

## TABLE DES MATIÈRES

<b>RÉSUMÉ</b> .....	iii
<b>ABSTRACT</b> .....	iv
<b>TABLE DES MATIÈRES</b> .....	v
<b>LISTE DES TABLEAUX</b> .....	ix
<b>LISTE DES FIGURES</b> .....	x
<b>LISTE DES ANNEXES</b> .....	xi
<b>LISTE DES ABRÉVIATIONS</b> .....	xii
<b>DÉDICACE</b> .....	xiii
<b>REMERCIEMENTS</b> .....	xiv
<b>INTRODUCTION</b> .....	1
<b>CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE</b> .....	3
<b>1.1. Le diabète dans le monde</b> .....	3
<b>1.2. Le diabète au Canada</b> .....	4
<b>1.3. Le diabète en France</b> .....	5
<b>1.4. Le diabète en Afrique</b> .....	5
<b>1.5. Le diabète en Haïti</b> .....	6
<b>1.6. Le pourquoi de la recherche et choix du site</b> .....	9
<b>1.7. Question de recherche et objectifs</b> .....	10
<b>CHAPITRE II : RECENSIONS DES ÉCRITS</b> .....	11
<b>2.1. Survol historique du diabète</b> .....	11
<b>2.2. Types de diabète</b> .....	13
<b>2.2.1. Diabète de type 1</b> .....	13
<b>2.2.2. Diabète de type 2</b> .....	13
<b>2.2.3. Diabète gestationnel</b> .....	14
<b>2.2.4. Prédiabète</b> .....	14
<b>2.3. Les causes de diabète type 2</b> .....	14
<b>2.3.1. L'obésité</b> .....	15
<b>2.3.2. L'âge</b> .....	17
<b>2.4. Le diagnostic du diabète de type 2</b> .....	17
<b>2.5. Le traitement du diabète</b> .....	18
<b>2.5.1. Traitement non pharmacologique</b> .....	18

2.5.2. Traitement pharmacologique.....	18
<b>CHAPITRE III : CADRE DE RÉFÉRENCE .....</b>	<b>20</b>
3.1. La santé.....	20
3.2. La maladie .....	21
3.2.1. <i>Disease</i> : la maladie biologique .....	22
3.2.2. <i>Illness</i> : la maladie signifiée.....	22
3.2.3. <i>Sickness</i> : la maladie socialisée.....	22
3.3. Le genre.....	23
<b>CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE .....</b>	<b>25</b>
4.1. Le déroulement du terrain .....	25
4.2. Situation géographique d’Haïti.....	25
4.3. Ville de Mirebalais .....	26
4.3.1. Principales activités génératrices de revenu à Mirebalais.....	27
4.4. Système de santé en Haïti .....	28
4.5. Hôpital Universitaire de Mirebalais .....	28
4.6. Type d’étude.....	31
4.7. Instruments.....	32
4.7.1. Journal de bord.....	32
4.7.2. Entrevues individuelles.....	32
4.8. Échantillonnage, recrutement et population à l’étude.....	33
4.9. Profil des participants.....	34
4.9.1. Âge.....	34
4.9.2. Origine .....	34
4.9.3. Scolarité et Occupation.....	35
4.9.5. Statut matrimonial.....	35
4.9.6. Nombre d’enfants à la maison .....	36
4.9.7. Présence de famille diabétique.....	36
4.9.8. Temps du diagnostic .....	37
4.10. Analyses .....	37
4.11. Considérations éthiques.....	38
<b>CHAPITRE V : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS .....</b>	<b>40</b>
5.1. Les premières manifestations de la maladie chez nos participants (premye siy maladi a kay paticipan yo) .....	40

5.1.1. « Bwè anpil e pipi anpil » (boire beaucoup et uriner beaucoup) .....	40
5.1.2. « Vin piti » (devenir petit) .....	41
5.1.3. « Kò pa bon » (corps pas bon).....	41
5.2. Les réactions des participants après avoir su le diagnostic ( <i>disease</i> ) .....	42
5.2.1. Confiance en Dieu et résilience .....	43
5.2.2 « Deranjman » (déranger).....	43
5.2.3. Refize konnen ke yo soufri maladi a (Refus du diagnostic).....	44
5.3. Les représentations de la santé par les participants .....	45
5.3.1. Faire des activités quotidiennes pour pouvoir prendre soin de la famille (Fè aktivite chak jou pou ka pran swen fanmi an) .....	45
5.3.2. Pas de douleur (Lèw pa gen doule).....	45
5.4. Connaissances sur le diabète.....	47
5.5. Les causes du diabète.....	48
5.6. Les moyens d’obtenir les informations .....	48
5.7. Les prescriptions médicales et ses applications .....	49
5.8. Les facteurs qui favorisent ou non l’autogestion du diabète.....	50
5.8.1. Manque de support économique.....	50
5.8.2. Soutien des proches.....	51
5.8.3. Présence des enfants à la maison et l’impact sur la vie des diabétiques.....	51
5.8.4. Le manque de formation académique .....	51
5.9. Les stratégies utilisées pour mieux gérer le diabète.....	52
5.9.1. Séances éducatives apprises à l’HUM.....	52
5.9.2. Médecine traditionnelle .....	52
5.9.3. Les activités physiques .....	53
5.9.4. L’alimentation .....	53
5.9.5. Le régime diabétique et le repas familial.....	54
5.10. Importance des nouvelles prescriptions diététiques pour la famille.....	54
5.11. Principaux problèmes identifiés par les participants dans l’autogestion du diabète.....	55
CHAPITRE VI. DISCUSSION.....	57
6. Discussion.....	57
6.1. Rôle des hommes et des femmes (le genre) et stratégies de gestion du diabète .....	57
6.2. Scolarité et les stratégies de gestion du diabète .....	58
6.3. La pauvreté, l’alimentation, la cuisine Haïtienne et les stratégies de gestion du diabète .....	59

<b>6.4. La médecine traditionnelle et le diabète .....</b>	<b>63</b>
<b>6.5. Activité physique et le partage d'informations et l'autogestion du diabète.....</b>	<b>65</b>
<b>6.7. Forces de l'étude .....</b>	<b>65</b>
<b>6.8. Limites de l'étude.....</b>	<b>66</b>
<b>CHAPITRE VII. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS.....</b>	<b>67</b>
<b>Conclusions.....</b>	<b>67</b>
<b>Recommandations.....</b>	<b>67</b>
<b>RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES.....</b>	<b>69</b>
<b>LES ANNEXES.....</b>	<b>76</b>

## **LISTE DES TABLEAUX**

Tableau 1 : Principales causes de mortalité en Haïti

Tableau 2 : Classification du risque pour la santé en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC)

Tableau 3 : Critères de sélection des participants

Tableau 4 : Origine des participants

Tableau 5 : Scolarité des participants

Tableau 6 : Occupation des participants

Tableau 7 : Statut matrimonial

Tableau 8 : Nombre d'enfants

Tableau 9 : Présence de diabète dans la famille

Tableau 10 : Date de diagnostic de la maladie

Tableau 11 : Histoire de la maladie (premiers symptômes)

Tableau 12 : Réactions des participants après avoir su le diagnostic

Tableau 13 : Représentations de la santé par les participants

## **LISTE DES FIGURES**

Figure 1 : Mirebalais- HUM

Figure 2. Barrage hydroélectrique de Péligre : Département du Centre

Figure 3 : HUM vue antérieure

Figure 4 : HUM-vue aérienne

Figure 5 : Organigramme du système de santé Haïtien - Volet organisationnel

Figure 6 : Organigramme des Institutions de soins en Haïti

## **LISTE DES ANNEXES**

**Annexe 1** : Guide d'entrevue

**Annexe 2** : Gid entrevi

**Annexe 3** : Formulaire de consentement

**Annexe 4** : Fomilè konsantman pou entèvyou endividyèl

**Annexe 5** : Fèy enfòmasyon pou konsantman vèbal pou entèvyou

Rapport-Gratuit.com

## **LISTE DES ABRÉVIATIONS**

**CAL** : Centre de santé à lits

**CSL** : Centre de santé sans lit

**FHADIMAC** : Fondation Haïtienne de diabète et de maladies cardiovasculaires

**FID** : Fédération internationale du diabète

**HCR** : Hôpital communautaire de référence

**HUM** : Hôpital universitaire de Mirebalais

**IHSI** : Institut Haïtien de statistique et d'informatique

**IMC** : Indice de masse corporelle

**MCNT** : Maladie chronique non transmissible

**MNT** : Maladie non transmissible

**MSPP** : Ministère de la santé publique et de la population

**OMS** : Organisation mondiale de la santé

**ONG** : Organisation non gouvernementale

**PBMR** : Pays à bas et à moyen revenu

**PNUE** : Programme des Nations-Unies pour l'environnement

**PSNRSS** : Plan stratégique national pour la réforme du secteur de la santé

**RNPD** : Réseau national en population et développement

**SSPE** : Système de santé de premier échelon

**UCS** : Unité communale de santé

**UNFPA** : Fonds des Nations-Unies pour la population

**UPE** : Unité de planification et d'évaluation

## DÉDICACE

Je dédie ce travail de mémoire à JÉSUS CHRIST DE NAZARETH, LE CRÉATEUR de tout ce qui existe, LE CHEF de toute chair et de tout esprit, LE DIEU TOUT-PUISSANT.

Mon DIEU, je TE remercie infiniment d'avoir toujours été avec moi et je sais que TU le seras toujours.

TU mérites toutes les louanges de mon être, TU ES GRAND, TA GRANDEUR échappe à toute intelligence des hommes.

DIEU, TU ES MERVEILLEUX ! je T'adorerai toujours.

JÉSUS, à TOI seul soient toute la gloire, l'honneur, la louange, la sagesse, la force, l'exaltation aux siècles des siècles. Amen !

Crois au SEIGNEUR JÉSUS et tu seras sauvé toi et ta famille ! (Actes 16, v.31)

## REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont d'abord à Dieu qui m'a donné la force de continuer malgré les moments difficiles de ce travail de maîtrise. Sans Votre présence MON SEIGNEUR, je ne pourrai jamais y arriver.

Ensuite, je remercie mon directeur de recherche, Monsieur Bernard Roy qui m'a beaucoup soutenu tout au long de mon parcours du travail. Sa patience et sa disponibilité à partager ses connaissances, surtout son approche anthropologique, m'ont beaucoup aidé à avoir un regard différent sur les vrais problèmes de santé des gens. En tant que médecin ma vie professionnelle est enrichie par les nouvelles connaissances acquises au cours de nos discussions. Je vous remercie beaucoup. Que Dieu vous donne toujours du courage.

Je remercie les membres du jury M. Patrick Martin et M. Nicolas Vonarx. Merci professeurs pour vos corrections et suggestions que Dieu vous donne toujours de la patience.

Je remercie madame Gisèle Groleau pour les orientations, les conseils qui m'ont encouragé durant les moments les plus difficiles.

Je remercie toutes les personnes diabétiques de la commune de Mirebalais qui ont accepté de participer à cette étude. Sans votre collaboration, la réalisation de ce mémoire ne serait pas tenue.

Je remercie les professionnels de la santé de l'hôpital universitaire de Mirebalais plus particulièrement le Dr Waking Jean-Baptiste pour son support à la collecte des données.

Enfin, un grand merci à ma famille, mon époux Marc-Hébert Auguste. Merci Marc pour ta patience, tes relectures, tes discussions, ton grand courage qui m'ont aidé à me dépasser quand je me sens affaiblie, que Dieu te bénisse ! Merci à mes enfants Marc-Mervens H. Hadassa et Samuel Auguste. Ma maman Saintilia Amélus, maman merci pour ton courage, la force que Dieu t'a donné pour m'aider à avancer dans la vie, tu es bénie de Dieu maman. Merci à mes frères et sœurs et tous les autres amis qui m'ont soutenu durant ce long moment.

## INTRODUCTION

Le diabète est un problème de santé qui attire de plus en plus l'attention des autorités sanitaires en Haïti. En effet, plusieurs programmes de prise en charge des maladies chroniques implantés dans divers centres hospitaliers viennent augmenter les efforts réalisés par la fondation Haïtienne de diabète et des maladies cardiovasculaires (FHADIMAC<sup>1</sup>) pour améliorer les conditions de vie des personnes vivant avec le diabète. Or, ces dernières font face aux influences de la libéralisation et de la transition nutritionnelle qui affectent globalement les pays à faible et à moyen revenu.

Selon Lee et Yach (2006), la libéralisation est un terme qui désigne le monde global comme étant, sans barrières régulatrices de transfert des ressources entre les pays. La libéralisation permet aux produits internationaux, comme les aliments en conserve, les produits surgelés et les sucreries de circuler dans tous les marchés du monde tandis que ces derniers affectent à moyen et à long terme la santé des populations. En effet, puisque la libéralisation implique la suppression ou la réduction des barrières de contrôle pour le transfert des ressources entre les pays, les PBMR ouvrent leurs frontières aux produits des multinationales au nom des accords bilatéraux ou multilatéraux au détriment des produits locaux (Lee et Yach, 2006). Dès l'arrivée de ces produits sur le marché des PBMR, les multinationales, utilisant des moyens technologiques, orientent les comportements alimentaires des consommateurs par le biais des campagnes publicitaires et du marketing social en faveur du tabac, des boissons alcoolisées, et d'autres produits riches en sucre, en sel et en graisse (McMichael et Beaglehole, 2000 ; Mathers et Bonita, 2009). Or, les principaux facteurs de risque connus pour les MCNT sont principalement des comportements qui s'inscrivent dans les codes identitaires des groupes sociaux, l'inactivité physique, la consommation du tabac et l'hypertension artérielle (Mathers et Bonita, 2009). Étant donné que les nouveaux produits sont disponibles à un meilleur prix comparativement aux produits nationaux et qu'ils viennent en grande partie des pays

---

<sup>1</sup>La FHADIMAC est une fondation Haïtienne, privée et à but non lucratif qui offre des services aux diabétiques, hypertendus et aux membres de leurs familles depuis 1993. (Source : <http://fhadimac.org/index.php/fr/qui-sommes-nous/historique-de-la-fondation>).

occidentaux qui représentent des *modèles* pour les pays à faible et à moyen revenu, les gens préfèrent les premiers augmentant ainsi les risques sur leur état de santé.

