spirituel, les sujets diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé ont recours à d'autre médecine en dehors de la biomédecine, les patients diabétiques qui souffrent de la plaie du pied diabétique de l'hôpital central de Yaoundé sont plus sujette d'un isolement psychologique que physique parfois plus physique que psychologique surtout ceux qui ont subir une amputation. De ces hypothèses nous avons les objectifs suivants : Montrer comment la culture influence sur la prise en charge du pied diabétique des patients diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé. Comme objectifs secondaires, nous allons tout d'abord ressortir les différentes représentations culturelles du pied diabétique par les sujets diabétiques, les proches et le personnel soignant, ensuite comprendre le choix de recours thérapeutique opéré par chaque patient de l'hôpital central de Yaoundé avec l'aide de leur proche, enfin décrire le comportement des sujets diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé après avoir subir une amputation. Nous avons eu recours à l'approche qualitative, notre travail a été réalisé à travers l'utilisation des entretiens individuels et approfondis, des récits de vie et de l'observation. Le traitement des données collectées s'est appuyé sur la technique de l'analyse de contenu et thématique, ces données ont été interprétées à la lumière de la théorie interprétative de Geertz Clifford et l'individualisme méthodologique de Raymond Boudon. Au terme de notre travail, l'analyse des données collectées montre que : la plaie du pied diabétique est perçue par les patients de l'hôpital central de Yaoundé comme une blessure ordinaire mais la prise en charge doit être rapide, parce que selon eux le diabète est une maladie héréditaire ce qui n'est pas toujours le cas pour leurs proches. L'automédication traditionnelle, le recours à d'autre médecine ne détournent pas les patients diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé de la structure de santé moderne et parfois c'est l'échec d'une autre médecine qui les oblige à avoir recours à l'hôpital. L'amputation, en plus d'une perte physique, un changement de l'image corporelle cependant, les aspects psychologiques ne sont pas suffisamment inclus dans la prise en charge. Notre recherche se limite à l'hôpital central de Yaoundé et les représentations du pied diabétique ne peuvent être comprises que dans cet établissement.

Mots -clés : *Diabète, Pied Diabétique, Représentation, prise en charge, culture*

ABSTRACT

The thesis in medical anthropology entitled: “**CULTURE AND CARE OF THE DIABETIC FOOT AT THE YAOUNDE CENTRAL HOSPITAL: CONTRIBUTION TO MEDICAL ANTHROPOLOGY**” aims to analyze and describe the cultural representation that patients establish diabetics suffering from diabetic foot wounds, the use of different therapeutic means as well as the adaptation of diabetic subjects after undergoing an amputation. From this problem arises the following questions: how does the culture influence such on the management of the diabetic foot of the patients of the Yaoundé central hospital? What are the cultural representations of the diabetic foot by patients at Yaoundé central hospital? How is the treatment of diabetic patients who suffer from diabetic foot ulcer at Yaoundé central hospital? The diabetic foot wound suffered by the patients of the Yaoundé central hospital creates such damage to the quality of life of the latter? This questions correspond to the following hypotheses: the cultural means of caring for diabetic patients in the Yaoundé central hospital are done by various processes, the cultural representations extend over two dimensions, namely: physical and spiritual, the subjects diabetics who suffer from the diabetic foot wound at Yaoundé central hospital are more subject to psychological than physical isolation sometimes more physical than psychological, especially those who have undergone an amputation. From these hypotheses we have the following objectives: To study the culture influence the management of the diabetic foot of the patients of the Yaoundé central hospital. As secondary objectives, we will first highlight the different cultural representations of the diabetic foot by diabetic subjects, relatives and care givers, then understand the choice of therapeutic resource operated by each patient of Yaoundé central hospital with the help of their loved one, finally describe the behavior of diabetic subjects in the Yaoundé central hospital after undergoing an amputation. We used the qualitative approach, our work was carried out through the use of individual and in-depth interviews, life stories and observation. The processing of the data collected was based on the technic of content and thematic analysis, these data were interpreted in the light of the interpretative theory of Geertz Clifford and the methodological individualism of Raymond Boudon. At the end of our work, the analysis of the data collected shows that: the diabetic foot wound is perceived by the patients of the Yaoundé central hospital as an ordinary but the treatment must be rapid, because, according to them the diabetes is a hereditary disease which is not always the case for their relatives. Traditional self-medication, they use of other medicine do not divert diabetic patients at the Yaoundé central hospital from the modern health structure and sometimes it is the failure of another medicine that forces them to use to the hospital Amputation, in addition, to a physical loss, a change in body image, however, the psychological aspects are not sufficiently included in the care. Our research is limited to the Yaoundé central hospital and the representations of the diabetic foot can only be understood in this establishment.

Keywords: Diabetes, Diabetic foot, Representation, Management, Culture.

INTRODUCTION

Notre travail qui est intitulé « *culture et prise en charge du pied diabétique à l'hôpital central de Yaoundé : contribution à l'Anthropologie médicale* » est un mémoire d'analyse Anthropologique sous un angle médical de la culture et la prise en soin du pied diabétique à l'hôpital central de Yaoundé.

Tout travail à vocation scientifique doit être bâti suivant un fil conducteur reposant sur une méthodologie bien déterminée, cette partie introductive est consacrée à cette fin et comporte diverses articulations partant du contexte au plan du travail en passant par la justification du choix du sujet, le problème, la problématique, les questions de recherche, les hypothèses de recherche, les objectifs de recherche, la méthodologie ainsi que l'intérêt et les difficultés rencontrées au cours de la recherche.

1-CONTEXTE DE LA RECHERCHE

Selon sa définition la plus récente, le diabète constitue un groupe de maladies métaboliques caractérisées « par la présence d'une hyperglycémie chronique résultant d'une déficience de sécrétion d'insuline, d'anomalies de l'action de l'insuline sur les tissus cibles, ou de l'association des deux ». C'est également une maladie chronique qui survient lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline.

Selon les chiffres de la Fédération Internationale du Diabète (2019), environ 425 millions d'adultes souffrent de diabète au niveau mondial, dont plus de 16 millions en Afrique sub-saharienne, ainsi, l'organisation mondiale de la santé, prévoit 622 millions de diabétiques d'ici 2040. Selon le rapport de l'organisation mondiale de la santé, sur le diabète, cette maladie est la cinquième cause de mortalité au Cameroun, c'est pourquoi selon ce rapport, le taux de prévalence a traversé le cap de 5%, sur le territoire national entre 2000 et 2014. Le pied diabétique ou l'ulcère du pied regroupe l'ensemble des pathologies lésionnelles aiguës, et encore plus chronique touchant au départ le territoire topographique des pieds. Il s'agit d'une ulcération, et/ ou une destruction, des tissus profonds associant à des degrés divers. Au Cameroun, le pied diabétique est l'une des affections responsables d'une grande morbidité ainsi que de graves incapacités, qui pèsent lourdement sur notre société en devenant un véritable problème de santé publique. Ses différentes lésions conduisent parfois à des amputations qui aggravent dans la plupart du temps, des difficultés de prise en charge, aux conséquences d'handicap lourde tant sur le plan physique que psychologique affectant la personne malade, Tchakonté et *al.*, (2005). Il synthétise à lui seul plusieurs complications, et

regroupe en effet l'ensemble des affections en lien direct avec les répercussions du diabète, atteignant le pied des patients porteurs de cette maladie métabolique.

Le diabète est une maladie très fréquente au Cameroun comme ailleurs, qui représente un véritable fléau social dont les conséquences, en terme de morbidité et de mortalité sont sévères. On dénombrait en 1995 ,135 millions d'individus atteints de cette maladie et diverses projections font état d'un nombre de 300 millions de patients en 2025. La grande majorité des cas regroupe des patients atteints du type 2 non insulino-dépendant dont l'accroissement annuel atteint 40% dans les pays industrialisés et plus de 70% dans les pays en voie de développement. Un patient diabétique est quatre fois plus à risque que tout autre patient Tchackonté et *al.*, (2005)

Selon l'organisation mondiale de la santé et l'organisation panafricaine de la santé (2021), Le diabète est une maladie chronique dont, l'expansion mondiale lui confère les caractéristiques d'une pandémie, c'est une maladie grave à long terme, qui survient lorsque le taux de glycémie d'une personne est élevé, parce que son organisme ne peut pas produire assez d'insuline, qu'il n'en produit pas ou qu'il ne peut pas utiliser efficacement l'insuline qu'il produit. L'insuline est une hormone essentielle sécrétée dans le pancréas, elle permet au glucose de quitter la circulation sanguine et d'entrer dans les cellules et l'organisme, ou il est converti en énergie, L'ATLAS DU DIABETE de la fédération internationale de diabète (2019). Sa forme la plus fréquente, est le diabète de type 2 qui représente plus de 85% des cas. Les autres étant le type 1(10%), les diabètes spécifiques et gestationnels (5%). La gravité du diabète reste liée à ses complications à savoir : les atteintes cardio-vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance rénale, la cécité, les gangrènes des pieds à l'origine des amputations et l'impuissance sexuelle.

Il existe deux types de diabète : le diabète de type 1 de cause inconnue et souvent associé à l'hérédité, se manifeste souvent chez le sujet jeune et se traduit physiquement par un amaigrissement progressif. Le diabète de type 2 : est lié à l'obésité et/ou l'inactivité physique, dans l'article de Mbanya et *al.*, (2012). Le diabète de type 2 est un problème croissant, car au Cameroun, le coût de la santé est assuré par les individus, les familles sont relativement pauvres et il n'y'a pas de contribution du gouvernement, et les assurances maladies sont limitées à un public très restreint. En raison de ses complications telles que le pied diabétique, l'obésité etc. Le diabète est une maladie grave, 347 millions de personnes souffrent du diabète dans le monde. Selon l'organisation mondiale de la santé (2014), la charge de la maladie est très élevée, le diabète méconnu en Afrique est de l'ordre 60% à 80% des cas de diagnostic

au Cameroun, au Ghana, et en Tanzanie. Le taux d'amputation des membres varie de 1,4% à 6,7% des cas de pieds diabétiques. Au Cameroun, le pied diabétique est l'une des ulcérations responsables d'une grande morbidité ainsi que de graves incapacités qui pèsent lourdement sur notre société en devenant un véritable problème de santé publique avec un taux d'amputation des membres inférieurs toujours très élevé même dans les pays à haut niveau économique, c'est pour cette raison que l'auteur Han Van (2014) affirme que : « *la prise en charge du pied diabétique doit nécessiter une équipe multidisciplinaire* ». Toutefois, L'Organisation Mondiale de la Santé et la Fédération Internationale du Diabète appellent l'attention sur ce problème et affirment que la moitié de ces amputations causées par la plaie du pied diabétique pourraient être évitée moyennant un dépistage et à des soins adéquats.

Etant donné la diversité croissante des patients, il devient de plus en plus importante pour le personnel de santé de comprendre les facteurs sociaux et culturels qui influencent leur santé et leur prise en charge, dans un contexte multiculturel, une prise en charge médicale centrée sur le patient pose des défis spécifiques et exige que le personnel de santé ait une compétence transculturelle. Ce qui veut dire qu'ils doivent adopter un comportement adapté et doivent également disposer des connaissances appropriées à chaque culture c'est dans ce sens que Foucault (1985) affirme que : « *la maladie n'a sa réalité qu'à l'intérieur d'un groupe qui l'a reconnait comme telle* ». La prise en charge du pied diabétique reste donc complexe et impacte sur les différents champs de la vie du patient lui demandant souvent de modifier son mode de vie sur le long terme parfois à cause de son non implication dans la prise en charge de la maladie dont il souffre.

Que ce soit en milieu hospitalier ou extra hospitalier, le personnel soignant dans sa pratique se doit de respecter la personnalité et les valeurs du patient ainsi que de ses proches quel que soit leur culture, leur statut économique et leur conviction religieuse. L'être humain, étant un scientifique de nature cherche à comprendre et à expliquer son univers et c'est dans le but de donner un sens aux phénomènes auxquels il est exposé pour mieux anticiper ce qui survient dans sa vie. Lorsqu'un individu fait face à un ensemble de symptômes affectant sa santé, ou la santé de ceux qui l'entourent, il sera motivé à élaborer sa propre théorie populaire visant à mieux comprendre cette maladie, à l'expliquer et à anticiper ses retombées. Pour un individu, la maladie représente un phénomène subjectif dont l'expérience varie d'un patient à un autre, et il en résulte que chacun vient à percevoir, à définir et à comprendre la maladie d'une façon qui lui est particulière. C'est pourquoi dans la plupart des cas, la culture influence le traitement d'une maladie tout simplement parce que le patient est beaucoup figé sur ses

valeurs, ses croyances, raison pour laquelle le personnel de santé se doit de tenir compte de tout cela car le diabète est une pathologie très grave avec des conséquences économiques sur la société et c'est dans ce sens que Good (1996) affirme que : « *la maladie appartient à la culture et la culture est un moyen de représentation de la maladie. La maladie est une composante de la réalité humaine* ». C'est donc dans cet environnement que s'inscrit ce travail qui s'articule autour, de culture, et prise en charge du pied diabétique, une complication chronique qui touche les personnes diabétiques en général mais surtout ceux qui souffrent du diabète de type 2, afin d'avoir une meilleure connaissance sur la prise en charge des patients de l'hôpital central de Yaoundé.

2-Justification du choix du sujet

Le choix de ce thème part du constat de l'importance de la morbidité et de la mortalité dues aux complications dégénératives du diabète à l'hôpital central de Yaoundé. Au-delà d'un souci de rendement heuristique, nous avons choisi d'étudier le pied diabétique parce qu'il constitue un réel problème de santé publique. Les raisons qui nous ont amenées à la production de notre travail sont deux ordres notamment une raison personnelle et une raison scientifique.

2.1- Raisons personnelles

Dans un premier temps, nous allons expliquer la raison qui nous a motivés à choisir cette thématique de recherche. Nous avons tout simplement constaté que le diabète est une maladie chronique et même les personnes atteintes de cette maladie ne savent pas la gravité de cette maladie. Nous nous sommes également intéressés à la prise en charge du pied diabétique à l'hôpital central de Yaoundé, parce que nous avons fait le constat qu'il y'a des personnes qui souffrent de cette plaie et qu'elles ne savent pas que c'est une blessure diabétique et nous les rencontrons dans les rue de la ville presque tout le temps, et parfois certaines d'entre elles ne possèdent pas suffisamment de revenus pour se rendre dans un centre spécialisé et plus précisément au Centre National d'Obésité, enfin la raison pour laquelle nous avons fait ce choix de sujet est que nous avons un ami qui souffre de diabète et grâce à ce sujet nous pouvons davantage le sensibiliser afin qu'il n'arrive pas à cet étape de complication. Selon les spécialistes, l'ulcération du pied diabétique est un danger majeur de la sensibilité aux pieds de la majorité des personnes diabétiques, causés par la neuropathie qui est le risque qu'une blessure passe inaperçue et s'infecte et qui conduit dans la plupart des cas à une amputation. Le professionnel de santé intervient dans un système très complexe qui comprend l'homme, car, ce dernier est doté de plusieurs dimensions d'où la complexité de sa nature, ainsi donc, la

prise en soin nécessite une approche non seulement globale mais subjectif. Nous voulons aussi comprendre les raisons pour lesquelles cette maladie est incurable, comprendre pourquoi la plaie d'une personne souffrant de diabète met autant de temps avant de cicatrifier et également savoir pour quelle raison cette blessure est différente de celle donc peut souffrir une personne non diabétique. Enfin sensibiliser les personnes souffrantes de diabète afin qu'elles puissent suivre leur traitement, respectées leur hygiène de vie et surtout de mettre en pratique tous les conseils donnés par le médecin lors des consultations, pour éviter de se retrouver à ce stade de complication chronique qui est le pied diabétique.

2.2- Raison scientifique

La connaissance scientifique de cette thématique a été abordée par plusieurs chercheurs internationaux et nationaux tels que : Dehayem et *al* (2016), Martini (2016), Laura (2017), Baudoun et *al* (2005), Djouogo et *al* (2006) etc. Cependant, il nous a paru digne de continuer d'approfondir cette connaissance dans le domaine de la santé sur la culture et la prise en charge du pied diabétique qui est un champ assez vaste en sciences sociales et humaines en général et en anthropologie médicale en particulier. Le choix de la culture et la prise en charge du pied diabétique est donc une continuité des recherches antérieures sur la question de la complication du diabète qui est le pied diabétique.

3-Problème de recherche

Dans toutes les cultures qui peuplent le monde, l'homme de tous les temps a toujours manifesté sa volonté et s'est montré ouvert à la question de la santé, du problème de la santé et de la recherche de la guérison. Autour de ces différentes stratégies, le principal traitement du diabète en ce moment est l'insulinothérapie qui est le traitement par insuline qui a été inventé il y'a 100ans mais aussi des antidiabétiques oraux.

Au Cameroun, le gouvernement le ministère de la santé publique a mis sur pied une politique à l'accès au traitement du diabète pour les enfants de moins de 18 ans, et la garantie de la gratuité de ce traitement est rendu possible grâce à l'apport de partenaire extérieur notamment « *changing diabetes in children* ». Ce qui n'est pas le cas pour tous les adultes qui souffrent de cette maladie et pas moins encore pour les personnes diabétiques atteints de l'ulcère du pied. La bureaucratie hospitalière, les couts de traitements, les croyances, les représentations culturelles du pied diabétique ainsi que les conditions d'accès dans ce centre de référence participent à limiter leurs utilisations. De plus, le pluralisme thérapeutique usuel des personnes touchées par la plaie du pied diabétique consiste à recourir à la toutes formes de

médecines afin d'accroître leurs chances de guérison, mais, cela ne traduit pas leur absence de confiance face au système de santé formel du pays et à l'hôpital central de Yaoundé chez les patients diabétiques qui souffrent de la plaie du pied diabétique. Les observations de terrain montrent que l'automédication traditionnelle est le deuxième recours pour le soin en cas de diabète uniquement. Car, pendant que la majorité des patients diabétiques souffrants de la plaie du pied diabétique recourent aux systèmes de santé moderne, d'autres patients diabétiques qui n'en souffrent pas préfèrent jumeler la médecine moderne et la médecine parallèles qui n'est pas encore formellement approuvée dans la prise en charge du pied diabétique au Cameroun.

4-Problématique de la recherche

Le pied diabétique regroupe l'ensemble des manifestations pathologiques atteignant le pied de personnes souffrantes de diabète. Celui-ci constitue un problème commun pour elles et est d'autant plus fréquent en cas de diabète de type 2, Boulton, (2005). En raison de sa découverte, souvent tardive, le risque des lésions touche presque toutes les personnes souffrantes de diabète de type 2.

Pour apporter des réponses à notre préoccupation, qui est celle de savoir comment s'effectue les différents moyens de traitement ainsi l'adaptation des patients diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé plus précisément au centre national d'obésité au service de diabétologie et d'endocrinologie. Au sein de cet établissement, les patients ont des conceptions différentes concernant leur maladie, et celles-ci se rapportent à des moments particuliers de leur vie. Ils conçoivent le monde tel qu'il se présente à eux. L'arrivée de la médecine traditionnelle par le biais de la colonisation a apporté une autre explication dans la conception du pied diabétique, ensuite vient celle de la médecine moderne et enfin celle de la spiritualité qui peut également apporter une explication différente que celle de la biomédecine et de l'ethnomédecine.

La médecine traditionnelle est basée sur l'usage des plantes, des écorces, des légumes fruitiers et bien d'autres pour parvenir à la guérison. En biomédecine, les travaux des auteurs tels que : Oberlin et *al.*, (2006), Got (1999) ; Ha Van (2008) ; Pelet et *al.*, Hock (2004) ; Boulton (2004) ; Dehayem et *al.*, et bien d'autres encore montrent que le traitement de l'ulcère du pied diabétique est l'antibiothérapie ainsi que les analgésiques.

Partant de la formulation de notre problème de recherche, les solutions gravitent autour de la description des différents moyens de traitement des patients diabétiques

souffrants de l'ulcère du pied diabétique ainsi que de ceux qui n'en souffrent pas au sein de l'hôpital central de Yaoundé et les raisons de leur choix thérapeutique, mettre en évidence l'ensemble des représentations culturelles du pied diabétique et de montrer comment se fait l'adaptation des patients diabétiques souffrants de l'ulcère du pied diabétique et ayant subir une amputation. Afin d'y remédier à cette complication chronique du diabète et pour y parvenir, nous allons les expliquer sur la base des théories suivantes ; la théorie culturelle interprétative de Clifford Geertz ainsi que l'individualisme méthodologique Raymond Boubon.

5 - Questions de recherche

Notre investigation est jalonnée par quelques questions de recherche, devant servir de gouvernail. Elles sont reparties de la manière suivante : une question principale, et des questions secondaires.

5.1-Question principale :

Comment la culture influence-t-elle sur la prise en charge du pied diabétique des patients l'hôpital central de Yaoundé ?

5.2-Questions secondaires :

5.2.1- Quels sont les représentations culturelles du pied diabétique par les patients de l'hôpital central de Yaoundé ?

5.2.2- comment s'opère le choix thérapeutique des patients diabétiques souffrants de la plaie du pied diabétique au centre national d'obésité ainsi que pour les patients diabétiques ne souffrants pas de cette plaie ?

5.2.3- La plaie du pied diabétique cause telle des dommages sur la qualité vie des patients diabétiques atteints ?

6- Hypothèses de recherche

Les hypothèses : ce sont des réponses provisoires aux questions de recherche, face au questionnement que nous avons présenté plus haut, nous posons les hypothèses suivantes :

6.1-Hypothese principale :

Les patients diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé qui sont de différentes régions, de différentes communautés et de différents items mettent en exergues leurs croyances, leurs connaissances, leurs savoirs pour la prise en charge de leur blessure ;

6.2- HYPOTHESES SPECIFIQUES

6.2.1- Les Patients de l'hôpital central de Yaoundé perçoivent la blessure du pied diabétique comme une blessure normale, seulement la prise en charge doit être rapide ;

6.2.2- Les sujets diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé ont recours à d'autre médecine en dehors de la biomédecine ;

6.2.3- Les patients diabétiques qui souffrent de l'ulcère du pied diabétique à l'hôpital central de Yaoundé sont plus sujettes d'un isolement psychologique que physique, et parfois d'un isolement physique que psychologique.

7- Objectifs de la recherche

Les orientations de cette recherche se déclinent autour d'un objectif principal et des objectifs secondaires.

7.1- Objectif principal : Montrer comment la culture influence sur la prise en charge du pied diabétique des patients diabétiques du centre national d'obésité de l'hôpital central de Yaoundé ;

7.2- Objectifs secondaires :

A partir de l'objectif secondaire, nous avons pu dégager trois orientations spécifiques :

7.2.1- Ressortir les différentes représentations culturelles du pied diabétique par les sujets diabétiques, leurs proches ainsi que le personnel de soignant ;

7.2.2- Expliquer les choix de recours thérapeutique opéré par les patients diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé ;

7.2.3- Décrire le comportement des patients souffrants de la plaie du pied diabétique de l'hôpital central de Yaoundé après avoir subir une amputation.

8- Méthodologie de recherche

Nous pouvons définir la méthodologie de recherche comme étant une démarche rationnelle qui permet d'examiner des phénomènes, des problèmes à résoudre et obtenir des réponses précises à partir des investigations. Elle permet non seulement à l'enquêteur de mieux mener son investigation, mais également aux lecteurs de le suivre avec aisance. Les méthodes qualitatives ont été privilégiées dans le cadre de cette étude. Nous avons eu recours plus spécifiquement à l'observation directe, à la recherche documentaire et aux entretiens individuels approfondis. En réalité, ces outils de collecte de données se présentent comme

mieux appropriés pour « relever les discours et les situations permettant d'accéder aux croyances, aux pratiques et aux institutions qui donnent sens à une société » Fassin (1990). Ainsi, dans cette partie, nous allons présenter succinctement notre procédé d'investigation, partant de la recherche documentaire à la recherche de terrain, fournissant ainsi la production, l'analyse et l'interprétation des données.

8.1- Type de recherche

L'approche que nous avons utilisée pour mener à bien notre recherche est l'approche qualitative, car cette approche nous a permis de mieux avoir des réponses à nos différentes questions par rapport à la recherche quantitative.

8.2- Cadre de recherche

Notre recherche s'est faite dans la ville de Yaoundé, à l'hôpital central de Yaoundé et plus précisément au Centre National d'Obésité au service de diabétologie-endocrinologie. Pour ce qui est des thérapeutes traditionnels nous avons fait des rencontres un peu partout dans la ville de Yaoundé.

8.3- Population d'enquête

Une population d'enquête indique un ensemble d'unités que nous pouvons décrire par la généralisation, ou l'extrapolation des caractères sur un échantillon. Aussi la population d'enquête, peut-elle se définir comme l'ensemble des personnes possédant les caractéristiques concernées par notre étude. Notre population cible est constituée des patients diabétiques souffrants de la plaie du pied diabétique, les patients diabétiques qui ne souffrent pas de cette blessure résidant en zone urbaine, et suivis au Centre National d'Obésité de l'hôpital central de Yaoundé. Le personnel soignant, les gardes malades de l'hôpital central de Yaoundé plus précisément au service de diabétologie ainsi que les thérapeutes traditionnels et les spiritualistes.

8.4- Echantillonnage

L'échantillonnage est l'opération qui consiste à prélever un certain nombre d'éléments dans la population que nous voulons observer. C'est donc la façon de procéder à la sélection des individus pour constituer l'échantillon. Pour ce fait, nous avons identifié la procédure d'échantillonnage, la technique d'échantillonnage et déterminer les informateurs.

8.4.1- Procédures d'échantillonnage

Après le choix des types d'informateurs, il a fallu que nous déterminions le moyen par lequel nous devons accéder aux participants proprement dit. Pour cela, nous avons convoqué la technique de l'échantillonnage raisonnée, employant de ce fait le procédé dit boule de neige, consistant à localiser et s'entretenir avec un premier informateur à partir duquel l'on peut recenser de nombreux autres. Avant de nous rendre sur le terrain, nous avons prévu de recourir au plus grand nombre des participants en tenant compte de la saturation pour la collecte de nos données.

8.4.2- Approche d'échantillonnage

Etant donné que le type de notre recherche soit qualitatif, nous allons donc utiliser l'approche d'échantillonnage non probabiliste qui est la méthode qui consiste à sélectionner des unités dans une population en utilisant une méthode subjective.

8.4.3- Technique d'échantillonnage

Suivant l'approche non probabiliste, nous avons deux différentes techniques notamment :

8.4.3.1- La technique accidentelle :

Qui est le type d'échantillonnage dans laquelle, on choisit l'échantillon qui se présente lors de notre enquête. Elle nous a permis de rencontrer dans la ville des patients qui se font suivre à l'hôpital central de Yaoundé mais pas au sein de l'établissement, grâce à cette technique, nous avons pu avoir des données supplémentaires dans le cadre de notre recherche.

8.4.3.2- La technique de boule de neige

L'effet de boule de neige est un cercle vicieux qui accumule aux événements considérés déjà présents de nouveaux faits en quantité de plus en plus grande, à la manière d'une série géométrique ou même d'une fonction exponentielle. Mais malheureusement, nous n'avons pas pu utiliser cette technique sur le terrain parce que tous nos informateurs étaient présents au sein de l'hôpital, et même lorsque nous avons voulu l'utiliser à certains moments avec les patients ou les proches en ce qui concerne leur thérapeute traditionnel, cela n'était vraiment pas évident pour nous. C'est pour cette raison que nous même avons cherché des thérapeutes traditionnels pour nous donner d'avantage des informations concernant la prise en charge du pied diabétique malgré que cela n'a pas été une tâche facile.

8.4.4- Choix de l'échantillonnage

Cette procédure, nous a permis de nous orienter directement vers des personnes diabétiques qui souffrent de l'ulcère du pied et également vers ceux qui n'en souffrent pas. Cette technique nous a facilité la collecte parce que nous avons eu la possibilité de rencontrer des personnes ayant la maîtrise ou non du pied diabétique. Le choix de notre échantillonnage est représentatif et cela se justifie par le fait que nous avons rencontré des informateurs en fonction de leur connaissance sur notre sujet.

8.4.5 –Taille de l'échantillon

Elle correspond au nombre de personne auprès desquelles nous avons menées nos différents entretiens. Notre échantillon a une taille de quarante patients parmi lequel dix-neuf patients souffrants de l'ulcère du pied diabétiques, six patients diabétiques ayant subir une amputation ainsi que quinze patients souffrants uniquement de diabète. Les différents gardes malades au nombre de dix, sept thérapeutes traditionnels.

8.4.6- Critère de choix

Dans le cadre de l'opération de notre collecte de données, nous avons prédéfinis sept catégories d'informateurs. La première est composée des personnes diabétiques souffrants du pied diabétique, représentent les principaux informateurs de notre étude, la deuxième est composée des personnes uniquement souffrantes de diabète, la troisième est constituée des patients diabétiques ayant subis une amputation, la quatrième est constituée des personnels soignants spécialisés dans la prise en charge du diabète et du pied diabétique et enfin, la cinquième catégorie sera constituée des gardes malades, la sixième des thérapeutes traditionnels, ainsi que la septième catégorie qui sera constitué des spiritualistes.

8.4.6.1- Critères d'inclusion

Dans le cadre de notre mémoire pour participer à cette recherche en tant qu'informateur, il sera de remplir les conditions suivantes :

- Etre un patient diabétique suivi l'hôpital central de Yaoundé ;
- Etre un patient diabétique atteint du pied diabétique hospitalisé au service de diabétologie-endocrinologie du Centre National d'Obésité de l'hôpital central de Yaoundé ;
- Etre garde malade du patient diabétique atteint du pied diabétique et non atteint suivi à l'hôpital central de Yaoundé ;

- Etre un thérapeute traditionnel traitant des patients diabétiques souffrants de la plaie du pied diabétique ;
- Faire partir du personnel de santé de l'hôpital central de Yaoundé qui travaille uniquement avec des patients diabétiques souffrants du pied diabétique et des patients diabétiques non atteints.

8.4.6.2- Critères d'exclusion

Les personnes exclus durant notre recherche sont les suivantes :

- Patients n'ont diabétiques ;
- Faire partir du personnel de santé de l'hôpital central de Yaoundé et n'ayant pas de connaissance sur le diabète et le pied diabétique ;
- Etre spiritualiste et n'ayant aucune connaissance sur le pied diabétique ;
- Etre thérapeute traditionnel et n'ayant pas entendu parler du pied diabétique.

8.5- Méthodes de recherche

Par définition, la méthode est l'ordre à imposer aux différentes démarches intellectuelles pour arriver à une fin donnée. Selon Grawtz (1945), la méthode est un ensemble concerté d'opération mises en œuvre pour atteindre un ou plusieurs objectifs, un ensemble de normes qui permettent de faire la sélection des données.

Cette partie va s'articuler autour d'une démarche procédurale, que nous allons mener dans le cadre de notre investigation. En effet, du grec « meta » et « hodos » qui signifie chemin, le terme méthode désigne « la voie à suivre par l'esprit humain pour décrire ou élaborer un discours cohérent, atteindre la vérité de l'objet à analyser » Mbonji, (2005). Ainsi, dans le cadre de notre recherche, nous allons utiliser la méthode qualitative ainsi que ses techniques pour la collecte et l'analyse des données collectées.

8.5.1- Méthode de collecte de données

Dans le cadre de notre travail, nous avons fait recours à la méthode qualitative qui est un ensemble de techniques d'investigation dont l'usage est très répandu. Elle nous a donné un aperçu du comportement, et des perceptions des patients diabétiques, et permet d'étudier leur opinion sur la plaie pied diabétique ce qui nous permet de comprendre cette affection de manière approfondie. Les méthodes de collecte des données qualitatives que nous avons utilisées sont notamment :

8.5.1.1- Recherche documentaire

Elle est l'ensemble des étapes permettant de chercher, identifier et trouver des documents relatifs à un sujet par l'élaboration stratégique de recherche. Cette méthode nous a permis de collecter des données informatives grâce à l'étude des documents, et d'entrer en contact avec les recherches antérieures portant sur la culture et la prise en charge du pied diabétique.

8.5.1.2- Observation

Elle est une méthode qui consiste à regarder attentivement les phénomènes, les évènements, les êtres pour les étudier. C'est une technique qui nous a permis de collecter les données verbales et non verbales. Pour cela, nous avons pu observer les comportements des patients vis-à-vis du personnel soignant, le comportement de leur proche, la manière de procéder du personnel de santé, le comportement des patients face à leur souffrance ainsi qu'à leur traitement. Nous avons également eu la possibilité d'observer le comportement des aides-soignantes et des infirmières face aux patients.

8.5.1.3- Entretien

C'est une technique de collecte des données en science sociale qui consiste en un « tête à tête » oral entre deux personnes donc l'une transmet à l'autre des informations recherchées sur un problème précis Nda, 2006. Par cette méthode, nous avons collecté les verbatim. Les données qui émanent de la subjectivité des informateurs, de leurs vécus quotidiens, de leurs expériences personnelles.

8.5.1.4- Récits de vie

Il désigne la production orale d'une personne à partir d'une sélection d'évènements vécus au cours de son existence. C'est également la méthode utilisée par un enquêteur afin de collecter des témoignages et des expériences de vie de certaines personnes. Cette méthode nous a permis de recueillir l'expérience de certains patients diabétiques face à leur blessure, leur expérience après avoir subi une amputation et des témoignages sur le vécu de leur maladie.

8.5.2- Outils de collecte des données

Les outils de collecte des données sont utilisés pour réaliser la récolte des informations, des instruments méthodologiques et informatiques qui nous a permis de mener à bien notre recherche. Comme outils de collecte, nous avons choisi : un guide d'entretien qui a

permis de collecté toute les données dont nous avons besoin sur le terrain auprès de nos informateurs. Une grille d'observation qui est l'outil qui nous a permis d'observer des phénomènes majeurs comme : les méthodes de diagnostic et les méthodes de prise en soin. Un magnétophone qui nous a permis d'enregistrés nos différents moments d'entretien avec les patients, le personnel soignant ainsi que les proches. Un appareil photo qui nous a permis d'obtenir toutes les images contenues dans notre travail. Un rayon et un stylo pour noter tous ce que nous avons pu observer sur le terrain pendant notre recherche.

8.5.3- Techniques de recherches

La procédure de collecte des données est la phase la plus significative de notre recherche, elle peut se définir comme étant la manière, ou la méthode employée pour parvenir à collecter les données ou recueillir les informations. Elle a été organisée comme suit :

8.5.3.1- Revue de la littérature systématique et en boule de neige

La revue de la littérature est dite systématique lorsqu'elle se fait de manière ordonnée et coordonnée. Elle suit un cheminement et un schéma précis, le prélèvement dépend du nombre de document disponible et de la qualité des informations recherchées.

La revue de la littérature en boule de neige il s'agit ici d'une sélection hasardeuse des documents, à partir de ceux tirés de la technique systématique, lorsqu'on était en présence d'un document, on consultait les références qui nous orientait vers d'autres documents du même ordre, soit du même auteur ou d'autres auteurs. Cette technique nous a permis d'entrer en contact avec des documents auxquels nous n'aurions pas pensé, mais aussi de découvrir de nouveaux horizons épistémologiques.

8.5.3.2- Observation directe :

Elle est décrite comme une observation où le chercheur est présent sur le terrain, il note et décrit les comportements des participations sur une grille d'observation. Lors de notre recherche, nous avons pu observer toutes les différentes méthodes qu'utilisent le personnel soignant dans la prise en charge des patients, leur mode de traitement, la manière par laquelle les patients sont reçu au sein de l'hôpital. Nous avons aussi fait pareil avec les thérapeutes traditionnels. Cette méthode nous a permis de savoir les véritables causes de cette complication diabétique et de comprendre pourquoi certains patients refusent d'accepter leur handicap après avoir subir une amputation.

8.5.3.3- Observation indirecte

Elle est une technique qui nous a permis d'avoir recours à plusieurs sources, afin de dégager un meilleur portrait de notre sujet. Dans ce cas les patients nous ont aidés avec des informations supplémentaires lorsque nous avons eu la possibilité de discuter avec eux. Ces informations ont été rédigées dans un carnet qui nous servait de prendre les notes sur le terrain à l'aide d'un stylo.

8.5.3.4- Entretiens approfondis :

Cette méthode nous a pris beaucoup de temps, et ce n'était pas aussi évident pour nous de nous rendre dans la chambre des patients, car ses derniers nous demandaient toujours à quoi doit servir les informations que nous leur demandons avant de prendre la peine de répondre à nos questions. Cette technique nécessite beaucoup de temps raison pour laquelle nous avons l'habitude de faire des entretiens allant de 45 minutes à une heure de temps, parce que nous avons rencontrés des patients qui ont pris la peine de nous relater toute leur expérience avec cette maladie mais surtout avec cette complication chronique.

8.5.3.5- Planification de collecte des données

Dans ce cas il est question pour nous d'identifier le site de recherche, les informateurs. Notre recherche s'est déroulée au Centre National d'Obésité de l'hôpital central de Yaoundé, il a été comme notre lieu de recherche tout simplement parce que nous travaillons sur le pied diabétique et ce centre est le lieu par excellence de toutes les personnes souffrantes de diabète au Cameroun. Pour ce qui est de nos participants nous les avons classés de la manière suivante : les médecins endocrinologues, les chirurgiens, les infirmières, les aides-soignants, les gardes malades, les visiteurs, ce sont ses participants qui choisissaient le lieu pour effectuer l'entretien surtout lorsqu'il s'agit des gardes malades et des visiteurs.

8.6- Gestion et analyse des données de terrain

Il est question pour nous à ce niveau de montrer comment nous avons conservés nos informations et comment nous allons les analysés.

8.6.1- Gestion des données du terrain

Pour la gestion de nos données de terrain, nous avons conservés de manière confidentielle toutes les données que nous avons enregistrés dans un téléphone, pour ce qui est des images que nous avons pris la peine de filmer avec le consentement des participants, nous les avons conservés dans un ordinateur et dans un téléphone.

8.6.2- Analyse des données du terrain

L'analyse désigne l'exercice par lequel l'on décompose un tout en ses éléments constitutifs. Mbonji (2005), donne une définition du terme analyse, ainsi qu'il est issu du grec « analysis » qui signifie résoudre ; l'analyse aussi découverte au sens du réel, symbolique ou latent par la mise en interrelation adéquate des morceaux d'un texte. Pour l'analyse de nos données, nous avons dans ce cas fait une analyse thématique, de contenu et iconographique afin de donner un sens à notre sujet de recherche.

8.6.2.1- Analyse des données

Après la phase de collecte des données, nous avons fait toutes les transcriptions des informations que nous avons enregistrées durant la collecte des données sur un fichier physique. Nous avons eu recours à l'analyse de contenu qui est une approche qui permet d'aller au-delà du contenu manifeste pour rendre explicite le contenu latent des données, pour ce fait, nos données brutes ont été décomposées puis nous les avons classés par thème.

Nous avons aussi fait recours à l'analyse thématique qui est une méthode d'analyse consistant « *repérer dans des expressions verbales ou textuelles des thèmes généraux récurrents qui apparaissent sous divers contenus plus concrets* » Mucchielli (1996). Après la transcription des données orales, nous avons fait une lecture afin de l'impression des différentes informations que nous avons collectées sur terrain, après cela nous avons également dégagé les différents thèmes et les sous thèmes pour pouvoir les synthétiser. Enfin, nous avons utilisés la phase analytique qui consiste à l'opération intellectuelle visant à séparer des éléments de réflexion afin de pouvoir les étudier et en tirer les conclusions qui s'imposent. Après avoir observé et vérifié toutes nos différentes informations, nous les avons interprétés et les analysés

8.6.2.2- Analyse des données iconographiques

C'est un processus qui nous a permis de mettre en évidence les différentes représentations figurées d'une image sur toutes ses formes. La phase de l'analyse requiert par l'enquêteur la conception d'un modèle d'analyse.

8.6.2.3- Modèle d'analyse

Il nous permet de fournir une approche conceptuelle du problème, de définir une structure plus robuste et extensible. Notre collecte des données sur le terrain nous amène à avoir recours au modèle d'analyse naturaliste. Partant de différentes informations de terrain,

nous avons fait un regroupement des informations selon les thèmes qui se rapportent à chaque catégorie de l'objectif de la recherche.

8.7- Considérations éthiques

Parmi les exigences d'un travail scientifique, il y'a le respect de l'éthique, qui a pour objectif d'établir un équilibre entre la nécessité de la recherche, considéré comme un engagement moral fondamental visant à améliorer le bien-être de l'humanité et la préservation de la dignité humaine Loïselle et *al.*, (2007). Pour ce faire, nous avons rédigé un protocole de recherche que nous avons déposé auprès de l'hôpital central de Yaoundé où nous avons effectué notre étude, nous avons également rédigé un formulaire de consentement éclairé destiné aux patients qui participeront à notre recherche, Celui-ci a été bâti en respect des principes de l'éthique de la recherche notamment :

- Le respect de la dignité humaine : aucun patient ne doit être forcé à participer à cette étude et chaque patient doit recevoir l'information complète afin de décider d'y prendre part ou non ;
- Le respect du consentement libre et éclairé : aucune information ne doit être recueillie à l'insu des patients ;
- Le respect de la vie privée et des informations obtenues : leur anonymat est garanti, de sorte qu'aucune question ne porte sur l'identité des participants ou sur des aspects pouvant permettre de les identifier.

9- Intérêt de la recherche

L'intérêt de notre investigation est de deux types notamment l'intérêt théorique et l'intérêt pratique.

9.1- Intérêt scientifique

Notre travail s'inscrit dans le cadre de l'anthropologie médicale, qui est une préoccupation majeure pour les chercheurs en science humaines et sociales, mais aussi pour les personnels de santé non pas seulement dans le cadre de l'HCY mais également sur le plan international, car le pied diabétique est un véritable problème de santé qui conduit dans la plupart des cas à des décès prématurés des sujets atteints. Cette recherche nous a permis d'apporter notre contribution à la science anthropologique et plus précisément à l'anthropologie médicale afin d'apporter un plus sur des travaux qui portent sur le pied diabétique. Nous pouvons également dire à cet effet que la bibliographie existante en science

humaine et sociale en général et en particulier dans le domaine de l'anthropologie ne dispose pas de travaux qui portent sur la prise en charge du pied diabétique jusqu'à ce jour.

9.2- Intérêt pratique

Le pied diabétique est une ulcération très peu connue par les personnes souffrantes de diabète ; comme nous n'avons pas encore les données statistiques, alors, cette étude peut servir à :

- Permettre aux personnels de santé de sensibiliser les patients diabétiques sur cette affection car elle est une réalité très grave ;
- Considérer cette étude comme étant un support d'information pour les générations futures.

En plus de ces intérêts, il est question de savoir comment les patients diabétiques souffrants de l'ulcère du pied s'occupent de cette plaie parce que dans la plupart des cas ils ne savent pas comment cette plaie débute, et la majorité le constate lorsqu'elle est déjà à un état avancé. Notre travail mérite d'être lu et partagé par tous ceux qui se préoccupent par la situation du diabète ainsi que ses complications au Cameroun mais aussi dans le cadre international.

10- Limites de la recherche

Comme dirait Rochefoucauld (2004) « *Pour bien savoir les choses, il en faut savoir les détails ; et comme il est presque infini, nos connaissances sont toujours superficielles et imparfaites* », pour dire que tout travail a toujours des limites. Toutefois, le caractère curatif du pied diabétique constitue une difficulté majeure à pouvoir observer les moyens de prises en charge. Malgré tout cela, nous avons rencontré au cours de notre recherche des limites telles que : un problème du niveau de scolarisation bas de certains patients et gardes malades, des gardes malades ne voulant pas nous donner des informations à cause de l'état de leur patient et aussi à cause de l'incompréhension de nos différentes questions, des patients très méfiants et retissant, une documentation moins riche qui nous permettra de faire une revue de littérature dense.

11- Délimitation

Il s'agit pour nous dans cette partie de préciser notre site de recherche ainsi que notre population cible.

11.1- Délimitation spatiale

Notre recherche se limite au Cameroun, dans la région du centre plus précisément au Centre National d'Obésité de l'hôpital central de Yaoundé.

11.2- Délimitation temporelle

Sur le plan temporel, notre recherche couvre l'année académique 2020-2022, qui marque la fin de notre formation au second cycle en vue de l'obtention du diplôme en Master II en anthropologie et plus précisément en anthropologie médicale. Notre travail est reparti de la manière qui suit : la première partie consistait à collecter les données bibliographiques pour une revue de littérature dense, la deuxième consistait à descendre sur le terrain pour la collecte des informations, et la dernière qui consistait à analyser et à l'interprétation des données collectées sur le terrain. Elle s'est achevée par la rédaction du mémoire ainsi que du dépôt final.

12- DIFFICULTES RENCONTREES

Nous entendons par difficultés l'ensemble des points qui posent problème. La recherche sur le terrain n'a pas été facile, avoir l'accès dans cette institution a été tous un problème et le directeur de l'hôpital avait établi la règle selon laquelle, chaque étudiant voulant faire des recherches ou un stage devrait avoir un encadreur au sein de l'hôpital.

Les problèmes rencontrés lors de ce travail, se situent sur plusieurs volets. Le premier volet c'est au niveau des documentations. Les documentations sur la question de la culture et la prise en charge du pied diabétique n'existe pratiquement pas et celle trouvées même ne sont pas accessibles. Sur le deuxième volet, qui est celui des informateurs, car, certains agents de santé malgré la note d'autorisation de recherche que nous avions avaient du mal à répondre ouvertement à nos questions. Parmi ces personnels de santé, certaines infirmières exigeaient que nous devons les assister pendant la ronde de la journée avant d'accepter de répondre à nos différentes questions. Le troisième volet de ce problème le refus catégorique de certains consultants internes à répondre à nos questions.

Au-delà de ce problème, nous avons été considérés au départ comme étant un médecin pour certains des patients avec qui nous avons travaillé, et pour les thérapeutes traditionnels nous avons été considérés comme étant des espions pour aller livrer leurs secrets du traitement traditionnel du pied diabétique. Pour ce volet, pour enlever cette idée dans l'esprit de ses différents patients, nous avons été conduits par le chef service de diabétologie-endocrinologie afin de lever le doute et entrer en discussion avec les patients concernés.

13- Plan du travail

Notre investigation comportera principalement cinq chapitres incorporés d'une introduction et d'une conclusion, le premier chapitre sera intitulé « la présentation du milieu

dans lequel nous voulons travailler c'est-à-dire la situation géographique du site de notre recherche, puis dans le second chapitre nous allons aborder « le cadre théorique ainsi que la revue de littérature » ici, il s'agira d'énumérer les différents documents lus et qui nous ont orientés tout au long de notre travail. Dans le troisième chapitre il s'agira de la représentation du pied diabétique, le quatrième chapitre portera sur les itinéraires thérapeutiques c'est-à-dire de l'ethnomédecine aux maisons de prière à la biomédecine et enfin au cinquième chapitre qui sera intitulé adaptation à une amputation résultant du pied diabétique.

CHAPITRE I :
PRESENTATION DU SITE DE L'ETUDE

Le premier chapitre, de notre mémoire est consacré à un aperçu ou à la mise en place de notre site de recherche qui est Yaoundé et l'hôpital central de Yaoundé, situé dans la région du centre du Cameroun et dans la division du Mfoundi. En 1909, le Cameroun est sous protectorat allemand et Yaoundé en devient la capitale. Avant cette période, la capitale politique était Douala (la capitale économique actuelle) et elle a été déplacée plus tard à Buea malheureusement, ces régions étaient marquées par des activités volcaniques constantes, notamment au pied du mont Cameroun pour cette raison, les puissances coloniales ont opté pour Yaoundé comme capitale du Cameroun. Bien que déplacée à plusieurs reprises, elle est restée la capitale politique de façon permanente depuis 1921, et après l'indépendance. Dans ce chapitre, nous allons parler de tout ce qui concerne Yaoundé, la capitale du Cameroun, comme son économie, sa situation, son climat, sa population, sa démographie, ses transports, son histoire et bien d'autres encore mentionnés.

1-Yaounde

Yaoundé est la capitale du Cameroun et chef-lieu de la région du centre, elle est une collectivité territoriale décentralisée.

1.1-Historique

Yaoundé a été fondée en 1887 par le lieutenant allemand Kund Tappenbeck qui atteint la ville à la fin de l'année 1887. Ce village de pluie équatoriale situé à 750m d'altitude, est devenue en 1889, une station militaire utilisée par les règles coloniales allemandes pour lutter contre l'esclavage et le commerce des esclaves. En 1894, le Major allemand Hans Dominik transforme ce simple village de 300 habitants d'origine Ewondo (nom de la population locale qui a donné son nom à la ville par transcription allemande : " Jaundeî ") en un grand centre militaire qui pourrait lui permettre de couvrir tout le pays vers l'est et le nord. Cette forteresse militaire qui possède une superficie, des infrastructures d'hébergement et une population insignifiantes à l'origine, est devenue en 1909 la capitale de tout le Cameroun. Selon Mveng (1985), Kengne Fodouop (2001), et Bopda (2003), l'ancien village qui brûle la ville, ne porte que 50 cases en paille autour de la concession fortifiée allemande (5 cases). Le transfert officiel de la fonction administrative de la Capitale a été effectué le 23 mars 1921 après la première guerre mondiale (1914-1918), par Tappenbeck. De nombreuses raisons expliquent le choix définitif de Yaoundé sous régime allemand ou français. Pour sa position centrale au cœur du pays ; son climat doux, sa position géostratégique (200km de la côte et entourée de collines), le grand développement forestier et le grand rôle de route transversale pour le

commerce esclavagiste et le portage ou l'acheminement de l'Afrique centrale vers la Côte et de l'Oubangui s'étendant vers le nord. Les institutions administratives et politiques ont depuis la fondation provoqué une grande extension spatiale sans limite du tissu urbain. La ville est devenue démesurée et compte aujourd'hui plus de 269.000 logements, plus de 1.500.000 habitants sur 14.500 ha avec des niveaux de vie et des qualités d'habitat variés.

1.1.1. Géographie de Yaoundé

Yaoundé, la capitale du Cameroun, est située entre les latitudes 3°47 "N et 3°56 "N de l'équateur et entre les longitudes 11°10 "E et 11°45 "E du méridien de Greenwich. La figure 1 montre la zone d'étude dans la région du Centre au Cameroun (SIG de la CUY 2005). Yaoundé a actuellement une population d'environ 2 millions d'habitants et il est prévu qu'elle atteigne 2,8 millions en 2020 (PDU, 2008). Selon les données du recensement de 1976 et 1987 (Fombe & Balgah, 2010), la population migrante constituait 60,25% de la population, tandis que la population non-migrante ne représentait que 39,75%. La superficie de Yaoundé est passée de 240,98 km² en 1980 à 287,98 km² en 2001, La densité de la population par rapport à la superficie est de 45. 25 personnes par hectare (P/ha), tandis que la densité de population par rapport à la zone urbanisée est de 153 P/ha (PDU, 2008). Selon l'Enquête sur l'emploi le Secteur Informel (EESI) (2005) dans le Plan Directeur d'Urbanisme de Yaoundé (PDU) (2008), le commerce est le deuxième employeur de la ville (20,90%) après le secteur tertiaire qui emploie 57,80% de la population, les industries et le secteur primaire emploient respectivement 18,80% et 2,20%.