Le concept de transition nutritionnelle se concentre sur les changements à la fois alimentaires et des modèles d'activité qui se font surtout remarquer dans les pays du Sud (Popkin, 2015). Ces changements ont une influence directe sur la prévalence des MCNT chez la population de ces pays. La directrice de l'OMS prévoit qu'avec le temps, les pays à faible et à moyen revenu vont supporter le poids des maladies chroniques qui étaient considérées comme l'apanage des sociétés nanties (Chan, 2007). En effet, l'alimentation dans ces derniers est généralement associée à la consommation croissante de graisses animales (Popkin, 2004). Or, il a été démontré qu'à mesure que les sociétés s'éloignent des coutumes alimentaires traditionnelles, les probabilités de développer des maladies comme le diabète, parmi tant d'autres, augmentent (Maire et Delpeuch, 2004).

Le diabète, bien qu'il soit une maladie contrôlable, conduit à des complications. Des rétinopathies, des néphropathies, des neuropathies, des blocages des gros et petits vaisseaux sanguins peuvent affecter la qualité de vie des personnes atteintes et provoquer une diminution de leur espérance de vie (Mercier et al, 2007). À Mirebalais, malgré des enseignements et des suivis médicaux, les diabétiques ne sont pas exempts de ces complications. Cependant, il y en a qui arrivent à gérer et à vivre avec la maladie en retardant significativement l'apparition de ces dernières. Il s'avère donc nécessaire d'explorer les diverses stratégies utilisées par les personnes vivant avec le diabète dans leur quotidien. Comment gèrent-elles leur maladie par rapport à la famille ? Quels sont les principaux obstacles en lien avec l'application des recommandations médicales ? Utilisent-elles d'autres sources thérapeutiques ? Nous nous proposons de trouver des réponses en lien avec le parcours de leur vie ainsi que de leurs expériences avec la maladie dans cette étude. Ce mémoire comprend sept chapitres. Le premier présente la problématique qui expose la situation du diabète dans le monde et en Haïti. Dans le deuxième chapitre, nous abordons la recension des écrits qui traite de l'histoire et de l'évolution du diabète ainsi qu'un survol de son traitement et de ses causes. Les deux chapitres qui suivront décriront le cadre de référence et la méthodologie utilisée. Dans le cinquième chapitre, nous présentons l'analyse et l'interprétation des résultats. La discussion ainsi que les forces et limites de l'étude sont abordées dans le sixième chapitre. Les conclusions et les recommandations finalisent le mémoire.

## **CHAPITRE I : PROBLÉMATIQUE**

Dans ce chapitre, nous décrivons succinctement, dans un premier temps la prévalence du diabète dans le monde, Dans un deuxième temps, nous explorerons l'état de cette maladie au Canada, puis en France. Finalement, nous porterons notre regard sur le profil épidémiologique de cette maladie en Afrique pour finalement terminer avec celui d'Haïti.

### **1.1. Le diabète dans le monde**

Le diabète de type2 représente un enjeu majeur de santé publique. Pour les professionnels de la santé ainsi que pour les patients le problème du diabète est alarmant. Bon nombre d'études ont abordé le problème du diabète et les difficultés que cette maladie impose dans la vie des personnes souffrants de cette maladie. Les études réalisées sur le diabète de type2 ont mis l'accent sur les problèmes d'adhésion des patients au traitement antidiabétique. D'autres ont parlé du changement ou d'adoption d'un nouveau style de vie, sur le comportement malsain des patients par rapport à leur alimentation, le respect de la prise de leur médicament. Ce pendant trop peu d'études parlent des difficultés que les patients traversent pour survivre avec la maladie (Murrock, 2013 ; Bhattacharya, 2012). Par exemple, adoption d'un nouveau style de vie, vaquer à leur occupation quotidienne tout en restant père et mère de famille (Levasseur, 2004 ; Boivin, 2007). A notre connaissance les études réalisées sur l'autogestion du diabète de type2 cherchent à mieux comprendre comment les femmes en tant que mère de famille ayant d'autres responsabilités font pour gérer la maladie. Mais comment les hommes qui sont aussi des pères de familles réagissent face à l'annonce du diagnostic de la maladie, laisser la parole aux hommes en tant que père de famille sont très peu abordé. Notre étude englobe un peu plus le problème des hommes et des femmes étant père et mère de familles ayant des responsabilités plus ou moins différentes dans la famille gèrent la maladie.

La résolution 61/225 des Nations-Unies qui fit du 14 novembre la journée mondiale officielle du diabète reconnaît que ce dernier est une maladie chronique, invalidante et coûteuse associée à de lourdes complications qui représentent des risques graves pour les familles, les pays et le monde entier (FHADIMAC, 2013 ; FID,2013). Selon les estimations, en 2012, plus de 371 millions de personnes étaient atteintes de diabète dans le monde et une personne décéderait toutes les sept secondes des suites du diabète. On estime que 187 millions de personnes (âgées entre 20 et 79 ans) ignoreraient qu'elles souffraient du diabète. En outre, la souffrance et la détresse humaine qu'il provoque sont incalculables. Au moins 4 millions de personnes meurent annuellement de cette maladie et des dizaines souffrent d'handicaps et de complications potentiellement mortelles telles que des crises cardiaques, des accidents cérébrovasculaires, des insuffisances rénales, des cécités ou des amputations (FID, 2011). L'ampleur que prend le diabète dans le monde non seulement lui a valu le nom d'épidémie mais aussi a attiré l'attention des plus hautes autorités sanitaires mondiales. À ce titre, Ban Ki Moon, secrétaire général des Nations-Unies, a déclaré en 2009 que le diabète constituait une urgence majeure de santé publique (Forum Diabetes Leadership, 2010). Près de 471 milliards de dollars ont été dépensés dans le monde en 2012 dans la lutte contre le diabète (FID, 2015).

## **1.2. Le diabète au Canada**

En 2015, on estimait à 3,4 millions le nombre de personnes vivant avec le diabète au Canada, soit 9,3% de la population. En 2025, il y aurait une augmentation de 44% de ce nombre qui passerait à 5 millions, soit 12,1% de la population (Canadian diabetes association, 2015). En outre, environ 1,2 millions des personnes vivant avec le diabète diagnostiqué sont âgés entre 25 et 64 ans. Dans la population canadienne en général, la prévalence est plus élevée chez les hommes (7,2%) que chez les femmes (6,4%) (Agence de la santé publique du Canada, 2011). Entre 90% à 95% de la population canadienne atteinte de diabète souffre de diabète de type 2 (Agence de santé publique du Canada, 2011). Les coûts annuels de prise en charge d'un diabétique sont deux à trois fois plus élevés chez la population vivant avec le diabète que la population sans diabète. Celui-ci était estimé à 14 milliards de dollars en 2015. Un montant qui s'élèvera, selon les tendances actuelles, à 17,1 milliards en 2025, soit une augmentation de 25% (Canadian diabetes association, 2015).

La prévalence du diabète chez la population Autochtone du Canada (Premières Nations, Inuits et Métis) varie selon le groupe en question et à l'intérieur de celui-ci (Agence de la santé publique du Canada, 2011). Elle est de 17,2% chez les membres des Premières Nations vivant dans des réserves, 10,3% chez ceux vivant hors-réserves, 7,3% chez les Métis. Chez les Inuits, elle est similaire à celle de la population générale du Canada (Agence de la santé publique du Canada, 2011). Plusieurs facteurs ont été évoqués dans la pathogénie du taux de diabète chez la population Autochtone du Canada. Dans son étude sur les Inuits de Pessamit, Roy (2002) a soutenu que le passage d'une culture relevant tout particulièrement du nomadisme, de la chasse, de la pêche et de la cueillette à un environnement moderne serait au centre de l'explication du diabète émergent chez les Autochtones (Roy, 2002).

### **1.3. Le diabète en France**

L'Europe compte 55 millions d'adultes atteints de diabète – soit 8,5 % de la population adulte âgée entre 20 et 79 ans. En 2030, ce nombre augmentera à 64 millions (FID, 2015). Sur ce continent, 21,2 millions de personnes ignorent qu'elles sont atteintes de diabète. Sur 3 dollars dépensés pour le traitement du diabète dans le monde, un tiers est dépensé en Europe, soit, en 2012, un total de 138,8 milliards d'euros.

Selon la FID (2015), il y avait 3241300 cas de diabète en France en 2014. De plus, cette prévalence était plus élevée chez l'homme que chez la femme, excepté dans les départements d'Outre-mer (DOM). Toutefois, la prévalence du diabète était plus élevée chez les femmes (HAS, 2014). Au cours de l'année 2009, le taux brut de mortalité des personnes traitées pour un diabète était de 29,5 pour 1000 personnes, soit 31,6% chez les hommes et 27,2% chez les femmes (HAS, 2014). Le coût estimé de la prise en charge par personne vivant avec cette maladie était de 5600,2 \$US par année (FDI, 2015).

### **1.4. Le diabète en Afrique**

Le nombre de diabétiques dans le monde ne cesse d'augmenter de jour en jour et en particulier dans les pays à faible et à moyen revenu. Au début du XXe siècle, le diabète était rare en Afrique. À ce sujet, Ojuka et Goyaram (2014) ont rapporté qu'au cours des dernières 50 années, la prévalence de diabète type 2 est passée, dans la plupart des pays de l'Afrique subsaharienne de < 1 % en 1960 à 4,6 % en 2012. Selon les estimations de la FID (2013), 80% des diabétiques seront dans les pays à faible et à moyen revenu à l'horizon de 2030. En 2012, on estimait à 14 millions le nombre d'adultes atteints du diabète en Afrique. Ce nombre augmentera à 28 millions en 2030. L'Afrique enregistre le taux le plus élevé de mortalité due à la maladie. Il est prévu que le continent sera l'un des centres mondiaux du diabète dans les années à venir. Le montant consacré au traitement du diabète en Afrique était estimé en 2012 à 2,5 milliards de dollars.

### 1.5. Le diabète en Haïti

Le diabète de type 2 est considéré comme l'une des quatre principales maladies non transmissibles en Haïti (OMS, 2014). La probabilité de mourir chez la population de 30 à 70 ans liée à ces 4 principales maladies était de 24% (OMS, 2014). Le tableau 1 présente les principales causes de mortalité en Haïti. En 2008, 9,6% des hommes étaient hyperglycémiques. Une proportion similaire a été détectée chez les femmes dans la population âgée de 25 ans et plus (OMS, 2015). Selon la FID (2015), il y avait 318 300 cas de diabète en Haïti en 2014. Toujours selon cette même source, la prévalence du diabète chez la population de 20 à 79 ans était de 5,6% en 2014. En 2012, on estimait à 4,9% le pourcentage de décès liés au diabète mellitus en Haïti (OMS, 2015). Le nombre de décès liés au diabète chez la population adulte (celle âgée de 20 à 79 ans) était de 6314. Le coût de prise en charge du diabète par personne était de 91,1\$ US par mois. Le PSNRSS (2005) estime que le diabète, étant présent dans toutes les classes sociales, devrait faire l'objet de dépistage systématique au cours des consultations générales dans les cliniques.

**Tableau 1 : Principales causes de mortalité en Haïti**

CAUSES	PROPORTION
Affections transmissibles, maternelles, périnatales et nutritionnelles	42%

Maladies cardiovasculaires	24%
Autres maladies non transmissibles	12%
Traumatismes	9%
Cancers	7%
Diabète	5%
Affections respiratoires chroniques	1%

Source : OMS, 2013

Le pays est victime de plusieurs maladies infectieuses telles que le sida, la tuberculose, le paludisme, la filariose, la dengue, les infections respiratoires aiguës et chroniques et autres. En outre, d'autres problèmes de santé comme les maladies cardiovasculaires, le diabète, les néoplasies et les traumatismes de par leur incidence et prévalence croissantes sont devenues un objet de préoccupation de santé publique, ce qui fait penser qu'Haïti est actuellement en pleine transition épidémiologique (MSPP, 2012). Engagé dans cette transition épidémiologique, Haïti doit désormais affronter des maladies transmissibles encore très présentes et des maladies non transmissibles qui sont en forte progression.

Actuellement, les décès liés aux affections materno-infantiles sont les premières causes de mortalité en Haïti (entre autres les complications liées à la grossesse). Cette situation est le résultat de la faible disponibilité et qualité des services de santé maternelle et infantile accentuée à une pénurie de ressources humaines, financières. Plusieurs efforts consentis par les autorités haïtiennes en collaboration avec divers partenaires ont permis de diminuer le taux de mortalité materno-infantile. Des services de planification familiale (PF) sont offerts dans des structures de santé publiques et privées afin d'améliorer les conditions de santé des femmes (PSNRSS,2005). Les soins obstétricaux gratuits (SOG) incluant des consultations pré et postnatales et des accouchements assistés sont présents dans tous les HCR. D'autres programmes ont été mis en place pour protéger les nouveau-nés et les enfants. Par exemple des programmes élargis de vaccinations (PEV), des programmes de prises en charges de l'enfance (PECIME) sont gratuitement offerts dans toutes les institutions sanitaires publiques en Haïti.