Figure 1: Carte de la ville de Yaoundé

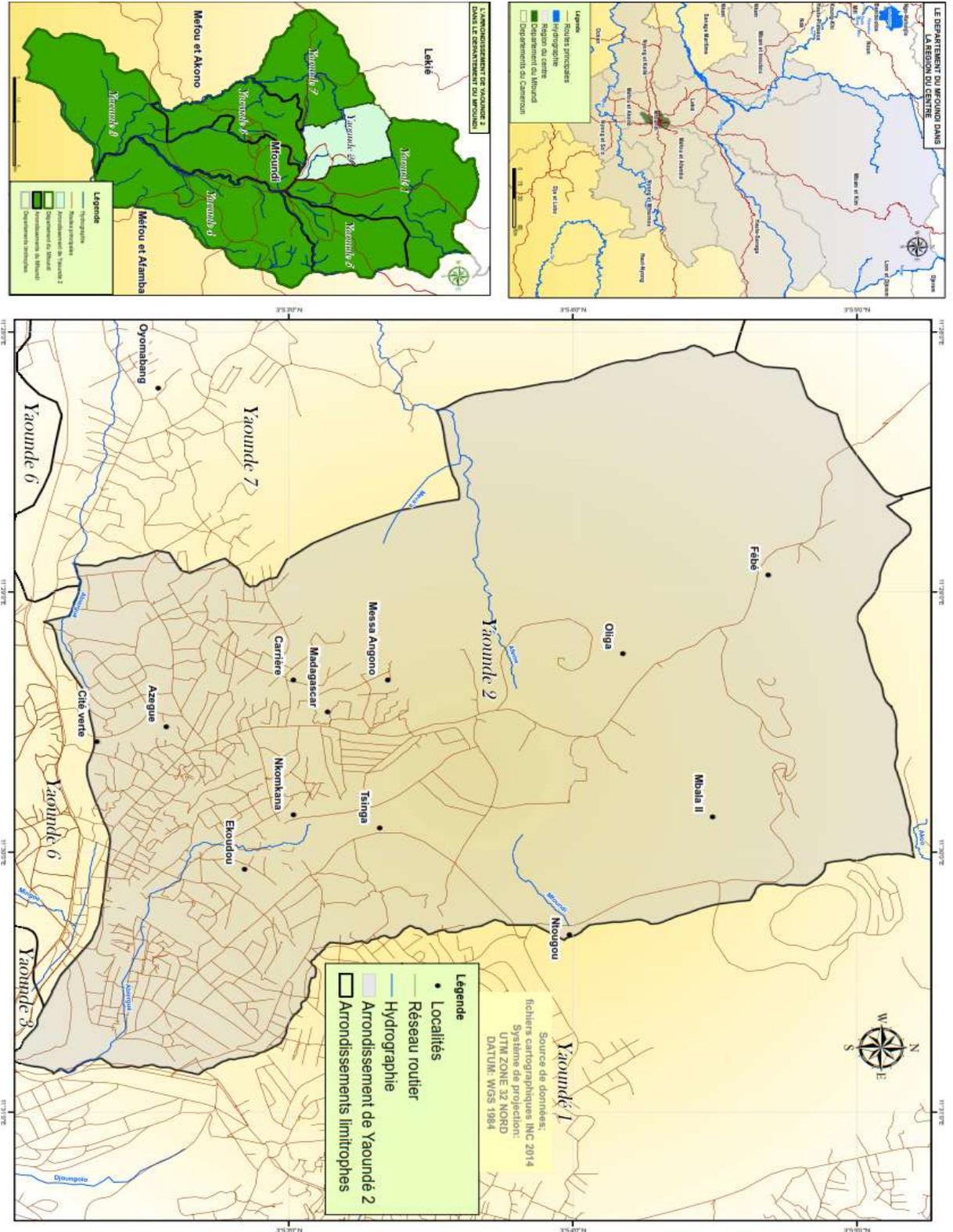
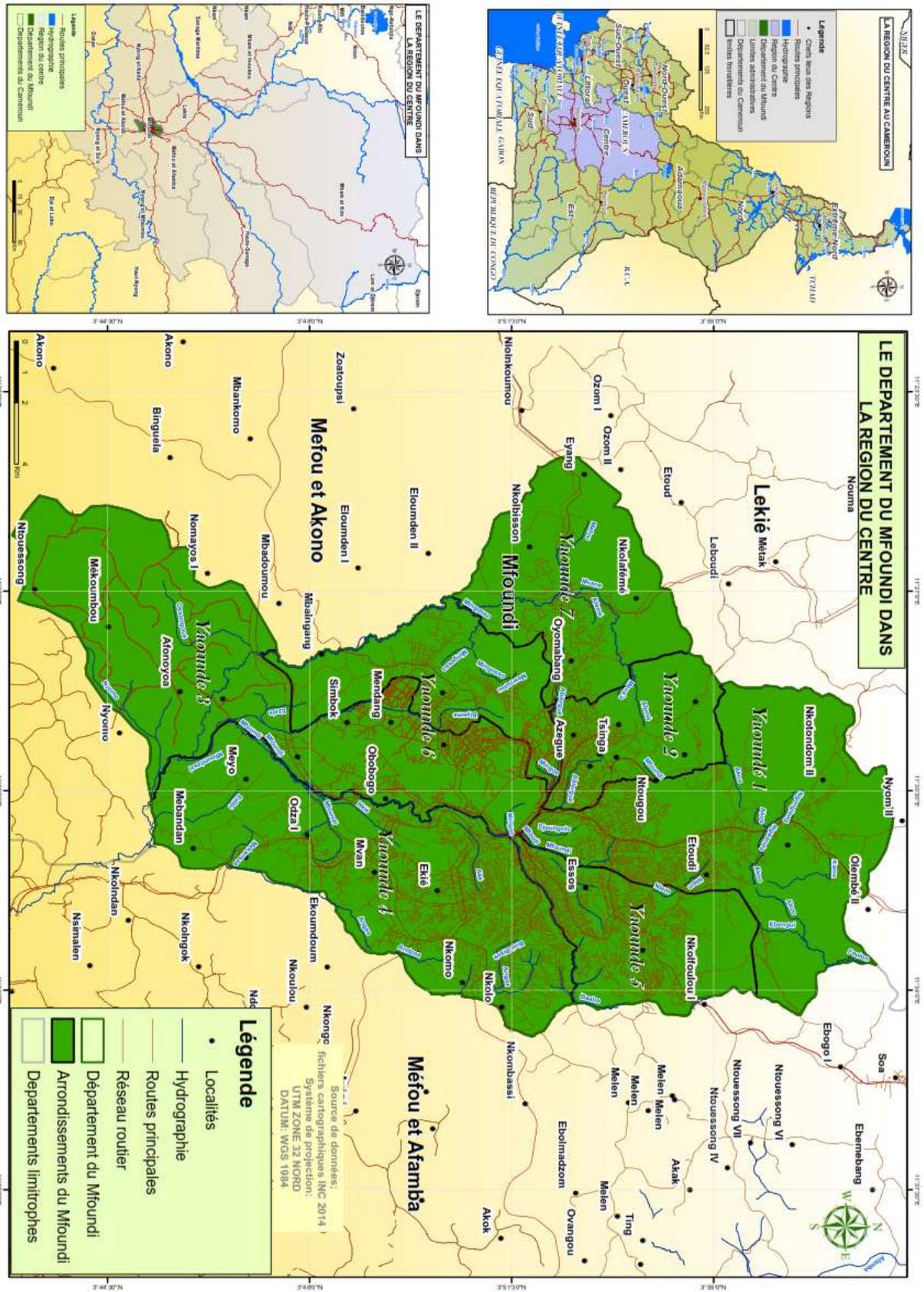


Figure 2: Carte du département du Mfoundi



1.1.1.1- Climat

Le climat ici est le climat tropical humide et sec, avec des températures constantes tout au long de l'année. Cependant, principalement en raison de l'altitude, les températures ne sont pas aussi chaudes que celles que l'on peut attendre d'une ville située près de l'équateur. Yaoundé connaît une longue saison des pluies, qui s'étend sur dix mois, de mars à novembre. Cependant, il y a une diminution notable des précipitations au cours de la saison des pluies pendant les mois de juillet et d'août, donnant presque l'impression que la ville a deux saisons de pluies distinctes. C'est principalement en raison de l'accalmie relative des précipitations pendant ces deux mois, que Yaoundé présente un climat tropical humide et sec, par opposition à un climat tropical de mousson.

1.1.1.2- Démographie

La population de Yaoundé a connu une croissance croissante et constante depuis qu'elle est devenue la capitale politique en 1921. Cette ville cosmopolite a enregistré une population d'environ 1.500.000 habitants en 2002, selon les statistiques issues du 3ème recensement général de la population de l'habitat à Yaoundé le 30 mars 2010, Yaoundé couvrait une superficie d'environ 304 km² avec une population estimée en 2005 à environ 1.817.524 habitants, soit une densité moyenne de population d'environ 5 691 habitants au km². Le taux de croissance de la ville de Yaoundé est supérieur à celui de l'ensemble du pays ; elle a notamment enregistré un taux d'accroissement naturel annuel de 4 % alors que celui du pays était de 2,3 %, à cette même période, il a été enregistré que sur une période de 20 ans, le taux de solde migratoire se situe entre 4 et 5 pour cent. La croissance annuelle de la population est estimée à une moyenne de 2,8 % entre 1987 et 2005, le taux d'urbanisation de Yaoundé est passé de 37,8 % 1987 à 48,8 % en 2005, les prévisions ont montré qu'en 2010, deux Camerounais sur trois vivront dans les villes (perspectives d'urbanisation de l'ONU). Yaoundé avait une population de 2 440 462 habitants (est.2011), avec une densité de 13 558 habitants/km² et une altitude de 750m pour une superficie de 180km², au moment où le pays accédait à son indépendance en 1960, Yaoundé avait une population estimée à environ 6 000 habitants.

1.1.1.3- Population

Le Cameroun compte plus de 240 tribus qui se répartissent en trois principaux groupes ethniques : les Bantous, les Semi-Bantous et les Soudanais. Le nombre de langues nationales parlées dans le pays est supérieur à 240, les tribus les plus importantes sont :

BANTUS : Béti, Bassa, Bakundu, Maka, Douala, Pygmées.

SEMI-BANTUS: Bamileke, Gbaya, Bamoun, Tika

SOUDANAIS : Fulbe, Mafa, Toupouri, Shoa-Arabe, Moundang, Massa, Mousgoum. Yaoundé était à l'époque coloniale composée des Ewondo, Aujourd'hui, c'est une ville cosmopolite grâce à l'exode rural des dernières années, des personnes de diverses origines ethniques s'installent désormais à Yaoundé. On trouve également des ressortissants des pays voisins qui vivent et s'établissent à Yaoundé, la croissance démographique a été importante. En 1976, la population s'élevait à 320 000 habitants. En 1987, 700 000 habitants, 1 200 000 habitants en 1992 et en l'an 2000, elle s'élevait à 1 540 000 habitants, les statistiques ci-dessus estiment un taux de croissance annuel de 7 pour cent, ces statistiques sont fournies par le document produit par le PNUD, UN-HABITAT en collaboration avec le Ministère de l'Urbanisme, le Ministère de l'Urbanisme et de l'Habitat, le Ministère de l'Administration Territoriale et de la Décentralisation et la Mairie de Yaoundé. Il s'agit de la première expérience de mise en place d'un programme appelé "Programme villes plus sûres", l'évolution de la population, qui est passée de 7 000 habitants en 1933 à 1 800 000 en 2001 (Annuaire Statistique du Cameroun, 1997), peut être considérée comme très significative.

Les statistiques montrent également que les jeunes constituent la majorité de la population nationale. En 1996, 54 % de la population était composée de personnes âgées de moins de 25 ans, ces jeunes sont victimes du mauvais système éducatif qui ne correspond pas à la demande sur le marché du travail, ce qui fait que beaucoup d'entre eux sont sans emploi malgré leurs diplômes. En 1997, la population active représentait 52 % de la population totale, 85 % d'entre eux travaillent dans le secteur informel.

1.1.2- Principales étapes et indicateurs de la croissance spatiale de Yaoundé

Le Cameroun (Afrique centrale) détient avec le Nigeria, la Côte d'Ivoire (Afrique de l'Ouest) et la République démocratique du Congo, les réseaux urbains les plus riches et les plus denses de l'Afrique tropicale noire. Après l'indépendance en 1960, toutes les villes du Cameroun ont progressivement doublé et triplé pour certaines. Cependant, Douala et Yaoundé détiennent le taux de croissance le plus spectaculaire et concentrent plus de 45% de la population urbaine du Cameroun, selon Kengne Fodouop et al. 2000, la population de Yaoundé a été multipliée par 16 avec un taux de croissance démographique de 7,3% en 37 ans, de 1960 à 1997, Elle bénéficie de 800.000 habitants de plus.

- Le premier entre 1926 et 1967 montre une croissance naturelle simple, suivie d'un plancher en 1967-1976 ;
- La deuxième entre 1976 et 1985 terminée par un deuxième étage en 1985-1987 ;
- Le dernier caractérise la croissance réelle depuis 1987.

1.1.2.1-Personnes

On ne saurait trop insister sur la diversité culturelle du Cameroun, Le pays compte plus de 275 groupes ethnolinguistiques. Parmi les groupes ethniques, nous avons les habitants de langue bantoue des royaumes des hauts plateaux de l'Ouest, les Pygmées de la forêt du Sud dont les activités économiques sont principalement la chasse et la cueillette, les sultanats musulmans et les populations non musulmanes du Nord. Les peuples à prédominance islamique des régions semi-arides du Nord (le Sahel) et des hauts plateaux centraux, y compris les Peuls, également connus sous le nom de Peuhl en français, représentent 14 % de la population, nous avons les Kirdi qui sont en grande partie non-islamiques dans le désert du nord et les hauts plateaux du centre, soit 18%., nous avons aussi les montagnards de l'Ouest ou le peuple des prairies qui est composé de Bamiléké, Bamoun, et de nombreux petits groupes de la région du Nord-Ouest et cette population est estimée à 38% de la population. Les peuples de la forêt tropicale côtière, qui comprennent les Douala, les Bassa et de plus petites entités dans la région du Sud-ouest, font partie de la composition ethnique du pays et représentent 12 % de la population., les peuples de la forêt tropicale du Sud qui comprennent les sous-groupes Béti composés des Éwondo, Bulu, Fang, Maka et des pygmées officiellement connus sous le nom de Bakas, ce groupe est estimé à 18% de la population.

1.1.2.1.1-Peuples indigènes et minorité

Il n'existe pas de définition spécifique des "minorités" et un certain nombre de critères peuvent être utilisés pour les décrire : auto-identification ; appartenance à un même groupe ethnique, critère numérique, partage d'une langue, d'une croyance et d'une culture communes, et absence de position dominante dans le pays. Les peuples autochtones et les minorités sont tous deux souvent victimes de discrimination, mais les instruments concernant les minorités ne répondent pas aux besoins spécifiques des autochtones.

1.1.2.1.1.1-Groupes de langue bantoue

Ils sont composés des Bassa, Douala, Bakweri, Batanga, Malimba, Mbos et Bakoko. Ils sont partis de la région d'Adamawa et ont migré pour s'installer le long de la région côtière du Nord-Ouest vers le 15^{ème} siècle, plus tard, vers le 19^e siècle, un autre groupe a migré et

s'est installé autour de Yaoundé et dans les régions équatoriales pour former ce que l'on appelle aujourd'hui les Éwondo, Fang, Eton, Bulu, Yezum, Ntumu et autres.

1.1.3 - Transport

L'aéroport international de Yaoundé Nsimalen est une importante plate-forme civile, tandis que l'aéroport voisin de Yaoundé est utilisé par les militaires. Les lignes de train vont vers l'ouest jusqu'à la ville portuaire de Douala et vers le nord jusqu'à N'Gaoundéré, de nombreuses compagnies de bus opèrent depuis la ville, en particulier dans les quartiers de Nsam et de Mvan, qui transportent principalement des passagers se déplaçant de Douala à Yaoundé et vice versa. Des bus fréquents circulent sur la route entre Yaoundé et Douala, et le temps de trajet entre Yaoundé et Douala est d'environ trois heures, il existe également d'autres compagnies de bus dans les quartiers de Biyem-Assi et de Tongolo qui transportent les passagers entre Bamenda, Bafoussam, Yaoundé et de nombreuses autres zones ou petites villes situées dans ces zones, le trafic dans la ville peut être lourd pendant les jours de semaine, mais est très léger pendant les week-ends. Yaoundé a fait des progrès significatifs en matière d'infrastructures, notamment dans la construction de routes.

1.1.4- Religion

La ville de Yaoundé a connu une avalanche de mouvements religieux divers, son caractère cosmopolite reflète la pluralité religieuse dans cette région. Cependant, le christianisme compte plus d'adeptes que d'autres religions comme la foi islamique, il existe au sein du christianisme plusieurs dénominations dominées par l'église catholique, Yaoundé abrite l'un des archidiocèses du pays, de nombreux diocèses sont répartis dans la ville. L'Eglise catholique est plus nombreuse que les autres religions avec des monastères à Mvolyé et au Mont Fébé, néanmoins, d'autres confessions chrétiennes sont présentes à Yaoundé, parmi elles, l'Eglise évangélique du Cameroun, l'Eglise protestante, l'Eglise presbytérienne, l'Eglise adventiste du septième jour, les Témoins de Jéhovah sans oublier les mouvements pentecôtistes qui ont enregistré ces dernières années une prolifération importante dans la ville, Les églises pentecôtistes dominantes sont la Full Gospel Mission et l'Apostolique Church. La religion islamique enregistre également un nombre important de fidèles à Yaoundé Contrairement aux différentes confessions de la religion chrétienne éparpillées dans la ville de Yaoundé, les musulmans sont plus ou moins regroupés dans des quartiers bien identifiés, notamment, le quartier Briqueterie où se trouve la plus grande mosquée de la ville.

1.1.5 - Administration

Cette croissance démographique et spatiale explique la croissance administrative de Yaoundé en raison de l'accroissement des fonctions et des institutions politiques, L'évolution administrative de ce chef-lieu comporte de nombreux enjeux : En raison de ces facteurs, la ville de Yaoundé est passée de 4 subdivisions à 6 subdivisions depuis 1992, à savoir Yaoundé I à Yaoundé VI, ce découpage est étroitement lié à la croissance démographique de la ville. Les conseils urbains ont été créés par la loi N° 87/015 de 1987 (15 juillet 1987), l'augmentation phénoménale du nombre de ministères ainsi que des équipements et bâtiments administratifs a favorisé cette situation, ainsi, seul le cœur de la ville reste inchangé avec de nombreux ministères. De ce fait, la ville s'est étendue de tous côtés, selon la constitution, la République du Cameroun est un État unitaire décentralisé et fonctionne sous une forme de gouvernement présidentiel, le Cameroun dispose depuis 2008 d'une nouvelle organisation administrative. C'est le résultat de la signature du décret n° 2008/376 du 12 novembre 2008, ce décret organise administrativement le Cameroun en Régions, Divisions, et Subdivisions, dans ce décret, les Districts en tant qu'unités administratives ont été supprimés.

1.1.6 - Économie

Sur le plan économique, Yaoundé est une ville tertiaire. Il existe cependant quelques industries comme la brasserie, les scieries, les ateliers de menuiserie, les fabriques de tabac, les papeteries, les matériaux de construction et la mécanique. Il existe des centres commerciaux dans la ville de Yaoundé, les principaux centres commerciaux se trouvent au centre de la ville juste autour de l'endroit connu sous le nom d'Avenue Kenedy. On y trouve des grandes boutiques, des magasins, les sièges de certaines entreprises ou leurs représentations ainsi que des marchands ambulants, il existe plusieurs banques commerciales dans la ville de Yaoundé, ces banques sont réparties dans la ville mais il y a une concentration de ces banques après la mairie de Yaoundé, en raison de cette concentration, la zone a été appelée "le quartier des Banques"

1.1.7.-Monnaie et banque

Il existe de nombreux systèmes bancaires à Yaoundé ainsi que dans les autres régions du pays. En haut de l'échelle, on trouve la Banque centrale de la zone CEMAC à Yaoundé, il y a plusieurs banques autour de la ville qui offrent des services bancaires comme l'épargne, les prêts, le change de devises, le transfert d'argent, etc. La zone autour de la mairie de Yaoundé est appelée Avenues des banques en raison de la présence à cet endroit de presque

toutes les différentes banques, certaines sont uniquement nationales tandis que d'autres sont intercontinentales et mondiales. Outre les banques, Yaoundé connaît depuis peu une prolifération d'institutions de micro finance, elles sont préférées par la majorité de la population en raison de leurs services qui sont assez pratiques pour les petits salaires, les petits entrepreneurs. Contrairement aux banques, l'ouverture ou la création d'un compte dans une micro finance est moins chère et abordable pour la majorité des personnes et le processus est moins laborieux. Elles fournissent la plupart des services bancaires proposés par les banques mais vont au-delà en fournissant d'autres services comme l'épargne de proximité, il s'agit d'une opération par laquelle les agents de la micro finance se rapprochent des personnes, en particulier celles impliquées dans les petites entreprises, créent des comptes pour elles et passent quotidiennement pour collecter leur épargne.

1.1.8 –Urbanisme

Yaoundé dispose d'infrastructures routières plus ou moins satisfaisantes tant en qualité qu'en quantité. Toutefois, l'entretien des principales artères de la ville est acceptable. Les travaux de rénovation menés par la mairie de Yaoundé ont permis d'améliorer l'état des routes ces dernières années. Les routes ont été pavées et la taille de certaines routes a été augmentée notamment dans les quartiers Elig-Edzoa, Nlongkak, Emana et Olezoa. En ce qui concerne l'habitat dans la ville de Yaoundé, on peut noter la présence de quartiers bien planifiés et d'autres très mal planifiés. Si l'on se promène dans des quartiers comme Bastos, la cité du Koweit, Biyem-Assi et plus particulièrement autour de Maison Blanche, on constate que non seulement les maisons sont bien construites, la route pavée facilitant l'accès, l'urbanisme y est bien apprécié. D'autre part, le contraste est flagrant entre les habitations moins privilégiées dans les zones mal planifiées. La stratification sociale peut être dépeinte ici où les "nantis" et les "démunis" vivent séparément dans des zones différentes, c'est une image des réalités du milieu urbain, il n'y a pratiquement aucun contact physique entre les deux classes sociales, sauf sur les terrains ou dans les lieux publics. Un bon exemple est le centre-ville, en particulier l'avenue Kennedy, où l'on trouve des enfants des rues et des indigents prêts à mendier auprès des occupants des voitures qui stationnent leur véhicule à cause de la circulation ou pour d'autres raisons, en raison de la croissance rapide de la population et de l'urbanisation, la ville de Yaoundé est en pleine expansion.

1.2 - Soins et Santé

Le plus grand hôpital de la ville de Yaoundé est l'hôpital central, d'autres hôpitaux sont l'hôpital gynécologie, obstétrique et pédiatrique de Yaoundé, le centre hospitalier universitaire de Yaoundé (CHU), l'hôpital de Biyem-assi. Il également d'autres hôpitaux plus petits autour de Yaoundé avec des cliniques et des pharmacies, mais nous allons nous intéresser uniquement à l'hôpital central de Yaoundé.

1.2.1- Hôpital central de Yaoundé

L'hôpital central de Yaoundé, fut créé en 1933, construit dans un système pavillonnaire, reste la plus grande institution hospitalière de la capitale du Cameroun, hôpital à caractère social, initialement comme hôpital de jour, il a subi plusieurs mutations structurelles et est aujourd'hui, un établissement de soin de deuxième catégorie, qui met au service des patients une équipe médicale et paramédicale spécialisée dans le domaine de la médecine générale. Simon Pierre TCHOUNGUI, ancien premier ministre du Cameroun oriental, a été directeur médical de l'hôpital central en 1960 avant d'être nommé ministre de la santé en 1961. Longtemps fonctionné avec l'hôpital Jamot de Yaoundé comme annexe bien qu'il soit devenu autonome en 1987, l'hôpital central de Yaoundé présente en outre de multiples atouts du point de vue de la situation géographique, de la possibilité d'une complémentarité, de l'existence d'un plateau technique acceptable, de la disponibilité du personnel médical et de l'autonomisation des services.

L'hôpital central de Yaoundé est situé au quartier central de Yaoundé, sur une petite colline légèrement en retrait du centre-ville, les différents départements de cet établissement sont dispersés sur une très vaste superficie. Cet hôpital prodigue non seulement des soins aux 800.000 habitants de Yaoundé mais également aux patients envoyés par les hôpitaux départementaux des autres provinces. Rue 2.008 derrière la CENAME (Centre National De Médicaments Essentiels) et non loin du camp sic Messa. Il comprend six unités à savoir :

Une unité de chirurgie et spécialités, une unité d'accueil anesthésie réanimation et urgences, une unité de gynécologie obstétrique, une unité de médecine et spécialités, une unité technique, une unité administrative et financières. L'Hôpital central de Yaoundé est désigné comme centre de traitement agréé avec : Un comité thérapeutique, un comité d'éthique un laboratoire, une pharmacie. Il participe également au programme pilote banque mondiale, en faveur des patients indigents et d'autres programmes visant à améliorer le suivi et l'observance des patients.

Ainsi, par la période de 2006 à 2011, l'hôpital central de Yaoundé s'est donné quatre objectifs stratégiques :

Adapter son offre de soins pour exercer au mieux ses missions de service public hospitalier ;

Consolider sa politique d'amélioration de la qualité de la sécurité et des conditions de travail ;

Améliorer sa gouvernance et son efficacité ;

Mobiliser les ressources nécessaires à la réussite de son projet d'établissement.

1.2.2- Centre de coordination de l'accueil et des urgences

Le concept intègre des salles de consultations, une salle de petite chirurgie, un laboratoire d'analyse médical, une banque de sang, une salle de réanimation, 20 lits pour observation des cas difficiles, une salle de radiologie et d'imagerie médicale et une pharmacie. Le centre de coordination de l'accueil et des urgences, reçoit en moyenne 100 urgences par jour parmi lesquelles près de 70% sont des urgences traumatologiques. L'extension du complexe avec la construction d'un bloc des urgences médico-chirurgicales, permettra bientôt de disposer 2 blocs opératoires, 2 salles de réanimation intensive, une salle de surveillance supplémentaire d'une capacité de 20 lits et un plateau technique moderne permettant la prise en charge simultanée sur le plan chirurgical de différents traumatismes de la voie publique. La mise à disposition de 2 salles de catastrophes avec 200 brancards au centre de coordination de l'accueil des urgences permet de faire face aux situations d'épidémie et grandes catastrophes routières.

L'hôpital central de Yaoundé est un hôpital général des soins tertiaires, comprenant : 381 lits, l'hôpital emploie près de 800 personnes y compris, 95 docteurs et 270 infirmiers. L'Hôpital délivre des soins chirurgicaux, obstétricaux, des services de gynécologie et de pédiatrie de même que la radiologie, les soins intensifs, les services d'urgences et un service de consultation externe à la population de la ville et plus largement à tout le pays. L'hôpital tient également lieu de centre de recherche et de surveillance.

1.2.3- Maternité Principale

C'est un service, qui permet d'améliorer le potentiel du centre de coordination de l'accueil des urgences, donc le roulement du personnel d'astreinte permet une accessibilité de jour et de nuit la maternité principale. L'orientation des consultations en obstétrique met l'accent sur les grossesses à risques, le dépistage du cancer du col et du sein, et la chirurgie

gynécologique. La maternité principale en dépit des efforts de décentralisation détient toujours le record des accouchements, près de 1500 accouchements par an dont 11,5% par césarienne. Une moyenne de 800 autres interventions chirurgicales gynécologiques.

Un centre de référence pour la prévention de la transmission materno-fœtale du VIH qui assure le suivi de : 800 patientes enceintes HIV infestées, 411 accouchements de jeunes HIV infectées, 17 césariennes pour indications purement obstétricales.

Les Autres activités dans le cadre de la prise en charge des mères porteuses vivants avec le VIH/ Sida sont les suivantes : l'administration des antirétroviraux, les consultations postnatales, la formation des personnels sur le conseil en alimentation des nourrissons et techniques d'allaitement, les conseils des couples, la mise en place des associations des mères séropositives.

1.2.4- Service de l'Hôpital de Jour

C'est un service à part entière de l'hôpital central de Yaoundé. Il a été mis sur pied en 1997, avec l'aide de la coopération française, fonctionne depuis novembre 1998 et prend en charge la problématique de l'infection du VIH dans sa globalité. Inauguré le 24 novembre 1998, en présence de son excellence le ministre de la santé publique, monsieur Gottlieb LOBE MONEKOSSO. De ce fait, il a été mis à disposition un assistant technique de la coopération française, docteur TARDY Michèle pour l'organisation, la gestion, la promotion (en particulier dépistage, conseil, prise en charge des patients infectés par le VIH/ SIDA et dermatologie), et la coresponsabilité médicale avec l'actuel chef de service de l'hôpital de jour. Après l'ouverture des consultations de dermatologie en décembre 1998, il a été lancé des campagnes de dépistage volontaire, anonyme et gratuit dans la ville de Yaoundé. L'hôpital de jour, est un service à part entière de l'hôpital central de Yaoundé, son originalité réside dans le fait que : Son fonctionnement ne s'effectue que dans la journée (hospitalisation, consultations), c'est un service pilote camerounais assurant la prise en charge des personnes vivants avec le VIH, avec les meilleures pratiques, il s'adresse à tous le public pour: L'information et la sensibilisation, la connaissance de son statut sérologique, des consultations diverses, Le suivi des personnes vivant avec le VIH. Dans le cadre du programme national de la décentralisation de la prise en charge vers les hôpitaux de district, le service de jour assure le tutorat de 12 hôpitaux de district dans la région du centre. A cet effet il assure et pratique : La formation théorique de 33 médecins et infirmiers des hôpitaux de district à la prescription des ARV et des traitements des infections opportunistes et

l'utilisation des automates d'hématologie et de biochimie, la formation théorique de 24 techniciens de laboratoire des mêmes UPEC au diagnostic biologique des infections opportunistes, a la mise à niveau du plateau technique des 12 UPEC. Ceci sur le financement du programme ESTHER. Le service de jour assure dans le service de plusieurs stages pratiques aux bénéficiaires du personnel médical et paramédical locaux et étrangers, soient 3 venant du Congo Démocratique, 12 de la France et 1 de la Suisse, uniquement pour l'année 2005.

Le service de jour participe activement aux travaux de recherche opérationnelle avec d'autres équipes nationales et internationales telle que l'IRD de Montpellier, ceci sur haute instruction du ministre de la santé publique, afin d'évaluer les activités en cours, les plus importants sont : L'étude de l'efficacité des antirétroviraux génériques publiée dans le Lancet de Juillet 2004, l'étude sur la prévalence des résistances du VIH, l'étude sur le comportement musculaire lié à l'infection au VIH, plusieurs autres études pour les thèses de doctorat des étudiants en médecine. Deux autres études importantes ont démarré en janvier 2006, une sur l'évaluation de la stratégie de santé publique appliquée dans les UPEC, ce qui a permis au service de se documenter, toutes ces activités se font selon les directives du Ministère de la santé avec des appuis ponctuels ou réguliers de la coopération française, le GIP ESTHER, La Banque mondiale, l'OMS etc.

Le secteur d'activité de l'hôpital de jour comprend :

Le secteur centre de documentation, le secteur psychosocial, le secteur hospitalisation, le secteur centre dépistage, la publication du service. La collaboration française depuis de longues années, été au côté de l'hôpital central de Yaoundé à plusieurs niveaux. Plusieurs assistants techniques français ont participé à la mise en place du service, leur participation a permis de doter l'hôpital de jour et d'autres services de l'hôpital central de Yaoundé en équipements informatiques, en matériel de pharmacie et en consommables médicaux. Ils ont également favorisé la réhabilitation de l'incinérateur de l'hôpital central et des services tels :

La banque de sang, les urgences, la maternité principale, l'infectiologie. De ce fait, le service de l'hôpital de jour est constitué de :

01 bureau de recherche, 01 salle de saisie de dossier, 01 secrétariat, 01 salle informatique, 01 bibliothèque, laboratoire des salles de soins (01 salle de prélèvement et 01 salle de paillasse), 01 salle de réception et d'orientation, salles de consultations, 01 salle

information éducation communication. Le personnel du service de l'hôpital de jour se présente comme suit :

06 médecins affectés, 01 médecin de santé publique, 03 dermatologues ,02 médecins généralistes permanents, médecins d'autres services viennent en appui de temps en temps, 06 infirmiers ,06 techniciens de laboratoires, 03 assistantes sociales, 03 conseillers VIH, 08 agents de relais communautaires, 01 secrétaire, 01 biostatisticien/ informaticien.

1.2.4.1- Unité de Médecine et Spécialités

L'unité de médecine et spécialités, est actuellement le centre agréé et gratuit de la tuberculose, elle est enrichit d'un Centre national d'obésité, Centre d'hypertension et diabète, et d'un Centre national anti-drogue, elle pour chef d'unité le professeur NDOBO Pierre cardiologue. L'unité réalise des explorations fonctionnelles en cardiologie, note plus de 3500 ECG (électrocardiogrammes) et plus de 685 échocardiogrammes. Toutes les explorations fonctionnelles sont endoscopie digestive en cardiologie, et en neurologie.

1.2.4.2- Chirurgie et Spécialités

Crée le 31 décembre 2003, cette unité a pour stratégie une possibilité de prise en charge chirurgicale immédiate des urgences traumatologiques ; salle d'opération spécifique avec possibilité de pose d'implants, réduction sous amplificateur de brillance, matériel pour chirurgie traumatologique et neuro-traumatologie d'urgence ; le renforcement des capacités du plateau technique existant ; acquisition de bistouris électriques ; renouvellement des boites de chirurgie dans toutes les spécialités ; installation d'une salle d'opération en urgence.

Ses principaux objectifs : Informer le public, participé au dépistage VIH/SIDA, assurer une meilleure prise en charge clinique, assurer l'hospitalisation en ambulatoire, assurer le soutien psychologique et social, assurer la prévention de la transmission mère enfant en collaboration avec d'autres services, assurer la confidentialité et le secret médical, assurer une prise en charge de qualité des patients sous traitements antirétroviraux.

1.2.5- Système Administratif de l'Hôpital Central de Yaoundé

Le système administratif de l'hôpital central de Yaoundé est constitué de plusieurs départements.

1.2.5.1- Départements Médicaux

Etablissement de premier ordre dans la région, l'hôpital central de Yaoundé possède, outre les 04 départements de base, des départements spécialisés et des départements de consultation générale, comme indiqué ci-après.

Le Département de médecine interne est constitué de : Médecine générale, le département de diagnostic cardiaque, le département gastro-entérologie, le département tumeur maligne, de département gérontologie, de département pédiatrie. La chirurgie est composée du : département chirurgie organothérapie, département chirurgie orthopédique, département anesthésie, département urologie, département neurologie département pédiatrie.

Le département dialyse artificielle est constituer du : département dialyse pédiatrie, département dialyse adultes, du département dialyse nouveau-nés, du département dialyse patients maladies contagieuses.

Le département obstétrique- gynécologie est composé de : Consultations externes, salle des nouveau-nés, salle d'accouchement, salle d'opération. Le département spécialisé est constitué du : département dentaire, du département ophtalmologie, du département oto-rhino-laryngologies. Le département physiothérapie, le département radiologie-échographie, le département examens cliniques, la banque du sang, les consultations externes, les urgences (24H/ 24H).

1.2.5.2- Personnel Médical

Parmi les 75 médecins de l'hôpital central de Yaoundé, 65 sont des spécialistes et 20 d'entre eux sont également enseignants à la seule faculté de médecine au Cameroun.

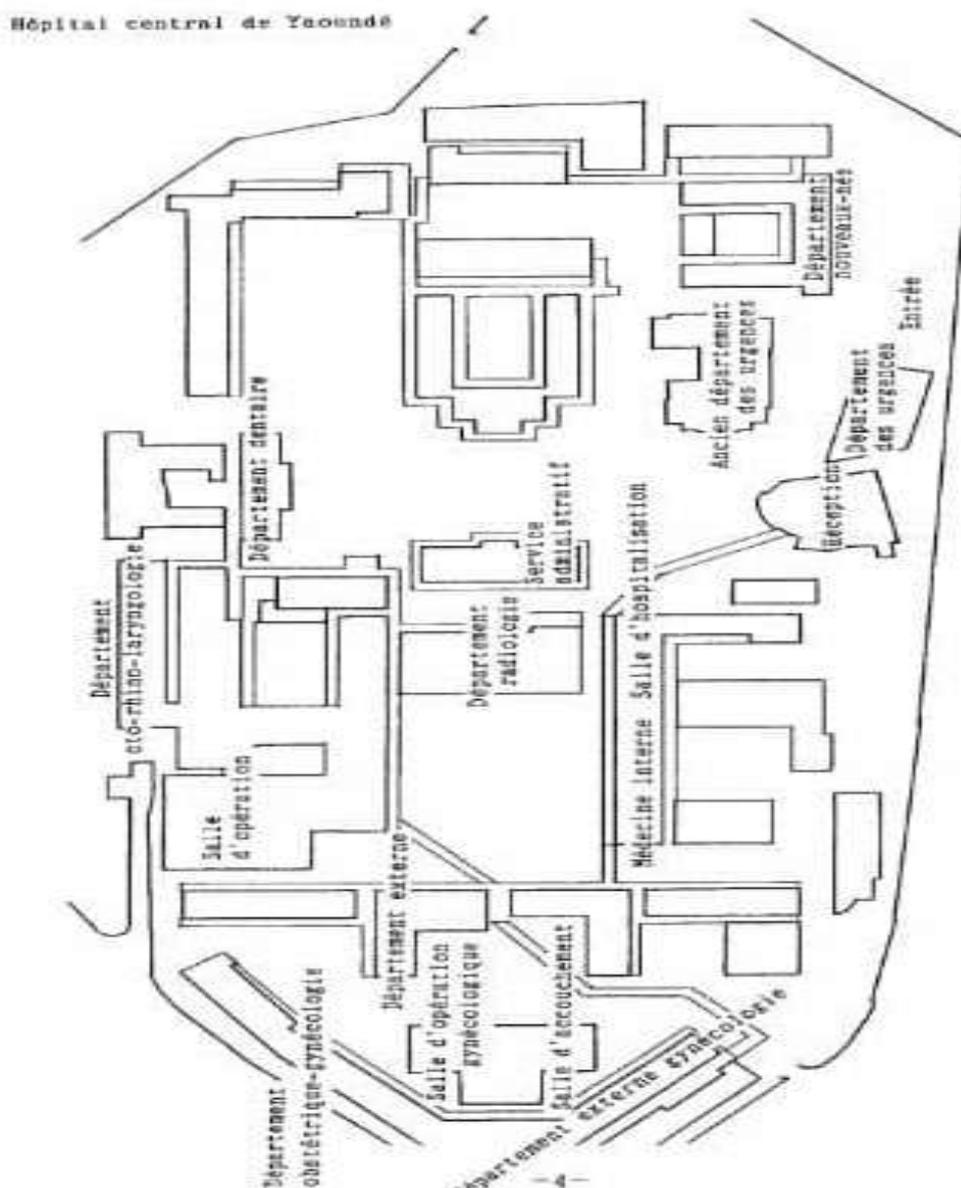
1.2.5.3- Situation actuelle de l'établissement

Les différents départements sont construits indépendamment les uns des autres, et disséminés sur un très vaste terrain, depuis sa construction dans les années 30, grâce à une aide française. Ces différents départements ont été, soit ajoutés, soit rénovés jusqu'à atteindre la configuration actuelle de l'hôpital. Toutefois, étant donné que les départements ont été rajoutés sans tenir compte d'un schéma d'ensemble rationnel, les activités médicales sont exécutées avec extrêmement peu de fonctionnalité et de manière peu économique. A l'heure actuelle, la construction d'une nouvelle salle d'accouchement, l'extension de la salle de chirurgie générale ainsi que la construction d'un nouveau département des urgences sont entreprises grâce à une aide accordée par la France.

1.3 - Centre national d'obésité de l'hôpital central de Yaoundé

Le service de Diabétologie-Endocrinologie s'occupe des patients ayant une concentration trop élevée de glucose dans le sang. Cette maladie est constatée lorsque l'insuline manque et que le sucre s'accumule dans le sang entraînant une hyperglycémie. L'hôpital Central de Yaoundé dispose à cet effet d'un Centre d'Obésité qui assure le suivi des différents patients souffrants de diabète ainsi que les complications de cette maladie.

Figure 3: Carte de l'hôpital central



Enfin, ce chapitre rend compte de la présentation générale de la ville de Yaoundé, ainsi que de l'hôpital central de Yaoundé, et pour cela, nous avons montré sa localisation et son fonctionnement et pour ce qui concerne la ville de Yaoundé nous avons montré son climat, sa végétation, son climat, sa fondation ainsi que sa population et plusieurs autres caractéristiques.

CHAPITRE II :
**REVUE DE LA LITTERATURE, CADRE THEORIQUE
ET CONCEPTUEL**

Le présent chapitre est consacré à la revue de la littérature, qui est un débat scientifique organisé autour des documents écrits et numériques portant sur notre sujet de recherche

2.1- Revue de littérature

Le deuxième chapitre de notre mémoire est consacré à la revue de littérature, qui est un rapport de recherche et de lecture qui vise à faire ressortir les éléments pertinents d'une hypothèse. Cette revue de littérature, nous donnera l'opportunité d'évaluer les auteurs qui ont rédigé des ouvrages, des mémoires, des rapports, des thèses, des articles, en rapport avec notre thème de recherche pour nous amener à mieux le comprendre. Il s'agira donc de faire le point sur le sujet que nous étudions. Nous aborderons tour à tour les points suivants : la définition des concepts clés qui apparaissent dans notre thème, l'état général de la question, et enfin nous présenterons le cadre théorique. Toute recherche aussi originale qu'elle soit, se rattache toujours à un contexte de sens, la revue de la littérature consacrée à cette étude, abordera le concept de diabète et pied diabétique ainsi que les analyses que les auteurs en ont fait. Nous évoquerons ici les documents que nous avons consultés pour rédiger notre mémoire. Nous avons également regardé les projections de la FID (Fédération Internationale de Diabète) de l'ATLAS de l'édition (2017) et (2019), ainsi que des sites internet pour avoir assez d'arguments pour élaborer notre travail ou notre sujet de recherche. Néanmoins, nous avons convoqué quelques auteurs dont les analyses ont été utiles pour la réalisation de notre travail. Notre revue de la littérature s'articulera autour des thèmes précis à savoir : l'épidémiologie du diabète dans le monde, la prise en charge du pied diabétique, état général de la question, diabète et pied diabétique dans l'histoire, notion de culture dans le traitement du pied diabétique, conception biomédicale et conception populaire du pied diabétique.

2.1.1- Présentation de la situation épidémiologique du diabète et de ses complications

Le diabète est actuellement considéré comme une épidémie mondiale, mais ses effets sont particulièrement dévastateurs dans les pays en développement (PED), et plus précisément ceux d'Afrique noire.

2.1.1.1- Croissance de la prévalence

Le taux de prévalence de diabète est en plein essor. Selon la Fédération Internationale de Diabète (2017), les pays en développement concentreront d'ici peu les 4/5 de la population diabétique mondiale. S'il existe des données épidémiologiques assez fournies sur les principales maladies infectieuses de l'Afrique subsaharienne et du Cameroun en particulier, comme la tuberculose, le paludisme, la méningite, ce n'est pas le cas pour les maladies non

transmissibles comme le diabète, le cancer, l'hypertension, encore en pleine émergence. On ne dispose que quelques données sur l'état de santé général des personnes touchées par le diabète en Afrique noire et sur les complications dont elles souffrent. Le Cameroun en particulier compte près de 18 millions d'habitants et selon l'enquête de STEPS (Statistical Education through Problem Solving) environ 100 000 personnes sont diabétiques, mais 25% de la population en est réellement exposée, soit plus de 4 millions de Camerounais. Le taux de prévalence est de 5% en ville et 1 à 2% en milieu rural et 6,2% en milieu urbain, et chez les femmes, elle représente 2,9% en milieu rural et 4,9% en milieu urbain Plan Stratégique pour la Promotion et le Développement des Mutuelles de Santé au Cameroun (2015). Le diabète constitue la 6^{ème} cause de décès au Cameroun.

Le diabète se singularise parmi les maladies non transmissibles en expansion en Afrique noire par son important taux de progression d'une part et le lourd fardeau de ses complications d'autre part.

2.1.1.2- Raison de cette prévalence

Le diabète se pose comme étant une maladie socio génique, Laplatine (1992), c'est-à-dire qu'il est lié au mode de vie. La prévalence du taux de diabète en milieu urbain est plus élevée qu'en milieu rural, 68% des personnes atteintes de diabète dans le monde vivent en milieu urbain et ce chiffre atteindra une proportion de 78% en 2030, Diabetes Leadership Forum, (2010). Le diabète est une maladie poly factorielle, c'est-à-dire une maladie génétique, dont la survenue dépend des facteurs liés à l'environnement social de l'individu. La diffusion d'un mode de vie urbain est incriminée comme principal responsable de l'accroissement du diabète et particulièrement le diabète de type 2. Selon la Fédération International de Diabète (2017), 80% des personnes souffrantes de diabète de type 2 sont également obèses. Le diabète est une maladie chronique qui présente un nombre de complications potentiellement mortelles, dont l'une est l'ulcère du pied diabétique et ces ulcères sont généralement chroniques. Le diabète mellitus est une maladie métabolique entraînant une augmentation du glucose dans le sang, selon les estimations, il y'a 451 millions de personnes atteintes de diabète dans le monde comptant environ 5 millions de décès dans le monde en 2017. L'incidence de l'ulcère du pied diabétique dans le monde se situe entre 9,1 et 26,1 millions d'ulcères annuellement. Le diabète est « *l'un des principaux tueurs au monde* », avec l'hypertension artérielle et le tabagisme, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (2014). Cette maladie constitue un problème de santé publique majeur et malgré les efforts de prévention, la pandémie se poursuit. En 2014, le diabète affectait 422 millions de personnes

au niveau mondial, alors qu'il ne concernait que 108 millions de patients dans le monde en 1980 et que les premières prévisions de l'Organisation Mondiale de la Santé (2014) et de l'International Diabetes Federation (2019) s'inquiétaient en 1990 du risque de voir le diabète affecter 240 millions de personnes en 2025. En 2019, le diabète affecte plus de 463 millions de personnes dans le monde. En 2021, le diabète affecte plus de 537 millions de personnes dans le monde soit une personne sur 10IDF (2019). Environ 15 à 25% des patients atteints de diabète développeront un ulcère du pied diabétique au cours de leur vie. L'ulcère du pied diabétique est l'une des infections courantes chez les patients diabétiques et l'incidence des ulcères infectés peuvent survenir à tout âge, mais ils sont plus fréquents chez les patients diabétiques de 45 ans et plus chez des patients âgés présentant des comorbidités. C'est également dans le même sens que le groupe IWGDF (1999), souligne aussi que les diabétiques sont 25 fois plus susceptibles de perdre une jambe que les non diabétique.

2.1.2- Diabète et pied diabétique dans l'histoire

Le diabète est une maladie due à l'excès de sucre dans l'organisme et engendre souvent dans la plupart des cas des conséquences graves et chroniques parmi lesquels le pied diabétique. Par contre le pied diabétique l'un des phénomènes les plus pénibles pour les personnes diabétiques.

2.1.2.1- Diabète

Les maladies ont une histoire et chaque époque a ses maladies, écrivent Herzlich et *al.*, (2004). Le terme latin « diabète mellitus » est utilisé par la classification internationale des maladies, et dans divers pays. L'adjectif latin « mellitus » signifie « sucré comme le miel ». Le premier texte qui fait référence au diabète est le papyrus d'Eber, écrit en 1500 avant J.C. les médecins hindous dans les millénaires avant J.C, avaient déjà décrit les symptômes de cette maladie : urines abondantes et sucrées, soif et faim excessives. Ils parlaient déjà de deux types de maladie : une qui apparaissait parmi la population aisée et bien nourrie, et une qui atteignait surtout des personnes maigres entraînant rapidement la mort. Le mot « diabète » vient du mot grec et signifie « passer à travers ». Les médecins de cette époque pensaient qu'il existait un conduit entre le tube digestif et la vessie, ce qui pouvait expliquer pourquoi les malades buvaient et urinaient tant. Cappadoce (1er siècle après J.C) est le premier médecin à décrire cette maladie.

Le diabète est une maladie remarquable mais heureusement plutôt rare. Elle consiste en une liquéfaction des chairs et des parties solides du corps dans l'urine.

Les reins et la vessie ne cessent d'émettre de l'urine, l'émission est profuse et sans limite, comme si les aqueducs étaient grand ouverts. Le développement de la maladie est progressif mais courte sera la vie de l'homme chez lequel la maladie est complètement développée. Un amaigrissement rapide se produit et la mort survient vite. Le désir de boire de plus en plus impérieux mais, quelle que soit la quantité qu'il absorbe, la soif n'est jamais satisfaite et il perd plus d'urine qu'il ne boit.

Les symptômes de cette maladie sont décrits par les plus grands médecins de cette époque, mais la cause reste inconnue : Cappadoce pense que c'est une maladie de l'estomac et Gallien une maladie des reins. Du XVe au XIXe siècle, Thomas Willis, médecin anglais décrit en 1674 que l'urine diabétique « est merveilleusement sucrée comme si elle est imprégnée de miel ou de sucre ». Pour lui, ce gout est dû à la présence de certains sels. En 1776, Matthew Dobson, médecin anglais, démontre que ce gout particulier des urines est dû au sucre et que celui-ci est aussi présent dans le sang des diabétiques.

C'est en 1798 que le médecin écossais Rollo écrit les premières théories sur le diabète. Le traitement de la maladie repose sur un régime alimentaire strict sans sucre. En 1847, le médecin Claude Bernard découvre que l'homme peut synthétiser du sucre à partir des aliments même s'ils ne sont pas sucrés : c'est le foie qui est responsable de cette synthèse. A la fin du XIXème siècle et au début du XXème siècle, Oscar Minkowski démontre le rôle du pancréas dans le contrôle de la glycémie. A la même époque, Lanceraux, médecin français, fait la différence entre le diabète maigre (type 1) et le diabète gras (type 2).

Les médecins égyptiens avaient déjà découvert cette maladie à l'époque d'Amenhotep III, entre le XVe siècle, et le XVIe siècle avant notre ère. C'est Praxagoras de Cos (384-322 avant J.C.) disciple d'Hypocrate, qui évoqua pour la première fois la nocivité des humeurs sucrées. Dans ce cas, les urines n'avaient pas de gout (diabète insipide), dans d'autre, les urines étaient sucrées (diabète sucré ou hyperglycémie). Au VIIe siècle après J.C., les chinois faisaient part de leurs observations et de leurs interprétations concernant les urines sucrées et proposaient des méthodes modernes qui recommandent aux diabétiques de s'abstenir de l'alcool et de l'amidon (Webographie 25/07/2021).

2.1.2.1.1- Diabète en Afrique subsaharienne

Le diabète se pose désormais avec acuité comme « la pandémie silencieuse », de l'Afrique subsaharienne. Actuellement, environ 12,1 millions d'adultes sont atteints de diabète dans ce continent, mais 15% à peine des cas ont été diagnostiqués et 330,000 d'entre eux meurent des maladies qui lui sont associées the diabetes atlas, IDF, (2019). Par ailleurs

Laplatine, (1992) considère que le diabète se singularise parmi les maladies non transmissibles comme étant une maladie socio génétique, ce qui veut dire que cela est lié au mode de vie. La gravité du diabète reste liée à ses complications à savoir : les atteintes cardiovasculaires, les accidents vasculaires cérébraux, l'insuffisance rénale, la cécité, les gangrènes des pieds qui sont à l'origine des amputations et de l'impuissance sexuelle. La charge de la diagnostiqués au Cameroun, et le taux d'amputation varie de 1,4 à 6,7% des cas de pied diabétique Sobngwi et *al.*, (2001). Dans la neuvième édition de l'atlas du diabète de la FID (2019) , la prévalence du diabète était estimée à 463 millions d'adultes âgés de 20 à 79ans soit 9,3% de tous les adultes dans cette tranche d'âge qui vivent avec le diabète dans le monde, on estime que 79,4% d'entre eux vivent dans des pays à faible revenu et ceux à revenu intermédiaire. La Fédération Internationale du Diabète estimait à plus de 366 millions le nombre de personnes atteintes de diabète dans le monde en 2011. En 2030, ce nombre pourra atteindre 551 millions et c'est dans les pays en développement qu'on prévoit la plus forte progression, et en particulier en Afrique. Il existe essentiellement trois types de diabète mis à part d'autres types spécifiques de perturbations glycémiques.

2.1.2.1.1.1- Diabète de type 1

Autrefois appelé insulino dépendant, ou encore diabète juvénile, ce type de diabète apparait le plus souvent de manière brutale, c'est la cause la plus fréquente de diabète, les causes du diabète de type 1 ne sont pas clairement établies, la maladie peut toucher des personnes de tout âge, mais apparait généralement chez les enfants ou les jeunes adultes. Les personnes atteintes de cette forme de diabète ont besoin d'insuline chaque jour afin de maintenir leur glycémie sous contrôle ATLAS du diabète de la FID (2017). Son seul traitement à l'heure actuelle consiste en une injection pluriquotidienne d'insuline afin de compenser le défaut de l'insuline sécrétée par le pancréas. Selon le Dr Jesus Cardenas, (2009) le diabète de type 1, aussi appelé diabète sucré est le moins fréquent des diabètes.

2.1.2.1.1.2- Diabète de type 2

D'après la Fédération Internationale de Diabète, (2019), le diabète de type 2, est le type le plus courant et il représente environ 90% de l'ensemble des cas de diabète dans le monde. Dans le cas de diabète de type 2, au départ, les cellules sont moins sensibles à l'insuline, ce qui provoque l'hyperglycémie, une situation appelée « insulino-résistance ». Lorsqu'il y'a résistance à l'insuline, l'hormone est inefficace et le moment venu, cela provoque une augmentation de la production de l'insuline. Ce type de diabète s'observe chez

des personnes au-delà de quarante ans et chez lesquelles les facteurs de risque sont présents : obésité, répartition abdominale, manque d'activité physique et antécédents familiaux de diabète (Chabot et Blanc, 2002). Cette maladie est souvent asymptomatique et se découvre de manière fortuite lors d'un rendez-vous de routine, d'un examen ou pour une complication liée à la pathologie déjà installée. C'est pour cette raison qu'une dizaine d'années s'écoule entre le début réel de la maladie et son diagnostic » Sante pratique, (2011). Il n'est pas possible de guérir le diabète de type 2, mais il peut être traité de manière efficace suivant un régime.

2.1.2.1.1.3- Diabète gestationnel

Le diabète gestationnel est lié à la grossesse et doit être soigneusement contrôlé afin de garantir la sécurité de la mère et de l'enfant.

2.1.2.2- Pied diabétique

Le pied diabétique est un terme collectif, désignant plusieurs maladies différentes les unes des autres en fonction de leur étiologie et de leurs processus pathologiques. Toutes ces maladies ont en commun que les plaies de pied chez un patient atteint de diabète, entraînant des complications pouvant conduire à des conséquences comme l'amputation de l'extrémité entière dans le cas d'un traitement tardif ou inefficace. Selon Got, et al (2006), cette complication « désigne le pied d'un patient diabétique fragilisé par des complications chroniques du diabète, neurologiques ou artérielles, et en conséquence plus exposé à développer des troubles trophiques ». Le pied diabétique regroupe l'ensemble des manifestations pathologiques atteignant le pied des personnes souffrant de diabète. Celui-ci constitue un problème commun pour elles et est d'autant plus fréquent en cas de diabète de type 2, en raison de sa découverte tardive.

Bien que Pryce ait décrit, dès 1887, « un cas d'ulcère perforant dans les symptômes diabétiques et atactiques », des plaies des pieds parmi les diabétiques, ayant souvent mené à l'amputation considérée, dans la moitié du 20ème siècle, comme étant une complication inévitable du diabète sucré, ont été répertoriés comme une maladie métabolique chronique désignée sous le terme « gangrène diabétique ». En 1934, Joslin, l'un des pionniers du pied diabétique, publia un article intitulé « la menace de la gangrène diabétique ». Il avait constaté qu'avant 1914, 2% des diabétiques mourraient de la gangrène diabétique, et que le pourcentage avait augmenté de plus de 125% en 1926, quelques années seulement la découverte de l'insuline. Bien que cet article ait également décrit la circulation limitée de la gangrène diabétique comme étant la principale cause des complications diabétiques de pied,

Joslin décrivait en détail les causes habituelles des plaies du pied diabétique, il insistait vivement sur le fait que les patients soient informés avec précision sur la manière de prendre soin de leurs pieds et que l'hygiène des pieds leur tienne à cœur. Eliot (1934) écrivait, « il semble évident que la *gangrène ne soit pas envoyée par Dieu mais qu'ils 'agissaient bien d'un problème humain* ».

Ce n'est que dans les années cinquante que la neuropathie diabétique fut reconnue et acceptée comme elle l'est aujourd'hui, comme condition de base dans le début des complications du pied chez les diabétiques, c'est alors également que fut décrit pour la première fois le bon pronostic des interventions locales dans les troubles neuropathiques. Le besoin de soins spécialisés pour le diabétique souffrant de problèmes de pied devint de plus en plus évident dans les années qui suivirent et il a été reconnu que de nombreuses méthodes de traitement pourraient être dérivées du traitement d'une autre affection. Des programmes spéciaux d'amélioration du pronostic dans les complications diabétiques de pied ont été mis en œuvre pour la première fois aux Etats-Unis dans les années soixante-dix. Ceci a réduit le taux d'amputation chez les patients diabétiques de 50%. D'après la Fédération Internationale du Diabète (2017), le pied diabétique et les complications au niveau des membres inférieurs, touchent 40 à 60 millions de personnes vivant avec le diabète dans le monde, les ulcères chroniques et les amputations compromettent considérablement la qualité de vie et accroissent le risque de décès prématuré. Tekogno et *al.*, (2010), soulignent que, l'ulcère du pied est une cause importante d'admission des patients diabétiques dans notre environnement. Bien qu'associé à un taux de mortalité plus bas, au moins un patient sur dix subit une amputation de membre en cours d'hospitalisation.

Thackonte et *al.*, (2005) le pied diabétique est une complication fréquente et grave, par sa mortalité, sa morbidité et le handicap qu'il occasionne. Son cout est le plus élevé des complications dégénératives du diabète du type 2, la lutte contre ce fardeau repose d'une part sur la prévention, d'autre part sur une prise en charge multidisciplinaire. En Afrique, les complications liées aux lésions des pieds chez les diabétiques représentent un problème majeur de santé publique. De nombreuses études menées estiment que dans 25 à 50% des cas, elles conduisent à l'amputation et elles engagent souvent le pronostic vital. IWGDF (1999). Ce groupe déclare également que : « *Toutes les trente secondes dans le monde, quelqu'un perd un membre inférieur à cause du diabète* ».

Kamgang et *al.*, (2016), le diabète sucré est une affection de plus en plus répandue dans les pays d'Afrique intertropicale. Ses complications en général, et les infections du pied en particulier constituent un réel problème de santé publique.

Au Cameroun en particulier, l'éducation des diabétiques et du personnel soignant est la priorité. La prévalence rapportée de la neuropathie périphérique diabétique va de 16% à près de 87% avec une neuropathie diabétique douloureuse signalée chez environ 26% des adultes vivants avec diabète, l'amputation des membres inférieurs chez les personnes vivant avec le diabète est de 10 à 20 fois plus courante que chez ces personnes ne vivant pas avec le diabète. Les ulcères du pied et les amputations sont plus courantes dans les pays à faible revenu intermédiaire que dans les pays à revenu élevé. La prévalence des amputations du pied diabétique varie au fil des années et elle est supérieure chez les personnes vivantes avec le diabète de type 2 par rapport aux personnes vivants avec le diabète de type 1 FID (2019).

2.1.3- Etat général de la question

La question de moyens de traitement du malade dans un processus de soins de santé est une problématique centrale dans la prise en charge des maladies métaboliques, qui a connu un développement important ces dernières années. Après le modèle basé sur une approche biomédicale, les modèles basés sur une approche sociale de la maladie, prise dans son contexte d'émergence. L'adoption de cette nouvelle approche soulève la question de l'affirmation du patient, en tant qu'acteur de sa pathologie, dans une perspective d'autonomisation progressive de ce dernier. Elle souligne donc, la nécessité de prendre en considération les perceptions du patient, basées sur les croyances et les représentations de la maladie, qui façonnent sa conception, ses rapports, ou son vécu. De ce fait, l'une des particularités des modèles de santé basés sur le patient est de mettre en avant la dimension culturelle des soins de santé. Cela suppose la reconnaissance et l'acceptation des spécificités propres à chaque maladie, notamment de l'environnement socioculturel dans lequel s'exprime sa maladie, et dont l'influence sur les comportements de santé, fait désormais l'objet d'un grand intérêt Tripody et Levy,(2015).L'intérêt accordé aux logiques individuelles et/ou collectives qui influencent des malades à la maladie, semble confirmer le fait que la maladie n'est plus un phénomène accessible uniquement par les voies de la médecine, mais qu'elle est également un objet social, culturel et pour cela, chaque patient est libre de choisir le moyen de traitement par lequel il veut retrouver la guérison. Pour ce faire, ils ont recours soit à la guérison spirituelle, soit à la médecine traditionnelle, c'est notamment le cas en ce qui concerne l'étude des comportements de santé, qui semble être déterminés par ces facteurs

Morin et *al.*, (2001). Les systèmes de représentations des maladies apparaissent ainsi comme étant indispensables pour appréhender les déterminants socioculturels des comportements de santé.

Dans ce contexte, étudier la culture et la prise en charge, implique systématiquement de considérer les facteurs culturels qui façonnent l'expérience de la maladie, mais également le vécu du traitement et les relations du patient avec le personnel de santé, et avec leur entourage.

2.1.4- Lésions des pieds chez le patient diabétique

Mohaman et *al.*, (2008), soulignent à cet effet que, les lésions des pieds sont fréquentes chez les personnes diabétiques et la lutte contre ce fléau passe par l'éducation des patients et du personnel soignant et par une prise en charge multidisciplinaire concertée.

Le pied diabétique synthétise à lui seul plusieurs de ces complications, c'est ainsi que, parmi les complications du diabète figurent en bonne place les lésions du pied graves et couteuses. Au Cameroun, Monteillet (2005), analyse les comportements thérapeutiques dans une perspective plurielle : la médecine familiale ainsi que les guérisseurs locaux. Edginton et *al.*, (2002) affirme que : « l'adhésion du patient au traitement est un phénomène complexe qui repose sur certain nombre de facteurs qui incluent leur contexte social et culturel ». S'inscrivant dans le même sillage, Banerjee et *al.*, (2002) pensent qu'une maladie déterminée peut avoir différentes origines ainsi, elle devra être traitée en fonction de son étiologie et non pas de symptômes objectifs et subjectifs, compte tenu du fait que le pied diabétique n'est pas une maladie mais la complication chronique lié au diabète, l'auteur Rubel (1992) pense que : « la peur de l'ostracisme ou de la stigmatisation peut empêcher le résultat qu'il pourrait préférer se rendre chez un guérisseur plus discret ou au pire de refuser de se soigner ».

2.3.1.1- Qualité de vie des patients diabétiques

Le mode de vie est la façon dont les individus perçoivent leur position dans la vie, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lesquels ils vivent en relation avec leurs buts, leurs attentes, leurs normes, et leurs préoccupations. Il s'agit d'un concept large qui incorpore de façon complexe la santé physique d'une personne, son état psychologique, son degré d'indépendance, ses relations sociales, ses convictions personnelles et sa relation avec des éléments importants de l'environnement, Nutbeam, (1998). Pour notre étude, nous la concevons comme la réponse comportementale dont fait preuve le patient diabétique souffrant

de la plaie du pied diabétique, et cela, au regard du soutien et des mécanismes qui sont mobilisés par l'individu et sa communauté. Bien comprendre sa maladie fait partie du traitement et de sa prise en charge, le diabétique du fait des complications chroniques a une peau fragile et qui a perdu beaucoup de sensibilité. De plus, il est susceptible aux effractions et aux blessures, et la moindre petite plaie peut avoir des conséquences gravissimes si les mesures adéquates ne sont pas prises rapidement.

2.3.1.2- Alimentation des patients diabétiques

Les règles d'hygiène alimentaire, prescrites dans la prise en charge des personnes diabétiques sont en effet souvent vécues comme contraignantes, difficiles à mettre en œuvre et difficiles à maintenir dans la durée. De plus, les mesures hygiénico-diététiques sont perçues comme trop restrictives et les contraintes liées aux particularités alimentaires, culturelles, sont assez prégnantes Trimeche *et al.*, (2009), Bouzid *et al.*, (2015).

L'approche médicale, centrée sur l'équilibre de la glycémie et sur la prévention des complications du diabète, rejoint dans son optique, l'éducation nutritionnelle conventionnelle dont l'objectif est la modification des comportements alimentaires. Elle est basée sur l'hypothèse selon laquelle, l'ignorance et le manque de connaissance diététique sont à incriminer dans les mauvaises conduites alimentaires et que l'acquisition d'un savoir et d'un savoir-faire est à même d'aboutir à une amélioration de la situation nutritionnelle, Calandre, (2002). En effet, l'information sur les risques encourus à la suite du non-respect du régime alimentaire n'est pas suffisante pour changer les pratiques des diabétiques. Il nous semble que cette attitude qualifiée d'irrationalité par le corps médical doit nous inciter à rechercher les dimensions sociales qui imprègnent profondément la vie quotidienne. Or bien souvent, les médecins prennent peu en considération la dynamique socio-alimentaire. Le faible impact des campagnes de prévention et de sensibilisation à une nourriture diététique montre que l'alimentation intègre d'autres préoccupations d'ordre socioculturel, Calandre, (2002). L'alimentation est une production sociale et un système de comportements et de représentation de vie sociale, Garabua, (2002). Raison pour laquelle Poulain, (2002) affirme que : « *les hommes ne mangent pas des nutriments mais des aliments cuisinés, combinés entre eux au sein de préparations culinaires...* ». Il s'agit pour nous de questionner les logiques sociales déployées par les patients diabétiques à l'égard de l'alimentation, car comme le proclamait Magaret dès 1945 : « *avant de chercher à savoir comment changer les habitudes alimentaires, il faut tout d'abord comprendre ce que manger veut dire* ». Dans le même ordre d'idée l'auteur François, (1985) affirme que : « *l'autre c'est d'abord celui qui ne mange pas*

comme soi ». Ce qui signifie que, l'alimentation apparaît comme le socle à partir duquel se développe aussi bien les identités individuelles que collectives. L'alimentation en tant que fait social constitue un ensemble de représentations, savoirs et pratiques qui s'affirment dans ses différences par rapport à d'autres systèmes alimentaires Surremain et *al.*, (2006).

2.3.1.3- Activité physique

L'OMS (2019), définit l'activité physique comme tout mouvement corporel produit par les muscles squelettiques qui requiert une dépense d'énergie. L'activité physique fait partie intégrante de la prise en charge au même titre que l'alimentation ainsi que le traitement médicamenteux. Lorsqu'une personne souffre de diabète, elle est appelée à pratiquer des exercices physiques qui représentent à la fois une source de bien-être et un allié précieux dans le contrôle de sa maladie. L'activité physique rend l'organisme du diabétique plus sensible à l'insuline, cette hormone qui abaisse naturellement le taux de sucre dans le sang. Chez les diabétiques de types 2, l'insuline devient de moins à moins efficace, raison pour laquelle l'activité physique permet de rétablir en partie la sensibilité de l'organisme à l'insuline.

2.3.1.4- Notion de culture et pied diabétique

L'être humain étant un scientifique de nature, cherche à comprendre et à expliquer son univers et ce, dans le but de donner un sens aux phénomènes auxquelles il est exposé pour mieux anticiper ce qui survient dans sa vie Kelly, (1963), c'est dans ce sens que l'OMS, (1985), affirme que « être malade ou être en bonne santé n'est pas seulement un état biologique mais c'est aussi une réalité psychologique et sociale ». En ce sens, aborder la notion de culture dans la prise en soin du pied diabétique revient à s'interroger sur les dimensions culturelles de cette pathologie ainsi que des soins. En d'autre terme cela revient à s'interroger sur le lien maladie-santé-culture. La maladie étant de ce fait un phénomène culturel, social, les conduites de santé (malades) traduisent une dimension culturelle, en plus de se vouloir être une réponse aux stimuli sociaux que représente la maladie. Les tentatives d'explications et de compréhension de la maladie ont conduits à penser la prise en charge comme étant un ensemble d'interactions entre le patient et ses soignants. Plusieurs auteurs à l'instar de Gaborit et *al.*, (2011) ; Helary et Bikoi, (2015), ont étudiées ces interactions ainsi que les rôles de chacune des parties dans l'évolution de l'état de santé du patient. Ainsi, il semble que dans la partie clinique des soins, le recours aux notions de croyances et de représentations constitue un élément fondamental de la relation thérapeutique.

Cependant, il est important de souligner que, malgré l'intérêt que cela représente en termes de potentialisation des conduites de santé, l'efficacité de la prise en charge de l'ulcère du pied diabétique ne saurait se réduire à un culturalisme thérapeutique dans lequel les malades seraient réduits à l'expression de leurs croyances et de leurs représentations culturelles. Selon Carbonnelle (2005), « le culturalisme a eu tendance à faire de la culture en particulier des représentations qui en sont l'émanation et la traduction, l'interprétation en dernière instance des conduites humaines, oblitérant en cela l'effet décisif des structures de soins elles même ». Dans le même ordre d'idée, il affirme que : « l'illusion du culturalisme fut de penser qu'il suffisait d'identifier de la santé et de la maladie dans telle ou telle culture pour les transformer par le biais de messages éducatifs adéquats afin que les comportements des individus changent à leur tour : deviennent plus rationnel du point de vue de la biomédecine occidentale ». Autrement dit, bien que les conduites liées à la pratique des soins de santé soient largement tributaires des représentations et des croyances des malades, les processus qui sous-tendent les changements de comportement vont bien au-delà. En ce sens, Cuvelier (2011), affirme que la dimension culturelle de la relation thérapeutique reste difficile à définir car « loin d'être une entité stable et figée présente dans un groupe d'individus ». Ainsi, l'auteur souligne qu'il est important de considérer la culture comme un processus en évolution influencé par les croyances et les origines mais surtout par le parcours de vie du patient. Le recours aux soins, le choix de l'itinéraire thérapeutique dépend très souvent de la perception que l'on a d'une maladie. Selon Grawitz (1983), la perception est la fonction par laquelle l'esprit se forme une représentation des objets extérieurs. Lemaitre (1993), conçoit cette réalité dans le domaine de la santé comme « l'idée plus ou moins arrêtée et plus ou moins précise que s'en fait le malade et qui en met en jeu tous les éléments qui peuvent concourir à former une opinion ». Un individu peut appréhender sa maladie comme naturelle ou surnaturelle, ainsi, la perception de la maladie est une notion importante non seulement dans la conception que se font les individus d'une maladie, mais aussi dans la compréhension du choix de l'itinéraire thérapeutique.

A la lumière des définitions du mot culture, il apparaît que le système de référence du groupe d'appartenance, d'une part ainsi que les références issues de l'expérience individuelle d'autre part, sont ce qui détermine les comportements d'un individu face à une situation donnée. De ce fait, les comportements de santé d'un individu sont largement tributaires des savoirs populaires et culturels, malgré l'existence de chaque société d'un savoir et d'un système de soins fondé sur la tradition officielle dans le cadre d'une prise en charge médicale,

des ponts culturels sont de ce fait nécessaires pour faire le lien entre le savoir médical et les savoirs populaires, pour une amélioration des services de santé apportés aux patients.

2.2- Conception biomédicale et populaire du pied diabétique

Il est question pour nous ici de présenter les différentes classifications et description du pied diabétique dans le domaine biomédicale et anthropologique, selon Vega (2001), chaque patient est premièrement un individu particulier, ayant sa propre histoire, ses valeurs, ses besoins, ses ressources et limites. Ceci implique qu'une prise en charge doit être personnalisée et tenir compte du biopsychosocial

2.2.1- Conception biomédicale

Il existe, d'emblée, un déséquilibre entre le soignant détenteur du pouvoir biomédical, et le soigné amoindri par sa maladie. L'appartenance du patient à une culture différente de celle de son soignant est de nature à apporter une distorsion supplémentaire à leur relation, voire à majorer le déséquilibre de la puissance des deux parties. Selon le point de vue biomédical, la clé de la réussite pour prévenir et traiter le pied diabétique repose sur une équipe bien organisée, utilisant une approche holistique où cette blessure est considérée comme l'un des signes d'une maladie métabolique chronique, et faisant appel aux diverses disciplines impliquées. L'approche biomédicale est considérée comme étant une garante excellente des soins prodigués sur les patients diabétiques. Une organisation efficace nécessite des méthodes et des recommandations pour l'éducation, la réduction des risques, le traitement et l'audit. Les conditions locales de ressources et de personnel déterminent les modalités selon lesquelles les soins sont dispensés. Des caractéristiques liées aux patients peuvent influencer sur la pratique du médecin, ainsi pour ceux qui souffrent de plusieurs pathologies que celles associées au diabète, Les médecins estiment que le suivi ne peut être standardisé et que les décisions thérapeutiques doivent être prises en fonction de chaque situation, les médecins généralistes sont 40% à penser que l'évolution de la maladie dépend de la qualité de prise en charge médicale et de la qualité de vie du patient déjà souffrant de diabète, soit un pourcentage presque équivalent à la mise en cause du comportement des patients. Selon le point de vue biomédical, c'est en amont qu'il faut penser le diabète cependant, de son origine biologique et de sa nature. C'est à travers l'interprétation de sens qu'un individu ou un groupe attribue à sa maladie, à ses origines, que la maladie se donne à la compréhension lors de sa prise en charge. Ainsi, cette approche considère que la maladie n'est plus à prendre en compte dans son identité biologique seule, comme une entité à part entière, mais plutôt dans son

expression sociale, comme un modèle explicatif de l'expérience vécue. Elle affirme de ce fait, la double nature de la maladie, à la fois biologique et objet social. Le but est de trouver un équilibre suffisamment juste entre le savoir médical et ce que pensent les professionnels, leur conception médicale et ce que pensent les groupes sociaux, les individus, leur conception de la maladie par rapport à l'expérience vécue. En effet, les individus interprètent et agissent face à la maladie en fonction du sens qu'ils lui attribuent, à l'expérience façonnée elle-même par les influences culturelles, les valeurs et la symbolique de la maladie au sein du groupe.

2.2.2- Conception populaire

Compte tenu du fait que les maladies chroniques semblent en partie causées par les comportements et les styles de vie auxquels adhèrent les individus tout au long de leur vie, on reconnaît de plus en plus l'importance de la prévention, et ce, en intervenant au niveau des facteurs influençant le comportement relatif à la santé (Brannon et Feist, (2004) ; Bruchon-Schweitzer, (2002) ; Ogden, (2008) ; Taylor et Sirois, (2009). A cet égard, les recherches démontrent que la population générale a tendance à adhérer à des conceptions de la santé et des maladies qui diffèrent sensiblement de celles prescrites par le modèle biomédical (Cohen et *al.*, (1994) ; Laffrey, (1986), Levesque, Li, (2014). Cependant, les patients opposent une résistance aux recommandations médicales et ce malgré la prise de conscience des risques liés à cette non-conformité. Cette résistance au suivi des recommandations médicales constatées chez les patients diabétiques, pose le problème de l'adhésion thérapeutique. En ce qui a trait spécifiquement aux phénomènes de santé et des maladies, il en découle que lorsqu'un individu fait face à un ensemble de symptômes, affectant sa santé ou celle de son entourage, il sera motivé à élaborer sa propre théorie populaire visant à mieux comprendre cette maladie surtout avec une complication chronique comme l'ulcère du pied, à l'exprimer et à anticiper ses retombées Leventhal, et Steele, (1984) ; leventhal et Cameron, (2001) ; Ogden, (2008). Le processus de construction mentale menant au développement des croyances ou représentations de la santé et des maladies, qui constituent le fondement des théories populaires en matière de santé, est en grande partie une influence par les expériences personnelles des individus, la santé et les maladies représentent des phénomènes subjectifs dont l'expérience varie d'un individu à un autre, il en résulte que chacun en vient à percevoir, à définir et à comprendre la santé et les maladies d'une façon qui lui est particulière. C'est dans cette optique que Faizang, (2001), nous rappelle avec insistance que l'un des paris de l'anthropologie médicale est de soumettre aussi la biomédecine à ses outils d'analyse, c'est-à-

dire considérer le système biomédical comme n'importe quelle autre pratique populaire, comme n'importe quel objet exotique.

2.3- Cadre théorique

Le cadre théorique d'une recherche renvoie habituellement aux théories que le chercheur choisit dans le but d'apporter une explication pertinente à la réalité étudiée. Selon Mbonji (2005) :

Le cadre théorique est un construit et non un prêt à penser. Permettant au chercheur d'intégrer son problème dans les préoccupations d'une science pour signifier une internalisation habitant à analyser les éléments du problème posé et à faire avancer la connaissance dans le champ concerné.

C'est pourquoi pour expliquer la prise en charge des patients diabétiques atteints de l'ulcère du pied, nous allons convoquer deux théories :

Théorie culturelle interprétative de Geertz Clifford (1973) ;

Individualisme méthodologique de Raymond Boudon (1979).

2.3.1- Théorie interprétative de Geertz Clifford

Geertz (1973), considère que la culture est la « *grande idée* » de l'anthropologie, le concept à partir duquel cette discipline a pris son essor et qui en spécifie les limites. Il en retient la définition de Weber, selon laquelle la culture constitue cette « *toile d'araignée* » de réseaux de signification que l'homme à lui-même tissé et dans lesquels il est pris Geertz (1998). Le but de cette théorie est de rendre compte de la culture des individus étudiés afin d'accéder au monde conceptuel dans lequel ils vivent. L'explication interprétative porte donc son attention « *sur ce que les institutions, les actions, les images, les déclarations, les évènements, les usages et tous les objets habituels d'intérêt socio scientifiques, veulent dire pour ceux dont ils sont les institutions, les actions et les usages, etc...* » Geertz (1999). Il s'agit donc de rendre compte de l'interprétation des individus. Il appartient au chercheur d'expliquer comment une personne est logique envers elle-même.

2.3.1.1 – L'individualisme méthodologique

Le principe de l'individualisme méthodologique sous-tend que, pour expliquer un phénomène social quelconque, (quel que soit la science sociale de laquelle il dérive), il est impératif de déterminer les motivations des individus concernés par le phénomène social en question et appréhender ce phénomène comme le résultat de l'agrégation des comportements individuels dictés par ces motivations. Ce principe doit donc être tenu par un principe

fondamental, non de la seule économie mais de toutes les sciences sociales, entre autres, l'histoire, la démographie, la sociologie aussi bien que la science politique. C'est précisément dans le sillage de ce principe que nous nous sommes intéressée, au chapitre V aux déterminants socioculturels des soignés, et par la suite à celui des soignants. Selon le principe de ce modèle d'analyse soutenu par Boudon, la socialité est un ensemble macrosociologique d'effets collectifs (ou encore vie collective) qui résulte ou qui émerge de l'agrégation d'actions individuelles d'acteurs intentionnels. De ce fait, l'acteur social devrait cesser de réduire aux seules structures sociales enveloppantes qui manipuleraient l'individu. Au sens large l'individualisme méthodologique se caractérise par trois postulats :

- Seuls les individus ont des buts et des intérêts ;
- Le système social, et ses changements résultent de l'action des individus ;
- Tous les phénomènes socio-économiques sont explicables ultimement dans les termes de théories qui se réfèrent seulement aux individus, à leur dispositions, croyances, ressources et relations.

Ainsi, pour l'individualisme méthodologique, c'est l'individu qui est à l'origine de l'action et du comportement. Il repose sur l'idée que chacun dispose d'une capacité d'action indépendante du groupe, dont il fait usage de façon rationnelle en mobilisant les informations à sa disposition et en tentant d'obtenir les meilleurs résultats possibles. Boudon à travers sa théorie sociologique, récuse l'holisme (1979), le sociologisme (1993), et dénonce le déterminisme. L'individualisme méthodologique se positionne, d'une certaine manière, en critique de cette approche. En ce qui concerne l'holisme, c'est le point de vue selon lequel les structures seraient non seulement premières par rapport aux individus mais également conserve cette primauté dans l'aspect explicatif. Par ailleurs, nous pouvons entendre par holisme le paradigme sociologique dont le principe fondamental est le sujet social ; lequel sujet ayant un comportement ne pouvant s'expliquer que de façon globale et par rapport à la société totale.

2.3.2- Opérationnalisation du cadre théorique

L'opérationnalisation peut être définie comme le processus de transformations de concepts abstraits en observations mesurables. Il s'agit de définir comment une théorie peut être mesurée, observée ou manipulée. La prise en charge des maladies chroniques est souvent décriée pour sa complexité. Les tentatives d'explication des comportements de santé par les patients diabétiques souffrants de la plaie du pied ont donné lieu à l'émergence d'une

multitude de perceptions visant à rendre compte de la nécessité d'adopter un certain nombre de comportements. La maladie en plus d'être un désordre biologique est envisagée comme un désordre individuel et social c'est le signe d'un malaise entre l'individu et la société, lequel se traduit en termes de sorcellerie et de possession. Comme le rappelle Augé, l'attaque du sorcier signifie en quelque sorte un rappel à l'ordre. La théorie interprétative de Geertz Clifford (1973). Il postule que, la culture est au centre de la discussion, il considère que la culture est une sorte d'acte avec laquelle les individus s'expriment en utilisant divers signes et symboles qui ont une signification culturelle préétablie, la culture est en ce sens concrète et publique, et non quelque chose qui existe dans l'esprit individuel des individus. C'est à travers l'interprétation qu'un individu attribue à sa maladie, que la maladie se donne à la compréhension lors de sa prise en charge. Au cours de notre recherche, nous avons rencontré des patients diabétiques qui étaient capables de définir, de donner leur point de vue par rapport à cette complication, d'aucun nous faisait comprendre que c'était une blessure normale, qu'elle était comme tous les autres blessures. Aussi le fait d'avoir des connaissances concernant le diabète leur permettait de considérer cette plaie comme étant une conséquence de leur négligence surtout en ce qui concerne le régime alimentaire, chez certains patients encore le simple fait de savoir que le diabète est une maladie héréditaire leur permettait de considérer cette plaie comme étant juste une complication liée au diabète car selon eux les blessures des personnes diabétiques prennent beaucoup de temps avant de se cicatrifier. Par ailleurs, nous avons eu à faire à des proches qui ont considérés cette blessure comme étant une plaie mystique parce qu'ils ne comprenaient pas les causes et la provenance de cette plaie et même le fait de savoir que c'était parce que leur patient souffrait de diabète n'était satisfaisant. Le patient est porteur d'un système de valeurs qui l'identifie et le distingue des autres membres de sa communauté et dont les comportements peuvent être modifiés au contact d'un autre type de savoir, de certitude, de représentation. En effet, chaque patient interprète et agit face à la maladie en fonction du sens qu'il attribue.

L'individualisme méthodologique est une méthode qui vise à expliquer les phénomènes sociaux en deux étapes organiquement liées : la première qui consiste à montrer les phénomènes sociaux comme étant la résultante d'une combinaison d'actions individuelles. La deuxième qui consiste à saisir le sens de ces actions individuelles et plus précisément retrouver les bonnes raisons pour lesquelles ses individus ont décidé de les effectuer. Elle soutient qu'un phénomène social n'est suffisamment expliqué que si l'on remonte aux actions des individus qui y sont impliqués, dans ce cas, nous avons rencontrés des patients qui nous

ont fait comprendre qu'ils étaient la cause de leur maladie, car certains parmi ces derniers nous ont affirmé qu'ils ont causé cette maladie dans leurs corps qu'ils soient souffrants de la blessure du pied diabétique ou pas.

2.4- Cadre conceptuel

La compréhension d'un phénomène social implique avant tout la définition de ce dernier. Il faut rappeler que cette définition doit se faire en tenant compte du contexte dans lequel on se trouve tel que recommande « l'emic approach ». Ceci étant, les concepts à fixer sont les suivants : culture, prise en charge, pied diabétique et anthropologie médicale.

2.4.1. Culture

Partons alors d'une définition anthropologique « de base », inspirée de celle de l'auteur Edward Burnet Taylor, l'un des fondateurs de l'anthropologie anglo-saxonne, lequel a proposé l'une des premières définitions de la culture dans les années 1870 : « *ensemble de patterns (dépensée, de comportements, de sentiments, de croyances, de mode de production et de reproduction etc...), socialement apprises globalement partagés, à un moment donné par un groupe de personnes formant un peuple ou une société.* » La culture désigne la combinaison d'idées, de coutumes et de comportements que partage un peuple ou une société donnée. Ces combinaisons déterminent l'appartenance des membres à un groupe et les distinguent des autres groupes et cela est le cas pour les patients diabétiques du centre national d'obésité de l'hôpital central de Yaoundé.

L'étymologie du mot « culture », de latin cultura (« habiter », « cultiver », ou « honorer ») suggère que la culture réfère en général à l'activité humaine. Ce mot prend des significations notablement différentes voire contradictoire, selon ses utilisations, la définition courante de la culture fait référence à la somme des connaissances que détient un individu ou le patrimoine des œuvres intellectuelles et artistiques que possède une société. Nous avons retenu plusieurs définitions du mot « culture » dénotant de sa complexité. Le Larousse maxi poche 2014 la définit comme « *l'ensemble des coutumes, des manifestations intellectuelles, artistiques, religieuses, qui caractérisent un groupe de personnes* ». Elle est aussi définie comme un enrichissement de l'esprit de l'étude comme étant « *l'ensemble de connaissances acquises* ».

Pour L'UNESCO (1982), « *dans son sens plus large, la culture peut être considérée comme l'ensemble des traits distinctifs, matériels, spirituels, intellectuels et affectifs qui caractérisent une société ou un groupe social donné. Elle englobe, outre les arts et les lettres,*

les modes de vie, les droits fondamentaux de l'être humain, les systèmes de valeurs, les traditions, les croyances et les sciences ». Différentes définitions du mot « culture » reflètent les théories diverses pour comprendre ou évaluer l'activité humaine. En 1952, les anthropologues Kroeber et Kluckhohn ont rédigées une liste de plus de 150 définitions différentes du mot culture dans leur livre « culture : a critical review of concepts and definitions ». La « culture » selon le sociologue québécois Rocher (1969), « *un ensemble lié de manières de penser, de sentir et d'agir plus ou moins formalisées qui, étant apprise partagées par une pluralité de personnes, servent, d'une manière objective et symbolique, à consulter ces personnes en une collectivité particulière et distincte* ».

Pour Abouna (2015), la culture se définit comme les solutions élaborées par les communautés pour résoudre leurs problèmes, arrivés avec une position contraire.

Selon ces définitions, la culture peut être un lien commun entre plusieurs individus, groupes, sociétés ou tout simplement ce qui les distingue mais dans le cadre de notre travail notre environnement culturel est l'hôpital central de Yaoundé.

2.4.2. Prise en charge

Selon le dictionnaire français, la prise en charge c'est le fait d'assumer une responsabilité, celle-ci peut concerner une personne, un objet ou une situation. Cette expression s'emploie aussi plus spécifiquement dans le domaine de la médecine et désigne le fait de prodiguer des soins à un patient.

2.4.3. Pied diabétique

Ce terme regroupe en effet l'ensemble des affections, en lien direct avec les répercussions du diabète, atteignant le pied des patients porteurs de cette maladie métabolique. Le pied diabétique est une ulcération, caractérisée chez un diabétique sévère par l'association complexe et à des degrés divers de troubles circulatoires périphériques, d'une neuropathie notamment la perte de la sensibilité normale, d'une atteinte du système nerveux autonome. Il se caractérise chez un diabétique par une ulcération, ou une destruction du tissu du pied, infecté ou non, due à la neuropathie périphérique. La neuropathie périphérique peut se définir comme étant la perte de sensibilité des pieds due à une atteinte des nerfs (webographie, 27/07/2021).

Le pied diabétique est également, l'ensemble des pathologies lésionnelles aiguës et encore plus chronique mettant en mal la population parce qu'il est une affection grave qui entraîne des amputations qui conduisent le plus souvent à un taux de mortalité élevé Bertrand (2017).

2.4.4. Anthropologie médicale ou Anthropologie de la santé

L'anthropologie médicale trouve ses origines dans les travaux des premiers ethnographes tel Rivers (1864-1922), qui compilaient de l'information sur les systèmes médicaux à travers leur travail. L'étude de la santé et de la médecine selon une perspective anthropologique était chose courante pendant le XXe siècle, mais la discipline de l'anthropologie médicale n'a pas été étiquetée avant les années 1960. Au cours du siècle dernier, l'anthropologie médicale s'est concentrée sur différents sujets, dont l'ethnomédecine, les programmes de santé publique et internationaux, l'épidémiologie écologique, biologique et socioculturelle, les systèmes symboliques et hermétiques, les systèmes cliniques et les soins aux patients, l'économie politique de la santé, la compétence culturelle ainsi que la sensibilisation aux autres cultures (l'encyclopédie).

L'anthropologie médicale est l'étude des interactions entre la culture et la santé. C'est également, la branche de l'anthropologie sociale qui est née de l'étude des croyances, et des rituels relatifs à la santé et de la description de la variation biologique chez l'homme. Son intérêt porte sur comment le bagage culturel d'une personne influence son expérience avec la santé, la maladie et les systèmes médicaux (2014). L'Anthropologie médicale est un sous champ de l'anthropologie socioculturelle qui s'intéresse à la pluralité des systèmes médicaux ainsi qu'à l'étude des facteurs économiques, politiques et socioculturelles ayant un impact sur la santé des individus et des populations Lloyd et *al.*, (2020).

Selon ses définitions, la culture peut être un lien commun entre plusieurs individus, groupes, sociétés, ou tout simplement ce qui les distingue. Le caractère expérientiel de l'acquisition culturelle est ce qui caractérise le mieux l'expression des comportements. En effet, la culture résulte d'un processus dans lequel s'influencent mutuellement les individus porteurs de représentations, de croyances et donc de valeurs différentes.

Parvenus au terme de ce chapitre dans lequel nous nous sommes exercés à interpréter nos éléments descriptifs, il en résulte que le pied diabétique n'est pas une maladie comme nous pouvons le constater mais, qu'il est une complication chronique liée au diabète. C'est également un phénomène social qui impacte simultanément sur le plan politique, social, culturel, ainsi que sur le plan sanitaire pour ne citer que ceux-là. Elle nous révèle également que des mesures telles que les croyances, les soutiens communautaires sont utilisés pour aider certaines maladies chroniques, ces formes de mesures apparaissent comme une automédication, car cela ne fait pas partie du dispositif institutionnel de prise en charge.

CHAPITRE III :

REPRESENTATION CULTURELLE DU PIED DIABETIQUE

Ce chapitre sur les représentations culturelles de la plaie du pied diabétique chez les patients du centre national d'obésité de l'hôpital central de Yaoundé, notre travail sera consacré à la représentation du pied diabétique par le personnel soignant, les patients, les proches des patients ainsi que les thérapeutes traditionnels.

3.1-Diabete, généralités

Le diabète est une maladie chronique qui se traduit par un excès de sucre dans le sang, c'est ainsi qu'un spécialiste rencontré au sein de l'hôpital central de Yaoundé nous fait comprendre que :

Le diabète une maladie grave à cause des nombreuses complications que l'hyperglycémie persistante entraîne après plusieurs années d'évolution. Ces complications sévères et invalidantes sont responsables, entre autres, d'amputation, de cécité, de problèmes cardio-vasculaires, d'accidents vasculaires cérébraux et de décès prématurés. Les complications peuvent être évitées, ou au moins retardées, par une bonne prise en charge de la maladie. (Médecin interniste, endocrinologue, HCY, 07/ 01/ 2022)

Selon les propos de ce médecin, nous pouvons comprendre que le diabète est une maladie grave, et les personnes souffrantes de diabète doivent se faire suivre afin d'éviter les complications liées au diabète car elles peuvent créer des décès prématurés. Surtout lorsqu'il s'agit de diabète de type 2 qui peut être longtemps asymptomatique, et ne se manifeste que tardivement à l'occasion de l'une de ses possibles complications, expliquant le fréquent retard de diagnostic de la maladie. Ils existent deux grands types de diabète, le diabète de type 1 encore appelé diabète de l'insulinodépendant ou diabète juvénile, apparaît le plus souvent de manière brutale chez l'enfant ou chez le jeune adulte. Dans la prise en charge du diabète chez les enfants, le traitement de l'insuline est primordiale mais cela n'est malheureusement pas pris en considération par le MINSANTE (2011) c'est pourquoi, Sap et *al.*, (2015), nous fait comprendre que certaines maladies non transmissibles de l'enfant telles que le diabète, sont peu pris en compte dans le système de santé. De ce fait, un enfant atteint à une courte espérance de vie en absence de prise en charge appropriée. Le diabète de type 2 ou diabète de l'âge mur, survient classiquement chez l'adulte de plus de 40ans présentant de l'obésité, les patients qui souffrent de ce second type de diabète peuvent bénéficier d'une qualité de vie satisfaisante et se prémunir des complications les plus graves à l'instar de la plaie du pied diabétique en suivant un traitement multimodal strict (hygiène de vie alimentaire, médication, activité physique, etc...). Nous entendons ici par hyperglycémie le taux de sucre élevé dans le sang. Elle est encore appelée concentration sanguine élevée de sucre, c'est un effet fréquent du diabète non contrôlé qui conduit avec le temps à des atteintes graves de nombreux

systèmes organiques et plus particulièrement des nerfs et des vaisseaux sanguins OMS (2014).

3.1.1- Diabète de type 1

Le diabète de type 1 est une maladie auto-immune, qui apparaît généralement de manière brusque et inévitable, le facteur de risque de ce type de diabète est l'hérédité. Ses causes sont nombreuses et mal définies. D'après nos informations de terrain, le plus souvent, ses symptômes sont les suivants : une augmentation inhabituelle de la soif et de la faim, le besoin fréquent d'uriner, une fatigue anormale, une peau sèche ainsi que des infections fréquentes. Il en résulte une réaction auto-immune qui va conduire à la destruction des cellules du pancréas, qui sont les cellules responsables de la sécrétion de l'insuline. A cet effet l'une de nos participantes nous déclare :

Je ne sais pas de quel diabète je souffre, la seule chose que je sais est que, je suis arrivé dans cet hôpital dans un très mauvais état la fatigue intense, les vertiges, et ce n'est pas la première fois que j'ai ce genre malaise à cause de cette maladie et après cela je me retrouve toujours en train de me faire injecter de l'insuline. (Sylvia, patiente, HCY, 15/11/2021).

D'après la déclaration de cette patiente, elle ne sait pas de quel type de diabète elle souffre, mais à chaque fois qu'elle a un malaise elle se retrouve toujours en train de se faire injecter d'une dose considérable d'insuline afin de pouvoir se sentir mieux. Dans le même ordre d'idée, une autre patiente nous affirme que :

Depuis que je souffre du diabète je ne me suis jamais rendu dans un hôpital, c'est mon neveu, ici présent qui m'a convaincu de me faire consulter, je venais juste rendre visite à mon neveu qui est interné ici et qui souffre également de diabète, mais avant ça j'avais des malaises et lorsque j'ai fait l'examen de glycémie aucun chiffre ne s'affichait sur la bandelette, et après cela l'infirmière me fait comprendre qu'il me faut de l'insuline, que je suis en manque c'est pourquoi je dois me faire injecter, et pour se faire il faut 3 bouteilles d'eau de super mont et lorsqu'elle me fait les injections, je dois boire beaucoup d'eau et après ce jour je dois revenir dans deux jours pour continuer avec les injections pour que le traitement soit complet. (Nadège, patiente, HCY, 15/11/2021)

Selon les affirmations de cette dernière, nous comprenons que c'était sa première fois qu'elle se fait consulter depuis qu'elle souffre de diabète, parce qu'elle ne savait même pas la gravité de sa maladie, et c'est à cause de multiples malaises qu'elle s'est retrouvé à l'hôpital parce que son taux de glycémie avait totalement chuté c'est-à-dire que le taux de glycémie était inférieur à la normale, et qu'elle avait tellement de vertiges, c'est pourquoi elle à faire

des injections pour régulariser son taux d'insuline dans l'organisme. Et pour cela il lui faut boire beaucoup d'eau afin de pouvoir évacuer à chaque injection. Cependant nous pouvons faire le constat que, les personnes diabétiques ne savent pas toujours de type de diabète donc elles souffrent et pourtant il est primordial de connaître son statut afin de mieux s'adapter au type de traitement donné par le médecin et d'éviter de se retrouver au stade des complications.

3.1.2- Diabète de type 2

Selon les données issues de nos recherches, le diabète de type 2 en revanche, apparaît chez l'adulte de plus de quarante ans, de manière lente et insidieuse. Bien souvent, il est diagnostiqué de manière fortuite lors d'une prise de sang de routine ou à l'apparition d'une complication, ceci alors qu'il se développe déjà depuis plusieurs années, c'est une maladie qui évolue en silence. Nous explique l'un des médecins de l'hôpital central de Yaoundé. L'un de nos participants nous affirme que :

Je reconnais avoir créé cette maladie dans mon organisme, à cause de mes excès, j'avais beaucoup d'argent et je faisais tout et n'importe quoi, car le médecin m'a fait comprendre que je souffre du diabète de type 2 et ayant connaissance de ses complications je me débrouille à avoir une bonne hygiène de vie. (Olivier, patiente, HCY, 04/01/2022).

Ce patient nous fait comprendre d'après ses propos, qu'il est l'unique responsable de sa maladie à cause du non-respect de son alimentation, et il nous a également fait savoir qu'il consommait beaucoup d'alcool, mais à cause de cette maladie ainsi que ses complications il fait des efforts afin d'avoir une bonne hygiène de vie et de respecter les consignes données par le médecin. De nombreux traitements médicamenteux sont disponibles afin de réguler au mieux la glycémie dans le but d'éviter ou de ralentir au moins l'apparition des complications. C'est pour cette raison que l'un des médecins nous explique que :

Chez les patients souffrant de diabète de type 1, l'injection de l'insuline plusieurs fois par jour est le seul traitement possible car il est indispensable à la survie du patient, par contre chez les patients de diabète de type 2, le traitement de première intention est la mise en place des mesures hygiéno-diététiques alliant une alimentation variée et équilibrée à une activité physique régulière adapté au profil du patient. Et lorsque ses mesures-là ne permettent pas de réguler la glycémie du patient, un traitement médicamenteux est mis en place. (Médecin interniste, HCY, 07/01/2022)

Selon les propos de ce médecin, le traitement insulinothérapie est le meilleur traitement qui existe pour les patients qui souffrent du diabète de type 1, or pour les patients qui souffrent du diabète de type 2, la présence d'un diététicien est importante, car le patient doit avoir une bonne alimentation et lorsque cette méthode-là ne permet pas au patient de se

sentir mieux, un traitement médicamenteux sera important afin de réguler la glycémie du patient qui en souffrant. Le diabète de type 2 est aujourd'hui une maladie pandémique, dont la propagation s'est accélérée au cours des dernières décennies. Elle est directement liée à l'augmentation de certains facteurs de risque dans la population générale, comme le surpoids, l'obésité, l'alimentation déséquilibrée, et la sédentarité, c'est une maladie multifactorielle, combinant des facteurs génétiques environnementaux, dont la traduction biologique sera l'hyperglycémie chronique. Cet excès de sucre aura à long terme des effets graves sur l'ensemble des vaisseaux et nerfs entraînant de multiples complications.

Le diabète pose un réel problème de santé publique, d'une part, par l'ampleur que prend l'épidémie. Mais également à cause des dépenses de santé qu'il entraîne pour la bonne prise en charge des patients, notamment en traitements médicamenteux, consultations de spécialistes, examens de laboratoires ainsi que de l'hospitalisation. Une meilleure éducation thérapeutique et une meilleure connaissance de leur maladie, permettraient aux patients d'améliorer leur qualité de vie, de prévenir la survenue des complications et d'éviter des erreurs dans la prise des médicaments. Ainsi nous observerons une diminution du nombre d'hospitalisation et une baisse du cout de prise en charge.

3.2- Représentation culturelle du pied diabétique

Les représentations sont des construis propres à chaque individu, chaque groupe ou société. Selon de nombreuses études, elles conduisent notre façon de nous adapter au monde, aux situations que nous rencontrons et aux personnes que nous côtoyons. En effet, comme le dit Yoro Blé, (2002), la représentation est une production intellectuelle et pragmatique à la fois. En ce sens, aborder la question liée aux représentations de la maladie revient à s'interroger sur les dimensions culturelles de la maladie, des soins et de la santé. En d'autres termes, cela revient à s'interroger sur le lien maladie-santé-culture, en plus de se vouloir être une réponse aux stimuli sociaux. Les deux types de représentations maintenues dans notre travail est la représentation étique qui est celle des professionnels de santé et la représentation éémique qui est celle des patients, des proches des patients, ainsi que des thérapeutes traditionnels.

La prise en charge des maladies chroniques est souvent décrite par sa complexité, les tentatives d'explications des comportements de santé ont donné lieu à l'émergence d'une multitude d'approches visant à rendre compte de la nécessité d'adopter les comportements adéquats. Avant la colonisation, la médecine traditionnelle était le seul recours thérapeutique que pouvait s'offrir les Africains en général et les Camerounais en particulier, mais

aujourd'hui, la réalité est toute autre chose. La biomédecine a considérablement gagné du terrain, c'est dans ce sens que l'une de nos participantes de l'HCY nous déclare que :

Le véritable remède des diabétiques c'est l'hôpital et tout le reste se sont des histoires, lorsque tu vas vers les naturopathes et bien d'autres ils te donnent des produits, ils te convainquent de leur faire confiance et te rassure que ton état va s'améliorer, et à la fin tu n'obtiens aucun résultat satisfaisant, je le répète encore le seul remède efficace des diabétiques c'est l'hôpital. Rose, Patiente HCY, 04/11/2021)

D'après les propos de cette patiente, l'idéale pour les personnes diabétiques c'est d'avoir recours à la médecine moderne, car selon elle c'est l'unique solution afin d'éviter de se retrouver dans des cas critiques. Comme nous allons voir, les sociétés Africaines et occidentales présentent des conceptions différentes de la maladie et de la santé. En Afrique, la différence dans la démarche thérapeutique réside d'abord dans la définition de la maladie dont souffre un individu qui se distingue de la conception moderne. Dans la conception biomédicale, la maladie se définit comme étant toute altération organique et fonctionnelle considéré dans son évolution, comme une entité définissable, souvent due à un facteur externe, comme les virus, les microbes ainsi que les parasites. Pour la soigné, il suffit de trouver des médicaments qui permettront d'agir. Selon Leriche (2013), « *la maladie c'est ce qui gêne les hommes dans l'exercice normal de leur vie, et surtout ce qui les fait souffrir* ». L'OMS (1946), va plus loin en définissant la santé comme, « un état complet de bien-être physique et social ». Cependant, cette définition de la maladie ne saurait s'appliquer à l'esprit Africain en général et au camerounais en particulier. Les conceptions de la maladie et de la santé sont très différentes et variées, les fondements de ses différences résident dans la vision dualiste de l'être humain. Cette dualité, s'applique également dans la biomédecine, qui sépare le corps et l'esprit considérant la maladie uniquement comme étant une conséquence biologique. La biomédecine est en fait le résultat d'une addition d'éléments humains isolés.

3.2.1- Représentation du pied diabétique par le personnel soignant

Le taux de diabétiques dépistés au Cameroun est de plus en plus croissant, la prise en charge de ses derniers est de plus en plus coûteuse. Le diabète est une maladie qui survient lorsque l'organisme ne parvient pas à utiliser son principal carburant qui est le glucose, Lancet et *al.*, (2010). Normalement le processus de la digestion permet au glucose de rejoindre la circulation sanguine et le taux de sucre augmente ce qui stimule le pancréas, cet organe libère alors une hormone qui est l'insuline, qui permet au glucose de pénétrer dans les cellules de l'organisme. Et une partie du sucre est immédiatement utilisée comme combustible

par les tissus, le reste est stocké dans le foie. Selon Aguillar et *al.*, (2005), L'action de l'insuline permet donc de rétablir un taux normal de sucre dans le sang. Lorsqu'il existe une défaillance dans la production de l'insuline, on parle de diabète de type 1 qui est considéré comme un défaut d'assimilation du sucre par les cellules correspondant à un diabète de type 2 qui est fréquent chez les patients ayant une alimentation trop riche en sucre et une surcharge pondérale. La plaie du diabétique est l'une des complications chroniques du diabète, et la gestion de cette complication affecte la sphère personnelle, relationnelle, professionnelle et sociale pour les patients surtout pour ceux qui ont subi une amputation, et cela entraîne également une diminution de la qualité de vie de ses patients et conduit dans la plupart des temps à des conséquences indésirables, IWGD (2005). C'est ainsi qu'un médecin rencontré à l'hôpital central nous fait comprendre que le pied diabétique :

L'aboutissement d'un ensemble de complications évolutives du diabète, s'associant à des degrés divers au cours de phénomènes pathologiques, dont la conséquence sera un risque accru de présenter une ou plusieurs plaies au niveau des pieds, dont le retentissement peut être sévère. (Médecin, endocrinologue, HCY, 07/01/2022).

Ce médecin d'après sa déclaration nous explique que, le diabète est une maladie qui représente plusieurs types de complications et la complication la plus grave parmi ses différentes complications est la plaie du pied diabétique et qui peut s'avérer très grave à un certain moment.

3.2.1.1- Représentation biomédicale

Le diabète est une maladie métabolique responsable de graves problèmes de santé, il s'agit d'une affection chronique qui se traduit par un taux de sucre élevé dans le sang. Il résulte de la combinaison de facteurs génétiques et environnementaux, ainsi que de facteurs liés au mode de vie. En général, chaque personne porte un bagage héréditaire qui la prédispose à souffrir de diabète ou au contraire la protège, Brutsaert (2020). Les chercheurs connaissent aujourd'hui plusieurs gènes qui rendent un individu à risque de développer un diabète de type 2. Chez les personnes génétiquement prédisposées à la maladie, c'est généralement le surpoids et particulièrement l'accumulation de gras dans l'organe de l'abdomen qui entraînent une résistance à l'insuline, le premier pas vers le diabète de type 2, initialement, pour compenser la résistance à l'insuline, le pancréas se met à produire d'avantage l'insuline. Cependant, avec le temps, le pancréas s'épuise et la sécrétion d'insuline diminue, et il y'a donc un manque relatif d'insuline et la glycémie reste alors élevée de façon

continue. A ce sujet, un patient rencontré à l'hôpital central de Yaoundé au service de diabétologie explique : « *Le diabète est une maladie qui tue, et je supporte tant bien que mal ma situation, ce n'est pas facile de se faire injecté tout le temps mais il n'est pas question de choix, je suis juste obligé pour pouvoir me sentir mieux* » (Raymond, patient, HCY, 07/01/2022).

D'après les propos de ce patient, le diabète est une maladie qu'il ne faut pas prendre à la légère, car il conduit au décès lorsque le patient ne suis pas son traitement et ne met pas en pratique les conseille du médecin, nous comprenons cependant qu'il suit son traitement à la lettre afin de pouvoir éviter des malaises ainsi que des complications car, selon ce dernier ce n'est pas une question de choix mais il est dans l'obligation de le faire. Un autre patient nous affirme également que :

Le diabète c'est l'excès de sucre dans le sang, cette maladie me fatigue savoir que tu vas passer toute ta vie à prendre des médicaments ce n'est pas facile, parfois tu évites de manger tout ce qu'on t'a interdit, mais il y'a des jours où tu n'arrives pas à supporter et tu te retrouves en train de manger ce qui ne faut pas, (Gisèle, patiente, HCY, 01/11/2021).

D'après le point de vue de cette patiente, vivre avec le diabète est très difficile pour elle, et le fait d'être sur traitement à vie est tellement fatiguant pour elle car, elle aimerait se sentir comme toute les autres mais cela n'est pas possible à cause de sa maladie. Cette patiente nous fait également comprendre que, éviter les interdits n'est pas du tout évident parce qu'elle se retrouve toujours interné à cause du fait qu'elle n'a pas respecté les consignes du médecin. Le diabète de type 2 est donc le résultat de deux phénomènes : d'abord la résistance à l'insuline, et ensuite l'épuisement du pancréas. Lorsque le diabète est diagnostiqué, il doit être rapidement pris en charge, en effet peu de personne diagnostiqués diabétiques maîtrisent la gravité de cette maladie or, le fardeau de la maladie s'alourdir au fur et à mesure que le diabète évolue. De plus, le diabète est l'une des principales causes de décès par maladie. En effet, la majorité des personnes souffrantes développent des maladies opportunistes et des complications, et ces complications augmentent de façon proportionnelle à la durée de la maladie. Ces affections et ces complications graves influences souvent sur la qualité de vie des malades et peuvent même s'avérer très fatales.

Les lésions du pied du pied diabétique font parties des complications majeures, c'est-à-dire qu'elle est la complication des complications survenant dans l'évolution du diabète, et leur gravité est marqué par le risque d'amputation. C'est pour cette raison qu'un médecin a déclaré que.

Le pied diabétique n'est pas une infection c'est une affection ou une ulcération qui touche la majorité de personnes atteintes du diabète de type 2, il survient dans les cas où le patient ne prend pas la peine de suivre les conseils qu'on leur donne et surtout lorsque le régime alimentaire du patient n'est pas respecté c'est une gangrène et cela ne saurait être traité par la médecine traditionnelle, car lorsque nous parlons de gangrène du pied diabétique c'est la destruction des tissus du pied du diabétique qui est due à un arrêt ou à un ralentissement de la circulation sanguine. (Médecin interniste Endocrinologue, HCY, 11/01/2022).

D'après l'explication de ce médecin, le pied diabétique est une complication chronique lié au diabète, et il causé par le diabète de type 2 qui est le fait pour les patients de consommer des aliments qui ne sont pas appropriés, il nous fait également comprendre que, lorsque cette plaie est négligé et mal traité, la gangrène l'envahit très rapidement et lorsqu'un malade est déjà à cet étape avec sa plaie, le sang ne circule plus normalement dans son pied, et dans la plupart des cas, le pied commence à se dégradé et la seule solution pour ces cas pour pouvoir aider le patient est l'amputation. Il faut cependant noter que c'est le sucre élevé dans le sang qui endommage les nerfs du pied et durcit également les parois des artères menant à l'approvisionnement en sang masqué. Les plaies du pied diabétique peuvent envahir des tissus plus profonds, mener à la gangrène ou affecter les os et envahir le flot de sang. Les principaux responsables des symptômes du pied diabétique sont :

3.2.1.1.1- Perte de la sensibilité du pied

Dans ce cas, nous pouvons noter d'après les données de terrain que, si certaines habitudes de vie du patient peuvent être modifiées, la lésion du pied diabétique nécessite l'intervention d'un professionnel de santé. C'est dans ce sens que l'une de nos patientes nous affirme que :

Je faisais des travaux champêtres lorsque tout a commencé, je ne sais pas comment j'ai fait pour me blesser, car lorsque je suis rentré j'ai pris la peine de nettoyer la plaie et faire les soins mais à ma grande surprise, il n'avait aucun changement, un matin alors je me rends à l'hôpital parce que je commençais déjà à ne plus ressentir mon pied et sa m'inquiétait beaucoup, (Christian, patiente HCY, 10/11/2021).