D'autres efforts contribuent à diminuer l'incidence et la prévalence des maladies transmissibles et leur impact sur la santé de la population Haïtienne. Des activités de promotion de la santé sont élaborées en vue de protéger certaines tranches de la population contre les maladies sexuellement transmissibles. Il convient de mentionner l'éducation formelle pour la santé obligatoire dans toutes les écoles primaires ou fondamentales et dans divers établissements de santé au moment des cliniques ou des consultations générales selon un plan bien établi et étale sur un temps bien détermine avec matériel éducatif approprié. Ces séances d'éducation sont réalisées suivant un modèle participatif pour encourager la participation communautaire (PSNRSS, 2005). En 2002, un plan directeur a été conçu afin de mieux lutter contre le VIH/SIDA. Les résultats sont significativement satisfaisants. En effet, la prévalence du VIH/SIDA s'est stabilisée autour de 2,2% depuis plus de 10 ans (MSPP, 2007).

Ce pendant les maladies non transmissibles comme le diabète ne cesse pas de s'accroître en Haïti comme dans tous les autres pays du monde. La transition nutritionnelle joue un rôle non négligeable dans l'augmentation du taux du diabète de type2 dans le pays. Cette transition est dû à des changements démographiques qui sont en train de se produire, et le fait que les personnes vivant dans les zones urbaines combinent une alimentation énergétiquement dense avec une vie plus sédentaire ce qui produit une obésité centrale qui les prédisposent au développement du diabète de type2. Les parents ont souvent laissé la campagne pour accompagner leurs enfants à la capitale (Port-au-Prince) ou d'autres zones urbaines par exemple Mirebalais pour que les enfants puissent poursuivre leurs études. La manière dont les hommes s'alimentent a connu plusieurs étapes que les sociologues appellent transition nutritionnelle. Une première étape qui s'appelle l'âge de la collecte des aliments, durant cette période les hommes vivaient de la cueillette et de la chasse, les hommes consommaient plus de produits animaux cette étape s'associaient à un apport élevé de protéines ; une deuxième étape ou étape de la famine, à ce moment les hommes ont commencé à cultiver d'où l'apparition de l'agriculture, la consommation était plus végétale. Une autre étape, étape du déclin des famines, la révolution industrielle a permis une augmentation considérable de la productivité agricole et avec les industries de transformations des aliments. Au cours du 20 me siècle les pays industrialisés ont connu une diversification des aliments consommés et une augmentation de la consommation des produits animaux (œufs, lait, viande). Étape des maladies dégénératives si dans les autres étapes il y avait des problèmes de carences avec cette nouvelle étape apparait le problème de l'obésité et aussi elle contribue au développement des

maladies dégénératives souvent appelées des maladies de civilisations (cancer, maladies cardiovasculaires, diabète). Ces deux dernières étapes constituent la transition nutritionnelle (Scalbert, 2003). Avec la politique de libéralisation ces produits transformés par les grandes industries des pays industrialisés, arrivent dans les pays en développement grâce au progrès techniques ces derniers sont capables de conservés et transportés facilement ajoutés à la mise en place des infrastructures adaptés au transport des aliments périssables, ces aliments deviennent accessibles au consommateur et durant toute période de l'année. Les institutions sanitaires devraient se pencher un peu plus sur la mise en place des programmes de prévention et de promotion santé. Le ministère de la santé publique et de la population a mis en évidence ses nouvelles perspectives santé : une prise en charge adaptée à des innovations sociales et à de nouvelles formes de solidarité, une prise en charge de qualité qui est évidemment centré sur le malade et non uniquement sur la maladie. Le ministère de la santé publique a mis l'accent sur la problématique des maladies chroniques dans le pays. Plusieurs dispositions sont prises dans le but de lutter contre ces maladies. La santé étant un phénomène multidimensionnel et multisectoriel, tenant compte des exigences des maladies chroniques pour la prise en charge, le ministère de la santé publique et de la population compte réaliser une synergie d'action entre tous les acteurs de la santé pour empêcher la progression des maladies chroniques et sur la modification des modes de vie (MSPP, 2012).

Premièrement le (MSPP) compte réaliser une enquête nationale sur les maladies chroniques et les facteurs nationaux. Ce qui servira de guide pour suivre l'évolution de la maladie dans le pays. Intensifier les programmes d'interventions pour simultanément prévenir et prendre en charge des maladies chroniques. Privilégier les stratégies de préventions

### **1.6. Le pourquoi de la recherche et choix du site**

Cette recherche s'inscrit dans un souci de mieux appréhender la gestion des personnes vivant avec le diabète. Ma première expérience dans le système de santé de la République d'Haïti après mes études médicales réalisées à Cuba a eu lieu à l'hôpital Sainte-Catherine Labouré situé dans le département de l'Ouest. Hormis les autres cas, les personnes diabétiques qui arrivaient aux urgences avec des complications aiguës attiraient particulièrement mon attention. Ma deuxième expérience au Centre Médical Charles Colimon situé à Petite-Rivière de l'Artibonite était plus ou

moins identique à la première. Les patients étaient si nombreux que les professionnels de santé affectés à ce centre hospitalier n'arrivaient pas à satisfaire à la demande. Parfois, certains médecins travaillaient nuit et jour. En maintes occasions, des patients arrivaient aux urgences avec un tableau d'urgences hypertensives, de coma diabétique, de cétoacidoses diabétiques, etc., en dépit de l'existence et du fonctionnement d'un département de prise en charge des maladies chroniques. Mes autres expériences dans d'autres centres hospitaliers n'étaient pas différentes par rapport à l'affluence des patients diabétiques en état de décompensation. Qu'est ce qui pourrait expliquer cet état de fait ? Y'a-t-il un fossé entre les recommandations des professionnels de la santé lors des séances éducatives et l'application de ces dernières ? Le problème est-il dans la transmission du message ou dans sa réception ? Devrait-on au contraire identifier ces causes dans le quotidien de ces patients ? Autant de questions que je me posais. Basant sur mes expériences dans les centres hospitaliers comme médecin-consultante Il y avait toujours un problème entre ce que proposent les professionnels de la santé et ce que font les patients, certains patients ont commencé à prendre les médicaments prescrits par les médecins mais dès qu'ils se sentent mieux ils laissent les médicaments, pour eux être en santé c'est, être bien dans cors physique tandis que pour les professionnels de la santé, être en sante ce n'est ne pas avoir de maladie. Je me sentais motivée à identifier les sources de ce problème et à proposer des éléments de solution. Comprendre les différentes raisons qui empêchent aux personnes souffrant du diabète à contrôler la maladie et proposer des recommandations aura un impact significatif sur la vie de ces dernières, sur leurs familles et ultimement sur leur espérance de vie.

Pour protéger la relation médecin-patient et éviter tout jugement préconçu, j'ai choisi un milieu où je n'ai pas encore travaillé pour collecter les données de cette recherche. De plus, le centre hospitalier de Mirebalais a un programme de prise en charge des maladies chroniques. Il est donc plus approprié de mieux cerner comment les diabétiques arrivent à faire le lien entre les recommandations et suivis médicaux et leur train-train quotidien. Nous nous donnons pour tâche d'interroger les personnes diabétiques vivant dans la commune de Mirebalais sur leur expérience en tant que diabétique, sur leur compréhension de la maladie sur les difficultés rencontrées en tant que diabétiques, sur les stratégies utilisées pour négocier avec la maladie.

### **1.7. Question de recherche et objectifs**

À travers cette recherche, nous désirons répondre à cette question : « Comment les personnes diabétiques de la commune de Mirebalais expérimentent-elles la maladie et les problèmes de santé qui les motivent à consulter les professionnels de santé ?

Notre étude a deux grands objectifs :

- 1) Le premier est de comprendre le parcours de vie des personnes diabétiques afin de circonscrire le contexte dans lequel cette maladie s'inscrit et ce qu'elle transforme dans l'existence des gens.
- 2) Le deuxième consiste à faire ressortir la compréhension de la maladie par les personnes vivant avec le diabète et comment elles négocient les exigences de la maladie et leur contexte de vie.

## CHAPITRE II : RECENSIONS DES ÉCRITS

Dans ce chapitre, nous présenterons un survol de l'histoire du diabète jusqu'à la découverte de l'insuline. Ensuite, nous exposerons sommairement les types de diabète, les causes ainsi que les traitements généralement prescrits pour contrôler cette pathologie.

### 2.1. Survol historique du diabète

Les études réalisées par Papyrus d'Ebers nous dit que la plus ancienne description d'une maladie ressemblant au diabète remonte à l'Égypte antique. Il s'agit du Papyrus d'Ebers découvert à Thèbes (ancienne région égyptienne) qui, selon les experts, date de 1550 av. J.-C. (Von der Weid, 1994). Selon Jouzier (2007), ce papyrus est conservé à l'Université de Leipzig, l'une des plus anciennes universités d'Allemagne. Ce document, long de 108 pages, et trouvé à Louxor en Égypte, contient d'importantes informations relatives aux connaissances médicales pharaoniques (Papaspuros, 1964). Observant une polyurie massive, Arrêtee de Cappadoce, un médecin grec vivant entre 80 et 138 apr. J.-C., aurait été le premier à donner le nom de *Diabêtês* après cette observation (Jouzier, 2007). Dans son ouvrage, « Traité des signes, des causes et de la cure des maladies aiguës et chroniques », Arrêtee de Cappadoce décrivait plusieurs symptômes du diabète.

La maladie à laquelle on donne le nom de *Diabêtês* est très-rare et extrêmement surprenante. (...) Ce sont les chairs et les parties solides du corps qui se fondent et se changent en urine. (...) car l'urine ne passe pas seulement par intervalles (...), il s'en

fait un écoulement continu. (...) D'où il me semble que cette maladie a reçu le nom de Diabètes (siphon en grec), à cause qu'il ne reste rien de liquide dans le corps.

(Gianatto, 213, page 9)

Ce médecin grec associait les symptômes qu'il observait à un siphon et donna le nom de « *diabêtês* » qui signifie « *passer à travers* » à cet ensemble de symptômes car il le considérait comme un siphon (Vague et Vialette, 1977). Schadewaldt (1975) a rapporté les raisons pour lesquelles Arétée de Cappadoce associait cette maladie à un siphon.

C'est la raison pour laquelle, je crois, que la maladie a été appelée diabète, comme si elle était un siphon de vin, parce que le liquide n'est pas retenu dans le corps mais utilise l'être humain comme un tube à travers lequel il peut se drainer (p.45) (traduction libre de l'auteure).

Papaspysos (1964) a souligné qu'Arétée de Cappadoce fut celui qui a donné la première description clinique du diabète. Des années plus tard, Avicenne (980-1037) pour les Occidentaux ou Ibn Sîna pour les Perses, distingua le goût sucré du résidu brun que laissaient les urines des diabétiques (Jouzier, 2007). Entre V-VI<sup>e</sup> siècle, apparut dans la littérature sanscrite (textes littéraires hindous) la relation entre la présence de sucre dans les urines et la maladie (Von der Weid, 1994). En 1674, Thomas Willis, un médecin Anglais mondialement reconnu et cofondateur de la Royal Society (une des plus anciennes sociétés scientifiques) considéré comme celui qui découvrit la glycosurie, nota que les urines étaient étonnamment sucrées et en fit l'élément diagnostique principal du diabète. Il proposa également un traitement (Vague et Vialette, 1977). Un peu plus tard, William Cullen (1709-1790), un des plus talentueux médecins et philosophes Écossais, sépara le diabète insipide du sucré et ajouta « *mellitus* » à « *diabètes* ». (Vague et Vialette, 1977). En 1847, Claude Bernard, médecin et physiologiste Français considéré comme le fondateur de la médecine expérimentale, proposa la première méthode de détermination correcte de la glycémie et précisa la fonction glycogénique du foie (Vague et Vialette, 1977), Bernard ouvrait dès lors de nouvelles voies à l'étude du diabète. La description clinique du diabète ainsi que ses complications se sont affinées vers la fin du XIX<sup>ème</sup> siècle (Vague et Vialette, 1977). Apollinaire Bouchardat, reconnu comme le plus grand clinicien de l'histoire du diabète, multiplia, entre 1838 et 1885, les publications au cours desquelles il recommanda le pain sans gluten. Il nota l'amélioration de l'état de nombreuses personnes diabétiques au cours des restrictions alimentaires du siège de Paris de 1871 et conseilla, par conséquent, une alimentation peu abondante (Vague et

Vialette, 1977). Le pancréas fut peu à peu considéré dans le mécanisme de production du diabète. En 1905, Édouard Laguesse, médecin Français et créateur du terme *endocrine*, localisa la sécrétion interne du pancréas dans des îlots de cellules polygonales décrits en 1869 par Langerhans (Vague et Vialette, 1977). Deux Canadiens, Frederick G. Banting et Charles H. Best, ont réussi à obtenir le 14 août 1921 une hypoglycémie chez un chien pancréatectomisé, en injectant dans ses veines un extrait pancréatique. Le 11 janvier 1922, à l'aide d'une préparation obtenue par extraction alcoolique du pancréas de bœuf, est traité le premier diabétique. La fabrication à grande échelle de l'insuline a eu lieu au cours de l'été 1922.

## **2.2. Types de diabète**

Il existe plusieurs types de diabète. Les plus connus sont les types 1 et 2. Il y a aussi le diabète gestationnel. Nous décrirons succinctement ces types de diabètes dans les prochaines lignes.