Selon la déclaration de cette dernière, au début sa blessure n'était pas si grave, mais c'est avec le temps qu'elle remarque la gravité de sa plaie et choisie à cet effet de se rendre à l'hôpital parce qu'elle perdait déjà la sensibilité de son pied. La photo ci-dessus est la pied d'une patiente de l'hôpital central de Yaoundé qui a perdu sa sensibilité, et cette dernière s'est rendu un peu plus tard à l'hôpital et dans ce genre de cas l'unique solution est d'amputer le pied parce qu'il ne fonctionne plus.

Photo 1 : Pied d'un patient lorsqu'il a perdu sa sensibilité



Source : HCY, 16/11/2021

L'image ci-après nous montre le pied d'un patient qui a perdu sa sensibilité, ce patient nous a fait comprendre que c'est lors des travaux des champs qu'il s'est fait cette blessure, au départ la blessure n'était pas si grave mais après quelque temps cette partie à changer de couleur et il ne ressentait plus son pied normalement, et c'est à ce moment qu'il décide de se rendre à l'hôpital parce qu'au départ il nous a fait comprendre que lui-même faisait les soins sur sa plaie. Le plateau ci-dessus est le récipient dans lequel on pose le pied du patient à l'intérieur à l'hôpital pendant l'examen ou pendant les soins. Mais après l'examen du médecin il est plus utile pour les soins des plaies des patients, raison pour laquelle il est important à chaque patient de l'avoir.

3.2.1.1.1- Apport sanguin réduit

Les informations de terrain démontrent que les manifestations du pied diabétique sont différentes d'un patient à l'autre et varie en fonction de chaque patient et la gravité de son diabète, et nous pouvons aussi avoir comme symptôme les altérations de la couleur des pieds dues à des problèmes circulatoires. Raison pour laquelle une infirmière rencontrée à l'hôpital central de Yaoundé nous explique également que : « *Le pied d'un patient commence à avoir la couleur noir tout simplement parce que le sang ne circule pas normalement au niveau de ses pieds, l'infection s'est déjà développer et la gangrène à évoluer très vite* » (Infirmière, HCY, 10/11/2021).

Comme l'a rapporté cette infirmière, la couleur noire que nous avons observé sur les pieds des patients diabétiques durant notre collecte, est tout simplement le fait qu'il y'a une mauvaise circulation sanguine au niveau des pieds du patient. Ce qui nous amène à comprendre que, lorsque le pied d'un patient diabétique est exposé aux infections, il est possible que la gangrène se développe rapidement et envahir le pied de la personne souffrante de diabète. Nous comprenons donc que la plaie du pied diabétique n'est pas une complication qu'il faut négliger, parce que lorsque le pied du patient est déjà infecté, il est possible que la gangrène se développe rapidement si le patient se rend tard à l'Hôpital, et lorsque le pied du patient est déjà touché par la gangrène, il dégage des odeurs désagréables ainsi que des sécrétions purulentes.

Sur l'image ci-dessous, nous pouvons voir l'orteil d'une patiente qui a été touché par la gangrène, et dans ce genre de cas cet orteil, doit être immédiatement amputé afin que la gangrène n'envahisse pas complètement le pied du pied. Au cours de notre recherche, nous avons rencontrés quelques patients qui ont été amputé pour cause gangrène et ces derniers nous ont fait savoir qu'elle ne prend pas assez de temps pour se développer, car elle débute toujours par des petits cors entre les orteils ou des petites ampoules suivies des sécrétions purulentes.

Photo 2 : Orteil d'un patient atteint de gangrène



Source : HCY, 19/11/2021

Les propos provenant de cette infirmière nous amènent à comprendre que, le pied diabétique est une complication très grave qu'il ne faut pas négliger, parce que lorsque le pied du patient est déjà touché par la gangrène, le patient ne ressent plus son pied, et le pied du

patient commence à dégager des odeurs et l'unique solution pour combattre cette gangrène est l'amputation.

3.2.2- Représentation des facteurs de risque du pied diabétique

Selon nos données de terrain, la médecine moderne basée sur les preuves a permis d'approcher la maladie de manière plus rationnelle et scientifique. La recherche clinique a identifié des comportements et des facteurs de risque pouvant favoriser des maladies souvent silencieuses, initialement comme le diabète. Malgré l'impact de ces éléments sur la santé, nous pouvons dire que la perception du risque au niveau individuel reste faible, Bodenma et al., (2010). De plus, le personnel soignant a très souvent une perception différente qui rend difficile la communication du risque au patient. C'est ainsi que l'un des spécialistes nous fait comprendre que : Le diabète de type 2 est un problème majeur pour des personnes qui en souffrent, son évolution est silencieuse et insidieuse jusqu'à l'apparition des complications lourdes de conséquences en terme de morbidité et de mortalité et ses complications au niveau des pieds des patients souffrant de diabète sont les plus fréquente et redoutés. A ce même sujet l'un des infirmiers rencontré au sein de l'hôpital central de Yaoundé nous affirme que :

La plaie du pied du patient diabétique est une condition sérieuse qui peut s'aggraver et atteindre le stade de la gangrène et lorsque cela commence la majorité des patients diabétique ne le sait pas et ultimement l'amputation, c'est pourquoi il importe à chaque patient diabétique de connaître ses symptômes, (Aide-soignante, HCY, 10/11/2021).

D'après l'affirmation de cet infirmier, nous pouvons comprendre ici que le pied diabétique est une complication sérieuse à ne pas prendre à la légère, car la majorité des patients ne savent pas comment les symptômes de cette complication déclenche, c'est pour cette raison que la majorité des patients se retrouvent au stade de l'amputation. Selon ce dernier, le patient diabétique doit être attentif à ses pieds et se faire consulter tout le temps. Ces symptômes qui signalent la possible présence d'un problème de pied chez un patient diabétique ne devraient pas être pris à la légère, dans le cas où elle est ignorée, cette pathologie peut entraîner des complications douloureuses et même irréversible, Une patiente déclare à ce propos :

j'ai remarqué qu'il y'a un bouton sur mon orteil mais pour moi c'était normal, mais après quelques jours je constate qu'il Ya des sécrétions purulentes qui sortent entre mes orteils je prends le coton et je mets dessus au bout de quelques jours encore, mon pied a commencé à dégager, et sa pourrissait déjà , je ne le ressentais plus et lorsque je suis arrivé le médecin m'a directement interné et m'a fait comprendre que je dois être amputé parce que mon état était déjà grave et il m'a

également fait comprendre que c'est gangrène qui s'est développer c'est pourquoi mon pied avait tout noircit, mais je n'avais pas accepté au départ mais après deux jours mon pied ne ressemblait plus à rien tellement sa dégageait que moi-même je n'arrivais plus à respirer dans cette chambre c'était comme si c'était tout mon corps qui dégageait et maintenant à cause de l'ignorance je suis devenu infirme, (Marie, patiente, HCY, 10/11/2021).

D'après la déclaration de cette patiente, nous pouvons comprendre qu'elle a constaté qu'il avait des petits boutons et du pu entrer ses orteils, et elle a négligé tout en sachant que sa devait passer d'après ses propos, elle ne dérangeait pas car c'était un phénomène passager, mais avec le temps, son pied a commencé a dégagé une odeur et c'est à partir de ce moment qu'elle a pensé se rendre dans un hôpital parce qu'elle ne savait pas de quoi il s'agissait et la raison pour laquelle son pied dégageait et pourrissait. Selon cette dernière, la gangrène s'est développer quelque temps après son arrivé à l'hôpital et le pied atteint ne fonctionnait plus et il avait déjà noircit complètement. Nous comprenons donc que le diabète est une maladie dont la gravité affecte sérieusement la personne diabétique. La perception du risque est définie comme le processus intérieur qu'un patient élabore lors de l'exposition à un danger ou à un facteur qui menace sa santé. Cette perception peut aussi se définir par la probabilité de survenue d'un évènement. L'origine du risque est l'un des facteurs qi influencent la perception du malade et pour cela le risque sera interprété comme important s'il est involontaire, peu familier, voire pas incontrôlable, et dont les conséquences potentielles sont peu ou pas perçues.

3.2.2.1- Différents facteurs déclenchant du pied diabétique

D'après les données collectées sur le terrain, le diabète est une maladie métabolique et chronique, qui, affecte le taux de glucose dans le sang. Il peut déclencher une cascade de complications, fréquemment des ulcères aux pieds pour lesquels le principal facteur de risque est la neuropathie (perte de la sensibilité des pieds chez les patients diabétiques). Cependant, les changements morphologiques et structurels du pied, combine à l'insuffisance vasculaire et aux infections sont d'autres facteurs prédisposant à la blessure du pied diabétique. L'importance du facteur déclenchant traduit la force de l'association avec une maladie il est exprimé par le risque observé chez les sujets exposés par rapport au sujet non exposés. Ceci implique, que le facteur de risque précède la maladie et sa correction réduit l'incidence de la maladie. Ces facteurs peuvent troubler l'équilibre glycémique et peut être également à l'origine des complications de la plaie du patient, touchant notamment les artères et les

vaisseaux sanguins, et pouvant ainsi être à l'origine des pathologies comme l'hypertension artérielle ou les maladies cardiovasculaire.

Cependant, il est possible de contrôler efficacement ces facteurs de risque en modifiant ses habitudes de vie et/ou par des traitements médicamenteux adaptés, c'est pourquoi l'auteur Geest et White (1988), cerne la dialectique qui sous-tend le rapport aux médicaments et qui s'organise autour de l'opposition entre la popularité et scepticisme. Les lésions du pied diabétique sont très souvent déclenchées par des traumatismes mineurs, les facteurs déclenchant les plus fréquemment en cause sont :

3.2.2.1.1- Chaussures inadaptées

Les chaussures étroites, neuves ou trop usées, la présence des corps étrangers dans les chaussures sont les principaux facteurs qui blessent le pied des personnes diabétiques. Les chaussettes synthétiques avec d'épaisses coutures au niveau des orteils peuvent également blessées le pied. C'est ainsi qu'un de nos participants nous affirme que :

Je suis diabétique sa fait maintenant sept ans aujourd'hui et je fais toujours attention mais cette fois moi-même je n'ai pas été attentif à mes pieds lorsque j'ai commencé a ressenti des douleurs au niveau de mes pieds et avant que je n'arrive à l'hôpital il y'avait déjà des blessures à ce niveau-là, et c'est après les examens que le médecin m'a fait comprendre que c'était mes chaussures la cause de mon problème. (Julien, patient HCY, 16/11/2021)

D'après les propos de ce patient, nous pouvons comprendre que, lorsqu'une personne est diabétique, elle doit faire attention sur tout ce qui concerne son corps, car plusieurs facteurs peuvent déclencher une plaie du pied diabétique, c'est pourquoi il est recommandé aux diabétiques de mettre des chaussures légères, c'est pourquoi pendant les consultations le médecin demande toujours au pied de se déchaussé afin qu'il puisse vérifier ses pieds.

Photo 3 : Pied d'un patient causé par des chaussures inadaptées



Source, HCY, 16/11/2021

La photo ci-dessus nous présente, la blessure pied de notre participant rencontré à l'hôpital central de Yaoundé qui a été causé par des chaussures qui ne sont pas adapté à son pied, nous pouvons en effet constaté que c'est pendant les soins, c'est pourquoi nous pouvons voir, l'aide-soignante qui est entrain de lui faire des soins, ses deux ciseaux qu'elle a dans les main lui permettent d'extraire les peaux mortes qui sont autours de la blessure du patient, après ce geste, elle doit frotter la blessure avec de la compresse ainsi que de l'eau oxygénée afin de laver la plaie du patient et à la fin elle doit appliquer de l'huile de palmiste blanc pour que la plaie de ce dernier reste hydraté.

3.2.2.1.1.1- Gestes inadaptés

Selon les informations de terrain, les soins des pieds mal faits le patient lui-même ou par une pédicure peuvent être responsable des blessures. Lors de l'usage d'un instrument tranchant, c'est la vue qui doit guider le geste et non la perception de la douleur, lorsque la douleur apparait, la plaie est déjà provoquée. C'est le cas d'une patiente que nous avons rencontrés au sein de l'hôpital central qui nous déclare que :

Tout à commencer au bureau, déjà, je n'étais même pas au courant que je souffre du diabète, j'étais en train de travailler, à un moment je ressens des démangeaisons au niveau du pied et j'ai donc commencé à me gratter le pied, la démangeaison était tellement intense et j'ai pris le petit couteau de table et j'ai continué avec, en le faisant je me suis blessé mais elle n'était pas grave c'est pour cette raison que je ne l'ai pas pris au sérieux. C'est après quelques temps que cette blessure s'est transformée en autre chose raison pour laquelle je me retrouve ici aujourd'hui, (Priscillia, patiente HCY, 26/11/2021).

La déclaration de cette patiente nous amène encore à comprendre que, la personne diabétique doit prendre soin d'elle, mais elle nous a fait comprendre qu'elle ne savait pas qu'elle souffre de diabète, raison pour laquelle elle a négligé cette petite blessure croyant que cette blessure doit se cicatrifier mais malheureusement cela n'a pas été le cas à cause de son état de santé. Les patients diabétiques souffrants de l'ulcère du pied diabétique doivent couramment se rendre à l'hôpital pour un contrôle car lors de nos recherches nous avons fait la remarque que la vérification des pieds est importante pour tous les personnes diabétiques

C'est ainsi que Tekogno et *al.*, affirme que : « *l'ulcère du pied diabétique est une cause importante d'admission des patients diabétiques dans notre environnement. Bien qu'associé à un taux de mortalité plus bas* ». D'après la déclaration de ces auteurs nous pouvons comprendre que, le fait pour les personnes diabétiques de ne pas faire attention à leur hygiène de vie ou de ne pas faire attention à leur pied finira toujours par les conduire dans un hôpital.

Photo 4 : Pied d'une patiente causé par la coupure d'un couteau



Source, HCY, 26/11/2021

L'image ci-dessus nous montre le pied de cette patiente qui, par un geste inadapté s'est retrouvé à cette étape. D'après les explications d'un spécialiste de l'hôpital central de Yaoundé, lorsque le pied d'un patient prend la couleur noire cela signifie que le sang ne circule plus normalement à cet endroit-là et parfois même le pied à déjà complètement perdu sa sensibilité et pour ce faire l'unique solution est l'amputation afin d'éviter la mort prématurée du patient.

3.2.2.1.1.1.1- Hygiène ou comportement inadapté

D'après nos recherches, nous pouvons dire que les bains des pieds prolongés, dans le but de ramollir les callosités peuvent causer des plaies sur les pieds des patients diabétiques, l'utilisation des bouillottes peuvent également causer des plaies par action directe sur un pied dont la sensibilité est diminuée. La marche pieds nus ainsi que le traumatisme par chute d'objet sur le pied peuvent également être impliqués dans les facteurs déclenchant. L'un de nos patients rencontré au CNO nous explique à cet effet que :

La cause de ma blessure est un caillou, je suis sortie pour aller à un deuil et le soir quand je rentrais j'ai cogné mon pied sur un caillou, je n'ai pas prêté attention à cela jusqu'à ce que je commence à ressentir des douleurs, mon épouse a donc commencé à faire des soins sur la plaie et aucun résultat, j'ai à cet effet fait appel à un infirmier et rien n'a changé la blessure ne faisait que s'aggraver et c'est ma fille qui est venue me chercher pour m'amener dans cet hôpital, (Towa, patient HCY, 26/11/2021).

Les propos de ce patient nous montrent à quel point les personnes souffrantes de diabète sont très sensibles, ce qui signifie qu'à la moindre égratignure le patient doit directement se rendre à l'hôpital car la négligence des petites blessures peut créer de nombreux dégâts et parfois même c'est à cause de la négligence que les patients se retrouvent amputés d'un membre. Pour un patient diabétique surtout ceux qui souffrent du diabète de type 2 rien ne doit se prendre à la légère car, ses derniers sont exposés à de nombreuses complications et à la moindre petite blessure le patient doit immédiatement se rendre à l'hôpital afin d'éviter le pire.

3.2.2.1.1.1.1.1- Age

Selon les informations recueillies sur le terrain, le diabète de type 2 survient essentiellement après 40 ans. C'est une pathologie de la personne âgée due notamment à l'altération des organes et du vieillissement cellulaire. En particulier le pancréas va fabriquer de moins en moins de l'insuline, la tranche de 40-59 ans est la plus touchée par le diabète et plus de trois quarts des diabétiques appartiennent à cette tranche d'âge. Mais la prévalence est plus élevée après l'âge de 60 ans et l'incidence est maximale entre 75 et 79 ans, et les plus touchés sont les hommes. Nous explique l'un des spécialistes de HCY. De ce point de vue, le diabète de type 2 est une maladie qui touche la majorité des personnes diabétiques déjà âgées et à cet effet, les plus touchés par cette pathologie se sont les hommes.

3.2.2.1.1.1.1- Infection

D'après le dictionnaire médicale, l'infection est définie par une invasion tissulaire avec multiplication des microorganismes entraînant des dégâts tissulaires avec ou sans réponse inflammatoire de l'organisme. Pour le cas du pied diabétique, cette infection est en règle secondaire à une plaie cutanée. Dans ce cas, l'infection du pied diabétique complique le plus souvent l'évolution d'un ulcère, elle est reconnue comme un facteur de mauvais diagnostic pour le pied et pour le patient. Sa prise en charge est très complexe, (Explication donnée par un médecin de HCY).

Photo 5 : Cheville d'un patient causé par de petit cor



Source : HCY, 16/11/2021

Il s'agit sur cette photographie du pied d'un patient diabétique, qui nous a fait comprendre que ses blessures ont commencées par des petits boutons, au départ il ressentait des légers picotements à ce niveau, et il nous a également fait comprendre qu'il n'arrive plus à mettre ses chaussures à un moment parce qu'il a commencé à ressentir des douleurs lorsqu'il se chaussait, c'est ainsi que son pied a commencé à se déshydraté à ce niveau.

Photo 6 : Bouteilles d'huile de palmiste



Source : MENDONG, 20/11/2021

Sur la photo ci-dessus présente, l'on observe des bouteilles d'huile de palmiste blanc, pendant notre collecte de donnée, nous avons remarqué que, chaque matin, lorsque nous faisons la ronde avec des aides-soignants afin d'observer comment se fait le nettoyage des blessures des patients diabétiques, nous avons constatés que, après les soins l'aide-soignante appliquait l'huile de palmiste à l'endroit où se trouvait la blessure. Et lorsque nous avons demandé pour quelle raison cet huile est appliqué sur cette partie, elle nous à expliquer que c'est pour éviter que la plaie s'infecte et aussi pour éviter que les bandes ne collent sur la blessure du patient. Lorsque nous faisons allusion au pied d'un patient diabétique d'hydraté il s'agit de la photo précédente.

3.2.2- Représentation du pied diabétique par le personnel ethno médical

Suivant la définition de L'OMS (2014),

La médecine traditionnelle est l'ensemble des connaissances, expérience, pratiques, croyances, savoirs utilisés pour prévenir, diagnostiquer et traiter tout déséquilibre organique physique, psychologique et social, ensemble transmis de génération à génération par les peuples africains.

Awah (2006), définit les médecines traditionnelles comme des pratiques et des approches qui s'appliquent séparément ou en combinaison desquelles on peut parler de médicament à bases des plantes, d'animaux et de minéraux, de thérapies spirituelles, des techniques manuelles, et d'exercices pour diagnostiquer, prévenir et traiter les maladies ou entretenir ou améliorer le bien-être. L'OMS (2010), la définit encore comme la somme des

connaissances et compétences et pratiques thérapeutiques qui reposent sur les théories, les croyances et les expériences propres à une culture et qui sont utilisés pour maintenir les êtres humains en bonne santé ainsi que pour prévenir, diagnostiquer, traiter et guérir les maladies.

Elle ne se contente pas de soigner mais prévient également contre les maladies futures. La médecine traditionnelle constitue un patrimoine précieux pour les sociétés africaines qui la transmettent de génération en génération. Médecine d'essence communautaire, elle est restée vivante comme recours irremplaçable pour les populations africaines. Le guérisseur a une influence considérable sur sa communauté et il est souvent mieux écouté que tout autre Spécialiste de santé. La médecine traditionnelle peut donc se définir synthétiquement comme : *« l'ensemble de toutes les connaissances, usages de substances, mesures et pratiques explicables ou non, basés sur les fondements socioculturels et religieux d'une collectivité donnée, ainsi que sur les expériences vécues et les observations transmis de génération en génération, oralement ou par écrit, et utilisés pour diagnostiquer, prévenir, ou éliminer un déséquilibre du bien-être physique, mental, social, spirituel »* Koumaré (2009). Selon L'OMS (2014), le thérapeute traditionnel est celui qui *« est reconnu par la collectivité dans laquelle il vit comme compétent pour dispenser des soins de santé grâce à l'emploi des substances végétales, animales ou minérales et d'autres méthodes basées aussi bien sur le fondement socioculturel et religieux que sur les connaissances, comportements et croyances liés au bien-être physique, mental et social, ainsi qu'à l'étiologie des maladies prévalant dans la communauté »* Rwangabo, (1993). Grâce à son expérience, le thérapeute traditionnel est bien équipé pour établir un diagnostic précis, procéder au traitement ou y renoncer s'il juge que la situation qui se présente devant lui est sans espoir, C'est pourquoi l'un des guérisseurs rencontrés à Simbock nous déclare que :

Je ne soigne pas le diabète ainsi que sa complication qui est la blessure du pied, j'ai déjà rencontré ces cas ici chez moi et je demande au malade de se rendre à l'hôpital je ne peux pas faire croire à un patient que je peux soigner sa maladie et pourtant ce n'ai pas le cas, lorsqu'un malade diabétique arrive chez moi je lui fais comprendre que le seul remède des diabétiques que j'ai à ma possession c'est pour baisser la tension ainsi que réguler le taux de glycémie, (Nahoubi, thérapeute traditionnel, 08/12/2021).

D'après la déclaration de ce thérapeute traditionnel, le diabète est une maladie qui ne se soigne pas, parce que le pancréas de la personne qui en souffre est déjà touché, il nous fait également comprendre qu'il ne sait pas donner de l'exploit à ses patients souffrant de diabète car cela dépasse ses compétences, selon ce dernier, si cette maladie ne se soigne pas dans les hôpitaux il ne peut également rien faire pareil aussi pour les patients souffrants de la plaie du

ped diabétique , et c'est pour cette raison que lorsqu'il se trouve dans l'incapacité il demande à ses patients de se rendre à l'hôpital. D'après ses déclarations, il nous faire comprendre qu'en ce qui concerne le diabète il n'a que des remèdes qui pourraient uniquement baissés le taux de glycémie ainsi que la tension des patients diabétiques et le reste va au-delà de ses capacités.

Ce modèle est utilisé surtout lorsque le thérapeute traditionnel se croit confronté à une maladie ordinaire, « naturelle » Corin *et al.*, (1980). Si le patient partage aussi cette vision, il sera satisfait mais, s'il est plutôt convaincu qu'il s'agit d'une maladie anormale, il veillera à voir si le thérapeute traditionnel se contente seulement de la procédure médicale et si c'est le cas il se dirigera vers un autre.

Raison pour laquelle ce même guérisseur nous affirme encore :

Le diabète est une maladie qui ne se soigne pas parce que le pancréas de la personne diabétique est déjà touché et je pense que ceux qui disent qu'ils soignent le diabète c'est faux un diabétique doit se faire suivre dans un hôpital parce que c'est une maladie compliquée et je ne peux pas me permettre de tromper un patient, (Nahoubi, thérapeute traditionnel, 08/12/2021).

Selon les affirmations de ce thérapeute traditionnel, nous comprenons que le diabète est une maladie grave, et très grave qu'il ne peut pas soigner, c'est pourquoi selon ce dernier, tous ses autres thérapeutes traditionnels qui prétendent dire qu'ils soignent cette maladie c'est un mensonge, il recommande à cet effet à tous les patients diabétiques d'aller se faire suivre à l'hôpital car, il ne peut pas se permettre de prendre de l'argent à un patient et pourtant il ne peut pas l'aider.

Le rôle du thérapeute traditionnel est dont la prise en charge des maux et extraction de la maladie du corps du patient afin de le guérir. Selon Larousse médical, les symptômes sont les moyens qu'utilisent le corps pour exprimer sa souffrance, le signe qu'il faut agir pour que le patient revienne un état sain. Il découvrir la cause sous-jacente de la maladie en même temps que ses symptômes pour qu'elle soit traitée.

Photo 7 : exposition des bouteilles contenant les remèdes pour la tension et la glycémie



Source : MENDONG, 10/12/2021

Depuis la préhistoire, les humains ont utilisé des produits naturels, tels que des plantes, des animaux, des micro-organismes et des organismes marins, dans des médicaments pour soulager et traiter des maladies. L'utilisation de produits naturels comme médicaments doit, bien entendu, avoir présenté un énorme défi aux premiers humains. Il est très probable que la perception de leur innocuité, leurs effets indésirables ou leur efficacité s'est fondée sur leur consommation, ce qui a permis aux anciens de développer des connaissances sur les matières comestibles et les médicaments naturels. La médecine traditionnelle est la forme la plus ancienne des soins de santé au monde et est utilisée dans la prévention et le traitement des maladies physiques et mentales, différentes sociétés ont historiquement développé diverses méthodes de guérison utiles pour lutter contre diverses maladies potentiellement mortelles et pour la santé. La médecine alternative est une médecine holistique en ceci qu'elle soigne l'être malade dans sa globalité Lantum (2001). C'est dire qu'elle ne se limite pas à circonscrire le mal ou la douleur mais qu'elle recherche ses origines dans la société ou vit le patient. En clair, elle prend le tout de l'être malade pour mettre en exergue les rapports entre ce tout et la maladie. Dès lors, le patient est perçu comme un organisme défaillant qui requiert une observation attentive.

Werner (2005), affirme à ce sujet :

La médecine naturelle revêt des aspects de scientificité qui établisse des corrélations entre les malades et son environnement. L'on ne peut dissocier maladie, malade et société. Même les maladies dites héréditaires le sont parce qu'on vit en société. D'où l'on ne doit pas toujours réduire la maladie à la douleur. Ce défi, la médecine traditionnelle l'a toujours révélé.

La médecine traditionnelle ne se contente pas de soigner, mais prévient également contre les maladies futures d'où la notion de blindage, de protection qui s'applique tant à l'individu, à la famille qu'à la communauté. Les rapports provenant d'un certain nombre de pays d'Afrique ont décrit le rôle important joué par les thérapeutes traditionnels dans le traitement du pied diabétique. L'imagerie populaire croit d'ailleurs qu'il provient du non-respect du régime alimentaire, le manque d'activité physique, le non le respect des consignes données par le médecin. Mais certains thérapeutes traditionnels nous font comprendre qu'ils soignent le diabète et la plaie des diabétiques, C'est ainsi que le thérapeute traditionnel Hervé rencontré à mendong nous déclare que :

Je soigne le diabète et les plaies inguérissables. Lorsque le patient vient d'être diagnostiqué, s'il a déjà fait un an ou deux ans de maladie je peux le soigner définitivement, jusqu'à ce qu'il guérisse mais lorsque le patient a déjà fait plus de deux ans de maladie je ne peux plus le soigner mais je peux stabiliser sa maladie, (Hervé, thérapeute traditionnel, 08/12/2021).

Ce thérapeute traditionnel que nous avons interrogé nous fait comprendre d'après ses propos qu'il soigne le diabète lorsqu'il n'a pas encore atteint le stade chronique ainsi que la plaie du pied diabétique. Lorsque la maladie a déjà fait plus de trois année il ne pourra plus le soigné mais stabiliser le diabète de la personne qui en souffre. Mais malheureusement, nous n'avons pas pu avoir les plantes à base desquelles il soigne le diabète ainsi que la plaie du pied diabétique, parce que ce dernier n'a pas voulu nous les remettre de peur que nous devons nous les appropriés selon ce qui nous a fait comprendre.

Par ailleurs, la médecine traditionnelle ne doit pas son efficacité aux seules herbes et peut être réduite au savoir d'herboriste et de pharmacien. Le succès des guérisseurs réside également dans la manière d'épouser la totalité de l'existence de leurs patients. Il ne peut soigner le corps sans soigner l'esprit.

Au cours de notre recherche, nous n'avons pas eu la possibilité de rencontrer plusieurs patients qui ont eu recours à des thérapeutes traditionnels, mais à partir des informations reçu, nous avons fait une descente sur le terrain afin que ses derniers puissent nous donnés leur perception concernant la plaie du pied diabétique, nous avons également eu la possibilité de rencontré certains patients qui ont eu recours à la médecine traditionnelle, mais ses derniers nous ont fait comprendre que cela était efficace uniquement pour la baisse de tension ainsi que de réguler la glycémie et pour ce qui est de la blessure du pied diabétique, le traitement n'a pas fonctionné.

Photo 8 : Savonnier

Source : BRIQUETERIE, 11/01/2022

Pour ce fait, nous avons rencontré l'un des guérisseurs à la brique qui nous déclare que :

Le diabète est une maladie très complexe, et c'est pourquoi il nous dit encore que, lorsqu'une personne diabétique arrive ici, une seule personne ne saurait lui donner le remède approprié à sa maladie, raison pour laquelle chacun d'entre nous donne ce qu'il possède pour pouvoir aider le patient, (Meck, thérapeute traditionnel, 11/01/2022).

Selon les déclarations de ce thérapeute traditionnel, le diabète est une maladie vraiment compliqué, ainsi que la blessure donc souffre les patients diabétiques. Et dans leur secteur il est impossible à une seule personne de donner le nécessaire qu'il faut à un patient pour pouvoir l'aider, et ses collègues font également afin de satisfaire le patient. D'après ses propos cela n'empêche pas qu'il aide ses patients avec des produits pour baisser la tension et la glycémie de ses derniers. L'image précédente est l'un des écorces utilisées par les personnes diabétiques, il nous a fait comprendre que le rôle de fruit est de baisé la tension chez les personnes diabétiques et il sert également à nettoyer la ceinture rénale des patients diabétiques. Nous comprenons également d'après la déclaration de ce thérapeute traditionnel que le fait de se rassembler avec d'autre thérapeute traditionnel de ce secteur permet à ces derniers d'être plus efficaces sur le traitement du diabète.

Photo 9 : Racines de nyme



Source : BRIQUETERIE, 11/01/2022

Durant notre travail de recherche, certains patients ont affirmé avoir fréquenté des naturopathes avant de se rendre à l'hôpital, car ils pensaient que la blessure était comme tous les autres et qu'elle devait se traiter aussi facilement et cicatriser le plus tôt possible. Il se voit donc, dans ce cas que les patients n'ont eu recours à la biomédecine que lorsque la médecine traditionnelle ne les a pas satisfaits.

Photo 10 : Djemagani



Source : BRIQUETERIE, 04/01/2022

L'image ci-dessus nous montre des petites écorces, d'après les propos du thérapeute traditionnel on les appelle le djemagani, elles sont d'une efficacité considérable et a pour rôle de baisser les taux de glycémie dans le sang des personnes diabétiques, et lors de leur préparation, elles doivent être mélangées avec du lemon afin d'obtenir une sorte de tisane qui aide les personnes diabétiques à régulariser leur glycémie.

Photo 11 : Andaquehi



Source : BRIQUETERIE, 04/01/2022

La photo ci- dessus est ce que le thérapeute traditionnel a également nommé le andaquehi, qui est également une écorce mais qui a été écrasé afin d'obtenir cette poudre. Comme nous la déclaré le thérapeute traditionnel, il fait le mélange avec d'autres écorces ajoutés également à du lémon et après il extraire le jus provenant de ses écorces pour donner à ses patients soit il leur donne la recette et ils vont le faire soi-même. Ces deux produits associés permettent de réduire le taux de glycémie dans le sang et permet également de nettoyer la ceinture rénale des patients diabétiques. D'après les affirmations du thérapeute traditionnel ces deux produits jouent un même rôle et permettent aux personnes diabétiques d'éviter un certain nombre de malaise.

Photo 12 : Vente des écorces par une guérisseuse traditionnelle



Source : MARCHÉ MELEN, 15/01/2022

La photo ci-dessus est celle d'une femme qui vend des écorces au niveau du marché mélen, et elle nous a parlé de plusieurs écorces, comme likouk et le fol pour baisser le taux de glycémie, et la tension des patients diabétiques afin qu'ils soient régularisés. Ses différentes écorces dont elle a cité les noms servent également de nettoyage et elle nous a également fait comprendre que ses patients sont toujours satisfaits de son traitement parce que ses écorces sont très efficaces.

Le recours à la médecine traditionnelle est une autre possibilité qui s'offre à la population. Son rôle est très important, puisqu'elle est accessible immédiatement, alors que les soins primaires s'étendent parfois sur une longue période, elle est sollicitée pour des maladies particulières auxquelles les médecins sont impuissants. Les patients diabétiques ont eu recours à la médecine traditionnelle, qui se distingue par la proximité des soins, la facilité d'accès et le prix abordable. Une patiente de l'hôpital central de Yaoundé nous affirme alors à ce propos que :

Sa fait plusieurs années que je souffre de diabète, mais je n'étais pas très attentif avec tout ce qui se passait avec mon corps, mais un jour j'ai constaté l'apparition des petits boutons au niveau de mon pied, je n'ai pas pris cela au sérieux, car c'était quelques choses de normal mais c'est après quelques temps que j'ai remarqué que ça prenait de l'ampleur et je me suis rendu au poteau pour trouver de l'aide parce que je sais que dans ses endroits le traitement est moins coûteux. (Anne, patiente HCY, 22/11/2021).

Il faut cependant noter d'après les propos de cette patiente que, elle ne savait pas ce que c'est que le pied diabétique parce qu'elle n'avait jamais entendu parler et pour cela, elle a dû se rendre au poteau, chez des personnes qui vendent des produits en bordure de route, et ces dernières lui ont donné de l'espoir en lui faisant croire qu'elle allait trouver la guérison après la consommation de ses produits. Mais malheureusement cela n'a pas été le cas, et cette dernière nous fait également comprendre qu'elle n'avait pas le choix car elle n'avait assez de moyen financier pour se rendre à l'hôpital et elle continuait à rester à la maison regardant son pied se dégradé.

Figure 4 : Schéma de divergence entre la biomédecine et l'ethnomédecine



Source : KTLL, 30/03/2022

Le schéma ci-dessus explique une divergence entre le traitement biomédical et le traitement traditionnel car ses deux traitements ne vont pas toujours dans le même et doivent pas être utilisés au même moment par les patients. Notre étude porte sur le pied diabétique et lorsqu'une personne diabétique souffre de la blessure du pied diabétique, elle est exposée à des maladies opportunistes voire même des infections. Au cours de notre étude nous avons rencontré très peu de patients qui ont eu recours au traitement traditionnel ou qui ont rencontrés des thérapeutes traditionnels mais qui ont eu recours à l'automédication. D'après la déclaration de l'un des spécialistes de l'hôpital central de Yaoundé : « *La plaie du patient diabétique n'est pas une blessure comme toutes les autres, c'est une ulcération grave et pour cela je ne pense pas qu'un patient qui souffre de cette affection doit se tourner vers la*

médecine traditionnelle parce que ce traitement ne pourra pas l'aider » (Médecin interniste, HCY, 15/01/2022).

Selon le point de vue de ce spécialiste, le patient diabétique souffrant de la plaie du pied diabétique ne doit pas avoir recours à la médecine traditionnelle, car, c'est une très mauvaise idée de sa part, et ce dernier ne trouvera pas satisfaction s'il se tourne vers ce traitement parce que cette blessure du pied diabétique n'est pas comme les autres c'est une affection exposée à toutes sortes d'infections. Le choix thérapeutique est individuel mais d'après les propos de ce médecin, nous comprenons qu'il n'est pas conseillé à un patient diabétique de se rendre chez un thérapeute traditionnel ou d'avoir même recours à l'automédication traditionnelle surtout en cas de blessure diabétique c'est pour cette raison qu'une garde malade nous déclare que :

Sa fait déjà de nombreux mois que nous sommes ici, et l'état de santé de mon mari s'améliore déjà, mais le problème est qu'il est toujours anémié avant qu'on se rende à hôpital, je lui faisais les remèdes de sang parce que l'anémie le dérangerait déjà, mais le médecin m'a fait comprendre qu'il ne devrait plus prendre ces remèdes traditionnels parce que cela va d'avantage détériorer son pancréas et il risque avoir d'autres complications à cause de ses produits traditionnels, (Pascaline, garde malade HCY, 23/11/2021).

D'après la déclaration de cette dernière, le traitement biomédical ne correspond pas avec le traitement traditionnel selon les spécialistes, surtout lorsqu'il s'agit de la plaie du pied diabétique et pour cela les patients diabétiques doivent arrêter d'avoir recours à ce type de traitement afin d'éviter les décès prématurés tout simplement parce que la plaie dont ils souffrent n'est pas similaire aux autres blessures. Comme nous l'avons vu, la médecine traditionnelle tient compte de l'être dans sa globalité sans se contenter de soigner seul l'organe ou le membre touché. Ainsi, le malade se sent réellement pris en charge et en sécurité sous l'attention bienveillante du puissant thérapeute. Celui-ci, peut vraiment l'aider et le comprendre puisqu'il est plus proche du patient, le connaît et peut être personnellement. Le patient et le thérapeute traditionnel, partagent parfois la même culture, les mêmes convictions et croyances ainsi que le même cadre de vie.

3.2.3- Représentation du pied diabétique par le personnel spirituel

La spiritualité est de plus en plus reconnue comme ayant le potentiel de prévenir, de guérir ou de faire face à la maladie. La prière de guérison représente un défi étant donné les différentes acceptions que l'on donne à cette réalité, elle a été et continue d'être une source fondamentale de la médecine. Comme l'écrit Ugueux (2000) : « *La médecine et la religion sont les deux grandes institutions sociales qui gèrent ce qui hante l'humanité depuis ses*

origines : le maintien et la transmission de la vie, une vie humaine épanouie, féconde en relation positive avec les autres humains et en harmonie avec le cosmos et avec la divinité et l'invisible ». Reconnaître la dimension spirituelle de la santé est incontournable, car la santé elle-même est rattachée ses réalités essentielles fondamentales. Les prières à travers l'église auraient, d'après le récit de certains patients, des effets bénéfiques sur leur santé, mais, selon ces derniers le plus important est d'abord de se rendre à l'hôpital.

D'une manière générale, le ministère de la guérison ferait partir de la vie de l'église et est souvent associée à des personnes ou à des lieux particuliers. Ce ministère grandit de plus en plus dans nos villes et campagnes, et peu parmi les patients diabétiques disent avoir vu leur état de santé s'améliorer suite à des prières. Le récit d'un patient rencontré au sein de l'hôpital central de Yaoundé en est assez illustratif :

Je ne crois pas à la prière de guérison surtout avec ce genre de maladie, parce que mon taux de glycémie ne peux pas augmenter et je vois également des petites blessures remplis de pu qui son entrain d'envahir mon pied, et je cours pour aller voir un pasteur ou un prêtre pour qu'il prie pour moi alors que je suis en train de mourir, mais il est préférable de venir d'abord à l'hôpital et après cela, un prêtre ou un pasteur peut maintenant prier pour moi pendant que je suis mon traitement, (Gabriel, patient HCY 01/11/2021).

D'après les propos de ce patient, il est impossible de croire à la prière de guérison lorsqu'on souffre du pied diabétique surtout lorsque cette complication est capable de rendre une personne diabétique infirme. Pour cela, il nous fait comprendre qu'il ne peut pas souffrir d'une pareille blessure et courir voir un pasteur au lieu de se rendre dans un hôpital. Mais il peut croire la prière de guérison après s'être rendu chez un médecin et croire en la prière lorsqu'il suit son traitement, mais c'est d'abord le traitement biomédical qui est primordial pour ce dernier. Dans le même ordre d'idée, un patient rencontré au sein de l'hôpital central de Yaoundé nous affirme que : *« Je crois en Dieu, je suis même un chrétien, Je crois à la prière de guérison mais je pense qu'avec ce genre de complication qu'il sera préférable de se rendre d'abord à l'hôpital pour se faire consulter, et la prière de guérison viendra après »* (André, Patient HCY, 01/11/2021).

Ce patient, il nous fait comprendre qu'il est un chrétien et qu'il croit en Dieu, mais lorsque la maladie est déjà au stade de la complication, il est mieux de consulter un médecin plutôt qu'un spiritualiste parce que selon lui, la prière de guérison vient après le traitement du médecin. Cet exemple parmi bien d'autre montre que les églises constituent des recours thérapeutiques pour de nombreux patients diabétiques mais, aussi après la consultation biomédicale. De nos jours, certaines églises à travers l'organisation des jours de prière pour

les malades, essaient de prendre en charge sur le plan spirituel, moral, psychologique et même mystique les maladies dont peuvent souffrir les individus. Bref après avoir été diagnostiqué, la majorité des patients diabétiques suivent le traitement biomédical, d'autres commencent les soins au sein de l'hôpital et continuent au quartier, d'autres encore vont et reviennent dans un état très critique. Certains d'entre eux comme nous l'avons souligné plus haut préfèrent uniquement le traitement biomédical tout simplement parce qu'ils disent qu'ils souffrent d'une maladie qui sont comme toutes les autres maladies et selon ces derniers ils souffrent d'une maladie héréditaire et pensent que cette plaie sera mieux prise en charge en milieu hospitalier.

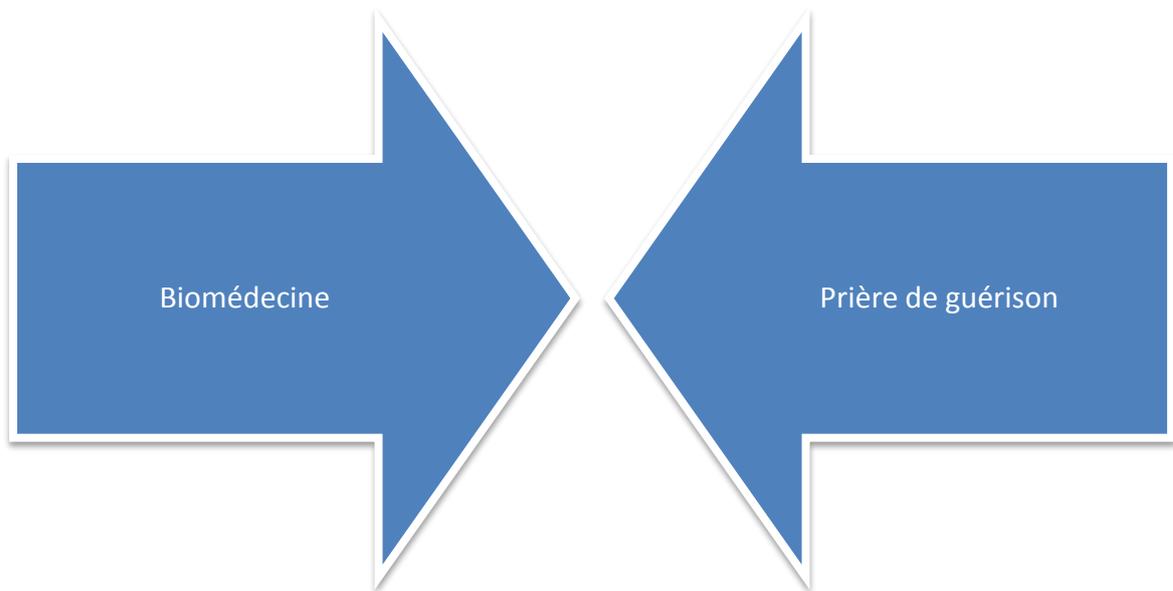
Je ne crois pas à la prière de guérison, parce que dans ma religion on ne prie pas pour des personnes malades, parce que nous ne croyons pas que Dieu guérisse les maladies c'est pourquoi je ne crois pas en ces choses-là, nous prions uniquement pour bénir les médicaments qu'une personne malade doit prendre afin de retrouver la santé, (Julienne, patient HCY, 01/11/2021).

Selon la déclaration de cette patiente, la prière de guérison ne fait pas partie de sa religion, et elle nous fait comprendre que dans sa religion, des personnes peuvent prier pour bénir les médicaments du patient souffrant, mais il est impossible de prier pour la personne malade tout simplement parce que cela ne fait pas partie de sa religion, elle préfère croire qu'elle va s'en sortir et refuse de croire à la prière, et d'après ce qu'elle nous a affirmé la mort pour elle est mieux à l'amputation. La guérison est spirituelle dans un premier temps, ce qui signifie tout simplement que, même au sein de l'hôpital, si le patient ne croit pas au traitement du médecin il ne trouvera pas la guérison. C'est ainsi qu'un garde malade nous déclare que : « *La guérison est d'abord psychologique, et lorsqu'on parle de mentale, on parle de foi et qui parle de foi parle de Dieu, le souffle de vie dépend de Dieu, donc c'est d'abord la prière qui est importante avant tous les autres traitements* » (Sagesse, Garde malade HCY, 23/11/2021)

D'après la déclaration de cette dame, il est d'abord important pour un patient d'avoir foi en Dieu avant de penser qu'il va guérir, car rien ne dépend de lui, et nous pouvons comprendre d'après ses propos que le souffle de vie ne dépend pas du patient mais il appartient à Dieu et c'est au patient de faire le choix, parce que peu importe ce que peut penser un patient la guérison est d'abord spirituelle et s'il ne le comprend pas ainsi même le traitement du médecin ne pourra pas l'aider. La soif du bonheur profondément enracinée au cœur de l'homme, a toujours été accompagnée du désir d'obtenir la libération de la maladie et d'en saisir le sens quand on en fait l'expérience. Il s'agit là d'un phénomène humain qui,

d'une façon ou d'une autre, concerne chacun et trouve une résonance particulière dans l'église. Celle-ci en effet, comprend que la maladie fournit un moyen de s'unir au christ et de se purifier spirituellement, et donne à un spiritualiste qui se trouve devant le patient, comme les autres souffrances humaines, constitue un moment privilégié de prière : prière pour demander la grâce de l'accueillir avec le sens de la foi et de l'acceptation de la volonté divine, prière de supplication pour obtenir la guérison.

Figure 5 : Schéma de convergence entre la biomédecine et la prière



Source : KTLL, 30/03/2022

Le schéma ci-dessus nous montre un point de convergence entre le traitement biomédical et la prière de guérison, qui est une combinaison aussi moins préférable pour les patients, mais acceptable pour le personnel soignant. La majorité des patients souffrants d'un diabète de type 2 ne connaissent généralement pas les symptômes des différentes complications liés à cette maladie, nous explique l'un des médecins de l'hôpital central de Yaoundé. Nous ne pouvons pas empêcher un patient de prier ou de se rendre chez un pasteur, mais nous recommandons d'abord à chaque patient de se rendre premièrement à l'hôpital c'est pourquoi il y'a des jours ici à l'hôpital ou un pasteur vient prier pour les patients, aussi, cela dépend des patients parce qu'il y'a des patients qui ne sont pas d'accord. L'un des patients nous déclare également que :

La prière est une bonne chose surtout pour les personnes diabétiques qui souffrent de cette plaie, au début je pouvais penser que cette plaie n'est pas ordinaire mais ma mère est décédée à cause du diabète accompagné de cette complication, c'est

pourquoi lorsque je me suis retrouvé dans cette situation j'ai d'abord pris la peine de me rendre à l'hôpital et maintenant comme je suis déjà sur traitement je pense que Dieu va faire le reste c'est pour cette raison que je ne cesse pas de prier afin qu'il me vienne en aide, (Patrick, Patient HCY, 16/11/2021).

D'après ces affirmations, nous pouvons donc comprendre que, les médecins accordent aux patients de suivent le traitement biomédical et la prière de guérison au même moment car, cela ne porte pas atteinte à la santé des patients mais le plus important est que les patients doivent se rendre compte de la gravité de leur maladie et avant d'avoir recours à un spiritualiste, ils doivent premièrement aller se faire consulter. Ces anecdotes montrent qu'il existe plusieurs réponses à une maladie, Médecin, spiritualiste, thérapeute traditionnel, chacun offre son aide à sa manière, mais c'est le patient qui choisit en fin de compte ce qui lui correspond. Leurs méthodes et pratiques diffèrent mais se complètent sans se substituer finalement au bénéfice des patients dont les demandes et les attentes varient également et qui peuvent, après un échec, encore trouver un traitement adapté à leur situation.

Chercher à déterminer l'incidence des croyances sur les pratiques médicales, revient à s'interroger sur la nature des liens qui unissent les croyances aux pratiques médicales et aux comportements de santé, mais aussi sur la logique à laquelle elle obéit. En ce sens, Sarradon (2000), affirme que : *« l'expérience de la maladie est une expérience culturellement construite dont les valeurs dominantes dans une culture, le système symbolique, et les rapports sociaux modèlent le vécu de la maladie ».*

Ce qui signifie pour cet auteur qu'un individu est libre de donner une interprétation à sa maladie en fonction de ce qu'il ressent

3.3- Représentation du pied diabétique par la famille et les gardes malade

L'apparition d'une maladie chronique chez un individu est un moment très délicat, pour le patient et pour sa famille qui doit faire face à des peurs et à des angoisses face à une maladie qu'il croit encore inconnue et qui menace d'une manière ou d'une autre l'être aimé. Les membres de la famille souffrent également après le diagnostic de la maladie, et sont encore plus en panique lorsque le patient est atteint de la plaie du pied, bien qu'ils aient tendance à donner de la force à la personne concernée, ce qui risque de compromettre la stabilité mentale du patient. Lorsque les adultes avancés en âge sont touchés par la plaie du pied, la question devient plus difficile, dans les faits, le diabète de type 1 et le diabète de type 2 sont des pathologies chroniques qui imposent au patient, et à sa famille une réorganisation complexe des habitudes alimentaires ainsi que du mode de vie du patient.

3.3.1- Niveau affectif de l'attachement

Les membres de la famille sont exposés à l'angoisse de perdre leur proche malade, et ils sont confrontés à la possibilité de la séparation et du deuil. Lorsqu'une proche tombe malade, il n'y a pas que le malade qui en est affecté mais également toute la famille. A cet effet une garde malade nous explique :

Aujourd'hui, ma famille et moi ressentons un peu de regret, et nous compatissons à la douleur de notre papa, il est vrai que sur le plan psychologique ça ne va pas, mais je fais des efforts pour qu'il ne le sache pas étant donné que c'est moi qui est tous le temps à ses côtés, voir mon père dans cet état me rend vraiment triste et surtout qu'il ne parvient pas à supporter la douleur de cette blessure, (Nestor, Garde malade, HCY, 16/11/2021).

Nous comprenons donc dans cette affirmation que, le proche n'ose pas pleurer s'il a envie de pleurer, ni montrer sa tristesse, il n'ose pas non plus montrer son inquiétude parce qu'il a peur d'influencer le patient, et il croit qu'en restant optimiste ce sera contagieux et cela pourra redonner du courage et de la force à son proche afin de surmonter sa douleur. Le pied diabétique est la complication la plus redouté du diabète, et aucun espoir thérapeutique curatif n'est permis pour le moment, et parfois la seule décision à prendre pour pouvoir y remédier à cette plaie est d'amputé le pied du patient. Et pour les proches il est question de s'accommoder à cette situation qui confronte à un sentiment d'impuissance et de frustration chez la personne la plus proche du patient mais également l'ensemble du groupe familial. Raison pour laquelle une garde malade rencontré à l'hôpital central de Yaoundé nous affirme que :

Voir ma mère avec le pied amputé n'est pas du tout facile pour moi, je supporte seulement cette situation bien qu'elle ne soit pas facile pour moi, et on ne doit pas le jeté parce qu'elle est devenue handicapé, le fait de sortir et de voir des patients qui sont dans le même qu'elle me console un peu, (Vivianne, Garde malade HCY, 23/11/2021).

D'après les affirmations de cette garde malade, le fait pour elle de voir sa mère souffrir d'un handicap n'est pas facile, mais elle a fini par accepté que le diabète a rendu sa mère infirme, et pour cela elle ne pourra pas regarder sa mère autrement, et tout ce qui lui reste à faire est d'accepter cette situation et d'apporter son soutien à sa mère. Bien que cette situation soit difficile a géré, il est néanmoins important pour le proche de gardé une attitude positive afin de pouvoir soutenir le patient durant sa maladie peut importer les décisions que le personnel soignant pourra prendre.

3.3.1.1- Pied diabétique : maladie ou complication

Selon les données issues de notre enquête, il existe diverses complications du diabète, parmi lesquelles le pied du diabétique, qui concernerait la majorité des patients atteints de diabète. Bien que certains patients citent le diabète comme étant responsable de la blessure du pied diabétique, nombreux parmi ces derniers pensent également qu'il en existe d'autres causes. En effet la mauvaise alimentation, trop de déplacement, l'alcool, la cigarette ainsi que les boissons gazeuses peuvent être à l'origine du pied diabétique. Un patient déclare :

Ça fait plusieurs années qu'on m'a diagnostiqué diabétique, j'entends souvent parler du pied diabétique, mais je ne prenais pas sa au sérieux parce que je ne savais pas que c'était si grave et je ne savais pas que je devais arriver à cette étape, depuis que j'ai ces blessures sur mon pied, c'est à partir de ce moment que j'ai compris que je ne dois plus céder aux abus comme par exemple consommer de l'alcool et la cigarette. Je ne sais pas les causes exactes de toutes ses plaies sur mon pied mais je ne saurais dire que le diabète la cause principale parce que j'ai tellement négligé les instructions du médecin, (Yves, Patient HCY, 10/11/2021).

Selon les déclarations de ce patient, il entendait seulement parler de cette complication chronique du diabète mais ne savait pas que cela était si grave, et il ne pensait pas se retrouver à cette étape de complication du diabète, il a décidé d'arrêter avec la mauvaise hygiène de vie et de faire le nécessaire afin que ses pieds se cicatrisent complètement car il ne suivait pas à la lettre les consignes qu'avaient donnée le médecin. Nous pouvons donc comprendre à cet effet que, le pied diabétique est la seule complication chronique du diabète et certains patients ignorent également la gravité de cette complication. Un autre patient déclare encore que :

La sensibilisation contre le diabète est très importante, pour nous qui ignorons beaucoup de chose concernant cette maladie, par exemple si j'étais tenu informé de la gravité de tout cela je ne devais pas me retrouver avec un deuxième pied amputé, c'est pourquoi je pense que si on organise des campagnes sensibilisation le taux d'amputation va réduire. (Joseph, Patient HCY, 01/12/2021)

D'après ce patient, la sensibilisation contre le diabète doit être primordiale, parce que la majorité de personne qui souffre de diabète ignore encore la gravité de cette maladie. Il nous fait comprendre que c'est à cause de son ignorance qu'il se retrouve avec les deux pieds amputés, il ignorait presque tout du diabète et selon ce patient la sensibilisation contre le diabète servira à réduire le risque et le taux d'amputation voire même de diabète. Le pied diabétique est une condition sérieuse, qui peut s'aggraver jusqu'à la gangrène et ultimement l'amputation, c'est pourquoi il importe de connaître les symptômes qu'il provoque et les bons réflexes à avoir pour le maîtriser. Tout cela est sans doute dû aux idées préconçues à propos de cette complication chronique du diabète, en général, il suffit d'avoir une plaie difficile a

cicatrisé ou d'un petit bouton quelconque qui ne prend pas assez de temps pour se développer sur le pied d'une personne diabétique pour que l'on pense souffrir de la plaie du pied. Sobngwi (2010), souligne à cet effet que les ressources humaines spécialisées sont insuffisante, les moyens matériels sont limités, la sensibilisation des communautés est insuffisante ce qui conduit à un diagnostic tardif souvent au stade de complication aigue ou chronique.

3.3.1.1.1- Surréalité du pied diabétique

D'après nos données collectés, les picotements, et brulures douloureuses, le manque de sommeil de jour comme de nuit, le pied qui commence à noircit, tout cela constitue ce qu'un patient diabétique ressent lorsqu'il est atteint de la plaie du pied. Dans ce cas une personne qui souffre de diabète fait face à tout cela c'est pour cette raison qu'une patiente déclare que : « *Le diabète est un tueur malin, et le pied diabétique est un tueur silencieux, tu ne sais pas à quel moment cela arrive tu constates juste à quel point cette maladie te détruit et te réduire à rien* » (Juliette, patiente HCY, 01/11/2021).

Selon cette patiente, le diabète est une maladie qui tue à petit feu sans toutefois que la personne souffrante de cette maladie ne le sache. Nous voyons donc que la maladie d'un individu est souvent perçue comme résultant de l'action néfaste, c'est dans ce sens qu'un garde malade rencontré à l'hôpital central de Yaoundé nous déclare que : « *Je pense que cette blessure n'est pas normale, c'est quelque chose qu'on a seulement lancé pour tuer une partie du corps de mon père et pour l'empêcher d'avancer dans ses activités,* (Honorine Garde malade » HCY, 01/12/2021).

Selon les propos de ce garde malade, la plaie du pied diabétique donc souffre son père n'est pas une plaie ordinaire, d'après ce dernier il y'a des coupables derrière cela, car il considère cette plaie comme étant une sorte d'attaque spirituelle et que les responsables de ce geste ne veulent pas voir son père avancé dans ses activités. Les différentes origines possibles des maladies sont innombrables, elles mettent en jeu tout un arsenal de puissances, agents de la maladie appartenant aux mondes naturels et surnaturel et faisant intervenir des personnes ordinaires jusqu'aux dieux eux-mêmes. Ces multiples facteurs humains ou non, matériels ou immatériels peuvent être à l'origine d'une souffrance, qu'elle présente les symptômes d'une maladie identifiable ou non.

Les voies probables de transmission mystique de la plaie du pied diabétique mentionné par ce garde malade sont la sorcellerie ou une nourriture empoisonnée. Dans ce cas la

dissémination de plaie du pied diabétique est considéré comme faisant partie de la dynamique sociale plutôt comme résultante de la prolifération du diabète. Nous voyons donc que la maladie d'un individu est souvent perçue comme résultante de l'action néfaste d'un proche. Ainsi, est-il très important pour pouvoir guérir le patient et de dénoncer le responsable.

En outre traiter uniquement les symptômes ne règle pas le problème de fond et ne permet donc pas la guérison complète du patient. Le besoin naturel d'apporter des explications aux phénomènes observés et de trouver des causes aux malheurs dont est victime est universel et propre à la nature humaine, même la nature de la recherche des causes de la maladie est la même, le type d'explication donné par certains proches fait plus appel à l'imaginaire, c'est pourquoi Augé (1975) affirme que : « *malgré la diversité des systèmes d'interprétations de la maladie, une caractéristique générale des modèles étiologiques dans les sociétés dites traditionnelles est la fréquence des interprétations persécutives dont la sorcellerie est l'archétype.* » en d'autres termes, bien que la biomédecine soit une « *science du comment* », cherchant à comprendre l'origine de la maladie, elle reste muette sur l'angoissante question du « *pourquoi* » qui s'intéresse au sens profond à la signification de la maladie. A titre d'exemple, même si nous reconnaissons que le diabète est à l'origine du pied diabétique, la question essentielle reste à savoir pourquoi elle touche telle catégorie de personne plutôt que telle autre. C'est pour cette raison qu'une garde malade l'HCY nous déclare que :

Je ne comprends pas comment on peut dire que le diabète est une maladie héréditaire, et parmi les frères et les sœurs de mon père il est le seul à souffrir de cette maladie, c'est pourquoi peu importe ce qu'on me dira je pense que cette maladie est mystique. (Rabihou Garde malade, HCY, 25/11/2021)

D'après les propos de cette dernière, nous pouvons comprendre que, malgré tous les soins que les médecins peuvent administrer sur son proche, son idée ne changera pas, car elle pense également qu'il existe un coupable, et selon elle l'origine du mal de son père n'est pas seulement héréditaire mais aussi surnaturelle. Les symptômes et signes cliniques ne sont que l'expression extérieure. Les différentes origines possibles sont innombrables et mettent en jeu un arsenal de puissances, agents de la maladie appartenant au monde naturel et surnaturel.

Ainsi, le caractère naturel ou non de la santé dépend de la façon dont elle a été contractée. Plus la maladie est provoquée, plus elle nécessite la mise en œuvre des moyens humains, matériels et thérapeutiques, c'est pourquoi Laplatine (1986) parle à cet effet de deux groupes de modèles utilisés pour la représentation de la maladie « *endogène* » et

« *exogène* ». Le pied diabétique est donc une complication qui a été considéré par certains de nos participants ainsi que leur proche comme étant une complication mystique parce qu'ils ne savent pas ce qui a causé cette blessure, comme une complication de la malchance, car certains se disent avoir faire du mal à un de ses semblable et cette blessure est le fruit de cette malédiction, enfin comme étant une punition divine. Le discours sur la sorcellerie s'impose comme étant une réalité quotidienne de la vie sociale et des rapports humains y compris en milieu urbain des sociétés Africaines contemporaines Francello (2008). Comme le soulignait Pritchard (1972), « *En Afrique la sorcellerie fait partie de l'ordinaire et n'a rien de mystérieux.* » selon cet auteur nous pouvons comprendre que dans les sociétés africaines, la sorcellerie n'est pas une chose extraordinaire mais que cela fait partie de leur quotidien.

3.3.1.1.1- Stress perçue

L'OMS (2005), définir le stress comme un ensemble de réactions que pourrait avoir une personne lorsqu'elle fait face à des exigences qui dépassent ses aptitudes et ses compétences. Actuellement, le mot stress est devenu un mot d'usage courant que les personnes utilisent généralement indifféremment, soit pour décrire les multiples événements et circonstances que leur impose la vie, soit pour exprimer diverses conséquences émotionnelles que de tels événements peuvent induire. L'annonce de la maladie ou d'un handicap d'un proche est toujours un traumatisme pour la famille. Son contexte et la manière dont celle-ci est formulée scellent, dans les esprits, un instant à partir duquel la vie de la famille prend un nouveau tournant, il est classique de dire qu'il n'y a pas de bonne façon d'annoncer une mauvaise nouvelle. A cet effet, une garde malade nous affirme que :

Ce n'est pas du tout facile de voir mon père dans cette situation, j'étais tellement angoissé lorsque le docteur nous a fait comprendre qu'il devait être amputé si l'état de sa blessure ne s'améliore pas, sa plaie a été causée par une pierre sur la en rentrant de ses activités il a dû se cogner le pied c'est ce qui a causé cette blessure, (Béatrice, Garde malade HCY, 16/11/2021).

D'après les propos de cette garde malade, voir son père dans un état pareil n'est pas chose aisée pour elle, mais elle doit rester forte face à cette situation pour soutenir son père, et à cet effet nous pouvons comprendre que ce dernier allait subir une amputation si l'état de sa blessure ne s'améliore pas. Il est tout à fait normal de ressentir du stress face à la souffrance d'un proche, le stress est même essentiel, car il permet de s'adapter aux situations difficiles, nouvelles ou imprévues et de réagir aux dangers. Un autre garde malade nous affirme également que : « *Je compatir vraiment à la douleur que peut ressentir mon oncle en ce moment, j'ai tellement mal, lui également mais pour ne pas nous angoisser, il préfère cacher*

ce qu'il ressent et pourtant je sais que ça ne va pas, même s'il veut voiler cela » (Elise, Garde malade HCY, 30/11/2021).

L'implication de la famille est un facteur important, la participation de l'ensemble de la famille lors de la souffrance d'un proche pourrait également aider le patient à surmonter sa douleur. C'est pourquoi lors de notre recherche, nous avons rencontré des proches qui désiraient être à la place de certains patients car eux même n'arrivaient pas à supporter cette souffrance surtout au moment des soins nous avons eu l'impression que le fait de nettoyer la plaie d'un patient était plus douloureux au garde malade qu'au patient, et l'infirmière prenait la peine faire sortir le garde malade avant de commencer les soins.

3.3.2- Perception de la prise en charge par la famille

La famille n'est pas considérée comme un lieu, l'origine ou la cause des troubles mais elle participe au traitement. Nous pouvons la définir comme étant une institution sociale, c'est un groupe social uni par des liens de parenté ou du mariage, présent dans toutes les sociétés humaines, c'est également un ensemble formé par le père, la mère et les enfants (petit Larousse (2011)). Quand un membre de la famille devient malade, cela engendre chez les autres membres de la famille des sentiments de : crainte, honte, culpabilité, amertume, abattement et une coupure avec le milieu social : entourage familiaux, connaissances, relations, collègues de travail. De nombreuses personnes supportent sans se plaindre les charges et les sacrifices souscrits pour s'occuper de leur malade, elles essayent d'éviter l'hospitalisation autant que possible mais malheureusement, elles ne reçoivent toujours pas toute l'aide qu'ils seraient en droit d'attendre le personnel de santé, c'est ainsi qu'un garde malade déclare que :

Sa fait déjà quelques jours que je suis ici avec mon malade et nous encourageons déjà l'effort que l'hôpital fait au niveau des examens, il prend en charge 50% mais s'ils ajoutaient encore d'autre moyen pour accompagner cela je pense que sa sera mieux parce que le traitement du diabète est très couteux sans toutefois compté le nécessaire qu'il faudra pour prendre soin de la plaie dont il souffre afin qu'elle puisse guérir, il faut beaucoup d'argent pour la prise en charge du pied diabétique tout simplement parce que si tu n'as pas l'argent tu vas mourir dans cet hôpital, (Louis, Garde malade HCY, 30/11/2021).

Selon les déclarations de ce garde malade, nous comprenons que, l'hôpital prend en charge 50% des examens prescrits, mais doit d'avantage apporter de l'aide parce que le traitement de cette maladie est très couteux, sans toutefois compter le matériel nécessaire pour prendre en charge la blessure du patient. D'après ce garde malade, pour se faire soigner à l'hôpital central de Yaoundé, il faut avoir beaucoup d'argent au cas contraire c'est le diabète

et la douleur de cette plaie qui pourront mettre fin à la vie du patient. Les expériences des familles révèlent que la prise en charge du pied diabétique est très couteuse, les patients également nous ont révélés la même chose, et pour cette raison une garde malade nous déclare que :

L'hôpital est le bon remède pour les diabétiques, mais pour ceux qui manquent de moyens financiers ce n'est pas évident, c'est pourquoi dans cet hôpital si tu as de l'argent on te soigne mais au cas contraire on ne te soigne pas, ça fait déjà des mois que ma mère est hospitalisée et c'est à cause du manque de moyen financiers que nous sommes toujours ici je me suis retrouvé obligé de faire le ménage dans l'hôpital pour qu'on puisse nous faire le rabais afin de libéré ma mère de cet hôpital, (Romuald, Garde malade HCY, 30/11/2021).

Selon les affirmations de cette garde malade, le diabète est une maladie grave, et les personnes souffrantes de cette maladie doit constamment se rendre à l'hôpital pour se faire consulter, car c'est à cause de la négligence que ma mère se trouve dans cet état et aussi à cause du manque de moyens financiers. Elle nous fait comprendre que ça fait des mois que sa mère est internée l'hôpital central de Yaoundé, pour faute de moyen et elle nous déclare également qu'elle s'est retrouvée dans l'obligation de faire le ménage au sein de l'hôpital afin qu'on puisse réduire le cout d'hospitalisation en attendant l'aide des services sociaux afin que sa mère soit libérée de l'hôpital.

Le diabète de type 2 est problème croissant de santé publique, au Cameroun, la prise en charge de la maladie est assuré par les individus car les familles sont relativement pauvres, il n'y a pas de contribution du gouvernement et les assurances maladies sont limitées à un public très restreint Ngassam et *al.*, (2012). Le diabète est une maladie métabolique responsable de graves problèmes de santé, il s'agit d'une affection chronique se traduisant par un taux élevé de sucre dans le sang, Raison pour laquelle lors de nos recherches la majorité des familles se plaignait du fait que le traitement est très couteux et que l'Etat ne prenait pas en charge les personnes souffrantes de diabète et même pour recourir aux services sociaux il faut une certaine somme d'argent afin que ses derniers réagissent en votre faveur c'est ainsi que déclare l'une des gardes malades rencontrée à l'hôpital central de Yaoundé :

Mon problème est de sortie de cet hôpital, nous avons même rédigé la demande aux services sociaux et s'il pouvait aussi avoir des gens pour nous aider, parce que nous avons déjà trop dépensé et il y'a même encore des examens à faire mais à cause du manque de moyens financiers nous sommes dans l'obligation de rester encore ici ce n'est pas du tout facile pour nous, (Albertine, Garde malade HCY, 17/11/2021).

Cette garde malade d'après ses déclarations nous fait comprendre que, le manque des moyens financiers recale son mari au sein de l'hôpital. Certains patients ont souligné les

difficultés qu'ils avaient à ne pas subir tous les examens prescrits par le personnel soignant, car selon eux l'Etat se doit de conventionner certaines charges en ce qui concerne les personnes diabétiques : « *L'état ne donne pas d'avantages aux personnes diabétiques, il doit considérer et financer pour prendre en charge les personnes diabétiques, si l'état nous donnait un coup de main je n'allais pas me retrouver en train de faire trop de dépenses* » (Franc, Patient HCY, 03/11/2021).

D'après les propos de ce garde malade, l'Etat doit subventionner les personnes diabétiques afin de pouvoir réduire leur dépense, parce que le traitement de cette maladie est très coûteux et l'Etat doit prendre le diabète et le pied diabétique en considération. Selon ce garde malade, nous comprenons que parfois ce n'est pas facile de s'occuper totalement la prise en charge du patient à cause du traitement coûteux du diabète. Comme l'a rapporté ce patient, il existe plusieurs patients et familles qui se plaignent du traitement coûteux et du manque des moyens financiers afin de pouvoir achever leur traitement, c'est pour ce fait qu'ils pensent que le gouvernement doit intervenir et doit également considérer le diabète comme le VIH/SIDA pour que les familles puissent s'en sortir c'est ainsi une des gardes malades nous fait comprendre que : « *Jusqu'à présent je n'ai pas encore reçu un médicament venant de l'état, parfois nous allons en pharmacie il y'a manqué d'insuline et les prix des médicaments ne cessent d'augmenter* » (Éveline, Garde malade HCY, 03/11/2021)

Selon cette garde malade, elle nous déclare que sa sœur n'a jamais reçu de médicament venant de l'hôpital gratuitement, et toutes les dépenses ont été effectuées par elle. Elle s'occupe personnellement de sa prise en charge ainsi que ses proches, mais elle nous fait aussi comprendre que les médicaments ne cessent d'augmenter dans les pharmacies. Nous avons également noté, grâce à l'observation directe, que la majorité des patients ainsi que les familles de ces derniers ne cessaient de se plaindre du traitement coûteux du diabète et demandaient toujours de l'aide au service social.

3.4- Représentation des méthodes de prise en charge du pied diabétique

Selon nos informations de terrain, tout patient diabétique n'aura pas de problème de pied, il doit par contre savoir s'il a des pieds à risque. La durée d'évolution ainsi que le déséquilibre glycémique chronique augmentent la probabilité de présenter un pied à risque et ce, peu importe le type de diabète et l'âge du patient. Toutefois, tout patient présentant un diabète de type 2 peut raisonnablement être considéré « à risque » ; la durée de l'évolution de ce dernier étant souvent difficile à établir. L'éducation thérapeutique a pour but de permettre

au patient d'acquérir de nouvelles connaissances en lien avec son état de santé et d'adapter son comportement. Cependant, il a été établi dans différents travaux que chaque personne à des connaissances, donne ses propres explications et du sens à ce qui lui arrive, ce sont ses représentations, les troubles trophiques du pied chez les diabétiques, sont la conséquence de plusieurs mécanismes physiopathologiques, les connaître est essentiel afin d'en réduire l'incidence et d'en assurer la prise en charge pour réduire le risque d'amputation.

Du point de vue de certains patients, la prise en charge de l'ulcère du pied diabétique, est établi sur l'état de santé du patient c'est ce qui fait l'objet d'évaluation régulière et de réajustement de la prise en charge, l'un des patients nous affirme que : « *Cet hôpital a fait preuve qu'il est l'hôpital centrale du Cameroun, avec son armature clinique secondé par le centre pasteur renforcé par un personnel dynamique et toujours présent afin d'assurer le bien-être de tous les patient* ». (Salomon, Patient HCY, 16/11/2021).

D'après les propos de ce patient, nous comprenons que la prise en charge des besoins spécifiques du patient est assurée, ce qui signifie à cet effet que le personnel soignant fait bien est travail. Par contre nous avons rencontrés des patients qui nous ont fait comprendre que la prise en charge du pied diabétique est très couteuse, et pour ce fait l'Etat doit être interpellé pour pouvoir remédier à cette situation, Un patient nous déclare que : « *La prise en charge est personnelle et chaque mois il faut acheter des médicaments, c'est pourquoi je pense que l'Etat doit donner de l'avantage aux personnes diabétiques car, nous souffrons énormément* » (Daniel, Patient HCY, 04/01/2022).

Pendant nos enquêtes, nous avons constatés que la prise en charge des patients diabétique est un problème majeur pour la majorité des patients, parce qu'ils n'ont cessées de se plaindre sur le fait que l'Etat ne leur donne pas un coup de main.

L'Etat ne s'occupe pas des personnes diabétiques, et pourtant il doit considérer et financé pour la prise en charge des personnes diabétiques surtout de ceux qui souffre de cette blessure du pied, il faut prendre des anti-oraux diabétiques tout le temps et aussi des médicaments pour guérir cette plaie ce n'est pas facile surtout que je n'ai pas assez de moyen pour une prise en charge personnelle, (Merlin Patient HCY, 06/01/2021) D'autre nous ont encore fait comprendre que : « *Je ne sais vraiment pas si l'Etat nous prend en charge ou pas là, mais la seule chose que je sais est que dans cet hôpital, il est important d'avoir de l'argent pour se faire soigner s au cas contraire tu ne pourras pas t'en sortir* » (Fabrice, Patient HCY, 06/01/2021).

D'après la déclaration de cette patiente, nous pouvons en déduire que, avant de se rendre à l'hôpital central de Yaoundé, il est important d'avoir assez de moyens pour pouvoir se soigner, car la prise en charge est individuelle. Ce sont donc très concrètement des problèmes d'organisation de prise en charge du diabète qui se posent, mais les difficultés des patients de se prendre en charge personnellement à cause du manque de moyens financiers. Bien que cette situation soit difficile à gérer, il est néanmoins important que l'Etat prenne en considération les personnes diabétiques afin de trouver des moyens adéquats pour leur venir en aide et de lutter contre le diabète.

En termes sommatifs, nous avons dans ce chapitre levé le pan de voile sur la représentation du pied diabétique, l'on peut donc retenir ici que, des mesures telles que les croyances, les soutiens communautaires sont également utilisés pour aider dans la guérison de certaines maladies chroniques. Ces formes de mesures apparaissent comme une automédication, car ne font pas partie du dispositif institutionnel de la prise en charge. Comprendre le vécu, dévoile le phénomène qui caractérise cette expérience, et l'Etat doit également mettre sur pied des moyens pour lutter contre cette maladie qui conduit à des complications graves et donc la prise en charge n'est Pas évidant pour la majorité des personnes qui souffrent du diabète. L'efficacité réelle ou perçue, des traitements et des soins, les perceptions et croyances autour de la maladie joue également un rôle assez important. Enfin il est important de relever que les représentations sont des éléments décisifs dans la construction des trajectoires thérapeutiques, surtout en contexte de pied diabétique.

CHAPITRE IV :
ITINERAIRES THERAPEUTIQUES : DEL'ETHNOMEDECINE,
A LA MAISON DE PRIERE ET A LA BIOMEDECINE

Le présent chapitre se propose de présenter les itinéraires thérapeutiques empruntés par les patients diabétiques souffrants de la plaie du pied diabétique du centre national d'obésité de l'hôpital central de Yaoundé. Ensuite suivrons les recours aux soins et à la quête de la guérison.

4.1-Recours thérapeutique des patients diabétiques

Cette partie de notre travail se propose d'inclure les différents itinéraires thérapeutiques suivis par les patients diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé ainsi que leurs proches afin que ses derniers puissent retrouver la santé. De ce fait, les traitements de la blessure du pied diabétique par les perceptions des patients diabétiques. Ainsi que leurs proches, la thérapie choisie pour la prise en charge dépend des interprétations diverses faites au préalable par les patients Mouliom (2015). La notion d'itinéraire thérapeutique, d'après JAZEN (1995), désigne les parcours que suivent les malades ainsi que leurs familles et les choix thérapeutiques qui en découlent. Raymond (1997), préfère parler de « cheminements thérapeutiques » pour inviter à l'analyse des conditions de coexistence et de recours à diverses formes de savoirs, de logiques et de rationalités en Anthropologie de la maladie.

Dans leur article intitulé : « itinéraires *thérapeutiques dans la société contemporaine* » Marcellini et *al.*, (2000), ont essayé de comprendre comment les individus, dans notre société moderne, construisent leurs « itinéraires thérapeutiques », au sens ou l'entend Janzen (1995), « les parcours que suivent les malades ainsi que leurs familles et les choix de thérapeutiques qui en découlent. » Massé (1997), parle de : « cheminement thérapeutiques », pour inviter à l'analyse des conditions de coexistence et de recours à diverses formes de savoir. Les itinéraires thérapeutiques se caractérisent par une diversité de choix thérapeutiques en accord avec les spécificités du champ thérapeutique africain de nos jours. En effet, l'Afrique noire présente aujourd'hui un large éventail de recours thérapeutiques, depuis les diverses formations de la médecine moderne jusqu'aux thérapeutiques traditionnels en passant par les églises. A côté de ces possibilités de recours, s'ajoutent les pratiques populaires de soins dont les principaux acteurs sont les proches.

4.1.1- Récits de vie

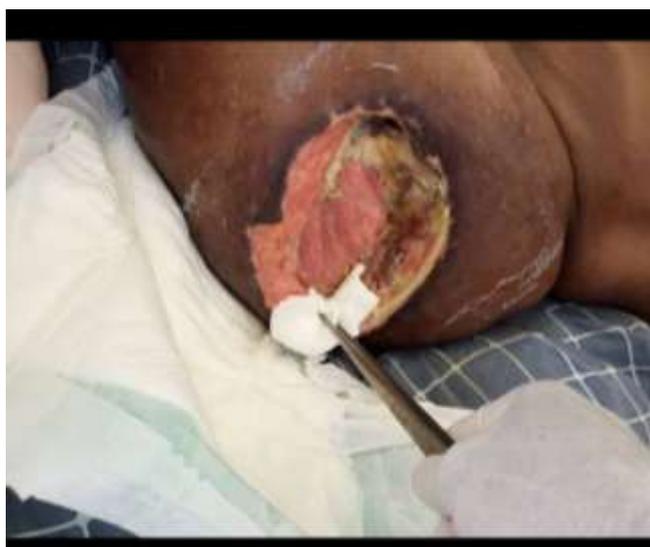
4.1.1.1 - CNO de l'HCY : la fin de l'errance thérapeutique d'une patiente

Agé de 63 ans, lorsque nous la rencontrons pour la première fois en novembre 2021 à l'hôpital central de Yaoundé, cette patiente est une commerçante habitant la ville de Yaoundé. Aussi, lorsqu'on l'avait diagnostiqué diabétique il y'a 5ans, elle ne savait pas quel régime

alimentaire était approprié à sa maladie tout ce qu'elle savait concernant le diabète était d'éviter le sel ainsi que le cube dans ses repas, elle continuait avec son commerce sans toutefois se rendre à l'hôpital pour des consultations comme le fait d'autre personne diabétique. Mon pied avait commencé par l'apparition d'un petit bouton sur mon orteil, mais pour moi c'était un bouton normal et comme je suis une commerçante, je continuais avec mes activités sans problème, après quelques jours mon pied s'est transformé en autre chose, il a commencé à se dégrader et j'ai décidé de me rendre dans une clinique au quartier, arrivé dans cette clinique on m'a dit qu'on ne pouvait rien pour moi et que ce genre de cas se traite uniquement à l'hôpital central de Yaoundé et c'est également le seul endroit où l'on traite ce genre de cas. Etant donné que je n'avais pas de moyen financier pour me rendre dans cet hôpital, j'ai commencé à paniquer et j'ai décidé de me rendre au poteau c'est un endroit où on vend des remèdes traditionnels en bordure de route et ses produits étaient faites à partir des plantes des indiens, lorsque j'arrive à cet endroit la personne me donne deux bouteilles de remède en me disant que Sava aller, en retournant à la maison j'avais cette assurance la que tout ira bien, mais c'était tout le contraire. Mon pied continuait seulement à se dégrader, ma situation n'avait pas changé et rien ne s'était amélioré j'ai demandé de l'aide à mon frère pour me rendre à l'hôpital et je n'ai rien obtenu, j'étais juste la comme sa tous les jours je regardais mon pied qui finissait.

Quelques semaines après, je suis arrivé ici à l'hôpital, je ne sais pas comment, on m'a dit qu'on m'a transporté dans cet hôpital lorsque je me suis trouvé dans le coma. Quelques temps après je me suis réveillé et on m'avait coupé le pied sans toutefois demandé mon avis, et ils m'ont également fait des transfusions sanguines sans mon autorisation, si on m'avait demandé mon avis concernant tout cela j'aurais choisir la mort au lieu de vivre ainsi. A cause du manque de moyen financier je suis devenu à moitié et pourtant si j'étais venu plutôt à l'hôpital je ne devais pas me retrouver avec un demi-pied aujourd'hui. Ça fait déjà plus de deux mois que je suis hospitalisé et je suis encore la parce que je n'ai pas des moyens pour sortir de l'hôpital, j'ai même demandé de l'aide au service social et j'attends leur réponse. En la date du lundi 08 novembre 2021, elle quitte l'hôpital. Cependant, elle doit y retourner régulièrement pour y faire des soins.

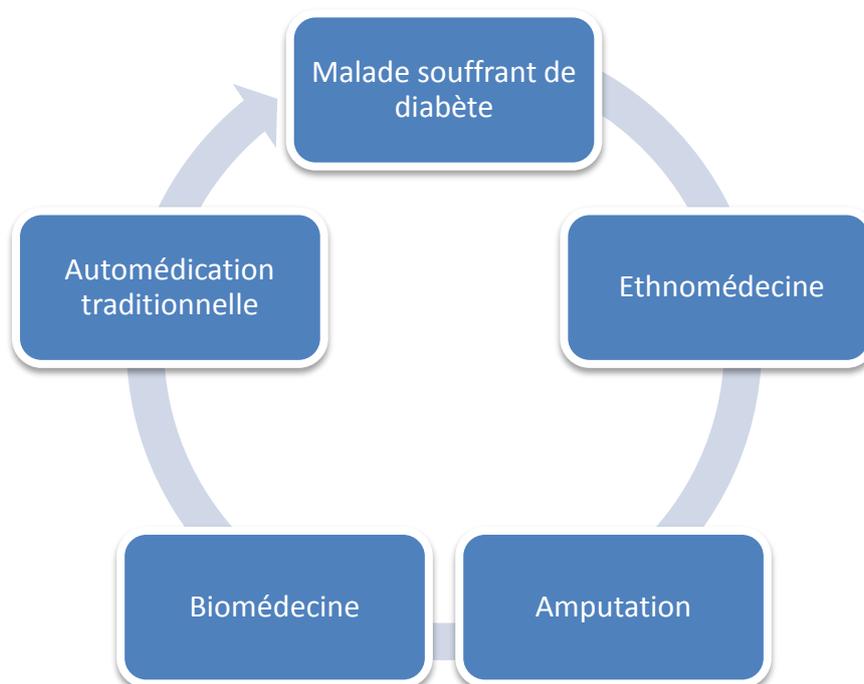
Photo 13 : Pied amputé d'une patiente



Source : HCY, 01/11/2021

La photo ci-dessus nous montre la jambe d'une patiente que nous avons rencontrée à l'hôpital central de Yaoundé, au service de diabétologie-endocrinologie du centre national d'obésité. Cette patiente a pris la peine de nous conter l'histoire de son pied jusqu'au jour où elle a subi une amputation, mais selon ses propos, elle n'était pas ravie du choix fait par les médecins parce qu'elle ne voulait pas subir cette amputation. Elle nous a également fait comprendre qu'elle aurait choisi de mourir au lieu de vivre avec un pareil handicap, car elle ne saurait comment s'en sortir avec cette infirmité, pendant notre entretien avec cette patiente, elle se plaignait aussi à cause du fait que le chirurgien avait trop coupé son pied alors que la blessure s'arrêtait au niveau de sa cheville, mais d'après les explications du médecin, c'était pour éviter que la gangrène n'envahisse complètement le pied de la patiente.

Figure 6: Schéma de recours thérapeutique d'une patiente interne de l'HCY



Source : KTLL, 30/03/2022

Lorsque nous observons ce schéma sur les différents recours thérapeutiques de cette patiente, nous pouvons comprendre qu'elle ignore totalement tout ce qui se passe, elle savait qu'elle est diabétique mais ne sait pas qu'il existe une complication aussi grave comme celle de la plaie du pied diabétique. La seule information qui est connue d'elle concernant le diabète était qu'elle doit éviter des aliments très salés et à cause de son ignorance elle ne savait pas la véritable conséquence du diabète causé par la mauvaise alimentation. Nous comprenons donc d'après ce schéma que, lorsque la plaie de cette patiente venait de commencer, elle a pensé se rendre au poteau, pour acheter des produits faits à base des plantes médicinales et bien d'autres, mais malheureusement l'assurance donnée par le vendeur sur le fait qu'elle doit se sentir mieux après la consommation de ses différents produits n'a pas abouti aux résultats attendus par la patiente. A la suite de cette tentative, vu que l'état de son pied allait de mal en pire, elle choisit de se rendre dans une clinique de la place et avant qu'elle ne franchisse les portes de ce lieu, les responsables de cette clinique lui font comprendre que ce n'est pas le lieu approprié pour ce genre de blessure et qu'il y a un centre de référence pour son cas à l'hôpital central de Yaoundé. Vu qu'elle était à court de moyens financiers, et ayant conscience du traitement coûteux dans cette hôpital elle décide de rester à la maison et de continuer à

regarder ses pieds se dégrader jusqu'à ce qu'elle finisse par se retrouver dans un état comateux, après cela, ses proches décident de lui venir en aide ce que cette dernière n'a pas apprécié après son réveil et après avoir constaté qu'elle avait subi une amputation. D'après ce diagramme nous pouvons retenir que c'est à cause du manque des moyens financiers que cette patiente a eu recours à d'autres itinéraires thérapeutiques. Elle s'est retournée vers ses personnes qui vendent des produits traditionnels tous simplement parce que le traitement n'était pas coûteux et elle pensait trouver son compte, mais elle a fini handicapé à cause du diabète, et aussi parce qu'elle ne possédait aucune information concernant la gravité du diabète.

4.1.1.2- Aller à l'hôpital et prier : Une patiente interne en quête des soins

Cette patiente est âgée de 61 ans, elle nous rapporte que tout a commencé, lorsqu'elle a remarqué l'apparition d'une ampoule sur son petit orteil et elle s'est rendue chez les baptistes d'étoug-ebé, lorsqu'elle arrive on lui fait des examens et après ces examens on lui prescrit des médicaments. Lorsqu'elle arrive à la maison elle commence avec son traitement tout en sachant que son état va s'améliorer, mais hélas, le jour suivant elle constate des sécrétions purulentes qui sortent entre ses orteils, elle décide de continuer avec ses médicaments, mais toujours aucun changements et à partir de ce jour, elle choisit alors de retourner encore à l'hôpital, lorsqu'elle arrive, le médecin qui la pris en charge dans cet hôpital lui fait savoir qu'il ne peut plus rien faire, que c'est au-delà de ses capacités et ce dernier recommande de se rendre à l'hôpital de la cité verte. lorsqu'elle arrive à l'hôpital de la cité verte, le personnel soignant lui demande de se rendre à l'hôpital central de Yaoundé, Suite à toutes ses démarches cette patiente se rend donc à l'hôpital central de Yaoundé accompagné de sa fille, le médecin lui fait comprendre qu'on doit l'interner que son état est grave, et elle nous fait comprendre qu'en moins de deux jours son pied est devenu totalement noir et que toute la plante de son pied avait déjà complètement pourrie, et sa dégageait et en même temps elle avait l'impression que son corps aussi dégageait une mauvaise odeur, vue que son état était critique le médecin lui fait comprendre qu'on doit l'amputer sinon elle risque de mourir. Après cette information elle n'arrivait pas à comprendre pour qu'elle raison elle doit subir une amputation, elle nous fait également comprendre que son pied ne fonctionnait plus qu'elle a perdu la sensibilité de son pied, et qu'elle ne s'est pas encore fait l'idée de devenir une personne infirme c'est pourquoi après l'information du médecin elle a d'abord hésité avant d'accepter de se faire amputer. D'après ses propos elle nous dit : Je l'ai fait pour mes

enfants « dit-elle », parce qu'ils m'ont convaincu de le faire et aussi parce que tout cela ne dépendait pas d'elle mais que c'est la volonté de Dieu.

Après mon amputation j'ai beaucoup souffert psychologiquement, j'ai subi deux opérations chirurgicales parce que la première le chirurgien n'a pas complètement coupé les os du pied et c'est après que l'infirmière s'est rendu compte de cette omission pendant qu'elle effectuait les soins de la patiente, la blessure avait même déjà commencé à sécher et il a encore fallu qu'on fasse encore la chirurgie pour une deuxième fois, pour faute de moyen financier j'ai dû subir cette opération ici dans la chambre. Pourtant je prenais bien soin de moi parce que je connaissais la gravité du diabète, j'ai perdu ma mère à cause de cette maladie et aujourd'hui je me retrouve infirme toujours à cause du diabète, la seule chose qui me reste à faire est de prier le seigneur afin qu'il me guérisse et qu'il guérisse également mes médicaments pour que je puisse retrouver la santé. Et lorsqu'on se retrouve dans ce genre de situation on ne peut que compter sur Dieu, les médecins ont déjà fait leur travail et maintenant c'est à Dieu de faire le reste nous raconte-t-elle.

Photo 14 : Jambe d'une patiente internée ayant subi une amputation

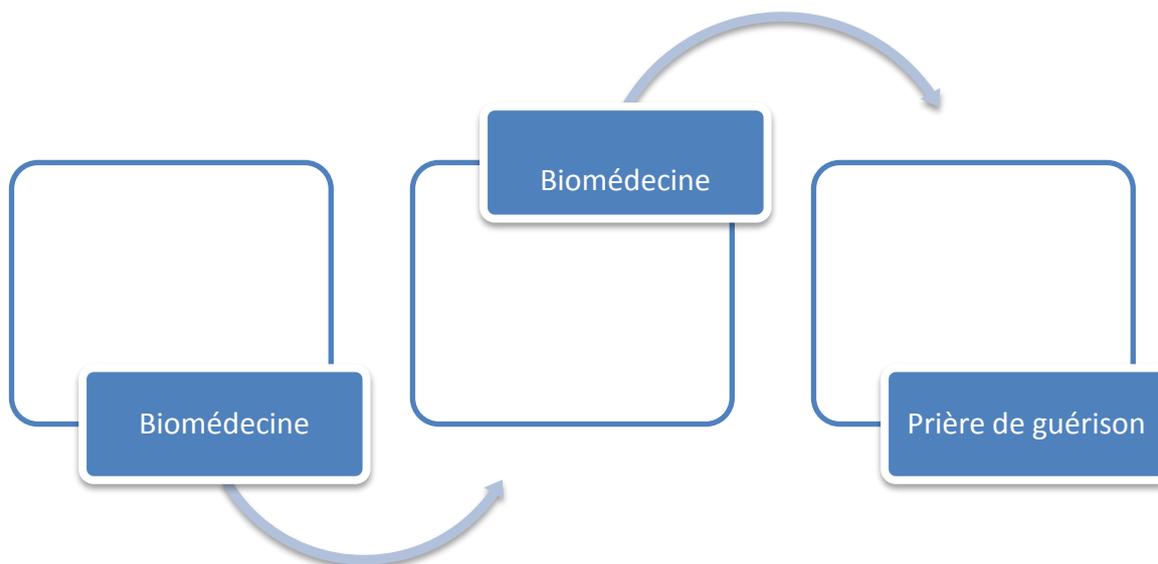


Source : HCY, 10/12/2021

La photo ci-dessus nous présente le pied d'une patiente amputé que nous avons également rencontré à l'hôpital central de Yaoundé, au service de diabétologie-endocrinologie du centre national d'obésité. Cette patiente nous a également relaté les faits concernant sa blessure, elle nous a fait comprendre qu'elle a accepté se faire amputé grâce à ses enfants mais malheureusement, cette amputation n'a pas été faite comme il le faut, car, le chirurgien a

obligé de coupé tous les os de cette partie-là et à laisser une partie et c'est pendant les soins que l'infirmière constate cette erreur.

Figure 7 : Schéma de quête de soins d'une patiente interne de HCY



Lorsque nous observons ce schéma, nous comprenons d'après le récit de cette patiente, savait ce c'est que le diabète ainsi ses complications, c'est pourquoi lorsqu'elle a constaté l'apparition de ses boutons, elle a pris la peine de se rendre à l'hôpital, malgré le fait que le personnel de santé n'était pas qualifié pour ce genre de cas. Elle a été attentif mais ne savait pas que ces petits boutons pouvoins lui créer un pareil handicap, c'est pourquoi d'après ces propos, elle nous fait comprendre qu'elle s'est rendu à l'hôpital parce qu'elle savait quel était diabétique et c'est la raison pour laquelle elle ne négligeait pas le moindre détails. Mais à cause du faite qu'elle était à la quete de la guérison et de vouloir comprendre ce qui se developpait sur son pied, elle a perdu beaucoup de temps et avant de se rendre à l'hôpital de référence comme l'un des personnels soignant de l'hôpital central l'avait conseillé il se faisait déjà tard. Car, d'après ses affirmations, elle est arrivé à l'hôpital quand il se faisait tard, c'est pourquoi elle a perdu la sensibilité de son pied et le sang ne circulait plus à ce niveau parce que la gangrène avait déjà envahit son pied et l'unique souldution était de subir une amputation, après avooir subir cette amputation, il y'a eu un problème, le churigien a oublié de coupé complètement l'os de son pied et il fallait qu'elle subisse une deuxième opération alors que cette dernière était déjà a cours de moyens raison pour laquelle cela a été faites dans

la chambre ou elle était interné. D'après ses propos les médecins ont fait leur travail et la seule chose qui lui reste à faire est de prier afin de pouvoir guérir rapidement et accepté le fait que le diabète l'a rendu infirme.

4.1.1.3- Recours à l'automédication traditionnelle et à la biomédecine : Cas particulier d'un patient

Ce patient est âgé de 48ans, il affirme qu'il ne souffre pas du pied diabétique mais par inadvertance la toile a du lui fendre le pied. Il nous déclare qu'au départ il ne l'a pas pris au sérieux, mais, lorsque la blessure a commencé à s'infecter il a lui-même commencé à faire les soins, il nous fait comprendre qu'au départ, il a mis du permanganate de potassium sur la blessure ensuite il a utilisé une poudre fabriqué par les chinois. Il nous a également peine de nous présenté les différentes étapes de sa blessure.

Photo15 : Blessure d'un patient lorsqu'il a mis du permanganate de potassium.



Source : HCY, 17/11/2021

Par ailleurs il nous affirme encore que, pendant qu'il pensait que la blessure était entrain de cicatriser, la blessure s'infectait de l'intérieur et le dessus semblait déjà cicatrisé.

Photo16 : Blessures d'un patient qui semblait être guérir.



Source HCY, 17/11/2021

Ce dernier nous fait également comprendre qu'après ce constat, il s'est rendu à la garnison militaire de Garoua et le médecin de la garnison l'a pris en charge, mais malheureusement aucun changement, il lui faisait des soins mais la blessure au lieu de diminuer ne faisait que s'aggraver, et il nous affirme qu'il prenait les médicaments prescrits à la garnison de Garoua avec des écorces d'arbre qu'il préparait lui-même et les prenaient au même moment. Mais malheureusement, après tout ces cumuls thérapeutiques il a fini par se retrouver à l'hôpital central de Yaoundé.

Photo 17 : Blessures d'un patient dès son arrivée à l'hôpital.



Source :HCY, 17/11/2021

Les images ci-dessus nous montrent la blessure d'un patient diabétique au niveau de son tibia lorsqu'il venait d'arriver à l'hôpital, mais sur la première image le patient se trouvait encore à la maison ce dernier nous a fait comprendre qu'il faisait des soins lui-même sur sa plaie, mais après avoir fait le constat que sa blessure ne cicatrisait pas et ne faisait que s'infecter c'est alors qu'il décide de se rendre à l'hôpital.

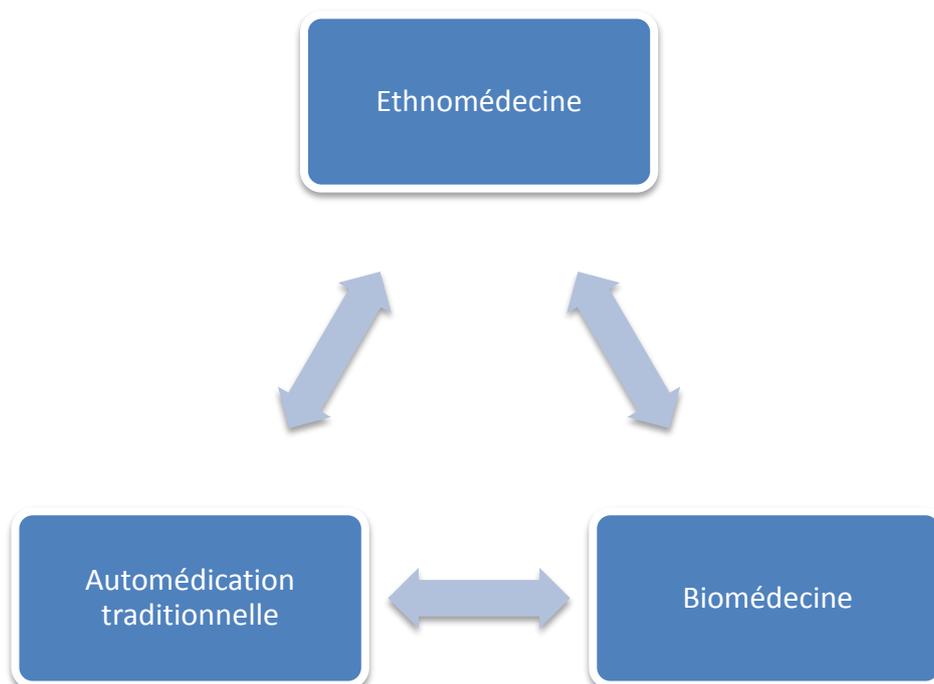
Photo18 : Blessure d'un patient après les soins à HCY.



Source : HCY, 17/11/2021

Les photos présentées nous, montrent la blessure de ce même patient pendant et après les soins, elle a été nettoyée par l'infirmière avec de l'eau oxygénée et de la Bétadine afin d'extraire toutes les cellules mortes qui se trouvaient tout autour de la blessure du patient. Et après les soins elle a oint toute cette partie avec de l'huile de palme afin que cette partie reste hydratée et que la plaie ne colle pas sur les compresses et les bandages.

Figure 8 : Schéma du recours thérapeutique d'un patient interne de L'HCY



Source : KTLL, 05/04/2022

Le schéma ci-dessus nous montre les choix thérapeutiques faites par le patient avant de se rendre à l'hôpital central de Yaoundé, nous pouvons donc dire qu'il a eu recours à la l'ethnomédecine ainsi qu'à l'automédication au même moment et à cause de son insatisfaction de ses deux trajectoires thérapeutiques qu'il se rend à l'hôpital mais cela n'a pas également empêché qu'il continue avec la médecine traditionnelle, c'est lorsqu'il arrive à l'hôpital central qu'il décide d'arrêter avec les autres thérapies.

L'écoute de ces récits de vie et l'observation des patients pendant le déroulement des actes médicaux au centre national de l'obésité de l'hôpital central de Yaoundé, révèlent que certains patients se sont fait consulter, soit par un tradithérapeute, soit un prescripteur de « proximité », Monteillet, (2005), ou soit par un professionnel de santé dans une formation sanitaire publique ou privée. D'autres par contre ont pratiqué l'automédication, l'autoconsommation médicale, ou l'auto prescription. Ces termes dérivés de « *auto* » viennent du grec qui signifie soi-même, sont particulièrement adaptées aux pratiques populaires ou diagnostiques et prescriptions sont le fait non seulement de l'entourage mais aussi du malade. L'un a fait recours à la prière.

Adopter l'une ou l'autre médecine implique de s'accommoder également à son point de vue, les différentes options qui sont à la disposition des populations les placent devant un

choix qui n'est pas sans conséquence. Du parcours thérapeutique, qu'ils vont empreinter, va dépendre son évolution et son pronostic, d'aucuns se cantonneront fidèlement à une ou l'autre manière de se soigner. Lorsque la première possibilité adoptée aura échoué ou, parfois, combinent plusieurs médecines. Pour Mbonji (2009), cette complémentarité verticale hiérarchique éclate en plusieurs scénarii qui en rendent la compréhension aisée :

- 1^{er} cas de figure : itinéraire allant de l'hôpital à la médecine traditionnelle et de la médecine traditionnelle à l'hôpital ;
- 2^{ème} cas de figure : itinéraire allant de l'hôpital à la médecine traditionnelle ;
- 3^{ème} cas de figure : itinéraire allant de la médecine traditionnelle à la médecine moderne ;
- 4^{ème} cas de figure : itinéraire allant de la médecine traditionnelle à la médecine traditionnelle ;
- 5^{ème} cas de figure : itinéraire allant de la médecine moderne à la médecine traditionnelle ;
- 6^{ème} cas de figure : itinéraire allant de la médecine traditionnelle à l'hôpital et de l'hôpital à la médecine traditionnelle ;
- 7^{ème} cas de figure : itinéraire allant de l'hôpital à la médecine traditionnelle et de la médecine traditionnelle à l'hôpital.

Il en ressort donc de notre étude que les patients diabétiques au service de diabétologie et des maladies métaboliques de l'hôpital central de Yaoundé, ont connu une mobilité thérapeutique aussi multiple que variée. Parmi les cas cités précédemment, nous avons pu ressortir trois itinéraires thérapeutiques :

- Cas 1 : Automédication traditionnelle- hôpital ;
- Cas 2 : Hôpital- prière- hôpital ;
- Cas 3 : Médecine traditionnelle- hôpital- automédication-hôpital.

Au regard de ses périples thérapeutiques, ses itinéraires se caractérisent à la fois par une succession d'étapes et d'un cumul. Dans le premier cas, notamment dès le début de leur mal, ils prennent la forme d'une alternance de recours puisés parmi les registres aussi bien traditionnels que modernes. Dans le second cas, le cumul (médecine traditionnelle, moderne, religieuse) obéit à la nécessité de multiplier les démarches thérapeutiques pour répondre à la survenue de leur problème de santé et, plus largement, à des interrogations sur l'origine de la maladie. Mais, qu'elle révèle une succession ou un cumul de recours, l'analyse des itinéraires des malades met l'accent sur des choix précis, dictés soit par l'état du malade à un moment donné, soit de la perception qu'il se faisait des causes de son mal.

4.2 - Amputation comme option et non comme moyen thérapeutique

L'amputation est définie comme étant une ablation d'un segment de membre ou d'un membre en entier lors d'une intervention chirurgicale ou d'un traumatisme Fernabdezet *al.*, (2012). La plaie du pied diabétique est une complication majeure du diabète de type 2 qui touche un quart des personnes diabétiques. Une complication redoutée du pied diabétique est l'amputation, survenant généralement en raison d'ulcères infectés ne guérissant pas Nicodème et *al.*, (2015). L'amputation est assimilée à une solution extrême et radicale, elle peut permettre de stopper des affections graves. Cette ablation d'une extrémité du corps peut être appliquée à titre préventif pour limiter la douleur et éviter l'apparition d'autres pathologies. Une complication redoutée de l'ulcère du pied diabétique. L'amputation, consécutive aux complications d'un ulcère du pied diabétique est une problématique fréquente et en augmentation. Celle-ci provoque des changements qui déclenchent un processus de transition impactant la qualité de vie sur le plan physique, social et économique. Nous avons constaté que avant l'amputation le patient n'était pas suffisamment préparé aux événements c'est pour cette raison que l'un des patients rencontré à l'hôpital central de Yaoundé nous déclare que :

lorsque j'ai été interné après les examens le médecin m'a fait comprendre que la seule solution pour mon pied était de l'amputer, je ne m'étais pas préparé à sa. Tous les jours j'avais du mal à m'endormir, la douleur était insupportable, mais curieusement le jour où j'ai subi cette amputation j'étais tellement heureux. (François Patient HCY, 23/11/2021)

D'après les propos de ce patient, nous comprenons donc que l'amputation est parfois primordiale, et même si le patient n'est pas préparé à cela il se retrouve dans l'obligation de le faire car, soit c'est juste le membre affecté qui ne sera plus présent, soit c'est le patient qui pourra perdre sa vie non seulement à cause de la douleur mais aussi à cause de la plaie du pied déjà infecté.

L'amputation peut se faire à plusieurs niveaux, comme en dessous ou au dessus du genou. Zing et *al.*, (2004) ont montré que, dans le cas d'une amputation au dessous du genou, 60% des patients amputés parviennent à se mobiliser par la suite. En revanche, lorsque l'amputation se fait au dessus du genou, c'est seulement 20% de patients qui atteignent une mobilisation adéquate Zingg et *al.*, (2014). Le niveau de l'amputation a pour but d'augmenter les chances de guérison de la fonctionnalité du membre, même si la cicatrisation peut être lente (Zingg et al, 2014). Par contre une patiente rencontrée au sein de l'hôpital central de Yaoundé nous déclare que : « *Je ne sais pas pourquoi on a trop coupé mon pied, et pourtant ce n'était pas tous mon pied qui était touché mais le médecin m'a fait comprendre que c'est*

la gangrène j'ai seulement accepté parce qu' il n'y a plus rien à faire la gangrène » (Yvette Partiente HCY, 01/11/2021).

Selon les propos de cette patiente, nous comprenons qu'elle ne savait pas à quel point sa plaie était grave et cela avait été ainsi afin sa plaie guérisse rapidement et pour qu'elle ne perde pas complètement le fonctionnement de sa jambe. Dans le même ordre d'idée une autre patiente nous affirme que : « *Le plus douloureux en ce moment pour moi n'est pas le fait d'avoir subi cette amputation, mais ce qui me dérange est le fait que malgré cette amputation on ne guérit pas du diabète c'est sa mon véritable problème » (PriscaPatiente HCY, 16/11/2023).*

D'après les propos de cette patiente, nous pouvons comprendre que, ça ne sert à rien pour un patient diabétique atteint de la plaie du pied diabétique de subir une amputation car, selon cette dernière cela fait juste partie d'un moyen de traitement du pied diabétique mais ça ne libère pas le diabète dans le corps de la personne souffrante. Ce qui signifie que pour ne plus entendre parler du diabète selon cette patiente il faut mettre sur pied un traitement qui peut complètement guérir une personne du diabète car l'amputation ne résout pas le problème du diabète dans le corps.

Malgré la prévention et un suivi rigoureux des plaies, le nombre d'amputation va croître en raison du vieillissement de la population et de la prévalence du diabète et ainsi, va engendrer de nombreuses complications sur différents plans Zingg et *al.*, (2014).

4.2.1- Causes de l'amputation

Selon les informations de terrain, une amputation est la section d'un os dans un tissu sain, elle est nécessaire lorsqu'une partie du corps malade ne peut plus guérir et que la vie du patient en est menacée. L'ulcère du pied diabétique est l'une des causes les plus courantes d'amputation de jambe ou de pied. Bien que de plus en plus de personnes atteignent un âge avancé et qu'ainsi le nombre de personnes atteintes de diabète augmente. Le diabète provoque généralement plusieurs troubles qui se renforcent mutuellement. Selon l'un des chirurgiens de l'hôpital central de Yaoundé nous avons :

4.2.1.1.1 Depot de sucre dans les nerf

Selon les données recueillies auprès du personnel de santé, le dépôt de sucre provoque une perte de sensation et empêche le patient affecté de sentir leurs fissures et leurs blessures, c'est le cas de l'une de nos patientes qui nous déclare :

je savais meme pas que je suis diabétique diabétique avant de me rendre dans cet hopital, je me suis faites une petite écochure qui ne cicatrisait pas mais elle s'ifectait seulement et s'aggravait de jourr en jour, je me suis rendu ici pour les soïins mais malheureusement pour moi le médecin me fait comprendre que je suis diabétique et que je souffre également d'une plaie diabétique (Francine, Patiente HCY, 12/12/2021).