### **2.2.1. Diabète de type 1**

Le diabète de type 1 (aussi appelé diabète insulino-dépendant) survient lorsque les cellules bêta du pancréas sont détruites par le système immunitaire. L'organisme devient alors incapable de fabriquer l'insuline dont il a besoin (FID, 2013). Les personnes souffrant de cette maladie présentent une soif excessive et une bouche sèche, des mictions fréquentes, un manque d'énergie et une fatigue extrême, une faim constante et une cicatrisation lente des plaies (FID,2013). Ce type de diabète se caractérise par une carence absolue en insuline. Cependant, les causes du diabète de type 1 ne sont pas encore bien établies. Mais des causes environnementales, des événements survenus au premier stade de la grossesse et une mauvaise alimentation au début de la vie sont suspectés (FID,2013). Généralement, il se manifeste au cours de l'enfance ou durant l'adolescence. Les personnes atteintes de cette forme de diabète ont besoin d'insuline afin de maintenir leur glycémie sous contrôle (FID,2013).

### **2.2.2. Diabète de type 2**

Le diabète de type 2 (aussi appelé diabète non insulino-dépendant) se développe lorsque le pancréas ne produit pas suffisamment d'insuline ou lorsque l'organisme n'est pas capable de bien utiliser l'insuline produite. Cette dernière s'accumule donc dans le sang. Ce type de diabète est considéré comme le plus répandu, soit environ 90% des cas dans le monde (OMS, 2014). Il touche des personnes âgées de 40 ans et plus mais, on le retrouve de plus en plus chez les enfants et les adolescents en raison de la sédentarité et de l'excès de poids chez les adolescents. Les personnes atteintes de diabète de type 2 peuvent passer des années sans le savoir parce que les symptômes n'apparaissent pas au début de la maladie. Le plus souvent, l'excès de glucose continue à faire des dégâts dans l'organisme de façon silencieuse et le diagnostic se pose lors des complications (FID,2013).

### **2.2.3. Diabète gestationnel**

Le diabète gestationnel apparaît au cours de la grossesse (vers la 24<sup>e</sup> semaine de gestation) et disparaît généralement après l'accouchement. Les caractéristiques de cette forme de diabète se traduisent par une résistance à l'insuline. L'action de l'insuline est inhibée par l'effet des hormones produites durant la grossesse, probablement par le placenta (FID, 2013). Le danger immédiat pour le bébé est minime parce que le diabète apparaît après la formation de ce dernier. Cependant, si le diabète gestationnel n'est pas contrôlé, cela peut avoir des conséquences graves pour la mère et pour l'enfant. En outre, ces femmes ont un risque élevé de présenter non seulement à nouveau le diabète au cours des prochaines grossesses mais aussi le diabète de type 2 à un stade plus avancé de leur vie (FID, 2013). Selon l'OMS (2014), environ 4 % des femmes enceintes développent le diabète de type 2.

### **2.2.4. Prédiabète**

Le prédiabète est un état dans lequel la glycémie se situe au-dessus des valeurs considérées normales, mais sans atteindre les valeurs seuils considérées pour le diagnostic du diabète (OMS, 2014).

## **2.3. Les causes de diabète type 2**

Les causes de diabète type 2 sont multifactorielles. Les principaux facteurs de risque associés peuvent être modifiables ou non modifiables. Parmi les facteurs de risques modifiables, il y a l'obésité, le régime alimentaire riche en graisses saturées et en sucres, la sédentarité, le stress et la consommation excessive du tabac et d'alcool considérée comme des facteurs aggravants. Parmi les facteurs de risque non modifiables, il y a l'âge, le sexe, les facteurs héréditaires (FID, 2013).

### **2.3.1. L'obésité**

Selon l'OMS (2015), l'obésité se caractérise par une accumulation anormale ou excessive de graisse qui présente un risque pour la santé. L'obésité est considérée comme le principal facteur de risque dans le développement du diabète de type 2. On estime que 80% des personnes diabétiques souffrent d'obésité. Toutefois, toutes les personnes obèses ne souffrent pas de diabète (FID, 2007). Le nombre de personnes obèses a augmenté de façon exponentielle, passant de 850 millions en 1980 à 2,1 milliards en 2013 (Ng et al, 2014). Selon les dernières estimations, 30% de la population mondiale sont en surcharge pondérale. La définition de l'obésité repose sur le calcul de l'indice de masse corporelle (IMC) qui est le rapport entre le poids exprimé en kilogrammes et la hauteur en mètres au carré. Un IMC supérieur ou égal à 30 kg/m<sup>2</sup> définit l'obésité dans les deux sexes pour l'adulte. Le tableau 2 fournit la classification des poids en regard des différents niveaux d'IMC et au risque associé au développement des problèmes de santé. Le groupe d'expertise collective de l'Inserm (2007) a souligné que l'emploi de l'IMC comme indicateur de masse corporelle est dû à sa grande simplicité de mesure ainsi qu'à deux propriétés vérifiées approximativement dans les populations d'adultes : il est indépendant de la taille des individus et corrélé assez fortement ( $r = 0,6$  à  $0,8$ ) avec leur masse grasse. Les facteurs en cause dans le développement de l'obésité sont multiples et intriqués : évolution des modes alimentaires, sédentarité, facteurs psychologiques et sociaux, contexte économique, déterminants biologiques, génétiques, etc. (Cingura, 2010). Cependant, à l'échelle d'un individu, il est indispensable d'observer si une corpulence élevée est en effet liée à un excès de masse grasseuse ou non (exemple du sportif qui présente un IMC élevé du fait d'une importante masse musculaire, ou d'œdèmes massifs) (Cingura, 2010). Pour Brus et Boëtsch (2011), l'obésité participe à la dégradation de l'état de santé d'un individu sur deux plans : d'abord sur un plan physique,

puisqu'elle est associée à des risques de morbidité élevés, puis sur un plan social, car elle est source de stigmatisation et génère un mal-être social dans certaines sociétés.

L'obésité, considérée jadis comme l'apanage des pays à revenu élevé, est devenue une préoccupation de santé publique dans les pays à faible et à moyen revenu (Ndiaye, 2007). En Haïti, selon l'IHSI (2007), 20,4% de la population adulte (celle âgée de 18 ans et plus) ont une surcharge pondérale. Les personnes ayant une surcharge pondérale résident plus fréquemment en milieu urbain qu'en milieu rural (IHSI, 2007).

**Tableau 1 : Classification du risque pour la santé en fonction de l'indice de masse corporelle (IMC)**

<b>Classification</b>	<b>Catégorie de l'IMC (kg/m<sup>2</sup>)</b>	<b>Risque de développer des Problèmes de santé</b>
Poids insuffisant	< 18,5	Accru
Poids normal	18,5 - 24,9	Moindre
Excès de poids	25,0 - 29,9	Accru
Obésité, classe I	30,0 - 34,9	Élevé
Obésité, classe II	35,0 - 39,9	Très élevé
Obésité, classe III	>= 40,0	Extrêmement élevé

**Source : Santé Canada. Lignes directrices canadiennes pour la classification du poids chez les adultes. Ministre des Travaux publics et Services gouvernementaux du Canada, 2003.**

### 2.3.2. L'âge

L'âge constitue un facteur de risque important dans le développement de la maladie. La prévalence du diabète s'accroît à partir de 30 ans. Le diabète de type 2 est trois fois plus élevé chez les gens âgés de plus de 65 ans que chez les gens âgés entre 35 et 65 ans bien que le nombre d'enfants atteints du diabète de type 2 ait augmenté en raison du surpoids qui affecte de plus en plus ces derniers. Nonobstant, la maladie est beaucoup plus rare chez les enfants, les adolescents et jeunes adultes que chez les personnes plus âgées (Krucik, 2012). Hadler (2010) soutient que plus on est âgé plus grande est la probabilité qu'on ait un glucose sanguin élevé. Cependant, il y a peu de risque que cette hyperglycémie affecte la santé ou la longévité de la personne.

Bien que l'âge, les facteurs génétiques et le style de vie constituent les meilleurs prédictors du diabète de type 2, certains groupes aux États-Unis identifiés par leur appartenance raciale ou ethnique ont des taux de pré-diabète et de diabète de type 2 plus élevés (Krucik, 2012). Par exemple les populations Afro-Américaines, Amérindienne, Asiatique et les Autochtones sont plus affectées (Krucik, 2012).

### 2.4. Le diagnostic du diabète de type 2

Avant 1997, le taux de glucose dans le sang devait être supérieur à 140 pour avoir le diagnostic de diabète. À partir de 1997, ce taux a été réduit à 126, une situation qui a transformé la vie de 1,6 millions de personnes en diabétiques (Welch, Schwartz et Woloshin, 2012). Pour Hadler (2010), « en persistant à réduire la valeur du critère, on finira par tous devenir des diabétiques de type II en vieillissant » (page 65). De nos jours, une personne est considérée comme diabétique lorsque :

- la glycémie se trouve à 1.26g/l (7.0mmol/l) après un jeûne de 8 heures et soit vérifiée à 2 reprises.
- il y a une présence des symptômes de diabète comme la polyurie, la polydipsie, la polyphagie, l'amaigrissement avec une glycémie sur plasma veineux supérieure ou égale à 2g/l ou 11.1mmol/l.
- il y a une glycémie sur plasma veineux supérieure ou égale à 2g/l ou 11.1 mmol/l, 2 heures après une charge orale de 75g de glucose. (HAS, 2013)

## **2.5. Le traitement du diabète**

En absence de complications, généralement, le respect des normes diététiques et l'activité physique contribuent en grande partie au contrôle du diabète de type 2. Le traitement du diabète peut être non pharmacologique ou pharmacologique.

### **2.5.1. Traitement non pharmacologique**

Le traitement non-pharmacologique dépend des caractéristiques individuelles de chaque personne, de l'environnement dans lequel elle évolue ainsi que de la relation qui existe avec son médecin. Ce type de traitement passe par le choix d'un style de vie sain en contrôlant les différents facteurs de risque modifiables comme l'IMC, le régime alimentaire, etc.

Une alimentation équilibrée consiste à consommer des aliments variés, des fruits, des légumes et des grains entiers régulièrement. Il est recommandé de prioriser des aliments riches en fibres alimentaires et de consommer les autres avec modération (les aliments riches en graisse, sucre et en sel (LD, 2013).

La pratique d'une activité physique régulière est essentielle pour le contrôle du diabète. Il est important de souligner que la réalisation de cette dernière doit être adaptée aux préférences et aux possibilités du diabétique. Favoriser la marche ou l'utilisation de vélo, jouer avec les enfants sont des activités qui peuvent être proposées au patient (LD, 2013).

Il est fondamental d'encourager les patients à ne plus fumer et à diminuer la consommation d'alcool. En effet, le tabac favorise les complications cardiaques, vasculaires, rénales, etc. La consommation d'alcool en excès peut varier la glycémie et favoriser l'apparition des complications du diabète (LD, 2013).

### **2.5.2. Traitement pharmacologique**

Le traitement pharmacologique du diabétique vise à normaliser la glycémie et se caractérise par la prise d'antidiabétiques oraux ou d'hypoglycémifiants. Ces derniers sont classés en cinq grandes catégories : les biguanides, les sulfamides hypoglycémifiants, les glinides, les inhibiteurs des alphaglucosidases, les inhibiteurs de la dipeptidyl-peptinase 4 (inhibiteurs de la DPP- 4). Au cas où ces médicaments n'arriveraient pas à diminuer le niveau de sucre dans le sang, l'insuline peut être utilisée selon les recommandations des médecins (LD, 2013).

## CHAPITRE III : CADRE DE RÉFÉRENCE

Notre cadre de référence se base sur le modèle de Kleiman et collaborateurs (1978) et Young (1982). La maladie se réfère à une triade : *disease* qui représente la maladie dans ses manifestations organiques ; *illness* qui englobe le vécu du sujet souffrant, ses expériences psychologiques et individuelles et *sickness* qui est le processus à partir duquel les signes de perturbations biologiques et/ou du comportement ont des significations socialement identifiables (Kleinman et al, 1988 ; Bonnet, 1999). Nous nous appuyerons sur l'approche phénoménologique proposée par Clark E. Moustakas pour dégager une signification commune des expériences vécues par les personnes diabétiques selon les trois dimensions de la maladie (Creswell, 2013). Je choisis cette approche parce que j'ai voulu comprendre comment les personnes diabétiques vivent la réalité, d'être diabétique et en même temps des gens responsables qui doivent répondre à toutes les exigences quotidiennes soit de la famille ou de la société (CIRP, 2013). Souvent l'approche phénoménologique est la méthode qui amène le chercheur à concentrer leur regard sur le phénomène à occulter de façon paradoxale la subjectivité de celui qui vit le phénomène sans parler de sa subjectivité propre (Meyor, 2005 ; Creswell, 2013). La phénoménologie est aussi une discipline rigoureuse qui vise à décrire le phénomène tels qu'ils se donnent à nous c'est dans cette optique notre discours s'élève de nos préjugés, à partir des idées toutes faites, à partir de ce qu'il est convenu aujourd'hui de penser sans ne plus prendre la peine de s'appuyer sur la chose elle-même dont il est pourtant question (CIRP, 2013). Cette approche nous permet de retourner aux phénomènes à l'état pur, c'est à dire à recueillir des idées premières des discours originaux.

Pour mieux cerner comment les personnes diabétiques arrivent à concilier les exigences de la vie quotidienne et la maladie, nous examinerons ces quatre concepts fondamentaux : les représentations de la santé, les diverses dimensions du concept de la maladie ainsi que les rôles des hommes et des femmes (le genre).

### 3.1. La santé

Les définitions de la santé ont évolué au fur et à mesure avec le temps. Du point de vue biomédical, les premières définitions se portaient sur l'aptitude de l'organisme à fonctionner. La santé était considérée comme un état de fonctionnement normal pouvant être perturbée à l'occasion par la

maladie (AFMC, 2013). Elle est caractérisée par l'intégrité psycho-anatomo-physiologique et la capacité de jouer des rôles valorisés par l'individu sur les plans familial, professionnel et communautaire (AFMC, 2013). En 1946, l'OMS a considéré la santé comme un état de complet bien-être physique, mental et social qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladie ou d'infirmité (OMS, 1946). Cependant, beaucoup de gens semblent concevoir la santé comme étant un bien-être holistique qui va au-delà de l'absence de la maladie. En 1984, l'OMS a modifié la définition de la santé. Elle est considérée comme la mesure dans laquelle un groupe ou un individu peut, d'une part, réaliser ses ambitions et satisfaire ses besoins et, d'autre part, évoluer avec le milieu ou s'adapter à celui-ci. À travers cette définition, la santé est donc perçue comme une ressource de la vie quotidienne, et non comme le but de la vie. En outre, ce concept met en valeur les ressources sociales et individuelles, ainsi que les capacités physiques (AFMC, 2013). Cette conception de la santé varie d'une population à l'autre, d'une classe sociale à l'autre. Du point de vue anthropologique, la santé peut se définir d'un côté comme le rapport de l'être physique et psychique, de l'autre du monde social et politique (Fassin, 2000). Elle est plus que l'envers de la maladie. Ce rapport est historiquement construit et fait l'objet de concurrence et de luttes entre les agents s'efforçant d'imposer des visions différentes de la santé, ce qu'il faut politiquement et socialement traiter comme un problème de santé (Fassin, 2000). Nous allons nous baser sur ces différents concepts pour mettre l'emphase sur les représentations populaires de la santé que se font nos participants afin de voir en quoi elles se diffèrent de ce qui est généralement admis par la norme médicale.

### **3.2. La maladie**

Les malades édifient des modèles qui tentent à rendre compte de leurs rapports à leur corps, des relations entre les organes, des sensations ressenties et des causes des souffrances qu'ils éprouvent, qu'elles soient liées à la maladie ou au traitement (Taïeb et al, 2005). Un regard anthropologique permet de saisir les trois dimensions qui peuvent expliquer le sens de la maladie. Il s'agit de *disease*, d'*illness* et de *sickness* qui correspondent aux dimensions physiques, culturelles et sociales des problèmes de la santé décrite par Kleinman et collaborateurs (1978).

### **3.2.1. *Disease* : la maladie biologique**

Le terme *disease* renvoie à la définition médicale de la maladie. Elle est fondée sur une connaissance objective des symptômes physiques du patient. *Disease* se réfère à un dysfonctionnement d'un processus biologique. On l'appelle aussi la maladie objective ou celle du médecin. Dans notre étude, nous abordons cette dimension en parlant du diagnostic reçu par les femmes et les hommes, mais plus particulièrement à ce qui est exigé par la médecine pour la gestion du diabète.

### **3.2.2. *Illness* : la maladie signifiée**

Il s'agit de la représentation subjective du patient. On l'appelle « la maladie du malade ». Cette dimension (*illness*) se réfère à l'expérience psychosociale de la maladie et à sa signification. Tous les symptômes d'une maladie sont modulés à travers l'expérience de l'*illness* (Taïeb et al, 2005, Roy, 1998). Selon Douguet (2000), *illness* est la maladie telle qu'elle est éprouvée et perçue par les malades eux-mêmes. *Illness* concerne les comportements socioculturels liés à la maladie dans une société donnée. Cette dimension de la maladie constitue notre centre d'intérêt dans le cadre de cette recherche.

### **3.2.3. *Sickness* : la maladie socialisée**

*Sickness* se réfère à une catégorie sociale et au rôle de la maladie dans une société particulière. La maladie (*sickness*), selon Douguet (2000), est le processus par lequel les signes biologiques ou comportementaux inquiétants sont reconnus comme symptômes avec des conséquences socialement significatives. Ce même auteur soutient que *sickness* résulte de la socialisation de la maladie - *disease* et *illness* à la fois (idem, 2000). Pour Massé (1995), *sickness* est :

Le processus par lequel l'individu donne des significations socialement reconnaissables à ses dysfonctions ou à ses états pathologiques. C'est ce processus qui détermine les choix thérapeutiques des individus. En fait, chaque culture possède ses règles pour traduire des signes physiques ou psychologiques en symptômes et pour associer ces symptômes à des modèles étiologiques populaires (Massé, 1995 : 37).

Dans cette étude, nous examinerons les stratégies utilisées par les personnes diabétiques pour rester socialement actives. Même si nous nous sommes intéressés spécifiquement à la dimension *illness*

du diabète de type 2, nous examinerons l'influence des trois dimensions dans la prise en charge de la maladie ainsi que les rôles des hommes et des femmes dans la société.

### 3.3. Le genre

La problématique du genre « *gender* » a été introduite et développée par les féministes anglo-américaines vers les années 1970 (Löwy et al, 2003). *Gender* évoqué par les féministes anglo-américaines avait des terminologies différentes et dépendait de certaines orientations théoriques et politiques de l'époque. Ainsi, il y avait le sexe social en anthropologie, les rapports sociaux de sexe en sociologie, le masculin/féminin en littérature, les hommes/femmes en histoire et la différence des sexes en philosophie (Löwy et al, 2003).

Le genre se réfère aux distinctions entre les hommes et les femmes en considérant les rôles sociaux des hommes et des femmes établis par l'organisation sociale du pays par exemple, sur le plan domestique, le travail, la politique et l'éducation (Couillard, 1994 ; Kergoat, 2010). Pour d'autres auteurs, le concept de genre est un concept essentiellement dynamique qui permet de remettre en question l'apparente immuabilité des rôles sociaux et d'envisager la fin de la subordination universelle des femmes (Löwy et al, 2003 ; Bédard, 2005).

Le genre peut avoir des significations différentes selon le pays ou la culture en question. Il va au-delà du sexe qui met la différence seulement sur le plan biologique entre les hommes et les femmes. Pour qu'une personne soit considérée comme genre féminin ou masculin, elle doit se conformer aux normes sociales qui sont déterminées par la culture. Ne pas se conformer à ces normes peut entraîner le rejet ou des représailles (Bédard, 2005). Dans plusieurs sociétés, les femmes sont les principales responsables de prendre soin de la famille, d'entretenir la maison et de préparer les repas. Ces tâches leurs sont attribuées traditionnellement et elles sont perçues par les femmes comme des nécessités immédiates. Certains auteurs parlent du triple rôle des femmes : productif, reproductif et communautaire (Rondeau, 1994 ; ; Mireille, 1995 ; Bédard, 2005 ; HS, 2008 ; Kergoat, 2010;) parce que les femmes d'aujourd'hui, en plus de s'occuper de la maison, vont aussi travailler ailleurs, alors que les hommes se voient plus dans les choses politiques et les travaux de

bureaux. Une telle différence nous aide à mieux comprendre la façon dont ces deux catégories de personnes gèrent la maladie dans le cadre de cette recherche.

## **CHAPITRE IV : MÉTHODOLOGIE**

Ce chapitre présente le type d'étude en premier lieu. Ensuite, nous décrivons le déroulement du terrain. Nous aborderons brièvement la situation géographique de la République d'Haïti, ainsi que la ville de Mirebalais, le système de santé Haïtien et le centre hospitalier où a lieu la collecte. L'échantillonnage, le profil des participants, les instruments, les méthodes d'analyses et les considérations éthiques finalisent cette partie.

### **4.1. Le déroulement du terrain**

Le déroulement du terrain s'est réalisé en Haïti plus précisément à l'HUM dans le département de prise en charge des MNT qui incluent les maladies cardiovasculaires, rénales et le diabète. Le travail de terrain a été d'environ deux mois et demi soit du 15 avril 2015 au 11 juillet 2015. Durant notre séjour, nous avons assisté à quelques séances éducatives entre certains professionnels de santé en charge du programme des cas chroniques et des patients. Ces rencontres nous ont permis d'appréhender les stratégies utilisées par les premiers pour aider les personnes diabétiques dans la gestion de la maladie.

### **4.2. Situation géographique d'Haïti**

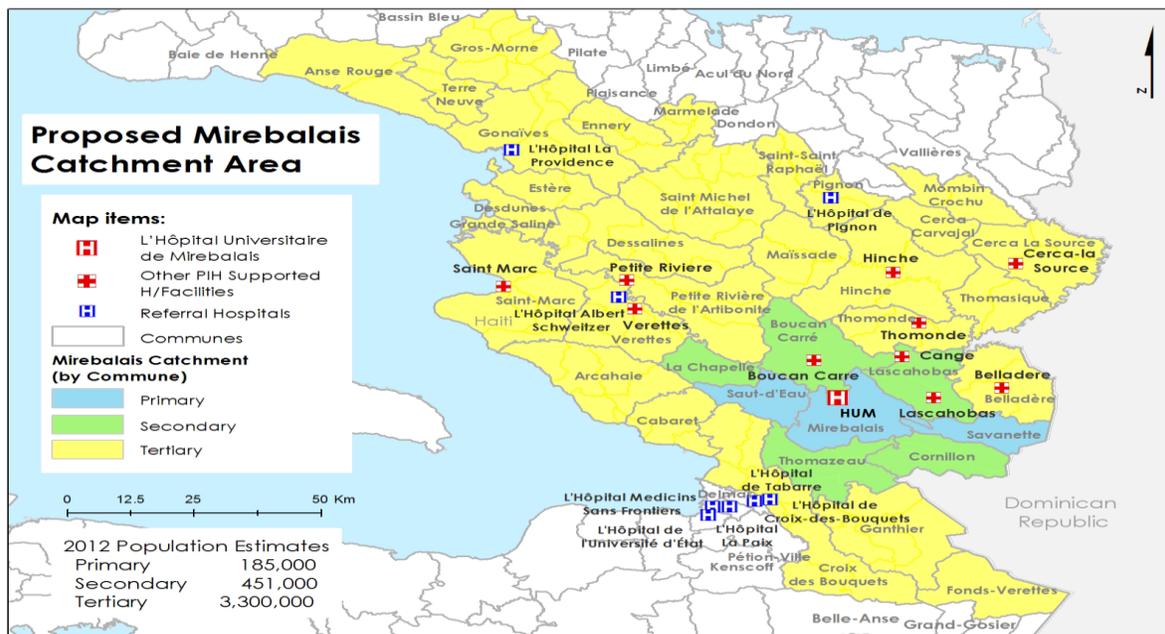
La République d'Haïti est située dans la région caribéenne entre 18 02' et 200 06' de latitude Nord et 710 41' et 740 29' de longitude Ouest. Elle est bornée au Nord par l'Océan Atlantique, au Sud par la mer des Caraïbes, à l'Est par la République Dominicaine et à l'Ouest par le détroit de Windward qui la sépare de l'île de Cuba (Ministère de l'Environnement, 2003). Selon l'Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique, la population de la République d'Haïti était estimée en 2012 à 10 413 211 habitants (IHSI, 2012). Haïti est divisé en 10 départements, 41 arrondissements, 133 communes et 565 sections communales. Les 10 départements sont : l'Ouest, le Sud, le Sud-Est, la Grand 'Anse, les Nippes, le Nord, le Nord-Ouest, le Nord-Est, l'Artibonite et le Centre. Ce dernier est à son tour réparti en 4 arrondissements : Hinche, Lascahobas, Cerca-La-Source et Mirebalais. L'arrondissement de Mirebalais est à son tour divisé en trois communes : Boucan Carré, Saut d'Eau et Mirebalais qui est le terrain de notre recherche.

Le taux brut de mortalité en Haïti était estimé à 27,5/1000 en 1959. Au début des années 1980, ce taux a été descendu à 15,7/1000 et à 10/1000 au commencement de l'année 2000 (MSPP, 2012). Entre 2000-2005, le taux de mortalité chez les hommes de 15 à 59 ans était de 4,62/1000 alors que celui des femmes âgées de 15 à 49 ans pour la même période était de 4,91/1000 (RNP/UNFPA, 2010).

### 4.3. Ville de Mirebalais

Mirebalais est située au 18° 49' 59 de latitude Nord et -72° 6' 19 de longitude Ouest (MICT, 2010). La commune de Mirebalais est constituée de la ville de Mirebalais et de quatre sections communales : Gascogne, Sarazin, Grand Boucan et Crête Brulée. Le fleuve de l'Artibonite ainsi que les rivières de la Tumbé et du Bourg y passent du côté septentrional. Sa population était estimée en 2012 à 93 288 personnes, soit 47174 femmes et 46114 hommes (IHESI, 2012). Mirebalais possède des sources d'eaux thermales à sa limite avec la Petite-Rivière de l'Artibonite (une commune du département portant le même nom). Entourée de montagnes, elle a été considérée comme un lieu de défense militaire et utilisée comme un dépôt de munition (Ardouin, 1832).

**Figure 1: Mirebalais- HUM**



Source: Partners in Health/Zanmi Lasante

#### 4.3.1. Principales activités génératrices de revenu à Mirebalais

Répartie sur une superficie de 330,87 km<sup>2</sup> (IHSI, 2012), la commune de Mirebalais est une ville en pleine expansion économique. En effet, en plus du café, de la canne à sucre, du coton, du riz et du sisal qui représentent d'importantes activités économiques. Il existe des supermarchés et d'autres activités génératrices de revenu (Elie, 2013). Mirebalais dispose de deux hôtels : le Wozo Plaza Hôtel et l'Hôtel Le Mirage, des écoles. À quelques kilomètres de la ville, se trouve le barrage hydroélectrique de Péligre. Elias Pinas, une province de la République Dominicaine, se situe relativement proche de Mirebalais. Il y existe un marché où des échanges ont lieu régulièrement entre les Dominicains et les Haïtiens (PNUE, 2013).