D'après ce que cette patiente nous déclare, elle ne savait pas qu'elle souffrait de diabète et lors de notre entretien elle nous a également fait comprendre qu'elle ne sais pas à quel moment le diabète a commencé c'est à cause du fait que la blessure qu'elle s'est faite avec le couteau qui a commencé a s'aggravé et ne se cicatrisait pas qu'elle s'est retrouvé à l'hopital et c'est a compté de ce jour qu'elle a su qu'elle est diabétique. Le diabète entrave gravement la cicatrisation des plaies, L'amputation est parfois source d'incompréhension du fait que le patient n'a pas été suffisamment préparé. Certes le personnel soignant fait signer la fiche de consentement éclairé mais l'ampleur de la douleur que vit le patient fait en sorte qu'il n'a vraiment pas le choix. Nous avons aussi rencontrer des patients qui ont choisi de supporter la douleur avant d'accepter de subir une amputation, et c'est lorsqu'elle devient insupportable de jour comme de nuit qu'ils finissent par accepter que la seule solution pour leur est de subir une amputation.

Photo 19 : Pied d'une patiente qui doit subir une amputation



Source : HCY, 21/11/2021

L'image ci-dessus est celle du pied d'une patiente qui est arrivé à l'hôpital dans un état critique, elle nous a fait comprendre que, dès le départ, elle avait une petite blessure au niveau de son genou, et elle faisait des soins sur la plaie tous le temps mais elle avait également constaté qu'il y'avait des petites blessures qui apparaissait à ce niveau-là,

puisqu'elle faisait des soins elle-même et qu'elle ne voyait aucun changement elle s'est rendu dans une clinique et c'est là qu'elle se faisait suivre. Mais malheureusement le résultat n'était pas toujours satisfaisant. Lorsqu'elle s'est rendu compte que la blessure ne faisait que s'aggraver, elle s'est rendue à l'hôpital central de Yaoundé la gangrène avait déjà pris le dessus.

D'après nos sources d'information, le pied diabétique mal traité ou négligé peut mener à l'amputation, la combinaison des trois facteurs suivants mène dans la majorité des cas à la gangrène et éventuellement à l'amputation. Une part des diabétiques qui se présentent avec un ulcère au pied souffre également d'une mauvaise circulation sanguine dans les jambes, ce qui crée un manque d'apport en oxygène pour le pied, nous déclare un spécialiste de l'HCY. Le problème fera en sorte que la plaie tardera à guérir et sera plus à risque d'infection. C'est dans le même ordre d'idée qu'un autre médecin nous explique que :

Certes nous prenons la décision de faire subir une amputation à un patient lorsque nous constatons qu'il est dans un état critique nous ne l'obligeons pas à être d'accord avec nous c'est pour cette raison que nous laissons le temps au patient de réfléchir au patient et lorsqu'il se sent prêt, il est donc chargé de faire lui-même appel au chirurgien et avant de le pratiquer il est important qu'il remplisse une fiche de consentement (Médecin HCY, 07/01/2022).

D'après les propos de ce médecin, nous comprenons que, peu importe la situation dans laquelle un patient arrive à l'hôpital, c'est le patient qui a le dernier mot concernant sa prise en charge, car tant qu'il ne prend aucune décision concernant l'état de son pied ou son état de santé, les médecins ne peuvent pas réagir, ce qui signifie que, pour qu'un patient puisse subir une amputation c'est lui qui doit donner son consentement au cas contraire il continue à supporter la douleur.

4.3- Techniques de traitement de la douleur après l'amputation

La méthode utilisée à laquelle a eu recours des patients diabétiques amputés de l'hôpital central de Yaoundé, mais il est important de garder à l'esprit qu'il existe plusieurs méthodes qui ne sont pas nécessairement efficaces pour tous les patients amputés. La méthode la plus utilisée par les patients de l'hôpital central de Yaoundé est la suivante :4.3.1.3- Médication. La médication représente un traitement efficace contre la douleur (particulière la douleur chronique). Cependant, de nombreux patients diabétiques préfèrent d'abord essayés avec cette méthode.

Les anti-inflammatoires : Acétammophène (tylend), Aspirine, Ibuprofène, ces antidouleurs peuvent être administrés pour soulager la douleur neuropathique et contribuent

également à réduire l'enflure et à atténuer les douleurs de faible et de moyenne intensité. Ils ne causent pas de dépendance et sont efficace pour combattre des douleurs occasionnelles du membre fantôme.

Les médicaments appliqués sur la peau : des médicaments tels que des crèmes et de l'huile palmiste blanc peuvent être efficace. Ces médicaments agissent sur le cerveau afin d'empêcher ou d'augmenter la production de certaines substances chimiques visant à régulariser les fonctions de ce dernier. Selon les observations de terrain, il n'existe pas encore un médicament approprié pour les douleurs du pied diabétique, durant notre recherche, les médicaments que prenaient les patients diabétiques amputés de l'hôpital central de Yaoundé sont les même que celles pris par des personnes ayant des blessures non diabétiques.

Photo 20 : Anti-inflammatoire contre la douleur du pied



Source : MENDONG, 15/12/2021

Le port du membre artificiel et le fait de se mouvoir peuvent contribuer à soulager les douleurs au membre fantôme, en plus d'améliorer la circulation sanguine.

L'objectif du kinésithérapeute est d'apprendre aux patients à prendre soin de la partie amputé et d'identifier tout signe d'altération de la peau et des bandages seront réalisés sur cette partie dans le but de contrôler le volume et la forme, nous explique un kinésithérapeute rencontré à mendong. Dans les normes après une amputation, le patient doit se déplacer avec une prothèse, mais à cause du contexte socioéconomique, les patients diabétiques amputés utilisent justes des béquilles et des chaises roulantes, et pendant notre travail de terrain c'est ce que nous avons remarqué, les patients amputés qui faisaient des consultations externes utilisaient soit des béquilles pour se rendre à l'hôpital, soit une chaise roulantes mais la

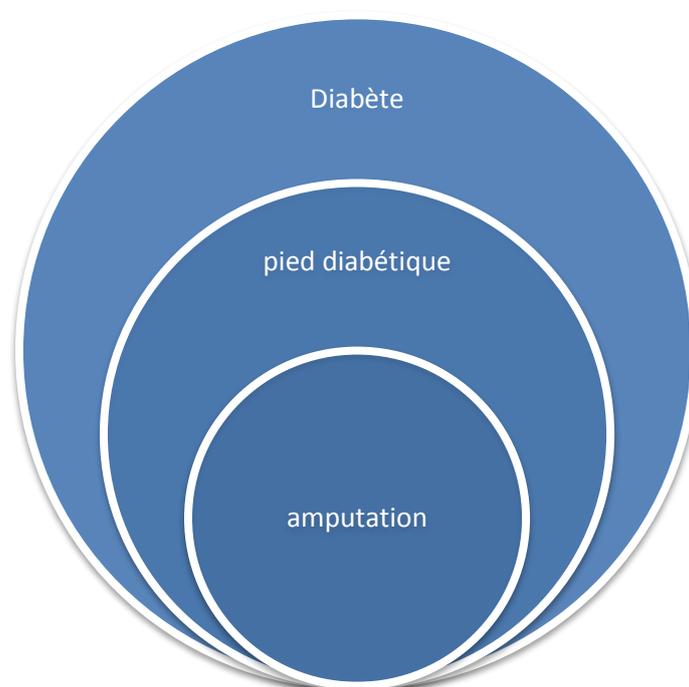
majorité des patients utilisaient des béquilles, nous n'avons pas rencontrés des patients qui utilisaient des prothèses.

Photo 21 : Anti-inflammatoire contre la douleur du pied



Source : MENDONG, 15/12/2021

Figure 9 : Schéma du processus de développement du pied diabétique



Source : KTLL, 05/04/2022

Le schéma ci-dessus nous montre comment un patient atteint de diabète quitte l'étape de diabète et fini par se retrouver au stade du pied fantôme après avoir subir une amputation.

Nous pouvons donc expliquer ce diagramme de la manière suivante, lorsque nous observons ce schéma, nous constatons que c'est lorsqu'un patient souffre du diabète qu'il peut avoir le pied diabétique qui est la complication chronique du diabète, et lorsqu'un patient souffre de la plaie du pied diabétique, s'il cette blessure est négligé ou mal traité, il va devoir subir une amputation.

4.4- Automédication

C'est une pratique rationnel destinée à prendre des médicaments pour le soin par sa connaissance propre accessible par la médecine moderne ou la médecine traditionnelle suite à une situation de référence c'est-à-dire sans prescription médicale. Selon L'OMS (2015), elle consiste : « *Dans le fait qu'un individu recourt à un médicament, de sa propre initiative ou celle d'un proche, dans le but de soigner une affection ou un symptôme qu'il a lui-même identifié, sans avoir recours à un professionnel de santé* ».

Cette définition nous renseigne que les individus qui font l'automédication se basent soit sur leurs expériences personnelles ou celles de leurs proches selon les symptômes de la maladie afin de prendre des médicaments pour son traitement sans avis médical. Pour Faizang (2012), l'automédication c'est le fait : « *De consommer de sa propre initiative un médicament sans consulter un médecin pour le cas concerné, que le médicament soit déjà en sa possession ou qu'il se procure à cet effet dans une officine ou auprès d'une personne* ».

Selon cet auteur, l'automédication se pratique sans l'avis d'un médecin, soit l'individu peut avoir des médicaments en sa possession comme il peut aller l'acheter à la pharmacie sans aucun avis. Cette pratique intervient naturellement au début du mal ressenti par les sujets. C'est ici que les premières initiatives se prennent.

Au sens littéral, l'automédication est l'acte de consommation des médicaments décider par soi-même, elle doit donc être comprise de façon beaucoup plus large que le seul usage non prescrit d'un médicament. L'un des principaux éléments qui est ressortit à cette étude anthropologique est la grande proportion d'automédication, concernant des cas des patients souffrant du pied diabétique ou pas, pour les soins de santé utilisés en premier traitement.

Nous entendons par automédications le fait d'administrer les soins à domicile, sans aide extérieure ni distinction entre le traitement par les plantes médicinales et des médicaments. Généralement, dans ce cas, les membres de la famille sont ceux qui connaissent les remèdes et savent où les trouver (dans les jardins ou dans les brousses environnantes) et ce sont eux qui savent les préparer et les administrer à la personne souffrante. Assez rarement ils

se rendent chez les thérapeutes traditionnels de la zone ou chez les herboriste. C'est ainsi que l'une des gardes malade nous à déclaré que :

Lorsque mon papa n'était pas encore interné et ne souffrait pas de la blessure du pied diabétique, pour sa phase d'entretien, je préparais les feuilles de corossols et les feuilles de manguier pour baisser sa tension et pour réguler son taux de glycémie et cela marchait parfaitement bien (Célestin, Garde malade HCY, 16/11/2021).

Photo 21 : Feuilles de corossols pour réguler la glycémie



Source : MENDONG, 15/05/20222

D'après les affirmations de cette garde malade, nous pouvons donc faire le constat que chez certains patients diabétiques il y'a des infusions qui sont véritable efficace pour leur hygiène de vie quotidienne afin d'éviter de se retrouver tous le temps à l'hôpital à cause de multiple malaise.

Il s'agit sur cette photographie des feuilles de corossols, qui servent à stabiliser le taux de glycémie, surtout lorsqu'elles sont mélangés avec les feuilles de mangue, ce mélange permet dont à une personne souffrante de diabète de régulariser son taux de glycémie au quotidien.

Photo 22 : Feuilles de mangue pour réguler la glycémie



Source : MENDONG, 15/05/2022

Suite à la déclaration de cette garde malade, qui nous fait comprendre qu'avant l'hospitalisation de son père, elle faisait de petite tisane pour son entretien quotidien, et elle nous a également expliquée que, ce traitement fonctionne à merveille et il est efficace bien qu'il n'était pas moderne.

Selon les données issues du terrain, pendant la maladie, le patient devient casanier de ses proches qui prennent la peine de prendre soin de lui durant les premiers jours c'est-à-dire à l'apparition des premiers symptômes et ils observent si le mal dont il souffre a cessé d'évoluer. Mais lorsque la maladie persiste, ou que l'état du patient prend de l'ampleur, la famille cherche aussitôt une aide extérieur. L'automédication est une pratique répandue de par le monde et concerne toutes les classes sociales et tous les catégories, ses raisons sont multiples, allant de la connaissances de ses maux aux besoin d'économie en passant par l'échec de la relation thérapeutique. L'un des principaux éléments ressortit de cette étude est la grande proportion d'automédication, concernant des cas de diabétique atteint ou non atteint de la plaie du pied, pour les soins de santé utilisés en premier traitement. C'est ainsi qu'un patient nous affirme que :

Pour éviter un certains nombre de malaise j'utilise cette coupe, moi particulièrement je l'appelle le gobelet des diabétiques et ce récipient m'aide à éviter d'être à l'hôpital tout le temps, car il joue un rôle très important il suffit juste de mettre de l'eau à l'intérieur et attendre quelques minutes avant de le consommer et je le conseil également à d'autres patients diabétiques (Frédéric, Patient HCY, 12/12/2021).

D'après les propos de ce patient, nous pouvons comprendre qu'il est important pour chaque patient souffrant du diabète d'utiliser ce gobelet, parce qu'il joue un rôle important dans l'organisme et cela permet également au patient d'éviter un certain nombre de malaises. Selon ce que ce patient nous a fait comprendre est que ce récipient qu'il appelle le gobelet des diabétiques est fait à base de zinc, et cela permet de nettoyer l'organisme du patient d'éviter les baisses de glycémie pour ne citer ceux-là, et il conseille également les personnes qui souffrent du diabète de se le procurer afin d'éviter de se rendre à l'hôpital tout le temps à cause des malaises et de la fatigue. Bien que c'est coûteux il est très efficace nous affirme ce patient, et d'après ces propos il pense que c'est peut-être à partir du zinc qu'on peut mettre sur pied un médicament pour traiter le diabète.

Photo 23 : Gobelet du diabétique permettant d'éviter des malaises



Source : HCY, 20/11/2021

La médecine moderne est globalement taxée, par les patients de l'hôpital central de Yaoundé d'être inefficace dans la lutte contre le diabète et même du pied diabétique. C'est pourquoi il n'hésite pas à y placer leur confiance, malgré d'importants inconvénients pratiques et psychologiques tels que les effets secondaires, la durée du traitement qui est à vie, ainsi que l'étrangeté du milieu hospitalier. Dans ce cas, les médicaments bénéficient d'une bonne image. Quand ils ont une fois fait leurs preuves, ils sont considérés du coup comme bons et puissants.

Cette étude montre l'importance de l'automédication traditionnelle dans le traitement du diabète et du pied diabétique, y compris les cas graves. Les patients préfèrent une autothérapie à domicile, entourés de leurs proches, plutôt que de solliciter une aide extérieure (soit un thérapeute traditionnel, soit un médecin). L'on est tenté de croire que cette mentalité poserait un problème lié à l'évolution de la maladie. En effet, les médicaments sont pris sans avis ou diagnostic préalable d'un médecin. Aussi, les doses et les durées ne sont pas arbitraires, c'est un point sur lequel il faut s'appesantir en cas de lutte contre le pied diabétique. L'on adapte alors les actions aux habitudes de vie de la population, cependant, en comparaison avec le traitement chez le thérapeute traditionnel ou le centre de santé, l'automédication traditionnelle paraît affecter significativement l'évolution des malades diabétiques.

Le fait que les patients puissent acheter librement des écorces ou des plantes médicinales, y compris des comprimés sur les marchés en plein air, à des prix parfois exorbitants, sans avoir reçu de véritables consignes concernant la posologie, cela accroît le taux de multirésistance ; d'où cette affirmation de Boguefeu (2008) :

Contrairement à l'automédication traditionnelle qui peut tout au plus retarder l'échéance d'un diagnostic approprié à la maladie, l'automédication moderne peut être à l'origine de nouveaux maux et peut également causer la pharmacorésistance car même si le médicament est compatible, la posologie n'est toujours pas respectée.

En effet, une multitude d'autres facteurs tant psychologiques que culturels ou économiques sont à même d'influencer le comportement des patients vis-à-vis de cette pratique. L'automédication peut apporter de bons résultats autant que des problèmes, d'un point de vue physiologique, elle peut soulager ou provoquer des effets secondaires divers et d'un point de vue comportemental, elle peut soulager ou provoquer d'autres malaises. Elle peut induire de mauvaises habitudes comme l'interruption des traitements prescrits ou encore l'allongement des délais avant la consultation.

4.4- Aspect de complémentarité des itinéraires thérapeutiques

Comme nous l'avons défini précédemment, l'itinéraire thérapeutique est la succession des recours aux soins depuis le début jusqu'à la fin de la maladie. Lorsque nous parlons d'aspect de complémentarité, nous ne parlons donc pas simplement de moyens thérapeutiques complémentaires, des techniques qui viendraient compléter celles qui sont utilisées habituellement par le médecin. Nous parlons d'une démarche qui comporte son propre

diagnostic avant de proposer son propre traitement. Les médecines complémentaires font l'objet d'un choix de la part des patients et cela mérite aussi d'être souligné, nous pouvons toujours mettre en valeur l'autonomie du patient en éthique médicale, mais cela ne masque pas le fait que la maladie Rossie,(2016). Plus l'automédication est généralement décrite comme une pratique individuelle, voire intime relevant du sujet.

Dans leurs perceptions, les patients diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé souffrants de la plaie du pied se retrouvent en quelque sorte privés de la liberté de faire, d'agir comme les autres, en particulier concernant les pratiques alimentaires. Le diabète est à cet effet perçu par nombreux d'entre ses patients comme étant une maladie très compliquée, une, maladie gênante et qui constitue une limite à leur mode de vie du fait des frustrations qu'engendre la modification des habitudes alimentaires, notamment la suppression de certains aliments dont la consommation est prisée, c'est pourquoi l'un de nos participants nous fait comprendre que : *« Le diabète est une tueuse qui rend l'homme ridicule avant de lui donner le coup de grace, cette maladie prive l'homme de tout, le travail, les sorties tout sans aucune exception même de son épouse »* (Martin Patient HCY, 12/12/2021).

Ce patient nous fait comprendre la raison qui amène certains patients à se tourner vers d'autres moyens de traitement afin de pouvoir trouver une stabilité sanitaire. Ce patient nous a également fait comprendre qu'il a consommé des tisanes faites à base des feuilles de corosses, des feuilles de manguiers, juste pour faire baisser sa tension. Les patients recherchent dans les pratiques traditionnelles une prise en charge qui améliore le confort, en limitant par exemple les effets secondaires ou certains malaises aux traitements classiques. La biomédecine travaille et progresse par distinction et isolement des phénomènes qui sont d'autant plus accessibles à une action thérapeutique qu'ils sont distincts et aussi simple que possible et ceci aboutit à une représentation très objective de la maladie, mais le patient est habité par d'autres représentations. La médecine, c'est ce qui est pratiqué par un docteur en médecine. Et dans la plupart des législations, ceci est équivalent à l'énoncé d'un diagnostic et la prescription d'un traitement, encore que cela s'impose à la conscience du patient, et d'une certaine manière décide à la place du patient. La pratique de la biomédecine accentue encore cela, par l'intégration du patient dans des processus qu'il ne maîtrise pas.

Les patients construisent leur itinéraires thérapeutiques personnels en y faisant cohabiter des consultations médicales de haute technicité et des démarches thérapeutiques relevant d'un tout autre univers. L'un des patients nous affirme à cet effet que :

Je viens régulièrement dans cet hôpital pour me faire consulter et je respecte également tous mes rendez-vous, mais cela ne m'empêche pas de me tourner vers d'autres traitements pour pouvoir me sentir mieux, le médecin nous interdit la prise des remèdes indigènes et pourtant j'ai essayé cela et sa m'a beaucoup aidé à réguler ma glycémie et depuis que je prends des médicaments faites à bases d'écorce de manhue je n'ai pas encore subir d'effet indésirable mais au contraire sa m'aide beaucoup (Simon patient HCY, 04/01/2022).

D'après les propos de ce patient, c'est grâce à la préparation de certaines plantes et écorce qu'il n'a pas de problème d'augmentation de glycémie ainsi que de tension malgré l'interdiction des médecins car cette préparation concourt à son bien être, mais cela ne l'empêche pas de se rendre à l'hôpital tout le temps pour se faire consulter.

Au plan des méthodes, des fondements, des modes de raisonnements, ces thérapeutiques sont le plus souvent alternatives par rapport à la biomédecine et à sa façon de penser. Ce ne sont pas les échecs de la biomédecine, ou la rupture d'une relation thérapeutique qui amènent le patient à se tourner vers les médecines complémentaires. Mais aujourd'hui, nous assistons à une complémentarité qui indique que le patient considère que chacune de ses pratiques lui apporte quelque chose de spécifique. Comme le disait l'une des sœurs du malade : « *Les thérapies sont complémentaires, ce que nous recherchons, c'est la guérison donc on frappe à toutes les portes, nous ne cherchons pas à savoir si cette blessure est quelque chose de normal ou pas mais ce qui compte le plus c'est la guérison* » (Mireille garde malade HCY, 23/11/2021)

Selon la déclaration de cette proche, nous pouvons comprendre que le plus important est de rechercher la guérison par n'importe quel moyen et le type de traitement importe peu, parce que selon elle d'une manière ou d'une autre toutes ses thérapies se complètent.

Bien que les mêmes termes soient employés du côté du médecin, la maladie se présente à lui comme une réalité qui lui est extérieure et qui le met en demeure de trouver une solution, elle est un problème. Il est donc de son devoir de l'aborder en privilégiant les aspects de la maladie qui seront les plus utiles à la recherche de cette solution. La majorité des patients de la médecine traditionnelle apparaît comme faisant cela non pas du fait d'une insatisfaction à l'égard de la médecine conventionnelle mais plus largement parce qu'ils estiment que ces traitements alternatifs sont plus cohérents avec leurs propres valeurs.

Photo 24: Patient ayant pratiqué l'automédication



Source : HCY, 05/12/2021

L'image précédente est la jambe d'un patient diabétique que nous avons rencontré à l'hôpital central de Yaoundé, ce dernier a été victime d'un accident, après cet accident il a eu des déchirures à ce niveau que nous observons de sa jambe, et comme il est diabétique la blessure ne se cicatrisait pas. Les points de sutures ont commencés a lâché et le sang ne circulait plus normalement à cet endroit-là, c'est pour cette raison que cette partie la a commencé à prendre la couleur noir, mais avant de se rendre à l'hôpital, ce patient nous explique qu'il prenait toutes sortes d'écorce que ses proches lui proposait même s'il ne savait pas à base de quoi ses boisons la avait été fait parce que son seul soucis était de retrouvé la guérison, mais comme nous pouvons le constaté sur l'image présente aucun changement n'a été faite à cet effet et l'option finale a été de se rendre dans un centre spécialisé pour les diabétiques qui souffrent de blessure.

Les croyances et orientations philosophiques à propos de la santé et de la vie Astin, (1998). Nous pouvons conclure de ce qui précède de ce chapitre que, la prière de guérison, l'automédication, ainsi que le recours aux médecines traditionnelles ne détournent pas les patients diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé des structures de santé moderne, spécialement en cas de diabète. Toutefois il faut noter que dans certains cas la prière accompagne les autres recours d'une manière permanente et dans une perspective complémentaire. Elle est soit individuelle, soit collective. Les itinéraires thérapeutiques des

patients restent complexes, atypique, dominé par un recours important à l'automédication et secondairement à formation sanitaires médicalisées. L'adhésion du patient au traitement est donc un phénomène qui repose sur un certain nombre de facteurs qui incluent leur contexte social et culturel.

CHAPITRE V :
ADAPTATION AVEC UNE AMPUTATION RESULTANT DU PIED
DIABETIQUE

Le chapitre 5 se propose de donner les significations ou les sens des données que nous avons collectées sur le terrain avec l'appui des théories retenues à cet effet. Les éléments retenus qui feront l'objet de cette interprétation sont choisis dans les théories qui sont des concepts ou des théories.

5.1- Interprétation culturelle du diabète et du pied diabétique par les patients

Il s'agit ici de rendre compte de l'interprétation de ce phénomène culturel par les patients diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé, montrer que ce phénomène est la résultante d'une agrégation d'action des patients de cet hôpital, saisir le sens des actions des patients diabétiques et enfin donner les raisons pour lesquelles ils agissent de la sorte.

5.1.1- Signification du terme diabète et pied diabétique par les patients de l'hôpital central de Yaoundé

Le patient est porteur d'un système de valeurs qui l'identifie, le distingue et/ou le rapproche des autres membres de sa communauté, il est à cet effet l'unique interprète de sa maladie et il est également le seul à donner le sens de ce dont il souffre. Durant nos recherches sur le terrain, nos enquêtes ont relevé que, chaque patient que nous avons rencontré a identifié sa maladie par un nom qui lui est spécifique. Dans le cadre de la recherche à l'hôpital central de Yaoundé, plusieurs significations de cette maladie ont été connues.

5.1.1.1- Signification du mot diabète par les patients de l'hôpital central de Yaoundé

Le diabète est une maladie absente dans le registre des maladies traditionnelles Africaines. De ce fait, il n'existe pas vraiment une appellation locale de cette maladie par les patients du centre national d'obésité de l'hôpital central de Yaoundé en particulier. L'interprétation culturelle de Geertz (1973), part du principe que les faits étudiés ne peuvent être détachés de ce que les individus en pensent, de la signification qu'ils leur donnent. Mais les significations, les conduites et les discours, que l'on cherche à comprendre ne sont pas les motivations subjectives et personnelles des individus. Ce sont des connaissances, des représentations, des règles et des attentes que la culture met à la disposition des individus pour leur permettre de donner un sens à leurs actions, pour expliquer et décrire le monde mais aussi agir, produire quelque chose. Ces significations n'appartiennent pas en propre aux individus même si elles sont largement intégrées et incorporées par ces derniers.

Interpréter une conduite ou un discours consiste à rendre clair ce qu'il sous-entend ou présuppose Taylor, (1985), à rendre explicite les significations (connaissances,

représentations, règles et attentes), implicites dans la conduite et le discours que l'individu prend pour acquiescer mais il a besoin pour mieux comprendre ce qui se passe ou ce qui se dit, l'interprétation doit à cet effet pouvoir rendre compte des incompréhensions. Pour Geertz (1973), la culture,

C'est moins un ensemble de coutumes et d'institutions, que d'interprétations que les membres d'une société donnent de leur expérience de constructions qu'ils édifient par-dessus les éléments qu'ils vivent, il ne s'agit pas seulement de comprendre comment les gens se comportent, mais comment ils voient les choses.

Selon les analyses des données que nous avons collectées, il ressort cependant que, à l'hôpital central de Yaoundé, plus précisément au centre national d'obésité, nous avons rencontré des patients qui viennent de plusieurs horizons et qui ne possèdent pas une appellation exacte du mot « diabète ». C'est ainsi que certains patients ont pu nous donner une appellation en fonction des symptômes biomédicaux de la maladie. Ils appellent le diabète de diverses façons :

Le terme « *ya suca* » chez les Bamoun de l'Ouest Cameroun signifie, « la maladie du sucre », il a été appelé ainsi par un patient que nous avons rencontré au sein de l'hôpital central de Yaoundé, il nous fait comprendre que le diabète est appelé ainsi en sa langue locale tout simplement parce que c'est une maladie causée par le sucre c'est-à-dire que c'est un excès de sucre dans le sang ou plus précisément dans le corps. Pour une autre appellation qui renvoie également au même terme en français du mot « diabète » est « *kwo'o suca* », appellation venant chez les Balleveing de l'ouest Cameroun signifie « maladie du sucre », notre participant nous a fait comprendre que le sucre est l'unique cause du diabète et qui détruit comme un poison lent, c'est-à-dire que le diabète est une maladie causée par l'excès de sucre dans le sang. En effet, les patients interprètent et agissent face à la maladie en fonction du sens qui lui attribuent, le terme « *kwalnico'o* », à l'Est du Cameroun signifie « la maladie du coup de sucre » appeler de cette façon par l'un des patients de l'hôpital central de Yaoundé, parce que selon lui le sucre a totalement empoisonné son organisme et c'est ce qui à créer le diabète dans son corps. Ainsi, le diabète ne se limite pas seulement à la simple interprétation qui est la maladie du sucre d'après les différents diagnostics de l'hôpital, mais possède également une autre interprétation selon nos participants.

Le terme « diabète » a également été interprété par les patients de l'hôpital central de Yaoundé comme étant la « maladie des riches ».

Par ailleurs la « maladie des pauvres » a été donnée par l'une de nos participantes pour désigner le terme « diabète ».

D'après les propos de certains informateurs de l'hôpital central de Yaoundé, le fait de mal se nourrir peut causer le diabète, mais lorsqu'il n'y a pas suffisamment de moyen pour suivre un régime alimentaire adéquate elle fait avec ce qui se présente à elle. Ce qui nous amène comprendre que le statut social joue un rôle sur la santé.

De ces différentes appellations, nous pouvons faire le constat que la majorité de patient estime que le maïs, les céréales, ainsi que plusieurs aliments renfermant du glucose comme les aliments contenant du sucre sont à l'origine du diabète et uniquement à la consommation du sucre, des boissons sucrées. D'où dans certaines langues locales cette maladie est littéralement traduite par « la maladie du sucre ». Malgré que certains se limite au statut social pour pouvoir donner une interprétation à cette maladie.

5.1.1.2- Signification du terme pied diabétique par les patients

Pour Geertz (1973), la culture est loin d'être une construction psychologique abstraite, au contraire la culture se révèle dans les actions de l'individu et dans son interprétation et leur signification. La culture est dans ce sens concrète et non quelque chose qui existe déjà dans l'esprit individuel. La thick description chez Geertz ne se limite pas seulement à l'observation, mais sur ce vers quoi doit tendre à l'analyse culturelle c'est-à-dire la mise à jour d'une pluralité de « couches de significations » sans toutefois passer par l'observation behavioriste le « fait brute », alors que c'est un préalable chez Ryle (1998), et dans ce sens elle se rapporte de l'interprétation profonde. La culture est incarnée dans la personne qui agit à partir d'un certain contexte, pendant notre recherche, nous n'avons pas pu avoir une signification du pied diabétique liée à une communauté précise, car les patients diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé n'arrivaient pas à faire une traduction exacte de ce terme, même lorsqu'ils qu'ils essayaient de le lier au diabète et de pouvoir faire le mot à mot de ce terme et cela nous a donné des significations suivantes :

Le terme « pied diabétique », signifie pour moi une blessure causée par le diabète » nous déclare une de nos participantes de l'hôpital central de Yaoundé dans les propos suivants :

Depuis que je souffre du diabète je sais que c'est une maladie causée par le sucre et lorsqu'on m'avait diagnostiqué diabétique les médecins m'ont fait comprendre que c'est le taux de glucose élevé dans mon organisme et pour moi je pense que cette blessure dont je souffre est tout simplement causé par le diabète parce que

c'est lorsqu'une personne est diabétique qu'il souffre de ce genre de blessure » (Elyse, patiente HCY, 05/12/2021).

Du propos de cette patiente, nous nous sommes rendu compte à quel point il est difficile pour les patients diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé de trouver une signification locale, du mot pied diabétique parce qu'ils n'y arrivaient pas, nous comprenons donc que pour cette patiente le pied diabétique est lié au diabète et d'après sa déclaration nous pouvons constater que c'est le diabète qui cause le pied diabétique. Dans le même sens, le garde malade nous affirme également dans ses propos que le terme « pied diabétique » signifie « une blessure qui met du temps à cicatriser », dans sa déclaration elle nous fait comprendre que :

Lorsqu'une personne souffre de diabète, elle est exposée à tout type d'infection et si cette personne ne fait pas attention elle aura beaucoup de problème, le diabète est une maladie qu'il faut prendre au sérieux afin d'éviter les blessures car la blessure du diabétique met assez de temps avant de se cicatriser. (Lyse, garde malade HCY, 05/12/2021)

Cette déclaration nous amène encore à comprendre que le pied diabétique est un terme difficile à donner une signification locale c'est pourquoi nos participantes ne se limitent qu'à la signification du diabète pour pouvoir essayer de donner au terme « pied diabétique » une signification. Une autre signification du terme « pied diabétique » donnée par un autre patient de l'HCY, ce terme signifie « blessure inguérissable » c'est-à-dire une blessure qui ne cicatrise pas ou qui met du temps avant de se cicatriser.

A côté de ces arguments développés ci-dessus, les informateurs rencontrés sur le terrain de l'enquête ne manquent pas de souligner qu'ils ne savent pas s'il existe la signification du pied diabétique dans leur langue locale, d'aucun se limite sur les symptômes cliniques pour donner une signification à ce terme, par contre d'autre ne parvient pas à donner une signification simple de ce terme.

Parmi les différentes significations du diabète que nous avons eu, les patients ont essayé de faire le mot à mot et ce sont limités sur le fait que le diabète est la maladie du sucre tout en se basant sur les symptômes cliniques donnés par l'analyse des examens biomédicaux.

En définitive, il convient que la théorie culturelle interprétative de Geertz (1973), impose description et interprétation, c'est pourquoi il a mis sur pied deux types de description en ce qui concerne la théorie de l'interprétation culturelle notamment la thick description et la thin description. La thick description encore appelée « description dense », est l'introduction d'un recueil d'article paru en 1973 dans laquelle il définit l'activité ethnographique du

chercheur. C'est dans le travail de terrain que les principes herméneutiques prennent tout leur sens. Chez Ryle (1973), la *thick description* relève des faits observables en de dehors de toute information contextuelle et la seconde à un niveau logique supérieur renvoie à une information enrichie d'éléments conceptuels. Entre ces deux descriptions vient se loger l'activité de l'anthropologue qui exhume une hiérarchie stratifiée de structure signifiantes. Par contre Geertz (1973), tirecette pratique vers le modèle de la confusion des langues, sans toutefois renoncer à une hiérarchie de significations. La *thick description* s'enfonce dans les méandres de la subjectivité ou de l'intime, la profondeur n'est pas de cet ordre. A ce propos Ricoeur (1986) écrit : on peut parler avec Clifford Geertz de médiation symbolique pour souligner le caractère d'emblée public, non seulement de l'expression des désirs individuels.

Au regard de préoccupation théorique, les résultats ethnographiques montrent en effet que, c'est à partir de la signification de la maladie donnée par le patient lui-même qu'il se permet de trouver une interprétation à cela afin de choisir la trajectoire thérapeutique vers laquelle il doit avoir recours. Les patients diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé interprètent et agissent face à la blessure du pied diabétique en fonction de la signification qu'ils lui attribuent, l'interprétation culturelle guide les patients dans la façon de nommer et définir les différents aspects de la réalité. Le besoin naturel d'apporter des explications aux phénomènes vécus et de trouver les causes du malheur dont est victime un patient est universel et propre à sa nature.

En effet l'interprétation culturelle, domine dans la codification de l'action sociale dans laquelle l'action des individus prend place. Dans ce cas, seul les individus existent et sont maîtres de leur destiné ainsi que dans les solutions qu'ils donnent à leur problème. Ces arguments présentés permettent de justifier les prises de position et les comportements des patients diabétiques du centre national d'obésité de l'hôpital central de Yaoundé qui souffrent de la plaie du pied diabétique. C'est dans ce sens que lorsque Moliner (1996), souligne que la prise de position c'est « *adopter ou rejeter une opinion, sur la base de ce que l'on pense être bien ou mal, bon ou mauvais en fonction des valeurs dominantes d'un champ social donné* », la position rend compte des actions sociales de chaque patient.

5.2- Gestion de la douleur

La douleur est un mécanisme de sécurité naturel qui permet de limiter les blessures corporelles, c'est une expérience subjective et personnelle. C'est également une expérience sensorielle et émotionnelle désagréable, associée à une lésion tissulaire réelle, potentielle ou

décrite en des termes évoquant une telle lésion (international association for the study of pain, 1982). La douleur est une affection définie par l'OMS (2004) de la manière suivante : « *la douleur est une expérience subjective et émotionnelle désagréable associée aux dommages tissulaires présents ou potentiels, ou décrits en termes d'un tel dommage.* » Elle est donc ce que le patient qui est souffrant dit qu'il est, la douleur est un syndrome multidimensionnel, lorsqu'elle est exprimée quelles que soient sa topographie et son intensité, persiste ou récurrente au-delà de ce qui est habituel pour la cause initiale présumée, répond insuffisamment au traitement ou entraîne une détérioration significative et progressive des capacités fonctionnelles et relationnelles du patient.

Les raisons évoquées par les informateurs qui justifient leurs actions est le fait que les infirmières ne prennent pas en considération la douleur des patients, car ce sont des personnes âgées et lorsqu'elles leur font des soins et ne tiennent pas compte de la douleur qu'ils peuvent ressentir mais font juste leur travail. La douleur est un problème fréquent pour les patients diabétiques, même si le personnel soignant nous en parle peu, en dépit de l'impact considérable qu'elle exerce sur la vie des patients ainsi que de leurs proches. Selon l'âge des patients les sensations peuvent avoir des effets différents et cette douleur est plus fréquente chez des patients plus âgés. Le principal défi que doivent surmonter ces patients est de s'adapter à cette douleur qui persiste et aux conséquences de celle-ci, défi très souvent difficile à relever à cause de la souffrance qu'entraîne le fait de vivre avec une douleur pareille. Ces douleurs affectent tous les aspects de la vie des patients surtout ceux qui sont les plus âgés et entraînent très souvent un déséquilibre au niveau psychologique.

La douleur de cette amputation est tellement intense si bien que je n'arrive pas à dormir de jour comme de nuit, parce que j'ai toujours l'impression que le membre amputé est présent et pourtant ce n'est plus le cas, parfois même je veux essayer de me lever pour marcher et c'est après que je fais la remarque que mon pied n'est plus là mais je ressens encore sa présence (Robert patient HCY, 07/12/2021).

D'après les affirmations de ce patient, nous pouvons donc comprendre que, en dehors de douleurs causées par la plaie du pied diabétique, même après l'amputation le patient souffre toujours malgré le fait que l'intensité de la douleur ne soit pas similaire à celle de la plaie mais nous pouvons constater que, avant et après l'amputation le patient se plaint du manque de sommeil à cause de la douleur. Nous comprenons à cet effet que la douleur en tant que perception est une expérience subjective, intime et personnelle.

De nombreuses études ont montré l'importance des facteurs psychosociaux dans la pérennisation douloureuse Vlaeyen et Linton (2000).

La gestion de la douleur est un problème sous-jacent et parfois nous ne nous rendons pas compte qu'une personne éprouve la douleur individuelle Peters et *al.*, (2015). C'est ainsi que l'un de nos participants déclare que :

La douleur de cette blessure est inexplicable, parce qu'elle n'est pas similaire à d'autres douleurs, c'est pourquoi je suis le seul à savoir ce que je vis en ce moment, ma famille pourra se sentir mal face à ma douleur, mais je suis le seul à le ressentir et je ne peux pas vraiment expliquer ce que je ressens (Rigobert patient HCY, 23/11/2021).

D'après les propos de ce patient, nous comprenons que, la douleur de la plaie du pied diabétique est différente de celle des personnes qui ne souffrent pas du diabète. La douleur est souvent mal gérée par la majorité des patients diabétiques. La gestion de la douleur peut être considérée comme une question secondaire, pas de protocole disponible pour la gestion de la douleur, la douleur est un symptôme courant, c'est en fait la principale préoccupation de la majorité des patients diabétiques souffrants de la plaie du pied diabétique à l'hôpital central de Yaoundé. Un patient nous déclare alors à cet effet que :

Lorsque les infirmières nous font des soins, elles ne prennent pas en compte ce que nous pouvons ressentir, lorsqu'elles nettoient nos blessures, une personne comme moi je suis déjà âgé et ce n'est pas facile pour parce que je n'arrive pas supporter cette douleur et c'est ma tension qui augmente à chaque soin donc c'est vraiment très pénible pour moi. (Calvin patient HCY, 16/11/2021).

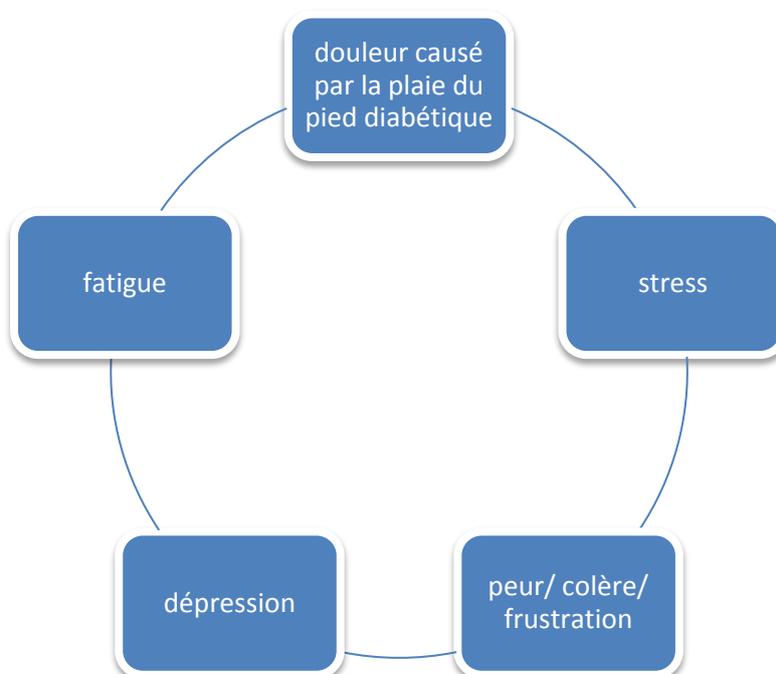
D'après la déclaration de ce patient, lorsque le patient est âgé, il n'est pas évident pour ce dernier de supporter la douleur de cette blessure que ce soit avant ou après les soins il en souffre énormément, et pour cette raison, les infirmières doivent prendre cela en considération tout en respectant la douleur de chaque patient surtout ceux qui sont âgés. En fait, la douleur est dangereuse pour les patients diabétiques souffrants de la plaie du pied diabétique, surtout parce qu'elle peut faire peur aux patients, par peur de causer des dommages permanents. La douleur est un phénomène complexe, car, il est important de comprendre qu'une seule stratégie de la gestion de la douleur ne suffira pas nécessairement à fournir un soulagement maximal de la personne souffrante. Pour de nombreux patients diabétiques souffrants de cette plaie au sein de l'hôpital central de Yaoundé, le quotidien est ponctué d'une alternance entre de « bonne journée » et de « mauvaise journée », voire entre de « bonnes périodes » et de « mauvaises périodes » dans une même journée. Cela peut se produire facilement, si un patient passe une bonne journée, et qu'il n'éprouve pas beaucoup de douleur, il peut essayer d'être souriant et surtout être de bonne humeur envers le personnel soignant. Pour certains patients pour gérer la douleur, ils gèrent le stress, ils prennent des mesures pour améliorer leur situation contrairement à d'autres patients qui ne ressentent que

de la culpabilité. C'est pour cette raison qu'un patient nous affirme que : « *Dans ce genre de situation, il est souvent préférable de viser une attitude positive la tristesse le fait de se replier sur soit même ne servira à rien car cela ne pourra pas faire revenir notre jambe, raison pour laquelle je me bats à garder une attitude positive* » (Tanga, patient HCY, 23/11/2021).

D'après l'affirmation de ce patient, nous pouvons comprendre qu'il est important pour un patient diabétique souffrant de la blessure du pied diabétique ou qui vient de subir une amputation d'être réaliste plutôt que de s'apitoyer sur sa situation, car il est important de prendre sa santé en main. Dans le même ordre d'idée, Allaz (2003) déclare que les facteurs psychologiques et comportementaux agissent comme étant des facteurs vulnérables de maintien ou d'amplification du processus douloureux. Des propos de cet auteur, la douleur n'affecte pas un individu uniquement sur le plan physique, mais le comportement de l'individu ainsi que son état psychologique affectent également son état.

A côté des arguments développés ci-dessus, les patients que nous avons rencontrés sur le terrain pendant la recherche ne manquent pas le fait de souligner que le personnel de santé et particulièrement les aides-soignantes ainsi que les infirmières ne prennent pas en compte leur douleur, mais selon ces derniers elles remplissent seulement les formalités et attendent de toucher leur salaire.

Figure 10: Schéma du cycle de la douleur des patients diabétiques de l'HCY



Source : KTLL, 30/03/2022

Lorsque nous observons le schéma du cycle de la douleur, celui-ci peut nous laisser une impression assez lugubre, mais il faut voir le bon côté des choses. En effet, chaque interaction peut être inversée ou interrompue. Le cerveau peut envoyer des signes qui modifient la façon dont le patient perçoit la douleur, l'activité physique ainsi que les techniques de relaxation peuvent favoriser la sécrétion de certains éléments chimiques dans le corps du patient. Comme nous pouvons le constater en regardant le schéma du cycle de la douleur chez les patients diabétiques de l'HCY, la fatigue, le stress et la dépression sont étroitement liés à la douleur.

5.2- Etat psychologique des patients diabétiques du CNO

De nos jours, le taux de prévalence du diabète ne cesse d'accroître d'année en année. A l'heure actuelle, L'OMS (2004), estime que 347 millions de personnes sont atteintes de diabète dans le monde. Le diabète de type 2 ne doit donc pas être pris à la légère puisqu'il pourrait devenir, d'ici 2030, la septième cause de décès chez l'homme. Mal traité ou mal diagnostiqué, le diabète peut être à l'origine de complication sévères pouvant aller jusqu'à l'amputation, cet acte est pris en considération en cas d'extrême nécessité, c'est-à-dire quand l'amputation est la seule issue possible pour pallier aux graves conséquences du diabète. Cette amputation ajoute à ces problèmes une nouvelle pathologie ainsi que des épisodes de dépression dues à une période difficile d'acceptation de la perte d'une partie de soi et d'un degré d'autonomie. La perception qu'a un individu de sa place dans l'existence, dans le contexte de la culture et du système de valeurs dans lequel il vit, en relation avec ses objectifs, ses attentes, ses normes et ses inquiétudes. C'est un concept très large qui peut être influencé de manière complexe par la santé physique du sujet, de son état psychologique et son niveau d'indépendance, ses relations sociales et sa relation aux éléments essentiels de son environnement. Elle est donc un concept pluriel qui se décompose en quatre catégories (Leplege, 1999, HAS, 2018) :

L'état physique : intègre les notions de capacités fonctionnelles, vitalité, douleurs corporelles, ainsi que la fatigabilité ; L'état psychologique : regroupe les émotions, les états affectifs positifs et négatifs tels que l'anxiété et la dépression, le développement personnel et la réalisation de soi ; le statut social : se définir au travers des interactions sociales, ainsi que des relations entretenues avec les différentes sphères (familiales, amicale et professionnelle) ; le bien-être matériel et le statut économique.

L'amputation confronte le patient à l'immense choc psychologique provoqué par l'amputation elle-même, de par l'altération de l'image de soi qu'elle constitue et aux

conséquences qui en découle c'est-à-dire une incapacité qui n'est plus récupérable, mais seulement compensable.

5.2.1- Conséquences de l'amputation sur les patients diabétiques

L'amputation entraîne une atteinte du schéma corporel et de l'image de soi avec toutes les répercussions bio psycho-sociales qu'elle engendre. L'amputation détériore de façon considérable la qualité de vie des patients. Chez les patients amputés, les taux de morbidité et de mortalité sont plus élevés qu'au sein de la population générale. Il est important de noter qu'un an après l'amputation, le taux de suivi est de 70% à 80% et chute entre 30 et 40% dans les cinq années suivant l'amputation. L'état de santé général et la qualité de vie se détériorent de façon considérable dans les années suivant l'amputation Sinha,et *al.*, (2011), Knezevic et *al.*,(2015) ; Castillo et *al.*,(2020). La majorité des facteurs influençant la qualité de vie sont des facteurs modifiables. Divers travaux ont été accomplis dans l'intention de comprendre l'influence des facteurs sur la qualité de vie des patients amputés. La réaction à la perte d'une partie de soi se marque par une sorte de sentiment d'anéantissement, la diminution d'une partie potentielle d'activité physique.

5.2.1.1- Facteurs psychosociaux

Cette articulation de notre travail examine les facteurs qui ont poussés les patients diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé à se replier sur eux même après avoir subir une amputation, nous voyons qu'il y'a des patients qui passent par différents états psychologiques au cours du temps et selon l'évolution de leur maladie. Ce sont des processus inconscients mis en œuvre par un patient afin de supporter une situation difficile ou de pouvoir lutter contre l'angoisse, l'amputation du pied diabétique peut également entraîner des répercussions psychologiques telles qu'une perception négative de l'image de soi, de son identité et de son schéma corporel Panyi et *al.*, (2015). En effet, il peut être difficile dans les premiers temps suivant l'amputation, de se reconnaître alors qu'un membre important de son corps a disparu pour toujours. Selon le modèle de Kubler- Ross, il y'a schématiquement cinq étapes entre l'annonce ou la découverte de l'amputation. Les patients diabétiques que nous avons interrogés au sein de l'hôpital central de Yaoundé donnent les raisons pour lesquelles ils se sont retrouvés dans cet état.

5.2.1.2- Déni

Le déni désigne un refus de reconnaître la réalité d'une perception traumatisante. Il s'agit d'un mécanisme de défense inconscient qui constitue une protection nécessaire devant

la réalité si angoissante quelle peut provoquer un effondrement psychique. Tel un mur invisible construit afin de se protéger du danger, le déni permet d'amortir le choc. Dans ces cas, l'incapacité à se représenter une réalité insupportable est temporaire et représente une étape nécessaire permettant de supporter la douleur psychique, un temps nécessaire pour se préparer à y faire face. Ce mécanisme a été remarqué chez certains des patients amputés avec qui nous avons travaillé, d'aucun ont refusé de voir leur pied qui selon eux a été trop coupé et pourtant la gangrène n'avait pas envahi le pied jusqu'au niveau où ils ont subi l'amputation. C'est ainsi que l'une des patientes nous déclare que : *« Lorsque je me suis réveillée, je constate juste que mon n'est plus, je veux juste croire que tout ira bien et que je vais m'en sortir mais le problème est que c'est difficile de me voir ainsi »* (Prisca patiente HCY, 12/12/2021).

Selon la déclaration de cette patiente, nous comprenons qu'elle n'arrive pas encore de se faire à l'idée qu'elle est infirme, pour elle c'est un choc total et elle n'arrive pas encore à admettre le fait qu'elle a été amputé, selon ses propos cette réalité est difficile a accepté. Le patient diabétique qui vient d'être amputé ne peut facilement accepter la réalité, c'est pour cette raison que l'un de nos participants nous affirme que : *« Moi je suis seulement là comme ça, je ne sais pas ce que je peux vous dire depuis que j'ai été amputé je suis juste la comme son je ne sais pas si c'est mon état qui me rend ainsi mais je suis ainsi depuis que je me suis retrouvé avec un pied pareil »* (Tim patient HCY, 23/11/2021).

D'après les propos de ce dernier, nous pouvons comprendre qu'il ne sait pas comment réagit face à la situation au point de ne pas savoir quoi dire après avoir subir cette amputation, il évitait d'assumer sa responsabilité en prétextant ne pas pouvoir savoir pour quelle raison il a subi une amputation. En effet c'est sa façon à lui de s'éloigner de la réalité voire même le refus d'accepter cette nouvelle image de lui.

5.2.1.3- Agressivité et révolte

Après avoir subir une amputation, la révolte contre la réalité de ce nouvel état physique est fréquente, elle peut être plus ou moins intense et même être pénible à vivre tant par le patient que par son entourage, cette phase aussi pénible soit-elle, est néanmoins une progression psychologique normale. C'est pourquoi l'une des patientes rencontré à l'hôpital central de Yaoundé nous affirme en larme que :

Je ne pleure pas pour que vous ayez pitié de moi, et parfois je ne pleure pas à cause de ma nouvelle image, c'est le fait qu'on aurait dû éviter cette situation qui me fait autant de mal aujourd'hui, mes enfants passent le temps à me demander de ne plus

pleurer que c'est la volonté de Dieu, c'est facile à dire lorsque ce n'est pas toi qui en souffre je suis la seule à savoir ce que je vis actuellement. (Fabienne patiente HCY, 01/11/2021).

D'après le point de vue de cette dernière, son entourage aura beau être présent pour elle, mais cela n'est pas suffisant, car accepter son état n'est pas chose aisée pour elle, surtout lorsqu'on veut lui faire comprendre que ce qui se passe dans sa vie est la volonté de Dieu, selon elle personne ne peut comprendre ce qu'elle vit parce que elle est la plus affectée et peu importe la qualité de soutien qu'elle pourra recevoir, cela ne changera pas sa situation. Elle exprime sa révolte face à ce qui lui a été imposé et elle en veut à tout le monde. C'est ainsi qu'un autre patient nous fait comprendre que :

Lorsque je suis arrivé dans cet hôpital, après avoir été consulté par le médecin il m'a fait comprendre que l'unique solution pour mon pied est de subir une amputation, mais je vous assure, cela était impossible pour moi je n'arrivais pas à m'imaginer vivre sans mes deux pieds, car ça devait être la deuxième fois que je devais me faire amputé (Even, patient HCY, 23/11/2021).

Selon les affirmations de ce patient, nous comprenons qu'il n'avait pas de choix car, le médecin l'avait déjà fait comprendre que subir une amputation était l'unique solution pour lui et qu'il n'avait rien d'autre à faire. C'est pourquoi certains patients pensent que tout leur est imposé et parfois ils en veulent à tout le monde sans exception, parfois d'autres demandent à Dieu qui est le responsable de leur malheur.

5.2.1.4- Dépression

Dans cette phase, la dépression est entendue comme étant une absence de plaisir, absence de projets, trouble d'appétit, trouble de sommeil, perte de l'estime de soi, sensation de voie sans issue, tendance suicidaire. C'est plutôt une amertume c'est-à-dire un ressentiment mêlé à la tristesse causé par la perte définitive de son membre, à laquelle est associée une interrogation quant à la façon de vivre son handicap dans la vie de tous les jours. Pour cette raison, une patiente nous déclare que :

Sincèrement, j'aurais préféré la mort au lieu de me retrouver ainsi, je suis une commerçante, je me bats toute seule pour pouvoir subvenir à mes besoins, maintenant qui me viendra en aide, la mort aura été le meilleur choix déjà qu'on ne m'a pas demandé mon avis avant de me couper le pied. (Sandrine patiente HCY, 12/12/2021).

Selon sa déclaration, cette patiente nous fait comprendre qu'elle n'aurait pas accepté se faire amputer, elle aurait préféré mourir car cette situation est très difficile pour elle. D'après ses propos se sont ses proches qui ont donné le consentement pour qu'elle subisse cette amputation. Dans cette situation, la patiente se replie sur elle et ne parvient pas toujours

à supporter cette réalité douloureuse surtout lorsqu'elle nous fait comprendre qu'elle ne saura pas sur qui compter, même si par la suite elle finira par être consciente de la perte définitive de son pied et finira par accepter toute la réalité.

Dans le cas des patients amputés, les difficultés préopératoires rapportées sont essentiellement en lien avec la douleur, le caractère irréversible de l'opération ainsi que les difficultés psychologiques de son acceptation. Les difficultés post opératoires sont relatives à la douleur au niveau de la plaie, l'humeur dépressive, les changements d'attitude des patients, et la faible autonomie fonctionnelle pour la majorité des patients

5.2.1.5- Etape à l'adaptation de l'amputation du pied diabétique

L'adaptation peut se définir comme étant un ensemble des phénomènes qui permettent la mise en accord et l'interaction harmonieuse d'un organisme, et plus généralement d'un individu, avec de nouvelles conditions d'environnement, en particulier des circonstances éprouvantes. La perception signifie la manière dont l'individu se voit en général, lorsque la personne est confrontée à un changement dans sa vie. Le patient amputé va alors traverser un processus de deuil. La souffrance et la peur semble être au cœur du vécu émotionnel du pied diabétique chez les patients amputés, ce qui explique longuement leur inquiétude face à la situation.

5.2.1.5.1- Refus de la perte

Dans ce cas, le patient refuse son corps actuel. Il s'agit d'un mécanisme de défense qui permet de refouler cette situation insupportable, ce dernier ressent de la colère qui exprime un sentiment d'injustice face à la réalité, à cet effet il ne se rétablit pas rapidement. Pour cette raison l'un de nos participants nous affirme que : *« Je suis là comme ça depuis, je ne vous cache pas je me sens à moitié, mon état ne change pas parce que je n'arrive pas à m'accepter ainsi, j'ai été amputé ça fait déjà plus d'une semaine mais je n'arrive pas toujours à accepté cette triste réalité, pour moi ça été la fin de tout ce que j'aime »* (Dan, patient HCY, 12/12/2021).

Nous comprenons donc d'après les propos de ce patient que si cela dépendait de lui il ne devait pas accepter de subir cette amputation parce qu'il n'arrive pas à s'éloigner de la tristesse et cela ne fait que lui plonger dans un état dépressif. Lors de notre recherche, la majorité des patients amputés nous ont fait comprendre que dès le départ ils refusaient de subir l'amputation, c'est le cas de ce patient que nous avons rencontré au sein de l'hôpital central de Yaoundé qui affirme que :

J'étais en plein déprime quand le médecin m'a annoncé que je devais être amputé, je souffrais beaucoup psychologiquement et de douleur intense aussi mais je n'arrivais pas toujours à me voir avec une jambe coupée, je me sentais anormale et c'est à ce moment que j'ai compris que je n'avais jamais accepté que je souffrais du diabète (Pricillia, patiente HCY, 23/11/2021).

D'après les propos de ce patient, nous pouvons comprendre qu'accepter se faire amputé n'est pas une décision facile à prendre peu importe la douleur qu'on peut ressentir, à ce moment-là, le patient essaie de s'imaginer infirme mais il n'y arrive pas, parce que c'est tellement difficile. « *Amputer un membre est un acte chirurgical parfois nécessaire pour sauver une vie, c'est surtout le cas pour les patients atteints de diabète, car lorsqu'ils souffrent d'une blessure quelconque la seule solution est parfois l'amputation pour éviter des décès prématurés* (Chirurgien HCY, 26/11/2021).

D'après la déclaration de ce chirurgien, malgré que l'amputation est perçue comme étant une mauvaise chose pour les patients, il nous fait comprendre que parfois c'est nécessaire étant donné que c'est souvent l'unique solution voire même une solution urgente pour pouvoir sauver la vie de certains patients.

5.2.1.5.2- Acceptation du schéma corporel

Accepter cette situation pour un patient amputé, n'est pas le fait de voir sa situation sous un aspect positif, mais c'est le fait de se résigner à la perte et apprendre à vivre avec elle. La phase d'acceptation correspond donc au début de la reconstruction, le patient intègre l'amputation dans sa vie quotidienne et projette la vie de manière positive. C'est ainsi qu'un patient nous déclare que :

Au début ce n'était pas facile, je suis très sensible à la douleur et c'est pour cette raison que j'ai fini par accepter ma situation, j'ai accepté que le diabète m'a pris mes jambes et mes yeux sont également affectés. Mais qu'est-ce que je peux faire, même un miracle je ne peux pas opérer donc, j'accepte que c'est la volonté du Seigneur et je vis avec, malgré que ma vie ne sera plus comme avant. (Fabien patient HCY, 23/11/2021).

Selon les propos de ce dernier, dès le départ accepté son état n'était pas du tout évident pour lui, parce qu'il avait déjà subi une première amputation dans les années antérieures, et accepté le faire pour une deuxième fois n'était pas facile. Mais à cause du fait qu'il n'arrivait plus à supporter la douleur, il a accepté subir une autre amputation, et aujourd'hui il considère cela comme étant la volonté de Dieu parce qu'il ne peut pas changer les choses c'est pourquoi, il apprend à vivre avec et de percevoir l'avenir de manière positive. Sa manière de voir et d'accepter sa situation telle qu'elle est, a été appréciée par le médecin qui lui faisait

comprendre que : « *J'aime bien votre façon de réagir, le diabète vous a pris vos deux jambes mais vous garder toujours le moral au beau fixe, j'apprécie vraiment votre attitude si vous continuer ainsi, vous serez libre très bientôt* » (Médecin interniste HCY, 23/11/2021).

D'après la déclaration de ce spécialiste, nous pouvons comprendre qu'avoir une attitude positive est nécessaire pour un patient ayant subi une amputation car, cela lui permettra de vite se rétablir. Dans ce cas, le patient se sent revivre, c'est une période de paix envers soi-même et il désire aller de l'avant.

Le travail de l'acceptation de l'amputation est une démarche sans laquelle il n'est pas possible d'accéder à l'autonomie. Le plus important pour le patient ici est de penser uniquement au temps nécessaire pour son traitement, et d'envisager l'avenir avec confiance. Ce processus passe par la disparation complète du sentiment d'infériorité et de dépendance, par la conviction de la possibilité d'un nouveau mode de vie, par l'élaboration d'une nouvelle image de soi amputé et par la capacité de se prendre en charge. Identité, image corporelle et estime de soi interviennent dans le processus d'acceptation d'une maladie, d'un handicap ou d'une modification corporelle et agissent aussi dans la participation à la démarche qui mène à la guérison. C'est ce que nous avons découvert pendant nos recherches, un patient ayant moins d'estime de soi aura également moins de difficultés à se comprendre et à s'accepter. L'acceptation du schéma corporel par le patient amputé est vectrice d'une meilleure qualité de vie, l'acceptation de son corps entraîne une meilleure estime de soi et diminue les risques de dépression.

5.2.1.5.3- Facteur physique

L'ablation d'un membre entraîne de nombreux retentissements physiques notamment à la suite de l'opération mais également sur le long terme. Dans les premiers temps le patient fera face aux douleurs du pied fantôme qui lui feront souffrir. Mais à un moment donné le patient amputé commence à ressentir du complexe face à sa nouvelle image corporelle ce qui fait en sorte que parfois ils ne s'en remettent pas rapidement après avoir subi une amputation. L'une des patientes nous a déclaré que : « *A cause de ce handicap je ne sais plus comment je vais continuer avec mes activités, ou suis là on me dit que je dois apprendre à utiliser des béquilles et pourtant je n'avais pas besoin de sa avant comment je vais donc faire pour m'en sortir* » (Thérèse patiente HCY, 12/12/2021).

Nous pouvons comprendre d'après les propos de cette dernière, qu'elle ne parvient pas encore à accepter sa nouvelle image corporelle et à cause de cela elle commence déjà à se créer

des complications sans toutefois faire face à la situation avenir. C'est pourquoi la psychanalyste Françoise Dolto (2008), nous relate la différence entre le schéma corporel et l'image corporelle, et cet auteur nous fait comprendre que, tout d'abord le corps est un outil, un médiateur qui permet le contact entre la personne et le monde qui l'entoure. Et c'est donc par rapport au schéma et à l'image corporelle que nous avons notre corps et nous pouvons entrer en contact avec autrui. C'est pour cette raison qu'elle affirme que : « *le corps est une unité qui ne se segmente que dans la douleur ou dans la souffrance psychique* ». D'où la réaction de certains patients que nous avons rencontrés lors de notre étude. D'autres même n'espère plus à la vie et ne croient plus en rien à cause de cette amputation, c'est ainsi que cette patiente nous affirme que :

Moi je ne crois à aucun traitement, et même s'il fallait croire en quelque chose est ce que cela devait faire revenir ma jambe, à cette étape ou je me trouve actuellement même si on me demande de prendre n'importe quoi pour éliminer le diabète de mon corps je serai prête à le faire. (Simone patiente HCY, 12/12/2021)

Comme énoncé précédemment, l'image corporelle est fortement altérée chez les patients ayant subi une amputation, c'est pourquoi il est difficile pour ces patients d'accepter facilement leur nouvelle situation. En effet, l'amputation demande à recréer un équilibre émotionnel entre le patient et son corps, car, elle touche le patient dans son intégrité et bouleverse sa manière de vivre : ses activités quotidiennes, son métier ainsi que ses loisirs.

5.2.1.5.4- Facteur social

L'amputation est un handicap moteur susceptible de limiter la vie sociale et relationnelle du sujet Fusetti et *al.*, (2001). La famille est d'autant plus impliquée que le patient peut devenir tributaire de celle-ci. Cette dépendance est pesante pour le patient ainsi que son entourage. Raison pour laquelle un garde malade nous déclare que : « *Il est vraiment difficile de voir mon père dans cet état, depuis qu'il a subi cette amputation j'ai l'impression que son état s'est aggravé, depuis il est juste la comme ça, c'est devenu très difficile pour lui de communiquer et pourtant il n'était pas ainsi avant* » (Elvige, garde malade HCY, 16/11/2021).

Dans ses propos, nous comprenons que ce n'est pas facile pour lui de voir son proche dans cet état, ce qui signifie que la situation n'est pas du tout évidente que ce soit pour le patient pour ses proches il est parfois très difficile d'accepter un handicap prématuré. De plus, la difficulté de montrer son nouveau corps peut isoler socialement le patient et peut également entraîner un repli sur soi. La vie sociale est remise en cause de par la diminution de

l'autonomie mais aussi par une réinsertion professionnelle difficile à organiser. C'est pour cela que ce patient nous a déclaré que : « *Après mon hospitalisation, je ne pense plus pouvoir continuer avec mes activités, parce que mon état ne me permet de me déplacer comme je le faisais auparavant, je faisais une activité qui me permettait de me déplacer presque tout le temps et maintenant cela ne sera plus évident* » (Bienvenu patient HCY, 23/11/2021).

Du point de vue de ce patient, nous pouvons comprendre qu'il ne sera pas facile pour lui de se réintégrer à nouveau, parce que son état actuel ne permettra pas qu'il vive comme il le faisait auparavant et il se sent comme conditionner par sa situation. Durant toute notre recherche, il a été difficile pour nous de prendre ses patients amputés en photo, déjà qu'ils ne nous permettaient de voir à quel niveau le membre avait été amputé c'est pourquoi lorsque nous entrons dans les chambres de certains patients la partie amputée était toujours couverte.

5.3- Facteurs explicatifs du choix du CNO

Cette articulation de notre travail examine les facteurs qui ont favorisés le choix de ce centre par les patients. Nous nous sommes intéressé à déterminer les motivations, les raisons et les intentions ayant amenés les patients à se rendre dans ce centre. L'individualisme méthodologique établit à cet effet :

Pour expliquer un phénomène social quelconque que celui-ci de la démographie, de la science, de la sociologie ou de toute autre science particulière, il est indispensable de reconstruire les motivations des individus concernés par le phénomène en question et d'appréhender ce phénomène comme le résultat de l'agrégation des comportements individuels dictés par ces motivations. Boudon, (1988).

Boudon nous présente ici que pour expliquer le sens d'un phénomène culturel, il faut d'abord appréhender les raisons des individus concernés par ce phénomène c'est-à-dire prendre ces phénomènes tels qu'ils sont présentés et conçus par les sujets. Cela signifie qu'il faut rester dans le cadre de notre domaine d'étude pour comprendre et expliquer les phénomènes étudiés. Les patients que nous avons rencontrés à l'hôpital central de Yaoundé, plus précisément au Centre National d'Obésité donnent plusieurs raisons qui les ont motivés à choisir cette institution hospitalière.

5.3.1- Histoire de la maladie et recours au CNO

Lorsqu'ils se font consulter dans une clinique quelconque, une fois que le diagnostic du diabète est positif, si bien d'entre eux décident de poursuivre le traitement de la

biomédecine, certains patients choisissent de se rendre au centre national d'obésité pour suivre le traitement et diverses raisons peuvent justifier leur choix.

5.3.1.1- Recouvrir la santé dans un centre spécialisé

L'un de nos patients internés que nous avons interrogés, nous fait comprendre qu'au début lorsqu'il a été déclaré diabétique, il se faisait suivre à l'hôpital central de Yaoundé, tout allait bien et il n'avait pas de problème, mais à un moment il a commencé à négliger son régime alimentaire et ne venait plus régulièrement en consultation. Il nous a également expliqué que à cause de la distance et de ses occupations il ne pouvait plus se rendre régulièrement à l'hôpital, quelques années après il a eu des problèmes avec son pied des petits boutons apparaissaient et ce dernier ne savait pas de quoi il s'agissait. Il décide encore de revenir à l'hôpital central de Yaoundé pour se faire consulter, lorsqu'il arrive dans cet hôpital, la blessure était déjà au stade avancé et il a commencé avec les soins, à ce moment il n'était pas encore hospitalisé nous dit-il parce que sa blessure n'était pas encore très grave, il nous fait comprendre qu'il a suivi le traitement jusqu'à ce que la blessure semblait déjà se cicatriser et pour cette raison il a choisi de continuer son traitement dans un centre de santé dans son quartier de résidence. Mais malheureusement cela n'a pas marché sa blessure est encore devenu tout autre chose et pour cela il décide encore de se rendre à l'hôpital central de Yaoundé à cause de la gravité de sa blessure et c'est à ce moment que le médecin a décidé de l'interner. En écoutant ce récit nous comprenons que ce patient croyant en la réputation du centre national d'obésité de l'hôpital central de Yaoundé comme étant la référence pour les diabétiques avec des médecins les plus indiqués, ce dernier n'a pas douté qu'il recouvrerait la santé. Mais la distance entre son lieu de résidence et l'hôpital lui posait un problème car pour lui ce n'était pas évident de quitter une autre ville et se rendre à l'hôpital central juste pour faire des soins et pourtant il y a des centres de santé dans sa ville de résidence. Mais il a omis que sa plaie n'était pas comme tout autre blessure c'est pourquoi après tous ses déplacements il a toujours finir par se retrouver à l'hôpital central de Yaoundé.

5.3.1.2- Qualité de prestation

Certains patients se font suivre dans les centres de santé afin de bénéficier d'un traitement qu'ils pensent meilleur dans ces centres sanitaires. D'autres trouvent un certain engouement particulier à fréquenter certains hôpitaux. Toutefois, il faudrait préciser que parmi les patients qui préfèrent les centres sanitaires, il y'a également ceux qui ont suivi un traitement qui n'a pas du tout fonctionné et c'est lorsque la plaie s'avérait grave voir déjà

infecté qu'il se rende à l'hôpital central de Yaoundé, c'est le cas de l'un de nos participants qui déclare que : « *Avant de me rendre dans cet hôpital, j'ai d'abord fait appel à un infirmier pour les soins mais, ayant constaté que cela n'était pas de ses compétences et qu'il n'y'avait pas de changement j'ai alors décidé de me rendre ici* » (Emmérand patient HCY, 16/11/2021).

Selon la déclaration de ce patient nous comprenons alors que son choix dépendait de l'évolution de sa blessure, il savait déjà que l'hôpital central était sa seule option mais il a d'abord choisi un centre de santé afin de voir si son état devait s'améliorer.

5.3.1.3- Proximité géographique de la structure

Parmi les différentes caractéristiques de l'offre des soins qui peuvent influencer les recours aux services de santé, figure la proximité géographique. Si la proximité géographique est influençant pour certains patients, il n'en demeure pas moins vrai qu'elle est dans le choix de la formation sanitaire. Pour d'autres la distance entre le lieu de résidence et l'hôpital est un critère fondamental, c'est en tous cas ce qui ressort des propos d'une patiente :

Je vis à Foubot, et en réalité je me suis rendu à Yaoundé parce que lorsque j'étais en train de faire le champ, j'ai eu l'impression qu'un vert est entré dans mon pied, quand je suis arrivé je ne me suis pas directement rendu à l'hôpital j'étais à la maison et mon pied ne faisait que se dégradé et sa sentait mauvais, un matin ma belle-sœur m'accompagne dans une clinique du quartier et arrivé dans ce centre on nous demande d'aller à l'hôpital central de « Yaoundé, je me suis rendu là-bas, on m'a fait des soins mais à cause du cout du traitement je ne pouvais pas rester dans cet institution, je continuais mon traitement dans la clinique de l'un des spécialiste de cette institution, mais lorsque ce dernier m'a fait comprendre que c'est uniquement à Yaoundé que je pourrais me faire suivre j'étais surprise et je me demandait comment est-ce que je vais pouvoir me déplacer tous la temps parce que ça ne serai vraiment pas évident(Agathe patiente HCY, 12/12/2021)

D'après le point de vue de cette patiente, il sera impossible de traversé des kilomètres tous le temps pour venir se faire suivre dans cet hôpital non seulement le traitement est très couteux selon elle et la distance est un autre problème, raison pour laquelle cette patiente a pris du temps avant de se rendre à l'hôpital malgré le fait qu'elle ne savait pas que c'était le début d'une blessure diabétique. Au total, la proximité entre le lieu de résidence et la formation sanitaire est sans doute un facteur perturbateur.

5.3.1.4- Affinités avec le personnel soignant

D'après les informations récoltées tout au long de notre travail de terrain, il existe des patients qui vont à L'Hôpital s'ils y connaissent un médecin ou un infirmier, car celui-ci le servira de guide dans l'institution. C'est le cas d'un patient qui est un général dans l'armée,

déjà, il se trouvait dans le haut standing de ce service et la façon de l'administré les soins était toujours différente de celui des autres patients, les infirmières étaient toujours au petit avec ce dernier. Nous avons également fait cette observation ou il suffisait juste à un patient d'appeler afin que l'un des personnels l'indique ou il fallait le trouver. C'est après avoir considéré cette réalité que Monteillet (2005) écrit : « *avoir une affinité dans un service public permet de bénéficier d'un accueil chaleureux. En revanche ceux qui n'ont pas de connaissances dans le personnel conçoivent une réelle rancœur* ».

Au sein de cette institution, nous avons constaté que le fait de connaître quelqu'un dans un service de santé, d'avoir confiance au personnel, de considérer l'accueil et les soins de santé de bonne qualité peut aussi favoriser la prise en charge des patients. Nous avons également constaté que ce phénomène est observé dans presque tous les services.

5.3.1.5- Liens sociaux : l'un des soutiens incontestables des patients

L'entourage de la famille et son soutien sont précieux pour le malade, c'est un élément important dans le vécu du patient diabétique, ce rôle d'aide naturel est perçu dans la plupart de façon positive dans la plupart des cas. Le patient ne peut se confier totalement à des inconnus. C'est pourquoi, il est souvent accompagné à l'hôpital par plusieurs membres de la famille, et ces derniers sont présents durant toute son hospitalisation, lui prépare à manger, faire des commissions et lui faisant sa toilette. D'ailleurs, personne n'est responsable de ces tâches en milieu hospitalier, c'est ainsi que l'un des patients nous déclare que :

Ma fille est ici avec moi depuis que je suis interné, elle est directrice d'administration générale et elle a dû abandonner son travail pour être tout le temps à mes côtés, elle a abandonné ses enfants et son mari à la maison parce qu'il fallait qu'elle reste ici à l'hôpital pour prendre soin de moi (Stéphane patient HCY, 16/11/2021).

D'après la déclaration de ce dernier, la présence de sa fille constitue un plus pour son rétablissement, la présence de son proche lui permettra de se mettre rapidement sur pied et parfois cette présence la fait en sorte que le patient oublie sa souffrance et pense uniquement au soutien que peut lui apporter sa famille. Le soutien de la famille pour les patients souffrants du pied diabétique est incontestable pour ces derniers car, ils se sentent bien et rassurés en présence de leurs proches et cela leur permet également d'avoir une véritable relation avec le personnel soignant.

5.4- Facteurs liés au traitement

Cet axe de notre travail a pour visé de présenter les déterminants de l'accès au traitement des patients diabétiques ainsi que l'apport du soutien social de ces patients.

5.4.1- Contraintes financières

La complexité du traitement est liée de façon significative à l'observance. Autrement dit, plus le traitement est perçu comme étant très coûteux, plus le patient aura tendance à limiter sa prise en charge ou il aura recours à d'autres types de traitement. Menoret-calles (1997), a jugé que *soigner, c'est aider à vivre*. Cependant la réalité hospitalière permet difficilement la mise en œuvre d'une telle conception de l'exercice professionnel. Et l'on est désormais en présence d'une médecine inhospitalière, conception de Sardan (2003), ce qui crée ce slogan venant des patients et leur entourage : « *le diabète c'est la maladie des riches, les pauvres n'ont pas le droit de souffrir de cette pathologie, le traitement de cette plaie est plus coûteux que la maladie elle-même, et dans cet hôpital il faut avoir assez de revenu financier pour pouvoir t'en sortir parce que tout est cher.* »

D'après cette déclaration, nous pouvons comprendre que, c'est à cause de la cherté des médicaments ou du traitement que le patient doit suivre, qu'il se retrouve parfois à avoir recours à d'autre type de traitement car le traitement biomédical est très coûteux pour certains patients. Et d'autres se retrouvent même entrain de jongler leur traitement, c'est le cas d'une patiente que nous avons rencontré en consultation qui nous déclare que : « *En fait j'essaie de jongler avec les médicaments vue mes moyens financiers, je réduis les doses et parfois même je les mélange avec les produits indigènes, le diabète est une maladie extrêmement chère* » (Marie-Noëlle patiente HCY, 07/01/2022).

Selon l'affirmation de cette patiente, nous pouvons donc comprendre que, le manque des moyens financiers pousse les patients à ne pas prendre leurs médicaments selon la posologie recommandée par le personnel soignant. Le taux des patients diabétiques au Cameroun entraîne une augmentation de travail par le personnel soignant, et il en ressort également à cet effet que plus de la moitié des patients rencontrés perçoivent leur traitement complexe. Et cette complexité pose plus de problème aux patients. C'est pourquoi l'un des patients nous déclare que :

La cherté des produits pharmaceutiques et du traitement à suivre est mentionnée comme la cause première de non prise des médicaments tel que recommandés par le personnel soignant. (Aurélie patient HCY, 07/01/2022). En allant dans le même sens, un autre

patient nous explique également que :« *Le traitement est très cher, il y'a des moments où je ne prends pas mes médicaments, parce qu'il n y'a pas l'argent. Il faut acheter les bandelettes, les comprimés ainsi que l'insuline et cela doit se faire à chaque fois que ça fini et ce n'est pas du tout facile.* (Célestine patiente HCY, 07/01/2022)

D'après cette affirmation, nous comprenons à cet effet que le manque d'argent cause beaucoup d'anomalie à certains patients ce qui ne les permet pas d'avoir une véritable prise en charge. C'est pour cette raison que la majorité de ces patients pensent qu'un coup de main venant de l'Etat leur sera vraiment nécessaire car il ne s'en sorte pas et parfois avoir recours au service social de l'hôpital n'est souvent évident.

5.4.2- Service social

Nous entendons par service social l'ensemble des institutions, publiques ou privées assurant ce que l'on appelle généralement le travail social c'est-à-dire la protection des personnes vulnérables ou fragiles de par leur situation économique, médicale. Dans ce cas, lorsque nous parlons de soutien social nous faisons référence aux services sociaux de l'hôpital. Comme nous l'avons évoqué précédemment, la cherté des médicaments ainsi que du traitement couteux de cette maladie ne permet pas aux patients de suivre un traitement complet, soit d'autres jonglent, soit d'autre ont recours à la médecine traditionnelle ce qui fait en sorte que, la majorité des patients se retrouvent au stade de la complication qui est la plaie du pied diabétique à cause de la négligence. Et lorsque les patients se retrouvent dans ce genre de cas, le personnel soignant exige une hospitalisation et cela engendre encore dans la plupart des cas d'autre problème. Nous avons le cas de ce patient que nous avons interrogé : « *Je suis dans cet hôpital depuis des mois déjà, et je ne peux pas sortir sans toutefois verser la totalité de la somme d'argent demandé par l'hôpital et pour cela j'aimerais savoir ce qu'il faut faire afin d'obtenir l'aide du service social parce que je suis vraiment coincé* » (Antoine patient HCY, 23/11/2021)

La déclaration de ce patient, nous fait comprendre que, le service social, est une institution importante au sein d'une formation sanitaire, car il y'a des patients qui sont vraiment dans le besoin et qui ont vraiment besoin d'aide venant de cette institution. C'est également le cas d'une autre patiente que nous avons rencontré, cette dernière nous fait comprendre que :

Moi je suis la juste comme ça, j'attends que mes proches cotisent afin que je puisse sortir d'ici, ça fait déjà un mois qu'on m'a libéré et depuis on ne m'administre plus les soins parce que je suis déjà libre mais le manque d'argent me retient encore ici,

nous sommes même allés voir le service social et ils ont demandé que nous venons avec ce que nous avons et c'est argent que ma fille est entrain de collecté de partout. (Simonie patiente HCY, 23/11/2021).

De cette déclaration, cette patiente nous comprenons qu'elle est présente à l'hôpital depuis longtemps tout simplement parce qu'elle n'a pas de moyens financiers pour pouvoir sortir de l'hôpital elle se trouve dans l'obligation de faire appel au service social, et d'après ses explications, nous comprenons donc que, pour que le service social vient en aide aux patients, il faudra que le patient apporte d'abord sa part de contribution.

5.4.3- Relation soignant- soignés en milieu hospitalier

Selon le petit robert, « une relation est une situation dans laquelle plusieurs personnes sont susceptibles d'agir mutuellement les uns sur les autres. C'est un lien de dépendance ou d'influence réciproque ». Une relation est lien entre deux ou plusieurs personnes, il existe un émetteur et un récepteur. La relation soignant soigné c'est un lien existant entre deux personnes de statut différents, la personne soignée et le personnel de santé. La relation soignant soigné est considérée comme un soin, nous considérons que nous entrons en relation dès lors que deux personnes se rencontrent, nous ne pouvons pas effectuer ce travail sans analyser ce qu'est la relation soignant-soigné. Chez le patient, une fois le pronostic annoncé, les patients diabétiques vivent dans un monde en marge de la société, ils n'ont plus vraiment de statut, et ils deviennent mourants. Les patients diabétiques souffrants de la plaie du pied diabétique ont besoin et méritent une présence attentive, surtout lorsque l'on considère toutes les pertes qu'ils traversent continuellement. En effet, nous avons pu observer les difficultés relationnelles avec les patients et le personnel soignant. Durant notre travail, c'était d'une part un patient qui en demande de « soins » de la part du personnel soignant, et d'autre part le personnel soignant qui tente de répondre aux besoins via ses connaissances et ses compétences. Nous avons ainsi observé une réaction d'un patient que l'infirmière n'a pas du tout apprécié, c'était le moment de donner les médicaments aux patients car, cela se faisait tous les jours à quatorze heure au sein de l'hôpital, mais lorsque l'infirmière arrive dans la chambre du patient pour lui faire l'injection de l'insuline, le patient fait comprendre à l'infirmière qu'il n'était pas prêt pour cela et qu'il ne voulait pas prendre de l'insuline à ce moment et l'infirmière n'as pas apprécié cela. Nous avons tous cru au départ que ce patient était provocateur et pourtant il était très sérieux dans ses propos raison pour laquelle l'infirmière a fait comprendre à ce dernier qu'elle espère qu'il n'aurait plus besoin de ses services après ce genre de réaction.

Tout compte fait, connaître quelqu'un dans une structure de soins est une garantie d'un meilleur accès, voire de meilleurs soins. Par contre, si le patient est un étranger dans la structure, son parcours pourrait être teint d'échec, c'est le cas d'un couple qui sortait d'une autre ville qui nous explique que :

C'est depuis le matin que nous sommes ici et je ne sais pas comment ça se passe, lorsque nous sommes arrivés, on m'a fait comprendre qu'on va m'injecter l'insuline et depuis je ne sais pas l'infirmière qui est chargé de le faire nous sommes encore en train de patienter (Jiles patient HCY, 12/12/2021).

D'après les propos de ce dernier nous pouvons comprendre que, le fait pour ce patient de ne pas connaître une infirmière ou un médecin au sein de l'hôpital est un problème, car il nous a également fait comprendre qu'il a fait des examens et après cela il devait se faire injecter mais le problème qui se pose est qu'il ne savait pas laquelle des infirmières devaient lui faire ses injections. L'infirmière exerce un rôle clé auprès des usagers, des familles et des interventions extérieures elle assure la qualité de prise en charge, mais pendant notre recherche nous avons constaté que cela n'était vraiment pas le cas. Lorsque nous assistons au soin matinal, nous avons observés un phénomène qui nous a beaucoup marqué, au moment de faire des soins sur les plaies des patients, lorsque l'infirmière arrive dans la chambre d'un patient et que ce dernier n'a pas tout le matériel nécessaire pour ses soins, elle continue avec le patient qui suit et ne se préoccupe de la suite, et parfois lorsque le garde malade va chercher le nécessaire pour les soins de son proche soit l'infirmière lui dira qu'elle est occupée soit c'est une autre qui ira administrer les soins à ce patient.

L'importance dans la relation médecin-malade a été souligné par les travaux de Balint qui datent d'il y a demi-siècle et sa phrase célèbre « *le médicament le plus utilisé en médecine est le médecin lui-même* » selon cet auteur, cette relation est semé d'embûches. D'abord parce que le patient et le médecin ne parlent pas le même langage, Laurent (2001), car pour le médecin la douleur est le symptôme d'un problème médical qu'il convient de décoder selon les grilles de lecture du savoir scientifique. Mais ce que les patients ressentent ne répond plus à ce schéma univoque.

5.5- Stigmatisation sociale des patients diabétiques amputés

Dans le cadre de cette pathologie, la stigmatisation est un phénomène quotidiennement vécu par certain sujet ayant subir une amputation. En fait, une fois déclaré diabétiques, ces individus sont dans l'obligation de suivre un traitement et d'avoir une bonne hygiène de vie, et parfois la négligence peut conduire à la complication et dans ce genre de

cas le patient peut endurer de nombreux préjudices. Entre autres, l'on a l'exclusion des relations sociales, la perte de l'emploi ou l'isolement.

En clair, il faut noter que la stigmatisation est une réaction sociale naturelle, en partie inconsciente et automatique, le processus de stigmatisation est plus complexe qu'un simple étiquetage et aboutit à la discrimination et à la perte du pouvoir social. La stigmatisation fait souffrir la personne qui la subit. Dans un premier temps nous avons pu observer certains patients qui se stigmatisaient déjà soi-même, c'est le cas d'une patiente qui nous déclare que : « *On me demande d'apprendre à marcher avec des béquilles, mais à quoi cela me servira pour mon activité puisque je ne pourrai plus continuer avec cela et même si c'était le cas qu'est-ce que je pourrai bien faire en étant à moitié* » (Yvette, patiente HCY, 07/01/2022).

Selon le point de vue de cette patiente, être infirme n'est pas évident pour une personne qui fait du commerce, et nous pouvons comprendre d'après ses propos qu'elle aurait préféré rester sans toutefois essayer quoi que ce soit car son handicap lui cause un problème et elle ne pense pas que en continuant, avec son commerce elle continuera avec ses clients comme elle avait l'habitude avant d'avoir subi cette amputation. Nous avons donc constaté à cet effet que les femmes qui sont amputées ont une qualité de vie moindre que les hommes dans le domaine de l'émotion et de l'énergie, c'est un phénomène que nous avons pu remarquer pendant notre recherche. Une femme ayant subi une amputation est plus vulnérable par rapport à un homme. La femme n'espère plus en rien pour elle, la vie ne sera plus pareille et rien ne sera plus comme avant, c'est ainsi que l'une de nos participantes nous fait comprendre que : « *Avant même d'arriver ici à l'hôpital ma famille me rejetait déjà, je me demande comment des inconnus ou mes amis pourront me regarder et m'accepter ainsi c'est vraiment difficile, pour le moment je ne peux pas encore voir les choses de manière positive* » (Dorine patiente HCY, 26/11/2021).

Selon les propos de cette patiente, avant même qu'elle ne soit libérée de l'hôpital elle pense déjà qu'elle ne sera pas acceptée par personne, déjà qu'elle nous a fait comprendre que les siens l'ont tourné le dos, elle ne sait pas si d'autres personnes pourraient l'accepter avec son handicap, cette patiente a des difficultés à se projeter dans le futur.

D'après Senra et *al.*, (2011), le changement physique engendre une perturbation dans la vie intime et relationnelle. La difficulté à accomplir son rôle au sein de la famille est souligné, c'est le cas d'un patient ayant subi une double amputation qui nous explique que :

Ma première amputation m'a éloigné de tellement de personne, mes proches incluent, car je suis un homme qui s'était habitué à tout fait soi-même et c'était tellement difficile, je ne sortais plus de la maison à cause du regard des autres et ma famille était présente mais ce n'était pas suffisant je me sentais seul et rejeter et c'est pourquoi c'était difficile d'accepter de l'aide venant de ma famille. (Justin patient HCY, 26/11/2021)

Selon le point de vue ce patient, l'isolement était la meilleure solution pour lui il ne voulait pas entendre parler de quoi que ce soit, pour son cas sa famille était présente mais le regard de la société l'a beaucoup influencé au point où il ne voulait plus recevoir de l'aide venant de ces proches cars, d'après ses propos il était un homme indépendant et aujourd'hui il se retrouve dans le besoin mais la seule solution qu'il a choisie c'est l'isolement. Cette situation provoque une perturbation dans le fonctionnement affectif et il nous a également déclaré qu'il se sentait vulnérable face à sa conjointe.

Durant notre travail de terrain, nous avons remarqué que la majorité des patients ayant subi une amputation sont des patients âgés et retraités, et parmi certains avaient des activités personnelles, c'est les cas d'un patient qui nous déclare que : « *Je pense que je vais arrêter avec ce que je faisais, je pratiquait une activité qui me permettait de me déplacer tout le temps et maintenant je ne pourrai plus rien faire car cet handicap me créé beaucoup de problème* » (Blaise patient HCY, 12/12/2021)

Nous comprenons d'après ce que nous explique ce patient que, lorsqu'un patient se fait amputer il doit tout laisser tomber à cause de sa situation, dans ce cas nous faisons encore cette remarque que les patients ayant subi une amputation préfèrent l'isolement par rapport à tout autre chose. La plupart des patients amputés sont conscients de la stigmatisation et peuvent décrire l'expérience d'être traités différemment ou négativement, c'est pourquoi il est alors important pour ces derniers d'examiner la prise de conscience de la stigmatisation, le processus psychologique qui s'y rattache ainsi que les conséquences de la vie sociale. L'auto stigmatisation se définit comme étant un processus qui rend compte de l'impact de la stigmatisation sur soi Corrigan et Watson, (2002). C'est un processus qui a été répétitif tout au long de notre recherche des patients qui ne faisaient que s'apitoyer sur leur sort en s'auto stigmatisant et bien d'autre, c'est le cas d'un patient que nous avons également rencontré qui nous affirme que :

Quand je regarde ma situation aujourd'hui je ne pense pas à l'avenir, se retrouver dans une telle situation ma rend très vulnérable et faible le regard de pitié de mes proches me fait mal même si je n'en parle pas, je n'ai vraiment pas besoin de sa et ça

ne changera rien sur le fait que je n'ai plus mes deux jambes (Hugues patient HCY, 01/11/2021).

De ces propos ressortent tout ce que nous avons pu évoquer précédemment, des patients qui se rejettent soi-même sans toutefois pensé à ce que leur proche peut ressentir pour ce patient, lorsqu'on est handicapé il n'y a plus d'espoir dans la vie, rien n'est plus a espéré. Les patients dont le discours est relié à l'auto-stigmatisation ont plus de difficultés à se projeter, concrètement dans l'atteinte de leurs inspirations, Leurs activités semblent hors de leur porté. La prise de conscience de la stigmatisation est survenue très tôt chez les patients diabétiques amputés, les réactions émotives de colère et de tristesse sont présentes dans tous les récits. Malgré l'adversité sociale partagée par tous ses patients, l'auto-stigmatisation est la seule réponse possible pour la majorité de ses patients, les raisons qui expliquent de s'auto-stigmatiser se rapportent essentiellement à la place accordée au regard des autres dans la détermination de sa propre valeur, ce qui se traduit par différents modes d'insertion sociale.

Au sortir de ce chapitre mettant en exergue les raisons socioculturelles de construction des trajectoires thérapeutiques des patients diabétiques du centre national d'obésité de l'hôpital central de Yaoundé, il en ressort que l'itinéraire thérapeutique est empreinté par les patients diabétiques de cet hôpital en fonction du sens que ses derniers donnent à leur maladie. L'analyse de ce processus a mis en exergue les raisons individuelles et culturelles comme moteur de ce phénomène.

CONCLUSION

Au terme de cette recherche intitulé « *culture et prise en charge du pied diabétique à l'hôpital central de Yaoundé : une contribution à l'anthropologie médicale* », le contexte qui a servi de prétexte de cette recherche. En effet le pied diabétique est répandu dans le monde en général. Au Cameroun la prévalence globale du diabète est de 6% dont 6,7% en milieu urbain soit environ un million de personnes, ce chiffre est presque similaire dans le monde. La fréquence du pied diabétique atteint 15% et plus dans les études récentes limitées au pied diabétique menées en milieu hospitalier en Afrique subsaharienne bien que la prévalence est inférieur à celle des pays de climat tempéré.

Au regard de l'ampleur de l'épidémiologie du diabète dans le monde en général et en Afrique en particulier, plusieurs stratégies de prise en charge et du traitement sont mobilisées au niveau biomédical et ethnomédical. Malgré les recommandations de L'OMS et de la FDI, les populations optent pour le chemin de la biomédecine pour le traitement mais à cause des représentations culturelles du pied diabétique cette recommandation n'est pas très respectée.

Le problème posé dans notre travail est celui des moyens de traitements et de l'adaptation des personnes diabétiques souffrantes de la plaie du pied diabétique ayant subie une amputation. Notre objectif dans ce travail était de comprendre et analyser les différents l'influence de la culture sur prise en charge des sujets diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé.

De ce fait a découlé, notre problème de recherche et les diverses questions suivantes :

- Comment la culture influence telle sur la prise en charge du pied diabétique des patients de l'hôpital central de Yaoundé ?
- Quels sont les représentations du pied diabétique par les patients de l'hôpital central de Yaoundé ?
- Comment s'opère le recours thérapeutique des patients diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé ?
- La plaie du pied diabétique cause telle des dommages sur la qualité de vie des patients diabétique de l'hôpital central de Yaoundé ?

A ces différentes questions, ont correspondu respectivement les hypothèses suivantes :

- Les patients de l'hôpital central de Yaoundé issues de différentes régions, se servent de leur culture sur la prise en charge du diabète ;

- Les patients de l'hôpital central de Yaoundé perçoivent la plaie du pied diabétique comme une blessure normale dont la prise en charge doit être rapide ;
- Les sujets diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé ont recours à d'autre médecine en dehors de la biomédecine ;
- Les patients diabétiques qui souffrent du pied diabétique à l'hôpital central de Yaoundé bénéficient d'un isolement plus psychologique que physique et parfois plus physique et psychologique en cas d'amputation.

En analysant les données collectées sur le terrain, le mémoire a pour objectif de démontré l'importance d'une approche globale dans la lutte contre le pied diabétique. Notre étude s'est fixée sur quatre objectifs suivants :

- Comprendre et analysé l'influence de la culture sur la prise en charge du pied diabétique des patients de l'hôpital central de Yaoundé ;
- Ressortir les différentes représentations culturelles du pied diabétique par les sujets diabétiques et leurs proches ainsi que le personnel de santé ;
- Expliquer le choix de recours thérapeutique des patients de l'hôpital central de Yaoundé ;
- Décrire le comportement des patients souffrants de l'ulcère du pied diabétique de l'hôpital central de Yaoundé après avoir subir une amputation.

Pour vérifier nos hypothèses de recherche, la collecte des données s'est appuyée sur les techniques usuelles de la recherche qualitative : la recherche bibliographique, entretien, récits de vie. Les perspectives théoriques utilisées sont la théorie culturelle interprétative de Geertz Clifford (1973) et l'individualisme méthodologique de Raymond Boudon (1979). Cette recherche s'est faite dans les bibliothèques du cercle-philo-psycho-socio-anthropo (C.P.P.S.A), la bibliothèque centrale de l'université de Yaoundé I, de la bibliothèque personnelle et sur internet. Cette phase nous a permis de recenser tous les documents scientifiques dans le domaine de la santé et ensuite la sélection de ceux rapportant au sujet de recherche. De ce fait nous avons construit une fiche bibliographique et de lecture qui nous a facilité la tâche tout au long de notre recherche. Ces documents sont constitués des ouvrages, des articles, des rapports, des mémoires des thèses s'articulant autour de notre thème. L'élaboration de fiche de lecture de chaque document nous a permis de mettre sur pied la revue de la littérature.

Quant à la recherche de terrain, elle a consisté à déterminer les catégories de personnes avec lesquelles nous avons travaillé pour cette recherche. Ainsi, au terme cet exercice, nous avons entrepris notre recherche au centre national d'obésité de l'hôpital central de Yaoundé ou nous avons menés notre recherche du 01/11/2021 au 30/01/2022 auprès du personnel soignant, les aides-soignantes, les infirmières, les gardes malades, les patients ainsi que les visiteurs et après la recherche au sein de l'hôpital nous nous rendons chez les thérapeutes traditionnels. L'exercice de la collecte des données a mobilisé les instruments suivants : l'entretien individuel, les récits de vie, de l'observation, l'appareil photo lequel nous avons obtenu des données iconographiques et orales, l'entretien approfondi nous a permis de discuter profondément avec les sujets en question. A cet effet nous avons pu noter ce qui n'a pas été déclaré par le personnel de santé lors des entretiens. Le récit de vie a été d'un intérêt capital en ce sens qu'il a permis de recueillir les différentes expériences des patients ainsi que les différentes raisons qui ont animées les patients ainsi que leurs proches de s'orienter uniquement vers une seule trajectoire thérapeutique.

L'analyse et l'interprétation des données collectées sur le terrain ont été réalisées à partir d'un modèle d'analyse de contenu et d'un cadre théorique construit à partir de la théorie culturelle interprétative de Clifford Geertz et de l'individualisme méthodologique. Le recours à la théorie de l'interprétation culturelle de Geertz a permis de voir comment les patients de l'hôpital central de Yaoundé représentent le diabète et le pied diabétique, les discours construits autour du diabète et du pied diabétique, les raisons de leurs choix thérapeutiques. L'individualisme méthodologique a permis de comprendre les raisons du choix des patients diabétiques vers ce centre de référence, montrer que les patients souffrants de la plaie du pied diabétique sont responsables de cette pathologie, ainsi que la relation des patients vis-à-vis du personnel soignant. L'analyse anthropologique de l'accès aux soins que nous proposons cette procédure dépasse une simple description des circulations spatiales pour inscrire les malades dans un contexte économique, social et culturel bien défini. Les principaux résultats de cette étude sont les suivants : les représentations de la plaie du pied diabétique ont une influence sur le traitement des patients, ces perceptions qui sont alors fortement ancrées dans le contexte général de la prise en charge de cette complication diabétique ne semblent pas être les mêmes d'un contexte à l'autre. L'expérience de la maladie nous apparaît donc de manière différente entre les patients, qui manifestent un vécu assez différent du pied diabétique, correspondant à des perceptions différentes de la maladie-diabète. En effet, les différences significations existent dans les perceptions liées au pied diabétique et à son traitement entre les patients.

La complication du diabète représente une contrainte dans la vie quotidienne des patients, en gênant fortement la réalisation de tâches auparavant faciles, comme les déplacements qui s'en trouvaient réduits voir même impossible. De façon générale, il existe une méconnaissance globale de la maladie ainsi que de sa complication, certains patients ont reconnu ne rien savoir concernant le diabète, pour d'autres, les causes et les conséquences du diabète restaient vagues, il s'agissait d'une maladie pouvant toucher « l'ensemble du corps », une « maladie du sucre », lié à la mauvaise alimentation, avec un caractère héréditaire. La plupart des diabétiques ignoraient les conséquences dramatiques de la maladie notamment pour cette complication qui est la plaie du pied diabétique.

Les éléments culturels tels que les savoirs, les connaissances, les croyances sont considérées comme des fondements par les patients diabétiques du centre national d'obésité de l'hôpital central de Yaoundé dans la prise en charge de leur blessure.

L'automédication, la prière de guérison, ainsi que le recours à la médecine traditionnelle ne détourne pas totalement les patients des structures de santé moderne et particulière le centre national d'obésité de l'hôpital central de Yaoundé, et surtout en cas de diabète. Toutefois, il faut noter que dans bien de cas, la prière de guérison accompagne les autres recours thérapeutiques de manière permanente et suivant une perspective complémentaire elle est individuelle.

L'adhésion ou non à une formation sanitaire est tributaire des expériences heureuses ou malheureuse vécues par les patients. Et peut également être comme étant une résultante de certains facteurs suivants : les déterminants sociaux, les caractéristiques du système de soins ainsi que les déterminants individuels. Au total, le faible taux de références des patients s'explique par le manque des moyens financiers et parfois la non connaissance concernant le centre national des diabétiques de l'hôpital central de Yaoundé.

Les patients diabétiques qui souffrent de la plaie du pied de l'hôpital central de Yaoundé, ignorent les différents symptômes de cette pathologie, et dans la plupart des cas ses patients se font généralement consultés lorsque la plaie est déjà grave, soit elle est déjà envahie par la gangrène, et l'unique recommandation du personnel soignant dans ces cas est l'amputation. L'existence de ce centre est non connue par de nombreux patients, et certains évitent de se faire suivre dans ce centre à cause du cout du traitement, et pour d'autres c'est lorsque que leur situation est déjà grave que la clinique dans laquelle ils se faisaient suivre

leur fait comprendre que le centre spécialisé pour leur cas se trouve à l'hôpital central de Yaoundé.

Bien qu'ayant certaines limites, questionner le concept de prise en charge et les notions qui s'y rapportent. L'adhésion au traitement est conditionnée par le fait que, le personnel soignant ait en face de lui un patient, son consentement, son accord à un projet thérapeutique, c'est généralement les cas des patients qui doivent subir une amputation. Or, nous avons vu que le modèle dominant de la prise en charge du pied diabétique en général à l'hôpital central de Yaoundé est le modèle biomédical, qui ne laisse que très peu de place à l'expression du patient et au vécu de sa maladie.

Le pied diabétique est un sujet de préoccupation des patients ; par les contraintes imposées au niveau de la vie quotidienne, les restrictions d'activités qu'il entraîne, l'auto stigmatisation des patients ayant subi une amputation, et l'isolement qui en résulte et l'impact psychologique au retard de cicatrisation des plaies.

La prise en compte des facteurs psychosociaux dans la prise en charge du pied diabétique, pourrait s'avérer fortement utile, surtout lorsqu'il s'agit des patients amputés, et d'ailleurs le besoin d'être suivi par un spécialiste après avoir subi une amputation est importante afin de pouvoir éviter l'impact de l'amputation sur la vie des patients. La peur de l'amputation a été également exprimée par les patients ainsi que leurs proches.

Les modifications apportées dans la vie quotidienne des patients concernaient logiquement l'alimentation pour la grande majorité qui avoue avoir stoppé ou modéré la consommation de nombreux produits, d'autre part, l'apparition des plaies avait grandement modifié les habitudes de vie des patients, tant au niveau de leurs loisirs ou activités sportives, que de leur vie sociale et de leur activité professionnelle. A cause du non-respect des mesures hygiéno-diététiques, la majorité des patients se sont retrouvés avec des blessures du pied et également la négligence de cette blessure qui à conduire à l'amputation. Chez des femmes comme des hommes cette ablation du membre crée des graves dommages psychologiques ne permettant pas aux patients de se remettre facilement sur pied.

En dernière analyse, il ressort de cette étude que la prise en charge du pied diabétique dépend des patients qui en souffrent, de l'hospitalité, de la proximité sociale et géographique, les caractéristiques du malade (sexe, âge, appartenance religieuse), les caractéristiques de la maladie, la recherche du soutien social et le souci d'une prise en charge complète.

Toutefois, il faut reconnaître que l'accent n'est pas suffisamment mis sur la sensibilisation de la population au sujet de l'existence de cette complication grave voire chronique du diabète qui est le pied diabétique. Outre cela, les personnels soignants prennent la peine de sensibiliser les patients, mais ces derniers ne prennent toujours pas conscience de cela, c'est pourquoi lorsqu'ils sont confrontés à la situation ils demandent de prôner la sensibilisation aux personnes diabétiques afin de ne pas se retrouver à ce stade de complication. L'on voit donc que, lutter contre le pied diabétique n'est pas un gage d'amélioration, si les patients diabétiques ne savent pas exactement ce qui cause cette plaie qui aboutit parfois à des amputations.

Il faut aussi indiquer que, la cherté des médicaments ainsi que du traitement à suivre, constitue également un obstacle.

Considérant les résultats auxquels nous sommes parvenus, nous voyons donc que les problèmes posés par la prise en charge du pied diabétique au centre national d'obésité de l'hôpital central de Yaoundé ne renvoient pas seulement à des enjeux sociaux, ni simplement à des questions d'organisation des campagnes de sensibilisation, ni à des défis médicaux mais indissociable mentaux trois. C'est donc le lieu de relever que les problèmes de santé publique n'ont pas seulement des réponses médicales.

En somme, bien qu'ayant fait le choix de nos hypothèses, aucune œuvre humaine ne peut se réclamer exact. Nous estimons que notre travail comporte des contours inexplorés tant dans le contexte de prise en soin du pied diabétique à l'hôpital central de Yaoundé que celui qui se pratique ailleurs. Par conséquent le problème abordé dans le cadre de notre recherche pourrait davantage trouver des réponses grâce à nos recherches ultérieures, pour contribuer à enrichir cette thématique et mettre davantage en exergue d'autres réponses inavouées.

SOURCES

I. SOURCES ECRITES

A - OUVRAGES GENERAUX

- Augé, M., et Herzlich, C., (1984),** *Le sens du mal, Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie, Paris, Edition des Archives Contemporaines.*
- Augé, M., (1993),** *Le sens de l'autre. Actualité de l'Anthropologie, Paris Fayard.*
- Augé, M. ; et Herzlich, C., (2004),** *Sociologie de la maladie et de la médecine, Paris Armand Colin.*
- Benoist, J., (1996),** *Soigner au pluriel. Essais par le pluralisme médical, Médecine du monde, Editions Paris Karthala.*
- Bluber-Ross., (2009),** *Sur le chagrin et le deuil, Editions Jean-Claude Lattes.*
- Berthon, S., (2000),** *Education du patient au secours de la médecine, Paris, France, PUF.*
- Ugoux, B., (2000),** *Guérir à tout prix, Editions de l'Atelier.*
- uclin, T., et Ammon, C., (1987),** *L'automédication, pratique banale, motifs complexes, Genève, Editons Médecine et hygiène*
- Carbonelle, S., (2005),** *Les représentations sociales de la démence de l'alarmisme vers une image plus nuancée : une perspective socio-Anthropologique et Psychosociale, Fondation Roi Baudouin.*
- Canguilhem, G., (1999),** *Le normal et le pathologique. Paris PUF.*
- Charbot et Blanc., (2002),** *Diabète sucré, new york Medical college examen medical, Facteur de risque associé chez les personnes diabétiques de type 2.*
- Corraze, J., (1992),** *Psychologie et médecine, Paris, PUF.*
- Dumont, F., et Martin, Y., (1982),** *Imaginaire social et représentations collectives. Mélanges offerts à Jean Charles Falardeau, Québec, Les Presses Universitaires de Laval.*
- Fassin, D., (1992),** *Pouvoir et maladie en Afrique, Paris, PUF.*
- Faizang, S., (1986),** « *L'intérieur des choses* ». *Maladie et reproduction sociale, Paris, Harmattan.*
- Farb, P, et Armelagos, G., (1980),** *Anthropologie des coutumes alimentaires, Paris Editions Denoël.*
- Fischer, G. N., (1987),** *Les concepts fondamentaux de la psychologie sociale, Presses de l'université de Montréal, Dunod.*
- Fotso Djemo, J-B., (2009),** *Le regard de l'autre : la médecine traditionnelle africaine.*
- Koumaré, M., (2009),** *Place à la médecine traditionnelle pour une prise en charge efficace du patient au Mali, Actes de la Conférences 155.*
- Laplatine, F., (1992),** *Anthropologie de la maladie, Etude ethnologique des systèmes des Représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine, Editions Payot.*
- Laplatine, F., (1980),** *Anthropologie de la maladie, Paris, Payot.*

- Massé, R., (1995),** *Culture et santé publique, les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*, Montréal, Gaëtan Morin.
- Mbonji, Edjenguèlè., (2009),** *Santé, maladies et médecine africaine. Plaidoyer pour l'autre tradipratique*, Yaoundé, Les PUF.
- Monteillet, N., (2005),** *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun : Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires*, Paris Editions Karthala.
- Saillan, F., (1995),** *Femme, soins domestiques et espace thérapeutique*, *Anthropologie et Sociétés* 23 (2), Canada, Les Presses de l'Université de Laval.
- Saillant, F., et Genest, S., (2005),** *Anthropologie médicale. Ancrages locaux, globaux*, Canada, Les presses de l'Université Laval.
- Rwangado, P., (1993),** *La médecine traditionnelle au rwanda*, Editions Karthala.
- Paul, A., (2015),** *La naissance, l'histoire et le développement de la culture : Préculture, culture et Post culture*, *La naissance, l'histoire et le développement de la culture*.
- Poulain, JP, et Corbeau., (2002),** *Penser l'alimentation. Imaginaire et Rationalité*, Paris, Editions Privat.
- Poulain, JP., (2002),** *Manger Aujourd'hui, Attitudes, Normes et pratiques*, Editions Privat.
- Yoro blé, M., (2002),** *Pluralisme thérapeutiques et recours aux soins en milieu rural ivoirien : Approche Socio-Anthropologique du syncrétisme thérapeutique à Guiberoua, République de côte d'ivoire*, Editions Paris I.