**Figure 2. Barrage hydroélectrique de Péligre : Département du Centre**



**Source : Haïti Renouveau**

<http://haitirenouveau.com/DEPCENTRE.html> (consultée le 29 novembre 2015)

#### **4.4. Système de santé en Haïti**

Le système national de santé Haïtien est représenté par les autorités sanitaires nationales, les autorités centrales, les directions départementales, les bureaux communaux (UCS) et les institutions de soins, tous répartis au sein du Ministère de la Santé Publique et de la Population (MSPP/UPE, 2011). Les entités chargées spécifiquement de la livraison des services de santé sont les institutions sanitaires (publiques, privées ou mixtes). Ces dernières sont réparties en 3 niveaux : primaire, secondaire et tertiaire. Le niveau primaire est subdivisé en deux systèmes de santé : celui de premier échelon (SSPE) et celui de deuxième échelon. Le SSPE regroupe les dispensaires, les centres de santé à lits (CAL), les centres de santé sans lits (CSL) et les cabinets médicaux de soins. Ces institutions constituent la porte d'entrée dans le système. Le deuxième échelon regroupe les hôpitaux communautaires de référence (HCR) qui offrent généralement les services de médecine interne, d'obstétrique et de gynécologie, de pédiatrie et de chirurgie. Ce deuxième échelon reçoit les cas référés par le SSPE. Le niveau secondaire regroupe les hôpitaux départementaux et les cabinets médicaux de spécialité. Le niveau tertiaire est représenté par les hôpitaux universitaires et les hôpitaux spécialisés (psychiatrie, sanatorium, etc.) axés sur la recherche. Le département du Centre (Plateau Central) avait, en 2011, 54 institutions sanitaires dont 22 publiques, 23 privées et 9 mixtes (MSPP/UPE, 2011). Selon cette même source, les 54 institutions sont distribuées selon les niveaux de la manière suivante : 36 dispensaires, 10 CSL, 3 CAL, et 5 HCR (MSPP/UPE, 2011).

#### **4.5. Hôpital Universitaire de Mirebalais**

L'Hôpital Universitaire de Mirebalais (HUM) a été inauguré le 8 novembre 2012 (HL, 2015). Fruit d'un partenariat entre l'ONG *Zanmi Lasante*, certains bailleurs de fonds internationaux dont la banque mondiale et l'État Haïtien, il s'étend sur une superficie de 205000 pieds carrés (HL, 2015). Il a ouvert ses portes au début de l'année 2013 et offre des services de résidence en médecine interne, en obstétrique/gynécologique, etc. Cet hôpital dispose de 30 salles de consultations en clinique externe, 300 lits d'hospitalisation, 6 salles d'opérations, un espace pour accueillir 140 étudiants et médecins résidents et recevoir près de 500 personnes par jour en consultation. Il s'agit d'un des plus grands hôpitaux de la région (HL, 2015). Il offre divers programmes de prise en

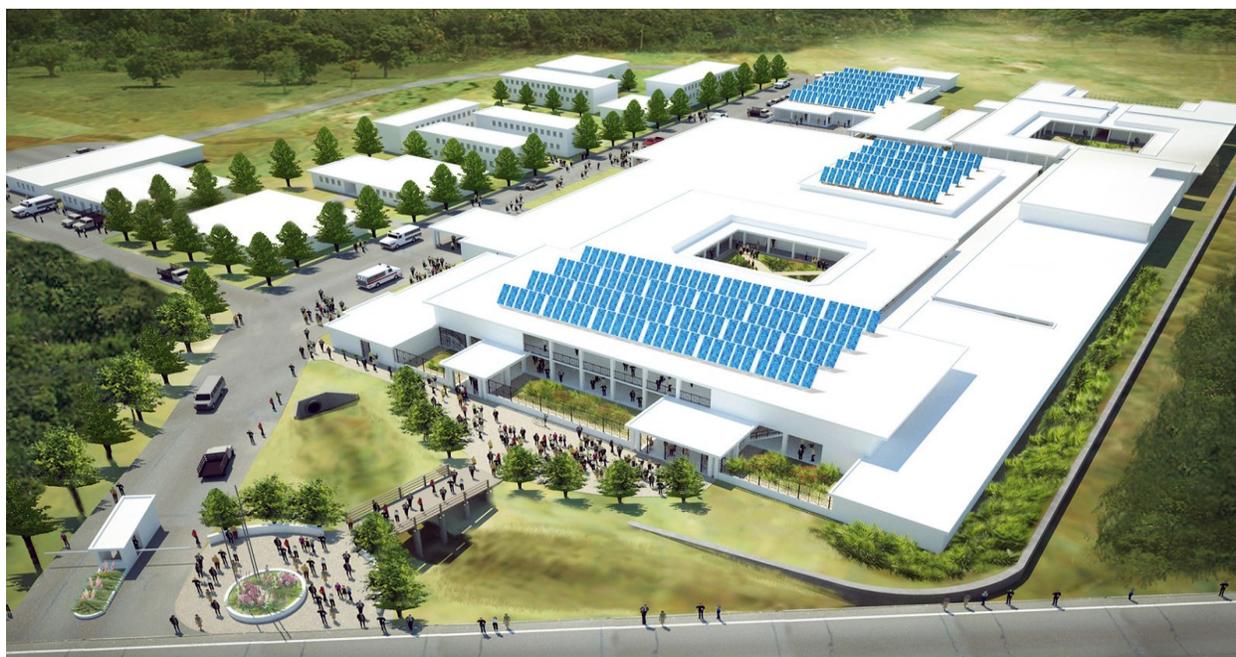
charge dont celui des maladies chroniques qui aide les personnes atteintes du diabète et des maladies cardiovasculaires.

**Figure 3 : HUM vue antérieure**



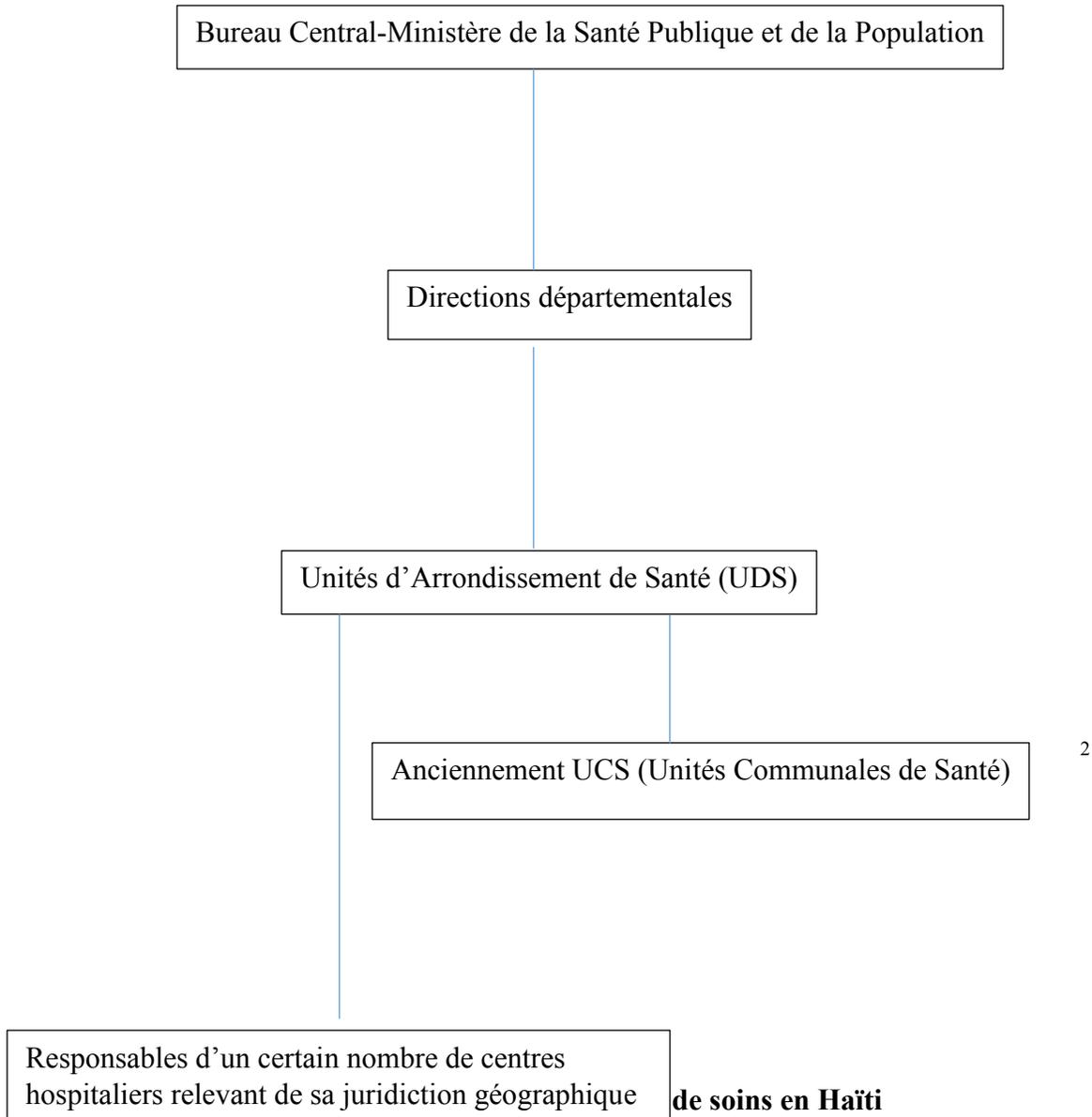
**Source: Partners in Health/Zanmi Lasante**

**Figure 4 : HUM-vue aérienne**



**Source: Partners in Health/Zanmi Lasante**

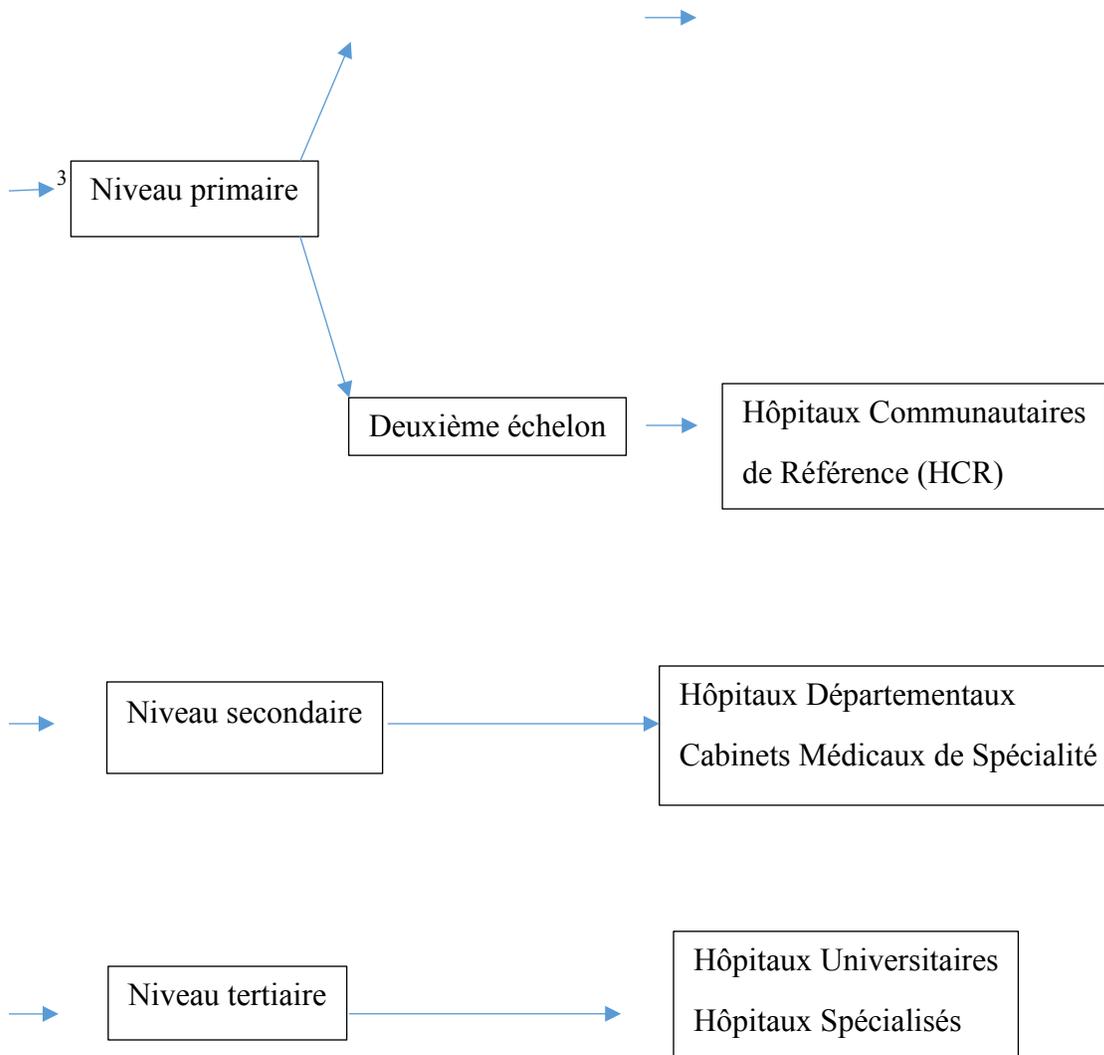
**Figure 5 : Organigramme du système de santé Haïtien - Volet organisationnel**



<sup>2</sup> Une Unité Communale(s) de santé (UCS) est une organisation d'environ 150 000 à 250 000 personnes, des acteurs et institutions communautaires participant communautaire.