B- OUVRAGES SPECIFIQUES

- Grimaldi, A., (2005),** *Guide pratique du diabète*, Paris Elsevier Masson.
- Georges Ha Van., (2019)** *Le syndrome du pied diabétique*, Editions Masson Paris.
- Georges Ha Van., (2008),** *Le pied l'observance diabétique*, Editions Masson Paris.
- Reach, G., (2006),** *Clinique de, l'exemple des diabètes*, Paris, Elsevier Masson.
- Rousseau, K., (2010),** *Observance et diabète de type 2*, Paris John Libbey Eurotext.
- Slama, G., (2000),** *Prise en charge du diabète de type 2 non- insulino dépendant*, Paris, Elsevier Masson.
- Alain, C., (1997),** *Imagerie clinique du pied diabétique*, Editions Masson Paris.
- Antoine P, (2016),** *conception et évaluation d'un modèle biomécanique, éléments finis, patients spécifique du pied diabétique*, universités grenobles.
- Halmi, S, (2011),** *Donner une traduction concrète au livre blanc du diabète :Give concret expression to the white paper of diabetes , medecine des maladies métaboliques*, Editions Elsevier Masson.
- Louis, M., (2015),** *Diabétologie*, Editions Elsevier Health Sciences.
- Hélène, M., (2021),** *Reconnaitre les signes de gravité systémique d'une infection du pied diabétique*, *Revue du Rhumatisme monographies*, Editions Elsevier.
- Grimaldi, A., (2019),** *Guide pratique du pied diabétique*, Editions Elsevier, Health Science.
- Chritian, B., (2014),** *Le diabète*, Editions Jouvence.

Éric, M., (2005), *La diététique du diabète, Editions Sam.*

Sylvie, M., (2002), *L'ulcère de la jambe chez la personne âgée, Editions Elsevier Paris.*

Jean-Jacques, A., (2012), *Le grand livre du diabète, Editions Eyrolles.*

Pryce, L., (1887), *Prise en charge du pied diabétique infecté, Editions Masson.*

B- OUVRAGES METHODOLOGIQUES

Beau, M, et Weber, F., (2003), *Guide de l'enquête de terrain, produire et analysé les données ethnographiques, Editions la découverte, Nouvelle édition, Paris XIIe.*

Brouchon, S., (2002), *Du modèle transactionnel à une approche dyadique en psychologie de la santé. Méthodes en sciences sociales, Masson.*

Grawitz, M, (2001), *Méthodes des sociales, Paris, Dalloz 11^e édition.*

Lawrence O et al., (2005), *L'élaboration d'une problématique de recherche. Sources, outils et méthode, l'Harmattan.*

Mangalaza, E., (2010), *Concevoir et réaliser son mémoire de Master 1 et Master 2 en .*

Mbonji, E., (2005), *L'ethno-perspective ou la méthode du discours de l'ethno-anthropologie culturelle, Presses Universitaires de Yaoundé.*

Mucchielli, R., (1991), *L'analyse de contenu des documents et des communications, ESF éd.coll. Formation permanente en sciences sociales, Paris.*

Mucchielli, A, et Paille, P., (2016), *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales, Armand Colin, 4^e édition.*

Raymond, B., (1988), *Théorie rationnelle de l'individualisme méthodologique. Revue de Mauss 24 (2), 281-309.*

Monteillet, I., (2005), *Le pluralisme thérapeutique au Cameroun : Crise hospitalière et nouvelles pratiques populaires, Editions Karthala.*

Sardan, JP., (2003), *Observation et Description en Socio-Anthropologie, Pratiques de la description, 13-39.*

Zagre, A., (2013), *Méthodologie de la recherche en sciences sociales, Manuel de recherche sociale à l'usage des étudiants, l'Harmattan.*

C- ARTICLES ET REVUES SCIENTIFIQUES

Augé, M., (1986), « *L'anthropologie de la maladie* », *L'Homme, revue française d'anthropologie* N°97-98.

Aguillar, G., et al., (2005), *Action et sécrétion de l'insuline double jeu pour les canaux potassique, Médecine, Sciences 21 (8-9), 694-696.*

Astin, A., (1998), *Mind-body medicine : State of the science, emplications for practice. The journal of the American Board of Family Practice 16 (2), 131-147.*

- Allaz, P., et al., (2003), *Le rôle des représentations de la maladie et de la douleur dans la relation Patient-thérapeute. Douleur et Analgésique* 11(2), 91-95.
- Awah, P. K., et Philimore, P., (2008), *Diabetes, Medecine and modernity in Cameroon, Africa* 78(04): 475-495, Cambridge university. Africa, volume 78, issue 4, 475-495.
- Awah, P. K., (2006), *Treating diabetes in Cameroon: a comparative study in medical anthropology, University of Yaounde I, Yaounde, Cameroun.*
- Awah, P. K., et Nigel, C. U., & Philimore, P., (2009), *Diabetes Mellitus: Indigenous diagnosis and self- management in an African setting: The example from Cameroon, BMC Endocrine Disorders* 9 (1):5.
- Awah, P. K., et Nigel, C. U., & Phillimore, P., (2008), *Cure or control:complying with biomedical regime of diabetes in Cameroun, BMC Health Services Research.*
- Baudoun, T. et al., (2005), *Le pied diabétique au Cameroun, Université de Bordeaux.*
- Beran, D, Yudkin, J-S., (2006), "Diabetes care in sub-saharan Africa, *The Lancet*, 368p.
- Bernajee, D., et al., (2002), *Pueraria tuberosa: a review on its phytochemical and therapeutic potential, Natural Product Research* 28 (23), 2111-2127.
- Bouزيد, A., et al., (2015), *Etude ethnobotanique de la plante médicinale dans la region de sidi bel en Algerie occidentale, Phytothérapie* 15 (6), 373-378.
- Billiet, A, et al., (2018), *IPQED-Pied initiative pour la promotion de la qualité et épidémiologie dans les cliniques multidisciplinaire du pied diabétique, revue francophone, Elsevier.*
- Braley, C., (1994), "Contribution of psychology to diabetes management" *Bristish Journal of Clinical Psychology*, 33, 11-21p.
- Brannon, L., et al., (2004), *Health psychology an introduction to behavior and health, Cengage Learning.*
- Calendre, EP., et al., (2002), *Cognitive disturbances and regional cerebral blood flow abnormalities in migraine patients, Their relationship with the clinical manifestations of the illness, Cephalalgia* 22(4), 291-302.
- Carolin, C et al., (2018), *Evaluation des retombées cliniques et économiques du suivi des pratiques exemplaires pour l'ulcère du pied diabétique : une étude descriptive, université de sherbrooke, QC.*
- Cotilleau, I, et al., (1998), *Rééducation du pied diabétique, Kinésithérapie scientifique* 2-3.
- Cuvelier, D., et al., (2011), *Education à la santé à l'école : Pratiques et représentations des enseignants du primaires, Santé Publique* 14(4), 403-423.
- Hélary, C et al., (2015), *Choc des cultures entre infirmières de pratiques avancées pour la mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique diabète 2 au Cameroun, Diabetes and Metabolism* 41, A127.
- Charef, C, et al., (2021), *Concept de la résistance bactérienne et l'infection du pied diabétique, Université Laarbi tebessi tebessa.*
- Diane, St, et al., (2017), *L'ulcère du pied diabétique, Ordre des infirmières et infirmier du quebec* 14, 38-4.
- Deccache, A., (1999), « *Quelles pratiques et compétences en éducation du patient ? Recommandations de l'OMS, 17-24p.*

- Deyahem, M et al., (2016),** *Décharge des plaies du pied diabétique en milieu défavorisé, centre national d'obésité, hôpital central de Yaoundé, Cameroun.*
- Djouogo, T., A.P, Kengne, M. Dehayem, J-C, Mbanya.,** *Admission pour pied diabétique dans une unité spécialisée de prise en charge du diabète en Afrique Subsaharienne : Les tendances au cours de 8 années, Yaoundé, Cameroun.*
- Dr Jesus, C., (2009),** *Diabète de type 1, Le diabète insulino-dépendant ou diabète de type 2, Médecin, Ancien Directeur Médical.*
- Edginton et al., (2002),** *Review : current concept in Alzheimer's disease : a multidisciplinary review, American Journal of Alzheimer's disease and other Dementias 24 (2), 95-121.*
- Eléonore, S, (2015),** *Prévention des ulcères podaux liés au pied diabétique : revue systématique de la littérature, Elsevier.*
- Estelle, B., (2020),** *Impacts de l'ulcère du pied diabétique sur la moralité.*
- Fassin, D., (1990),** « *Décrire, entretien, et observation* » in, *Sociétés, développement et Santé, Paris, Elipses.*
- Faizang, S., (2016),** *Anthropologie et Sociétés, Automédication une pratique qui peut en cacher une autre, Volume 34, N°1, Département d'Anthropologie de l'Université de Laval.*
- Helman, C., (2000),** *Culture, health and illness, 4th Edition, London Arnold.*
- Geest, V., et al., (1998),** *Criminal trajectories of white collar offenders, Journal of research in crime and delinquency 51 (6), 759-784.*
- Got, I, et al., (2006),** *Infection du pied diabétique, Diabétologie, Maladie Métabolique, Nutrition.*
- Got, I, et al., (1994),** *Prise en charge medico-chirurgicale du pied diabétique, Diabète et métabolisme, Paris 20 (20), 53-59.*
- Isabelle, T, et al., (2014),** *prise en charge du pied diabétique par pression négative et monitoring à distance de la cicatrisation, Annales d'Endocrinologie 75 (5-6), 391-392.*
- Jérémy, R., (2006),** *Soigné le membre fantôme.*
- Kamgang, J., Mesmin, D, Y., Eugene, S., J.C, Mbanya., (2016),** *Le cas du pied infecté en Afrique Subsaharienne : Choix de l'antibiothérapie, Diabetes & Metabolism 42 (1) : A58.*
- Kessier, L, et al., (2001),** *Le pied diabétique : les voies de recherche, Médecine et chirurgie du pied 17 (2), 73-76.*
- Lancet, L., et al., (2010),** *Etude des déclenchements pour suspicion de macrosomie fœtale hors diabète à ma maternité du CHRU de Nancy, Universités de Lorraine.*
- Leventhal, H., (2001),** *Behavioral theories and the problem of compliance patient education and counseling 10 (2), 117-138.*
- Lemaitre, Y., (1993),** « *Médecine en contact à Haïti* » in *Benoist, J, 1993, Anthropologie médicale en société créole, Paris, Les presses Universitaires de France, P 461-489.*
- Laura, O., (2017),** *La prise en charge du pied diabétique. De la nécessité d'une équipe pluridisciplinaire.*

- Lepeut, M., et al., (2016),** *La décharge du pied diabétique, Médecines des maladies métaboliques* 10 (6), 527-536.
- Leplege, M., (1999),** *Quality of life in patients with vertebral fractures, validation of the questionnaire of the european, Ospteoroporosis international* 10 (2), 150-160.
- Leriche, R., (2011),** *Qu'est-ce que la douleur ? Qu'est-ce que la douleur* 1-184.
- Martini, J., (2016),** *La prise en charge du pied diabétique dans un territoire de santé, Médecine des Maladies Métaboliques, 10, 537-542 p.*
- M-Y. Dehayem, S-P. Choukem, E. Sobngwi., (2016),** *Décharge des plaies du pied diabétique en milieu défavorisé, Médecine des Maladies Métaboliques.*
- Makita Ikouame, E., (2015),** « *Organisation de la médecine traditionnelle et analyse des facteurs de son émergences dans les villes d'Afrique subsaharienne : Cas de Libreville au Gabon* », In, Y.B.Djouda Feudjo et al., *Offres recours & accès aux soins de santé parallèles en Afrique . Des acteurs en quête de légitimité sociale, médicale et institutionnelle, différence PERENNE, 65-79pp.*
- Mallet, G, et al., (2001),** *Nutrition et Métabolisme, Ann Réadaptation Méd Phys* 44 ? 397-9.
- Maxime, G., (2006),** *L'incidence éthique d'une guérison dites « spirituelle » dans « Revue éthique et de Théologie morale, N° : 258, 67-87p.*
- Menoret, B., (1997),** *L'accès aux soins des populations démunies, L'accès aux soins des populations démunies, 1-176.*
- Mohaman et al., (2008),** *Aspects bactériologiques, thérapeutiques et évolutifs des infections de la main diabétique à l'hôpital national de niamey, Health Sciences and Disease* 20 (3).
- Mohaman et al., (2008),** *Pied diabétique : Aspects épidémiologique, diagnostique, thérapeutiques et évolutif à la clinique médico-chirurgicale du CHU Sylvanus olympio de lomé, Pan African Medical Journal* 31 (1).
- Morin, M., (2001),** « *De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : Contributions et perspectives des sciences sociales* », in, *l'observance aux traitements contre le VIH/SIDA. Mesures, déterminants, évolution, Paris, ANRS, Collection Sciences, sociales et Sida, 5-21p.*
- Mouliom, (2015),** *Peévalence des infections à herpes simplex virus 1 et 2 à Yaoundé chez les personnes vivants avec le VIH à Yaoundé ; une étude sérologique. Health Sciences and Disease* 17 (3).
- Moliner, P., (1996),** *Etre à droite, Etre à gauche appartenance politique, catégorisation et représentation sociale. Bulletin de psychologie* 57, 535-542.
- Nicodème, Z., et al., (2015),** *Amputation du membre inférieur : incations, bilan et complications. R ev, Med suisse* 10, 2409-13.
- Nicolaas, C., (2019),** *Recommandations Pratiques de « The international Workind Group on the Diabetic Foot » sur la prévention et la prise en charge du pied diabétique.*
- Nuray, S., et al., (2017),** *Psychosocial Problems and Care of Patients with Amputation* N) 1, 6-9p, *Department of Nursing Erciyes University Faculty of Health Sciences, Kayseri, Turkey.*

- Nkoma, P.P., (2015),** *“Itinéraires thérapeutiques des maladies au Cameroun: les déterminants du recours à l’automédication »*. MINEPAT-Division des analyses Démographiques et des Migrations. 1-35pp.
- Rebecca, M., et al., (2021),** *Patients perspectives on the physical, psycho-social impacts of diabetic foot ulceration and amputation, Center for Border Health, Disparities, University of Arizona Health Sciences, United States of America.*
- Richard, J-L, et al., (2007),** *Prise en charge du pied diabétique infecté:Recommandations pour la pratique Clinique (version courte abrégé), Médecine des maladies métaboliques1(3), 105-113*
- Sinha, C., et al., (2011),** *L’influence de l’amputation d’un ou de deux membres inférieurs sur l’estime de soi et l’image corporelle des patients par rapport à ce qui est observe chez les individus non amputés, UE28 Mémoire.*
- Surman, C., et al., (2006),** *Introduction: modèles alimentaires et recompositions sociales en Amérique latine, Anthropology of food.*
- Tekogno et al., (2010),** *Admission pour pied diabétique dans une unité spécialisée de prise en charge du diabète en Afrique sub-saharienne. Diabetes and Metabolism A45, Elsevier.*
- Tchakonté et al.,(2005),** *Le pied diabétique au Cameroun, Bul Soc Pathol Exot 99 (2), 94-8.*
- Tripody et al., (2015),** *Représentations sociale de la maladie: Comparaison entre savoirs experts et Savoirs profanes, L’encéphale 42(2), 226-233, Elsevier.*
- Patricia, D., (2011),** *Comment l’infirmière peut-elle accompagner vers l’acceptation de sa nouvelle image corporelle u adulte ayant subi l’amputation, Lausanne, Haute Ecole Cantonale de la santé.*
- Paul, B, et al., (1954),** *Le pied diabétique, L’expansion scientifique Française.*

D-THESES ET MEMOIRES

- DINDJEKE Louis, B., (2012)** *« Jeunes et culture de la rue à Yaoundé », Mémoire de Master, Université de Yaoundé.*
- KOFFI Alouki, (2015),** *« Développement d’outils de plaidoyer pour la lutte contre le diabète de type 2 en Afrique Subsaharienne à partir de l’estimation des couts de l’inaction et de l’action. Thèse en vue de l’obtention de grade de philosophae en nutrition, Faculté des études supérieures.*
- Landry Clark MAKIBA, (2016),** *« Influence des croyances et des représentations du diabète sur l’observance du traitement chez les femmes enceintes : Etude comparative. Thèse en vue de l’obtention du grade de Docteur, Université de Lorraine.*
- Manuela TCHAPDA (2016),** *« Impact économique de la prise en charge des plaies du pied diabétique dans le service de médecine et d’endocrinologie de l’hôpital du Mali. Thèse en vue de l’obtention de grade de Docteur, Universités des sciences des techniques et des technologies de Bamako.*
- NDOUMBE NKONGUE (2000),** *« Etude sur les pratiques en éducation thérapeutique du diabétique et place de cette dernière dans les structures spécialisées de prise en charge du diabète à Bamako ; thèse présentée et soutenue du grade de docteur en médecine, Mali, Faculté de Médecine.*

- NGUEGANG, R. (2011)** « Les déterminants socioculturels de l'adhésion thérapeutique chez les patients diabétiques en milieu urbain »
- Paschal KUM AWAH, (2005)**, « *Treating diabetes in Cameroon : A comparative study in medical Anthropology, Thesis for the degree of Doctor of Philosophy, University of Newcastle.*
- Roméo NGANHA, M., (2009)**, « *Politique des anté et accès aux soins : cas de la lutte contre la tuberculose à Yaoundé* », *Mémoire de Master, Université de Yaoundé.*
- Tchakounte Domegni, S., (2019)**, « *Croyances étiologiques, trajectoires thérapeutiques et Cas des enfants drépanocytaires, Mémoire de Master en Sociologie, Université de Yaoundé I.* »
- Vlaeyen, J., et al., (2000)**, *Fear-avoidance and its consequences in chronic, musculoskeletal pain ; a state of the art, Pan 85(3), 317-332 ;*

E-RAPPORTS

- Atlas du diabète, (2017)**, *Huitième édition.*
- Diabète Leadership Forum Africa, (2010)**, *Diabète: la pandémie silencieuse en Afrique subsaharienne.*
- Unesco, (1982)**, *Unesco et la diversité culturelle.*
- Jaffre, Y, Moumouni, A, J-P Olivier De Sardan, (2003)**, *Représentations populaires Hausa et Songhay-Zarma de quelques maladies (entités nosologiques et populaires), Etudes et travaux n°17, LASDEL.*
- Organisation mondiale de la santé, (2016)**, *Rapport mondial sur le diabète, OMS.*
- Organisation mondiale de la santé, (2019)**, *Projet de recommandations visant à renforcer et à suivre les réponses au diabète dans le cadre des programmes nationaux de lutte contre les maladies non transmissibles, y compris les cibles potentielles.*
- Organisation mondiale de la santé (2010)**, *Pacte mondial contre le diabète, une initiative visant à améliorer durablement la prévention du diabète.*
- Ministère de la santé publique, (2006)**, *Plan stratégique pour la promotion et le développement des mutuelles de Santé au Cameroun 2005- 2015.*
- Ministère de la santé publique, (2011)**, *Amélioration de la qualité de vie des personnes atteintes des maladies chroniques au Cameroun, 2007-2011.*
- WHO, (2005)**, *Preventing Chronic Disease. Avital investment, Geneva.*

F- WEBOGRAPHIE

- Afrik.com, (2010)**, « *Le diabète une bombe à retardement* », consulté le 15juillet 2021 à 00h30.
- Confiant, R, (2007)**, « *Langue et relation thérapeutique en milieu diglossique, le cas de la Martinique* », consulté le 15juillet 2021 à 1h45.
- Faizang, S., (2000)**, « *La maladie, un objet pour l'anthropologie sociale* », *ethnologies comparées* <http://alor.univ-montp3.fr/cerce/revue.htm>, consulté le 3Aout 2021, 4h 48.

OMS (2002), *Médecine traditionnelle : Besoins croissants et potentiels, perspectives politique de l'OMS sur les médicaments*, Genève. **OMS (2013)**, *aide-mémoire, N°134 : Médecine traditionnelle*.

w.w.w.who.int/about/copyrigh.

w.w.w.fr.m.wikipédia.org

w.w.w.UNESCO.ORG

Google.scholar.fr

w.w.w.santé.sur.le.net.com

II- Sources orales

N°	Noms et prénoms	Sexe	Age	Qualité	Site d'enquête	Date de l'entretien
01	DEHAYEM	masculin	48	Médecin - endocrinologue	HCY	07-01-2022
02	NDONGO	féminin	65	patiente	HCY	15-11-2021
03	SYLVIA	féminin	60	Patiente	HCY	15-11-2021
04	OLIVIER	masculin	58	patient	HCY	04-01-2022
05	ETOA	Féminin	39	Médecin	HCY	07-01-2022
06	ROSE	Féminin	55	Patiente	HCY	04-01-2022
07	NGASSAM	Féminin	40	Médecin	HCY	07-01-2022
08	RAYMOND	Masculin	67	Patient	HCY	07-01-2022
09	GISELE	Féminin	63	Patient	HCY	01-11-2021
10	GERMAINE	Féminin	51	Infirmière	HCY	11-01-2022
11	CHRISTIAN	Masculin	66	Patient	HCY	10-11-2021
12	YVETTE	Féminin	35	Infirmière	HCY	10-11-2021
13	MARIE	Féminin	59	Patiente	HCY	10-11-2021
14	JULIEN	Masculin	70	Patient	HCY	16-11-2021
15	PRISCILLIA	Féminin	61	Patiente	HCY	26-11-2021
16	TOWA	Masculin	73	Patient	HCY	26-11-2021
17	NAHOUBI	Masculin	57	Thérapeute traditionnel	Entrée Simbock	08-12-2021
18	HERVE	Masculin	65	Thérapeute traditionnel	Marché mendong	08-12-2021
19	MECK	Masculin	37	Thérapeute traditionnel	Brique	11-01-2022
20	POUHOOU	Féminin	65	Patiente	HCY	22-11-2021
21	PASCALINE	Féminin	45	Garde malade	HCY	23-11-2021
22	GABRIEL	Masculin	58	Patient	HCY	01-11-2021

23	ANDRE	Masculin	68	Patient	HCY	01-11-2021
24	JULIENNE	Féminin	63	Patiente	HCY	01-11-2021
25	SAGESSE	Féminin	47	Garde malade	HCY	23-11-2021
26	YVES	Masculin	65	Patient	HCY	10-11-2021
27	NESTOR	Masculin	35	Garde malade	HCY	16-11-2021
28	JOSEPH	Masculin	60	Patient	HCY	01-12-2021
29	HONORINE	Féminin	37	Garde malade	HCY	01-12-2021
30	RABIHOU	Masculin	28	Garde malade	HCY	25-11-2021
31	BEATRICE	Féminin	30	Garde malade	HCY	16-11-2021
32	ELISE	Féminin	20	Garde malade	HCY	30-11-2021
33	LOUIS	Masculin	35	Garde malade	HCY	30-11-2021
34	ROMUALD	Masculin	33	Garde malade	HCY	30-11-2021
35	ALBERTINE	Féminin	38	Garde malade	HCY	17-11-2021
36	FRANCOIS	Masculin	60	Patient	HCY	23-11-2021
37	EVELINE	Féminin	35	Garde malade	HCY	03-11-2021
38	GILES	Masculin	48	Patient	HCY	01-11-2021
39	CELESTINE	Féminin	40	Garde malade	HCY	23-11-2021
40	ALEXANDRE	Masculin	59	Patient	HCY	04-01-2022
41	NADEGE	Féminin	60	Patiente	HCY	15-11-2021
42	ANNE	Féminin	59	Patiente	HCY	22-11-2021
43	PATRICK	Masculin	48	Patient	HCY	16-11-2021
44	VIVIANNE	Féminin	37	Garde Malade	HCY	23-11-2021
45	FRANCK	Masculin	49	Patient	HCY	03-11-2021
46	SALOMON	Masculin	50	Patient	HCY	16-11-2021
47	DANIEL	Masculin	55	Patient	HCY	04-01-2022
48	MERLIN	Masculin	68	Patient	HCY	06-01-2022
49	FABRICE	Masculin	70	Patient	HCY	06-01-2022

50	SIMON	Masculin	65	Patient	HCY	04-01-2022
51	MIREILLE	Masculin	38	Garde Malade	HCY	23-11-2021
52	LYSE	Féminin	34	Garde Malade	HCY	05-12-2021
53	RIGOBERT	Masculin	70	Patient	HCY	23-11-2021
54	CALVIN	Masculin	65	Patient	HCY	16-11-2021
55	PRISCA	Masculin	67	Patiente	HCY	12-12-2021
56	TIM	Masculin	45	Patient	HCY	23-11-2021
57	FABIENNE	Féminin	60	Patiente	HCY	01-11-2021
58	EVEN	Masculin	63	Patient	HCY	23-11-2021
59	SANDRINE	Féminin	66	Patiente	HCY	12-12-2021
60	DAN	Masculin	64	Patient	HCY	12-12-2021
61	THERESE	Féminin	56	Patiente	HCY	12-12-2021
62	ELVIGE	Féminin	33	Garde Malade	HCY	16-11-2021
63	BIEVENU	Masculin	49	Patient	HCY	23-11-2021
64	EMMERAND	Masculin	65	Patient	HCY	16-11-2021
65	AGATHE	Féminin	67	Patiente	HCY	12-12-2021
66	STEPHANE	Masculin	69	Patient	HCY	16-11-2021
67	MARIE-NOELLE	Féminin	63	Patiente	HCY	07-01-2022
68	AURELIE	Féminin	60	Patiente	HCY	07-01-2022
69	CELESTINE	Féminin	63	Patiente	HCY	23-11-2021
70	ANTOINE	Masculin	70	Patient	HCY	23-11-2021
71	DORINE	Féminin	53	Patiente	HCY	26-11-2021
72	BLAISE	Masculin	58	Patient	HCY	12-12-2021
73	HUGUE	Masculin	65	Patient	HCY	01-11-2021

ANNEXES

Annexe 1 : Autorisation de recherche

UNIVERSITÉ DE YAOUNDÉ I
THE UNIVERSITY OF YAOUNDE I

FACULTE DES ARTS, LETTRES ET SCIENCES HUMAINES

FACULTY OF ARTS, LETTERS AND SOCIAL SCIENCES

DEPARTEMENT D'ANTHROPOLOGIE
DEPARTMENT OF ANTHROPOLOGY

HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE
COURRIER ARRIVEE

Le 05 AOUT 2021 par N/A/08

Départ Le _____ SN' _____

Yaoundé, le 13 JUIN 2021

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, Professeur Paschal KUM AWAH, Chef du Département d'Anthropologie de la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Yaoundé I, atteste que l'étudiante **KEMOGNE TAGNE Lynda Larissa**, Matricule **13G404** est inscrite en Master II dans ledit département. Elle mène ses travaux universitaires sur le thème : *« Culture et prise en charge du pied diabétique dans la ville de Yaoundé : Une contribution à l'Anthropologie médicale »* sous la direction du Pr. Paschal KUM AWAH.

A cet effet, je vous saurais gré des efforts que vous voudriez bien faire afin de fournir à l'intéressée toute information en mesure de l'aider.

En foi de quoi la présente autorisation de recherche lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit.

Le Chef de Département




Professeur **PASCHAL KUM AWAH**

Annexe 2 : Autorisation de recherche de l'hôpital

<p>REPUBLIQUE DU CAMEROUN Paix-Travail-Patrie</p> <p>MINISTERE DE LA SANTE PUBLIQUE</p> <p>SECRETARIAT GENERAL</p> <p>DIRECTION DE L'HOPITAL CENTRAL DE YAOUNDE</p> <p>UNITE ADMINISTRATIVE ET FINANCIERE</p> <p>N°2021/544/AR/MINSANTE/SG/DHCY/UAF</p>		<p>REPUBLIC OF CAMEROON Peace-Work-Fatherland</p> <p>MINISTRY OF PUBLIC HEALTH</p> <p>SECRETARIAT GENERAL</p> <p>DIRECTORATE OF CENTRAL HOSPITAL</p> <p>ADMINISTRATIVE AND FINANCIAL UNIT</p> <p>Yaoundé, le <u>21</u> OCT 2021</p>
---	---	---

AUTORISATION DE RECHERCHE

Je soussigné, **Professeur Pierre Joseph FOUA**, Directeur de l'Hôpital Central de Yaoundé, accorde une autorisation de recherche, sous la direction du *Pr KUM AWAH Paschal* et la codirection du *Dr DEHAYEM YEFOU Mesmin* à **M./Mme KEMOGNE TAGNE Lynda Larissa**, Master II à la Faculté des Arts, Lettres et Sciences Humaines de l'Université de Yaoundé I, sur le thème : « **Culture et prise en charge du pied diabétique dans la ville de Yaoundé : une contribution à l'anthropologie médicale** ».

L'intéressé est tenu au strict respect du règlement intérieur de l'Hôpital Central de Yaoundé et s'engage à déposer un exemplaire dudit mémoire à la Direction dudit hôpital après correction.

En foi de quoi, la présente autorisation lui est délivrée pour servir et valoir ce que de droit. /-

Directeur,



Pierre Joseph FOUA

Annexe 3 : Instruments de collecte des données

GUIDE D'ENTRETIEN DU PATIENT DIABETIQUE

IDENTIFICATION DE L'INFORMATEUR

Bonjour / Bonsoir/ Madame/ monsieur

Je suis étudiante/ chercheur en Master II au département d'anthropologie à l'université de Yaoundé I. je mène une étude su « la culture et moyens de prise en charge du pied diabétique dans la ville de Yaoundé » et plus précisément à l'hôpital central de Yaoundé, étant donné que c'est l'hôpital de référence pour les personnes diabétiques, cette recherche est d'actualité et je souhaiterais que vous m'accordiez votre point de vue pour cela, et je souhaiterai également que vous me donnez vos référence.

I- CARACTERISTIQUE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Nom.....

Age.....

Sexe..... M..... F.....

Profession.....

Religion.....

Situation matrimoniale.....

Région d'origine.....

Niveau d'instruction.....

II- CONNAISSANCE GENERALE SUR LE DIABETE

1- Pour vous qu'est ce que le diabète ?

.....

.....

.....

.....

2- Que savez-vous de cette maladie ?

1

3- A votre avis qu'est ce qui provoque le diabète ?

III- REPRESENTATION SUR LE DIABETE

1- Comment vivez-vous votre maladie ou quelle est votre perception concernant le diabète?

2- Selon vous quels sont les risques de cette maladie ?

3- Comment votre entourage vit votre maladie ?

4- En quelle itinéraire thérapeutique avez-vous foi (moderne, traditionnelle, spiritualiste) ?

IV- MOYENS DE PRISE EN CHARGE DU DIABETE

1- Que pensez-vous des moyens de prise en charge mis sur pied pour lutter contre le diabète ?

.....
.....
.....
.....

2- Selon vous quels sont les moyens adéquats pour lutter contre le diabète ?

.....
.....
.....
.....

V- EXPERIENCE AUTOUR DU DIABETE

1- Comment avez réagis lorsque votre médecin vous a annoncé que vous etes atteint de diabète ?

.....
.....
.....
.....

2- Quelle est votre expérience avec cette maladie ?

.....
.....
.....
.....

VI- PREVENTION DU DIABETE

1- Comment un patient diabétique doit il prévenir l'ulcère du pied ?

.....
.....
.....

2- Quelle est l'opinion de votre entourage concernant votre maladie ?

.....
.....
.....
.....

3- Quelles solutions pouvez-vous proposer pour améliorer vos soins ainsi que votre situation ?

.....
.....
.....
.....

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Ce formulaire de consentement provient de l'université de Yaoundé de la faculté des lettres et sciences humaines et plus précisément au département d'anthropologie. Ce formulaire, concerne tous ceux qui veulent bien participer à cette recherche donc le titre porte sur « **CULTURE ET PRISE EN CHARGE DU PIED DIABETIQUE DANS LA VILLE DE YAOUNDE : UNE CONTRIBUTION A L'ANTHROPOLOGIE MEDICALE** »

Nom du chercheur : KEMOGNE TAGNE Lynda Larissa
 Nom de l'encadreur : Pr KUM AWAH paschal

Nom de l'organisateur : université de Yaoundé I faculté des lettres et sciences humaines
 département d'anthropologie

Nom du projet : **CULTURE ET PRISE EN CHARGE DU PIED DIABETIQUE DANS
 LA VILLE DE YAOUNDE : UNE CONTRIBUTION A
 L'ANTHROPOLOGIE MEDICALE**

Ce formulaire de consentement contient deux parties notamment :

PREMIERE PARTIE : FICHE D'INFORMATION

INTRODUCTION

Je m'appelle KEMOGNE TAGNE Lynda Larissa, je suis étudiante en Master II à l'université de Yaoundé I à la faculté des lettres, sciences humaines et sociales et plus précisément au département d'anthropologie. J'effectue des recherches sur la « **CULTURE ET PRISE EN CHARGE DU PIED DIABETIQUE DANS LA VILLE DE YAOUNDE : UNE CONTRIBUTION A L'ANTHROPOLOGIE MEDICALE** » en effet, j'aimerais vous inviter à participer à cette recherche et vous êtes libre de décider de participer ou non.

Ce formulaire de consentement contient des mots ou des phrases que vous ne comprendriez pas, si cela est le cas, veuillez nous poser des questions par rapport à cela et nous prendrions la peine de vous répondre et si vous avez de quelque préoccupation sentez vous libre de me les demandées.

OBJECTIF DE LA RECHERCHE

Le diabète est une maladie très fréquente au Cameroun comme ailleurs, et qui représente un véritable fléau et dont les conséquences sont lourdes en terme de morbidité et de mortalité. Le pied diabétique est l'une des complications chroniques du diabète et représente de graves incapacités qui pèsent lourdement sur notre société en devenant un véritable de santé publique. C'est pourquoi nous menons cette recherche dans le but de savoir comment se passe le traitement et l'adaptation des patients diabétiques dans la ville de Yaoundé afin d'apporter une contribution dans le cadre de l'anthropologie médicale.

INTERVENTION DU TYPE DE RECHERCHE

Cette recherche se fera avec des guide d'entretien et nous aimerions avoir avec vous des entretiens qui iront de trente minutes à une heure de temps si vous nous les accorder.

SELECTION DES PARTICIPANTS

La raison pour laquelle nous avons choix d'effectuer notre recherche avec les patients diabétiques souffrants du pied diabétique est tout simplement que, vous êtes des personnes mieux qui pourrons nous données des informations adéquates qui vont dans le sens de notre sujet de recherche.

QUESTION : Est- ce que vous savez la raison pour laquelle nous vous demandons de participer à notre Recherche ? Savez-vous de quoi parle notre étude ?

PARTICIPATION VOLONTAIRE

Nous voulons vous faire savoir que durant notre recherche la participation est volontaire, c'est-à-dire qu'il est de votre choix de participer ou pas et si vous choisissez de ne pas participer nous ne trouverions aucuns inconvénients à cela.

PROCEDURES

Dans ce cas nous vous demanderions de nous aider a avoir plus d'informations concernant la prise en charge du pied diabétique ainsi que l'adaptation des personnes souffrantes du pied diabétique dans la ville de Yaoundé, c'est pour cette raison que nous vous invitons a participer à notre projet de recherche.

Chaque entretien se fera de manière individuelle, et dans un endroit confortable de votre choix. Pendant notre entretien, si vous ne vous sentez pas prêt à répondre à une question, faites le nous savoir afin que nous

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE THERAPEUTE TRADITIONNEL

IDENTIFICATION DE L'INFORMATEUR

Bonjour/Bonsoir/Madame/Monsieur

Je suis étudiante chercheur en Master II au département d'anthropologie à l'université de Yaoundé I. En effet, je mène une étude sur « les moyens de prise en charge du pied diabétique dans la ville de Yaoundé » et précisément à l'hôpital central. Cette recherche est d'actualité et je souhaiterai que vous m'accordiez votre point de vue pour cela et je souhaiterai également que vous me donniez vos références.

I- CARACTERISTIQUE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Nom.....

Age.....

Sexe..... (Masculin)..... (Féminin).....

Profession.....

Religion.....

Statut matrimonial.....

Niveau d'instruction.....

Nationalité.....

II- CONNAISSANCE GENERALE SUR LE PIED DIABETIQUE

1- Selon vous c'est quoi le diabète ?

.....

2- Quels sont selon vous les causes du pied diabétique ?

.....
.....
.....
3- Considérez-vous la médecine traditionnelle comme étant un gage d'efficacité pour un patient diabétique atteint de l'ulcère du pied diabétique?

.....
.....
.....
III- REPRESENTATION AUTOUR DU PIED DIABETIQUE

1- En tant que thérapeute traditionnel quelle est votre perception sur le pied diabétique ?

.....
.....
.....
2- Selon vous en quoi la médecine traditionnelle peut être liée à un indicateur de santé tel que le pied diabétique ?

.....
.....
.....
3- Avez-vous déjà réussi à guérir un patient diabétique souffrant de cette plaie du pied ?

.....
.....
.....
.....

GUIDE D'ENTRETIEN POUR LE GARDE MALADE

IDENTIFICATION DE L'INFORMATEUR

Bonjour/Bonsoir/Madame/Monsieur

Je suis étudiante chercheur en Master II au département d'anthropologie à l'université de Yaoundé I. En effet, je mène une étude sur « les moyens de prise en charge du pied diabétique dans la ville de Yaoundé » et précisément à l'hôpital central. Cette recherche est d'actualité et je souhaiterais que vous m'accordiez votre point de vue pour cela et je souhaiterais également que vous me donniez vos références.

I- CARACTERISTIQUE SOCIO-DEMOGRAPHIQUE

Nom.....

Age.....

Sexe.....(Masculin).....(Féminin).....

Profession.....

Religion.....

Statut matrimonial.....

Niveau d'instruction.....

II- CONNAISSANCE GENERALE SUR LE PIED DIABETIQUE

1- C'est quoi le pied diabétique ?

.....

2- Quels sont selon vous les causes du pied diabétique ?

.....

3- Comment parlez-vous de cette pathologie avec votre entourage ?

-
.....
.....
4- Sa fait combien de temps que votre proche est atteint du pied diabétique ?
.....
.....
.....

- 5- Comment se manifeste le pied diabétique à votre patient ?
.....
.....
.....

III- REPRESENTATION AUTOUR DU PIED DIABETIQUE

- 1- Quelle est votre perception sur le pied diabétique ?
.....
.....
.....

- 2- Sa fait combien de temps qu'il/qu'elle est hospitalisé ?
.....
.....
.....

- 3- Que ressentez-vous face à la douleur de votre proche ? Comment se manifeste la douleur ?
.....
.....
.....

- 4- Quel est le point de vue de votre communauté par rapport à cette pathologie ?
.....
.....
.....

IV- MOYENS DE PRISE EN CHARGE

- 1- Selon vous les dispositions mises sur pied par le ministère de la santé publique l'organisation mondiale de la santé sont elles suffisante pour remédier à cette situation ?

.....
.....
.....
4- Sa fait combien de temps que votre proche est atteint du pied diabétique ?
.....
.....
.....

5- Comment se manifeste le pied diabétique à votre patient ?
.....
.....
.....

III- REPRESENTATION ATOUR DU PIED DIABETIQUE

1- Quelle est votre perception sur le pied diabétique ?
.....
.....
.....

2- Sa fait combien de temps qu'il/qu'elle est hospitalisé ?
.....
.....
.....

3- Que ressentez-vous face à la douleur de votre proche ? Comment se manifeste la douleur ?
.....
.....
.....

4- Quel est le point de vue de votre communauté par rapport à cette pathologie ?
.....
.....
.....

IV- MOYENS DE PRISE EN CHARGE

1- Selon vous les dispositions mises sur pied par le ministère de la santé publique l'organisation mondiale de la santé sont elles suffisante pour remédier à cette situation ?

.....
.....
.....
3- Quels sont les causes du pied diabétique ?

.....
.....
.....
4- A quelle fréquence rencontrez-vous des patients diabétiques atteints du pied diabétique et non atteints ?

.....
.....
.....
5- Il existe combien de type de diabète ? et lequel parmi ces types est la cause majeure du pied diabétique chez un patient atteint du diabète ?

.....
.....
.....
6- Le pied diabétique est il une maladie ?

III- MOYENS DE PRISE EN CHARGE DU PIED DIABETIQUE

.....
.....
.....
1- Qu'entendez-vous par moyens de prise en charge ?

.....
.....
.....
2- Quelles sont les éléments essentiels mis sur pied par l'organisation mondiale de la santé pour lutter contre le pied diabétique ?

.....
.....
.....
a- Par le ministère de la santé publique Camerounais ?

.....
.....
.....
3- Qu'en pensez-vous de ces moyens de prise en charge pour lutter contre cette affection ?

-
.....
.....
.....
2- En quelle itinéraire thérapeutique avez-vous foie (africaine, moderne ou spirituelle) pour pourvoir venir en aide a votre proche ?
.....
.....
.....

V- PREVENTION DU PIED DIABETIQUE

- 1- D'après le vécu de votre proche avec cette plaie du pied quel conseil pouvez-vous donner a votre entourage afin de prévenir cela ?
.....
.....
.....
.....
2- Selon vous le traitement fournir par le personnel de santé sur votre proche vous rend confiant ?
.....
.....
.....
3- Qu'avez-vous envie d'entendre sur cette pathologie ?
.....
.....
.....
.....

Annexe 4 : Certificat de consentement

DEUXIEME PARTIE : CERTIFICAT DE CONSENTEMENT

J'atteste avoir reçu une invitation pour participer au travail de recherche intitulé « CULTURE ET PRISE EN CHARGE DU PIED DIABETIQUE DANS LA VILLE DE YAOUNDE : UNE CONTRIBUTION A L'ANTHROPOLOGIE MEDICALE ».

En effet, j'ai bien compris la notice d'information s'y jointe, et j'ai bien compris le but ainsi que les objectifs de cette recherche et j'ai reçu les réponses aux questions posées. Les risques et les bénéfices encourus m'ont été expliqués, aussi, j'ai bien compris et je suis libre d'accepter ou de refuser de participer. Toutefois, mon consentement ne décharge les investigateurs de la recherche de leur responsabilité et je conserve tous mes droits garantie par la loi.

J'accepte librement de participer à cette recherche dans les conditions précisées dans la notice d'information c'est-à-dire de répondre aux questions de l'enquête et de fournir l'échantillon qu'il faut.

Nom du participant

Signature du participant

Date

En ce qui concerne des participants illettrés, je me suis porté garant de lire entièrement le formulaire de consentement et ce dernier a eu l'opportunité de poser des questions et j'ai reçu des réponses à ma satisfaction, c'est pourquoi je consens volontairement de participer à cette étude.

Nom du témoin

Signature du témoin

Date

DECLARATION DU CHERCHUR RECEVANT SON CONSENTEMENT

J'ai pris la peine de lire avec précision toute la fiche d'information aux participants, et j'espère avoir fait de mon mieux afin que chaque participants puisse comprendre de quoi il s'agit dans notre étude.

Je confirme d'avoir donné la possibilité à chaque participant de s'exprimer et de poser des questions concernant notre étude, et tout un chacun a reçu des réponses satisfaisantes. Je confirme de n'avoir forcé personne a participé et tout s'est fait librement et volontairement.

passions à la question suivante. Les informations que vous nous donneriez seront confidentielle et aucune autre personne excepté mon directeur de mémoire qui aura accès à ses informations.

DUREE DE LA RECHERCHE

Notre recherche va s'étendre sur une période de 40 jours au plus, si nous n'avons pas encore reçu la totalité des informations dont nous aurons besoin afin d'atteindre les objectifs de notre recherche. Cependant chaque entretien dépendra du temps que vous aimeriez bien nous accorder.

LES RISQUES

Dans ce cas le risque dépend des types de recherche dont nous avons choisis, et cela nous permettra d'évaluer si le facteur de risque sera plus faible que les bénéfices démontrés.

Ce qui signifie que lors de notre entretien avec vous, nous vous poserons des questions délicates ou des questions qui pourront heurtés votre sensibilité et pour cette raison, sachez que vous n'avez aucune obligation de nous répondre ou de continuer l'entretien.

LES BENEFICES

Au cours de notre recherche, nous ne parlerons pas de bénéfice proprement dit, mais nous aimerions que votre participation soit considérée comme une sorte d'aide afin que nous puissions savoir comment le traitement du pied diabétique se fait dans la ville de Yaoundé, et pour cela ces bénéfices doivent être plus importante que les risques associés à notre recherche.

CONFIDENTIALITE

Notre recherche sera effectuer au service de diabétologie et d'endocrinologie de l'hôpital central de Yaoundé et les informations que nous allons collectés durant toute notre recherche, sera strictement confidentielle afin que vous vous sentez rassurer que aucune autre n'aura accès à ses informations en dehors des personnes concernés par notre étude. Nous conserverons jalousement votre nom et vos coordonnées.

Signature du chercheur

Date

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	i
DEDICACE	ii
REMERCIEMENTS	iii
LISTE DES ACRONYMES ET SIGLES	iv
LISTE DES FIGURES	v
LISTE DES PHOTOS	vi
RESUME	vii
ABSTRACT	viii
INTRODUCTION	1
1-Contexte de la recherche	2
2-Justification du choix du sujet.....	5
2.1- Raisons personnelles	5
2.2- Raison scientifique	6
3-Problème de recherche	6
4-Problématique de la recherche	7
5 - Questions de recherche.....	8
5.1-Question principale :.....	8
5.2-Questions secondaires :	8
6- Hypothèses de recherche.....	8
6.1-Hypothese principale :	8
6.2- Hypothèses spécifiques	9
7- Objectifs de la recherche	9
7.1- Objectif principal :	9

8- Méthodologie de recherche	9
8.1- Type de recherche.....	10
8.2- Cadre de recherche	10
8.3- Population d'enquête	10
8.4- Echantillonnage	10
8.4.1- Procédures d'échantillonnage	11
8.4.2- Approche d'échantillonnage	11
8.4.3- Technique d'échantillonnage	11
8.4.3.1- La technique accidentelle :	11
8.4.3.2- La technique de boule de neige	11
8.4.4- Choix de l'échantillonnage	12
8.4.5 –Taille de l'échantillon.....	12
8.4.6- Critère de choix.....	12
8.4.6.1- Critères d'inclusion	12
8.4.6.2- Critères d'exclusion	13
8.5- Méthodes de recherche	13
8.5.1- Méthode de collecte de données	13
8.5.1.1- Recherche documentaire	14
8.5.1.2- Observation	14
8.5.1.3- Entretien	14
8.5.1.4- Récits de vie	14
8.5.3- Techniques de recherches	15
8.5.3.1- Revue de la littérature systématique et en boule de neige.....	15
8.5.3.2- Observation directe :	15
8.5.3.3- Observation indirecte	16
8.5.3.4- Entretiens approfondis :	16
8.5.3.5- Planification de collecte des données.....	16
8.6- Gestion et analyse des données de terrain	16
8.6.1- Gestion des données du terrain	16
8.6.2- Analyse des données du terrain.....	17
8.6.2.1- Analyse des données	17
8.6.2.2- Analyse des données iconographiques	17
8.6.2.3- Modèle d'analyse	17

8.7- Considérations éthiques	18
9- Intérêt de la recherche	18
9.1- Intérêt scientifique	18
9.2- Intérêt pratique.....	19
10- Limites de la recherche	19
11- Délimitation.....	19
11.1- Délimitation spatiale.....	19
11.2- Délimitation temporelle.....	20
12- Difficultés rencontrées	20
13- Plan du travail	20
CHAPITRE I : PRESENTATION DU SITE DE L'ETUDE	22
1-Yaounde	23
1.1-Historique	23
1.1.1. Géographie de Yaoundé.....	24
1.1.1.1- Climat.....	27
1.1.1.2- Démographie	27
1.1.1.3- Population	27
1.1.2- Principales étapes et indicateurs de la croissance spatiale de Yaoundé.....	28
1.1.2.1-Personnes.....	29
1.1.2.1.1-Peuples indigènes et minorité	29
1.1.3 - Transport	30
1.1.4- Religion.....	30
1.1.5 - Administration	31
1.1.8 –Urbanisme	32
1.2 - Soins et Santé	33
1.2.1- Hôpital central de Yaoundé	33
1.2.2- Centre de coordination de l'accueil et des urgences.....	34
1.2.3- Maternité Principale.....	34
1.2.4- Service de l'Hôpital de Jour.....	35
1.2.5- Système Administratif de l'Hôpital Central de Yaoundé	37
1.3 - Centre national d'obésité de l'hôpital central de Yaoundé.....	39

CHAPITRE II : REVUE DE LA LITTERATURE, CADRE THEORIQUE ET CONCEPTUEL41

2.1- Revue de littérature.....	42
2.1.1- Présentation de la situation épidémiologique du diabète et de ses complications .	42
2.1.2- Diabète et pied diabétique dans l'histoire.....	44
2.1.3- Etat général de la question	49
2.1.4- Lésions des pieds chez le patient diabétique.....	50
2.2- Conception biomédicale et populaire du pied diabétique.....	54
2.2.1- Conception biomédicale.....	54
2.2.2- Conception populaire	55
2.3- Cadre théorique	56
2.3.1- Théorie interprétative de Geertz Clifford	56
2.3.2- Opérationnalisation du cadre théorique	57
2.4- Cadre conceptuel	59
2.4.1. Culture.....	59
2.4.2. Prise en charge	60
2.4.3. Pied diabétique	60
2.4.4. Anthropologie médicale ou Anthropologie de la santé.....	61

CHAPITRE III : REPRESENTATION CULTURELLE DU PIED DIABETIQUE62

3.1-Diabete, généralités	63
3.1.1- Diabète de type 1	64
3.1.2- Diabète de type 2	65
3.2- Représentation culturelle du pied diabétique.....	66
3.2.1- Représentation du pied diabétique par le personnel soignant.....	67
3.2.2- Représentation des facteurs de risque du pied diabétique	73
3.2.2- Représentation du pied diabétique par le personnel ethno médical.....	80
3.2.3- Représentation du pied diabétique par le personnel spirituel	90
3.3- Représentation du pied diabétique par la famille et les gardes malade	94
3.3.1- Niveau affectif de l'attachement.....	95
3.3.1.1- Pied diabétique : maladie ou complication	96
3.3.1.1.1- Surréalité du pied diabétique	97
3.3.2- Perception de la prise en charge par la famille	100
3.4- Représentation des méthodes de prise en charge du pied diabétique	102

CHAPITRE IV : ITINERAIRES THERAPEUTIQUES : DEL'ETHNOMEDECINE, A LA MAISON DE PRIERE ET A LA BIOMEDECINE 105

4.1-Recours thérapeutique des patients diabétiques	106
4.2 - Amputation comme option et non comme moyen therapeutique.....	118
4.2.1- Causes de l'amputation	119
4.3- Techniques de traitement de la douleur après l'amputation	121
4.4- Automedication	124
4.4- Aspect de complémentarité des itinéraires thérapeutiques	128

CHAPITRE V : ADAPTATION AVEC UNE AMPUTATION RESULTANT DU PIED DIABETIQUE..... 133

5.1- Interprétation culturelle du diabète et du pied diabétique par les patients	134
5.1.1- Signification du terme diabète et pied diabétique par les patients de l'hôpital central de Yaoundé.....	134
5.1.1.1- Signification du mot diabète par les patients de l'hôpital central de Yaoundé	134
5.1.1.2- Signification du terme pied diabétique par les patients.....	136
5.2- Etat psychologique des patients diabétiques du CNO	142
5.2.1- Conséquences de l'amputation sur les patients diabétiques	143
5.2.1.1- Facteurs psychosociaux.....	143
5.2.1.2- Dénier	143
5.2.1.3- Aggressivité et révolte.....	144
5.2.1.4- Dépression.....	145
5.2.1.5- Etape à l'adaptation de l'amputation du pied diabétique	146
5.2.1.5.1- Refus de la perte	146
5.2.1.5.2- Acceptation du schéma corporel.....	147
5.2.1.5.3- Facteur physique.....	148
5.2.1.5.4- Facteur social.....	149
5.3- Facteurs explicatifs du choix du CNO.....	150
5.3.1- Histoire de la maladie et recours au CNO	150
5.3.1.1- Recouvrer la santé dans un centre spécialisé	151
5.3.1.2- Qualité de prestation	151
5.3.1.3- Proximité géographique de la structure.....	152
5.3.1.4- Affinités avec le personnel soignant	152

5.3.1.5- Liens sociaux : l'un des soutiens incontestables des patients	153
5.4- Facteurs liés au traitement	154
5.4.1- Contraintes financières.....	154
5.4.2- Service social	155
5.4.3- Relation soignant- soignés en milieu hospitalier	156
CONCLUSION	161
SOURCES	168
I. Sources écrites	169
II- Sources orales	178
ANNEXES	181
TABLE DES MATIERES	187