- Dispensaires
- Centres de Santé sans Lits
- Centres de Santé avec Lits
- Cabinets Médicaux de Soins

défini  
ons de



\*Porte d'entrée dans le système de santé

#### 4.6. Type d'étude

<sup>3</sup> Au niveau primaire est offert le Paquet Minimum de Service (PMS). Le PMS est un ensemble minimal de prestations essentielles intégrées choisies parmi les plus efficaces, que l'État, en fonction des ressources, s'engage à rendre accessible à toute la population, en vue d'élever son niveau général de santé. Le PMS englobe : la prise en charge globale de la santé de l'enfant, la prise en charge de la grossesse, de l'accouchement et de la santé reproductive, la prise en charge des urgences médico-chirurgicales, la lutte contre les maladies transmissibles, les soins dentaires de base (MSPP/UPE, 2011).

Il s'agit d'une étude exploratoire qualitative qui vise à mieux comprendre la complexité et la diversité des expériences et des perceptions relatives au diabète de type 2 chez les personnes souffrant de cette maladie à Mirebalais (Haïti). Nous avons donné l'opportunité aux patients pour qu'ils puissent s'exprimer librement sur cette problématique dans leurs propres mots (Creswell, 2009). Nous nous inspirons des études réalisées sur ce sujet par d'autres auteurs (Roy, 2002 ; Murrock, 2014) pour obtenir des informations relatives à la gestion du diabète.

#### **4.7. Instruments**

Deux instruments ont été utilisés. Premièrement, un journal de bord nous a permis de noter les données recueillies durant tout le séjour. Deuxièmement, nous avons réalisé des entrevues individuelles semi-structurées parce que nous voulons que les participants se sentent libres, sans aucune contrainte pour parler de leur vécu comme personnes ayant reçu le diagnostic qui comporte beaucoup d'exigences.

##### **4.7.1. Journal de bord**

Le journal de bord étant considéré comme un « document accessoire » (Garreau, 2015 p.1) est l'outil privilégié pour inscrire différents types de notes prises au cours de l'observation du phénomène étudié. Ce dernier nous offre la possibilité d'étudier les expériences continues ainsi que les états psychologiques de nos participants. Le journal de bord nous a aussi permis de « conserver la mémoire vive de la recherche » (Garreau, 2015, p. 5). L'un des principaux apports recherchés dans l'usage d'un journal de bord est le caractère naturel et spontané des données récoltées et consignées. De plus, il fournit des informations complémentaires sur le contexte des faits relatés (Garreau, 2015).

##### **4.7.2. Entrevues individuelles**

Les entrevues individuelles semi-dirigées sont un moyen de donner la parole aux personnes vivant avec le diabète afin qu'elles puissent partager leurs expériences. Un guide d'entrevue a été préparé avec des questions ouvertes et simples visant à obtenir la perception de nos participants en ce qui a trait aux contraintes quotidiennes liées à la maladie ainsi que les moyens utilisés pour la gérer

(voir annexe 1). Les questions élaborées concernent les réactions entourant le diagnostic, les préférences alimentaires, l'organisation des repas, la synergie entre la maladie et le travail ainsi que le traitement. Les questions ont été traduites en créole pour nous assurer que les divers thèmes soient bien compris par tous les participants. Toutes les entrevues ont été menées en créole. Les entrevues ont duré environ 45 minutes. En accord avec les participants, les entrevues ont été enregistrées à l'aide d'un enregistreur numérique. Certains extraits des verbatim présentés en créole sont traduits en créole ensuite en français par l'étudiante-chercheure.

#### **4.8. Échantillonnage, recrutement et population à l'étude**

Le recrutement a été fait par le processus de *boule de neige* (Ulin et al, 2005) à partir des personnes responsables des programmes des maladies chroniques à l'HUM. Ces derniers ont informé les patients diabétiques du projet. Ceux et celles qui ont respecté les critères d'inclusion ont été contactés par l'étudiante-chercheure afin de planifier des rencontres. Un total de six rencontres a été organisé au cours desquelles des informations relatives au processus et aux objectifs de la recherche ont été communiquées aux potentiels participants. Afin d'installer un climat de confiance, l'étudiante s'est présentée aux participants avec un statut de chercheuse en santé communautaire qui veut comprendre leurs expériences de la maladie. Nous avons privilégié un échantillonnage hétérogène afin d'obtenir une diversité d'expériences relatives à la gestion du diabète. Seize personnes respectant les critères de sélection, soit huit hommes et huit femmes ont accepté de collaborer au projet de recherche. Un formulaire de consentement a été élaboré en français et en créole qui sont les deux langues officielles d'Haïti. Le formulaire a été lu en créole par l'étudiante chercheuse pour que tous les participants comprennent, étant donné que toutes les personnes n'ont pas le même niveau de scolarité. Après avoir obtenu le consentement des patients, ils ont été invités à participer à des entrevues individuelles semi-dirigées dans un local de l'HUM qui a été mis à notre disposition par les responsables du programme. Selon les disponibilités des patients, 13 entrevues ont été finalement réalisées, parce que trois de nos participants ont appelé l'étudiante chercheure un jour avant la rencontre pour lui dire qu'ils ont empêché et ils n'ont pas pu venir à la rencontre.

#### **Tableau 3 : Critères de sélection des participantes**

<b>Critères de sélection des participants</b>
1. Hommes et femmes Mirebalaises âgées de 35 ans et plus
2. Être diagnostiqué de diabète de type 2 depuis au moins 2 ans
3. Avoir un ou plusieurs enfants en bas de 18 ans à la maison
4. Accepter de partager ses expériences

#### **4.9. Profil des participants**

L'échantillon est largement hétérogène soit 8 femmes et 5 hommes. L'âge des participants et les zones de résidence sont variés. Les emplois ainsi que le niveau d'éducation sont aussi différentes. (Voir le tableau 2).

##### **4.9.1. Âge**

Les participants sont âgés de 35 ans et plus. L'âge moyen des hommes est de 49 ans et celui des femmes, 50 ans. Sept femmes et deux hommes sont âgés entre 41 et 50 ans.

##### **4.9.2. Origine**

Nos participants sont originaires de la commune de Mirebalais et de ses environs. Au début, nous aurions souhaité rencontrer des personnes venant uniquement de la commune de Mirebalais. Mais plusieurs difficultés se sont présentées au cours de la sélection des participants. Nous avons dû recruter des personnes venant des endroits différents pourvu qu'elles soient dans le programme des maladies chroniques de l'HUM et qu'elles répondent aux critères de sélection préétablis par l'étudiante chercheuse. Cinq femmes et un seul homme sont originaires de Mirebalais. Les autres viennent de ses environs. (Voir tableau 3).

**Tableau 4 : Origine des participants**

<b>Origine</b>	Femmes (n=8)	Hommes (n=5)
Mirebalais	5	1
Les environs de Mirebalais	3	4

### 4.9.3. Scolarité et Occupation

Le niveau de scolarité de notre échantillon est très varié. Quatre femmes ne savent ni lire ni écrire. Trois participants ont réalisé des études primaires. Quatre sont de niveau secondaire et deux hommes ont une formation universitaire. Six femmes travaillent comme commerçantes et professeurs d'école. Quatre hommes œuvrent comme professeurs d'école, cultivateurs ou agents de santé. Un seul homme est à la retraite à cause de son mauvais état de santé. (Voir tableaux 4 et 5).

**Tableau 5 : Scolarité des participants**

Scolarité	Femmes (n=8)	Hommes (=5)
Analphabètes	4	-
Primaires	1	2
Secondaires	3	1
Universitaires	-	2

**Tableau 6 : Occupations des participants**

Occupations	Femmes (n=8)	Hommes (n=5)
Travailleurs	6	4
Chômeurs	1	-
Retraités	1	1

### 4.9.5. Statut matrimonial

Trois femmes sont mariées et vivent avec leurs époux. Deux femmes vivent avec le père de leurs enfants en union libre et une est veuve. Quatre hommes sont mariés, l'autre est séparé. (Voir tableau 6).

**Tableau 7 : Statut matrimonial**

Statut matrimonial	Femmes (n=8)	Hommes (n=5)
--------------------	--------------	--------------

Mariés	3	4
Séparés	2	1
Unions libres	2	
Veuve	1	

#### 4.9.6. Nombre d'enfants à la maison

Tous les participants ont des enfants de moins de 18 ans à la maison. Deux femmes ont moins de trois enfants à la maison. Quatre en ont entre trois et cinq et deux vivent avec plus de cinq enfants. En ce qui concerne les hommes, trois d'entre eux vivent avec plus de cinq enfants et les deux autres n'ont pas plus de trois à la maison. (Voir tableau 7).

**Tableau 8 : Nombre d'enfants**

Nombre d'enfants	Femmes (n=8)	Hommes (n=5)
Moins de 3	2	2
3-5	4	-
6 et plus	2	3

#### 4.9.7. Présence de famille diabétique

Trois femmes ont affirmé avoir au moins un membre de leur famille souffrant de diabète. Chez les hommes, deux ont un membre de la famille diabétique et les trois autres ne savent pas. (Voir tableau 8).

**Tableau 9 : Présence de diabète dans la famille**

Présence de diabète dans la famille	Femmes (n=8)	Hommes (n=5)
Oui	3	2
Non	5	3

#### 4.9.8. Temps du diagnostic

Six femmes et quatre hommes vivent avec le diabète depuis un minimum de deux ans. Une femme a reçu son diagnostic depuis plus de huit ans. (Voir tableau 9).

**Tableau 10 : Date de diagnostic de la maladie**

Temps de diagnostic (années)	Femmes (n=8)	Hommes (n=5)
2-4	6	4
5-7	1	1
Plus de 7	1	-

#### 4.10. Analyses

La méthode d'analyse du contenu que nous avons utilisée a été inspirée de la méthode détaillée par Cresswell (2009) et l'Écuyer (1987). Nous avons fait une première lecture attentive des verbatim qui nous a permis de saisir le sens général des données (Cresswell, 2009 ; Écuyer, 1987). Dans un premier temps, l'étudiante-chercheuse retranscrit les verbatim en créole en ensuite français. Nous avons élaboré une première liste d'unité de sens ou de codes. Deuxièmement, suite à des lectures successives des verbatim nous avons découpé le matériel en énoncés plus restreints pour donner un sens complet aux énoncés et établir la classification et la codification des données. Cette liste préliminaire a été testée en codant l'ensemble du corpus de données. Une liste plus exhaustive de codes a été obtenue et ces derniers ont été regroupés en catégories plus larges. Tel que préconisé par L'Écuyer (1987), les codes et catégories ont été définis. Certains codes et catégories ont été précisés ou encore réorganisés à plusieurs reprises jusqu'à l'obtention d'une codification satisfaisante. Pendant tout ce processus, les possibles relations entre les thèmes, les données contradictoires, les pistes d'interprétation ont été notées. Enfin, nous avons fait la description et l'interprétation des résultats.

#### Les contraintes perçues par les participants

Plusieurs contraintes ont été révélées par les participants pour une meilleure autogestion de la maladie. Les contraintes économiques, les participants ont mis l'accent sur le manque de support économique qui les empêche de répondre aux exigences de la gestion de la maladie. Certains disent qu'ils doivent préparer des repas différents même si ce n'est pas tous les jours mais dans la majorité des temps ils préparent des repas différents parce que certains repas, pour eux augmentent le niveau du sucre dans le sang. D'autres contraintes, est le niveau d'éducation. Les participants qui ne savent ni lire ni écrire rapportent que cette situation représente un obstacle pour une bonne gestion de la maladie par exemple, contrôler eux-mêmes le taux du sucre dans le sang. Autres contraintes c'est la présence des enfants dans leur foyer, pour certains participants éduquer les enfants pourrait augmenter leur stress surtout si les enfants sont petits de moins de 18 ans. Enfin le manque de support des proches, parfois ils ont besoin de leurs proches pour partager leur préoccupation sur la maladie.

#### **4.11. Considérations éthiques**

Ce projet de recherche a été approuvé par le comité d'éthique de l'Université Laval (CERUL) (numéro d'approbation 2015-269). Les principes éthiques de l'HUM ont été respectés et nous avons obtenu l'accord de la direction de ce centre hospitalier ainsi que de celui des personnes responsables du département des maladies chroniques. La confidentialité et l'anonymat ont été respectés tout au long de la recherche. Un nom fictif a été attribué à chacun des participants au cours du traitement des données. Un formulaire de consentement en créole a été lu aux participants de façon à ce que tous les participants soient en mesure de comprendre les procédures de la recherche et de poser toutes les questions qu'ils ont jugé utiles. Les participants ont été avisés de la possibilité d'accepter ou de refuser de participer à la recherche, de répondre ou non à certaines questions et aussi de leur droit de se retirer du projet de recherche à n'importe quel moment. L'organisation qui devrait supporter la recherche n'a pas pu répondre à certaines exigences économiques, l'étudiante chercheuse était obligée de limiter le nombre de déplacements qu'elle devait faire pour rencontrer les participants. Nous avons rencontré les participants dans une salle à l'intérieur même de l'hôpital. A la fin, pour couvrir les frais du déplacement des participants une compensation financière de 250 gourdes a été remise à chacun d'entre eux participants par l'étudiante chercheuse.



## CHAPITRE V : ANALYSE ET INTERPRÉTATION DES RÉSULTATS

Dans ce chapitre, en utilisant les extraits les plus significatifs des verbatim, nous présenterons les propos relatant les expériences des participants pour mieux appréhender le contexte de vie dans lequel évoluent nos participants. Il débutera par la manière dont la maladie a été commencée par nos participants.

### 5.1. Les premières manifestations de la maladie chez nos participants (premye siy maladi a kay paticipan yo)

Nous avons interrogé les participants sur la façon dont la maladie avait commencé. Elle n'a pas débuté de la même manière chez tous les participants. Les premiers symptômes perçus par ces derniers sont décrits dans les prochains paragraphes.

#### 5.1.1. « Bwè anpil e pipi anpil » (boire beaucoup et uriner beaucoup)

Les thèmes « *bwè anpil e pipi anpil* » sont deux expressions créoles souvent répétées par nos participants. Ces derniers nous disent qu'ils étaient incapables de contrôler leur envie de boire et d'uriner. Trois hommes et une femme ont mentionné ces deux symptômes comme motifs de leur première consultation médicale. Deux de nos participants se sont exprimés en ces termes :

... Nan travay mwen, m remake m dwe deplase souvan poum al nan twalèt. Lakay mwen m bwè anpil dlo, madanm mwen konseyem al wè yon medsen, lèm fin fè ekzamen yo yo dim kòman m fè poum rive jis isi a sanm pa gen anyen paskem ta dwe san konesans. Sik mwen te wo anpil anpil e yo dim kem soufri dyabèt... (Pawòl Mesye Jacques).

... Dans mon travail, j'ai remarqué que je devais me déplacer très souvent pour aller aux toilettes. Chez moi, je buvais beaucoup d'eau puis ma femme m'a conseillé d'aller voir un médecin et après avoir fait des examens médicaux, on m'a dit comment j'avais fait pour arriver jusqu'ici sans problème parce que je devrais être inconscient. Ma glycémie était très, très élevée et on a conclu que je souffrais du diabète... (Paroles de Monsieur Jacques âgé de 47 ans : nom fictif (traduction par l'étudiante-chercheure).

... Sete en 2003... m tap travay lè sa a, m te konn al tanzantan nan twalèt poum fè pipi e pipim te vin tankou kole kòm sil te gen sik ladanl, m te vin deside al wè yon medsen e... an reyalye m t dyabetik... (Pawòl Madan Jeannette).

« ...C'était en 2003... je travaillais en ce temps-là, j'allais fréquemment aux toilettes pour faire pipi et mes urines devenaient très épaisses comme s'il y avait du sucre là-dedans. J'ai décidé d'aller consulter un médecin et... en réalité j'étais diabétique... » (Paroles de Madame Jeannette âgée de 47 ans : nom fictif) (traduction par l'étudiante-chercheure).

### 5.1.2. « Vin piti » (devenir petit)

« *Vin piti* » est aussi évoqué par nos participants. Ils se réfèrent ici à ce qu'ils sont devenus plus petits. Ils ont remarqué que les vêtements qu'ils portaient sont devenus trop grands. Trois hommes et une femme ont mentionné ce symptôme au début de la maladie.

... M te vin piti e m tap pipi souvan, m te konsilte nan sant sante kotem rete a men sa pat mache, m te deside vin isi a nan lopital la yo dim m te dyabetik... (Pawòl Mesye Roger).

...J'étais devenu très petit et j'urinais souvent, je consultais un centre de santé de ma région mais ça n'avait pas marché...J'ai décidé de venir ici dans cet hôpital et on m'a dit que j'étais diabétique ... (Paroles de Monsieur Roger âgé de 60 ans : nom fictif) (traduction par l'étudiante-chercheure).

... M pat konn sim te dyabetik. Se lem wè map pèdi pwa, m wè pom ap fè pli, m santim fatigue tout tan. Lèm manje yon bagay m wè map manke souf, m pat nòm, epi m konsilte yon medsen ki dim m fè maladi a... (Pawòl Madan Françoise, 47 lane : nom fictif).

...Je ne savais pas si j'étais diabétique. J'ai constaté que je perdais du poids. J'avais de plis cutanés, je me sentais tout le temps fatigué. Quand je mangeais quelque chose, je manquais de respiration... je n'étais pas normal... puis j'ai consulté un médecin qui m'a diagnostiqué la maladie... (Paroles de Madame Françoise âgée de 47 ans : nom fictif) (traduction par l'étudiante-chercheure).

### 5.1.3. « Kò pa bon » (corps pas bon)

« *Corps pas bon* » est une autre expression mentionnée à plusieurs reprises par quelques-uns de nos participants pour expliquer qu'ils ne se sentaient pas bien dans leur corps. Ils ont affirmé se sentir mal de temps en temps.

...M pat santim byen..., pitit mwen yo mennenm lopital Cange, la yo dim fè anpil maladi la dan yo te gen dyabèt... (Pawòl Madan Jacqueline).

...Je ne me sentais pas bien..., mes enfants m'ont amenée à l'hôpital de Cange, là on m'a diagnostiqué plusieurs maladies dont le diabète... (Paroles de Madame Jacqueline âgée de 69 ans : nom fictif) (traduction par l'étudiante-chercheur).

... M te santi anpil fatig ... m pat ka fè gwo aktivite, m te tandè pale de lopital Mirebalais a, m te vin la epi yo jwenn dyabèt la nan mwen... (Pawòl Mesye Arry).

...Je ressentais beaucoup de fatigue... je ne pouvais pas faire des activités intenses, j'ai entendu parler de cet hôpital à Mirebalais, j'étais venu et on m'a diagnostiqué le diabète... (Paroles de Monsieur Arry âgé de 52 ans : nom fictif) (traduction par l'étudiante-chercheur).

D'autres symptômes inhabituels comme la douleur aux jambes et l'inflammation dans les extrémités ont été aussi soulignés comme motifs de consultation. Une participante nous a expliqué que la maladie a commencé par une inflammation qui ne répondait pas aux traitements populaires.

... M te malad nan pye, m te gen yon pye ki te anfle, m te fè kèk ti tretman avèk fèy, men sa pat mache..., en me 2010 m tal konsilte nan yon lopital, jou sa a yo te tou entènem e yo jwenn maladi dyabèt la nan mwen... (Pawòl Madan Henriette, 47 lane).

...J'étais malade dans un pied, j'avais une inflammation dans ce pied, je faisais des traitements avec des plantes, mais ça n'avait pas marché. Je n'en pouvais plus..., en mai 2010, je suis allée à un hôpital. Ce jour-là on m'a hospitalisé avec le diagnostic du diabète... (Paroles de Madame Henriette âgée de 47 ans : nom fictif) (traduction par l'étudiante-chercheur).

**Tableau 11. Les premières manifestations de la maladie chez nos participants**

Premiers symptômes	Femmes (n=8)	Hommes (n=5)
Boire et uriner beaucoup (bwè anpil e pipi anpil)	1	3
Devenir petit (vin piti)	1	3
Corps pas bon (kò pa bon)	4	6

## 5.2. Les réactions des participants après avoir su le diagnostic (*disease*)

L'annonce de la maladie a produit plusieurs réactions chez nos participants. Certaines d'entre elles sont relatées dans les paragraphes qui suivent.

### 5.2.1. Confiance en Dieu et résilience

Le peuple Haïtien est très croyant. Il fut un temps où le vodou et le catholicisme étaient très répandus. Depuis plusieurs années, un réveil spirituel est en train d'être éclaté et le protestantisme gagne du terrain. Pour nos participants, Dieu contrôle leur vie et peut les guérir de n'importe quelle maladie. Les résultats des examens (la dimension *disease*) n'avaient pas d'impact négatif sur certains d'entre eux. Ils n'étaient pas surpris parce qu'ils ont confiance en Dieu.

...Sa pat etonem... (ri) paskem gen konfians nan BonDye... (Pawòl Mesye Luis, 60 lane).

...Ça ne m'étonnait pas ...mm (rires) parce que j'ai confiance en Dieu... (Luis, homme 60 ans) (traduction par l'étudiante-chercheure).

Ce père de famille, âgé de 60 ans, nous a expliqué que Dieu peut tout faire. D'autres participants n'étaient pas surpris parce qu'ils ont eu quelques membres de leur famille qui souffraient de cette maladie.

...Rezilta a pat etonem paske manmanm te dyabetik... (Pawòl Madan Rose, 47 lane).

...Le résultat ne m'étonnait pas beaucoup, parce que ma maman était diabétique... (Femme 47 ans) (traduction par l'étudiante-chercheure).

Trois femmes et deux hommes ont affirmé avoir utilisé des astuces pour rester positifs à la réception du diagnostic.

...M pat sezi ... bon m se yon moun ki toujou viv de fason pozitif, m konnen se yon maladi, tout moun ka malad, ..., m kontwolem, m bay blag ak zanmim ak moun kap travay menm kote avèm yo, e sa soulajem... (Pawol Mesye Pierre, 50 lane).

« ...Je n'étais pas surpris ... bon je suis une personne qui vit toujours de façon positive, je sais que c'est une maladie et que toute personne peut être malade, ..., je me contrôlais, je donnais des blagues avec mes amis, mes collègues de travail et ça m'a soulagé... (Pierre, homme 50ans) » (traduction par l'étudiante-chercheure).

### 5.2.2 « Deranjman » (déranger)

Ce terme « *Deranjman* » est utilisé par nos participants quand ils veulent expliquer les bouleversements que le diagnostic (*disease*) de la maladie a pu provoquer dans leurs vies. Certains ont été très inquiets (*illness*) surtout au cours des premiers moments entourant le diagnostic. Un homme et deux femmes ont révélé que l'annonce du diagnostic a été considérée comme un choc

qui génèrait en eux un sentiment de peur au point de ne pouvoir ni manger ni dormir. Quelques-uns nous ont confié que leur état était devenu pire par rapport aux premiers problèmes de santé qu'ils avaient avant le diagnostic.

...Lè yo te dim m soufri maladi a, sa te fèm pè anpil, m te tonbe kalkile, mpanse... m te kwèm m ta pral mouri e ti moun mwen yo piti toujou, m pase preske 11 mwa m pat ka mache..., m te tankou paralyze... (Pawòl Madan Mona, 47 lane).

...Le diagnostic me faisait très peur, je me mettais à réfléchir... Je croyais que j'allais mourir. Or, mes enfants sont encore petits. Je passais environ 11 mois sans pouvoir marcher..., j'étais comme paralysée... (Femme 47ans (traduction par l'étudiante chercheure)).

Cette participante se trouvait dans une situation désespérée. D'autres ont aussi passé par cette même étape. Ils ont, par contre, relaté que la situation s'est améliorée avec le temps, lorsqu'ils ont commencé à discuter avec d'autres personnes diabétiques.

### **5.2.3. Refize konnen ke yo soufri maladi a (Refus du diagnostic)**

Pour nos participants, refuser d'accepter le diagnostic était un moyen de fuir la réalité d'une maladie stressante et d'échapper à une prise en charge longue et coûteuse.

...M pat aksepte maladi a, sa te fèm sezi anpil e m te vin pi estrese (Pawòl Mesye Felix, 39 lane).

...Je n'acceptais pas la maladie, ça m'avait beaucoup surpris et j'étais encore plus stressé... (Homme 39 ans) (traduction par l'étudiante-chercheure).

...Non, m pat vle kwè, m pat aksepte maladi a, m pat akseptel, m fè kom si m inyorel... (gason, 47 lane).

...Non, je ne voulais pas croire, je n'acceptais pas la maladie, je ne l'acceptais pas, je faisais comme si je l'ignorais... (homme 47 ans) » (traduction par l'étudiante-chercheure).

**Tableau 12. Les réactions des participants après avoir reçu le diagnostic**

Réactions après le diagnostic	Femmes (n=8)	Hommes (n=5)
Surprises (sezi)	3	2
Bouleversements (boulvèsman)	2	1
Refus (refi)	-	2

### 5.3. Les représentations de la santé par les participants

Divers participants attribuent leurs représentations de la santé à la réalisation de leurs activités. Pour d'autres, il s'agit de l'absence de douleur.

#### 5.3.1. Faire des activités quotidiennes pour pouvoir prendre soin de la famille (Fè aktivite chak jou pou ka pran swen fanmi an)

Pour plusieurs participants, la santé est considérée comme la capacité de faire des activités quotidiennes. Sept femmes ont affirmé qu'elles sont en santé quand elles sont capables de faire leurs activités et répondre aux besoins de leur famille. Quatre (4) hommes ont partagé cette même conception.

...Nou an santé lè kò nou fonksyone byen, e nou ka fè tout aktiviten... (Pawòl, fanm 50 lane).

...Nous sommes en santé lorsque notre corps fonctionne bien et nous pouvons faire toutes nos activités... (Femme 50 ans (traduction par l'étudiante-chercheur)).

...Ou an sante lèw posede tout bon sans ou, ou byen tout bagay fonksyone byen, ou anvè fè tout bagay e ou gen posibilite pouw fè tout bagay... (Pawòl, gason, 47 lane).

« ... On est en santé lorsqu'on possède tous ses sens ou bien toutes les choses fonctionnent bien..., on a envie de faire toutes choses et on a la possibilité de faire toutes choses ». (Homme 47 ans (traduction par l'étudiante-chercheur)).

#### 5.3.2. Pas de douleur (Lèw pa gen doule)

Les hommes comme les femmes définissent la santé comme une absence de douleur physique,

...Ou an sante lèw pa gen okenn malèz, ou pa gen doulè ...ou an sante... (Pawòl, gason, 49 lane)

...On est en santé lorsqu'on n'a aucun malaise, on n'a pas de douleur... On est en santé... (homme de 49 ans) (traduction par l'étudiante-chercheure).

Les définitions données par les participants les plus scolarisés sont plus rapprochées de celles de la médecine (*disease*). Pour eux, même s'ils se portent bien, les médecins peuvent détecter la présence d'une quelconque maladie dans leur organisme.

...Ou an sante lèw pa soufri okenn maladi, medsen pa jwenn maladi nan kòw e ou manje a lè... (Pawòl, gason 60 lane).

...On est en santé lorsqu'on ne souffre d'aucune maladie...le médecin ne trouve pas de maladie et on mange à des heures régulières... (homme de 50 ans (traduction par l'étudiante-chercheure)).

Sante se yon richès pèsonèl, ..., ou gen mwayen pou viv, ou abite nan yo katye ki gen la pè, ou gen aktivite ki pèmèt ou antre moyen ekonomik pouw ka reponn ak bezwen fanmiw (Pawòl, gason 39 lane).

La santé est une richesse personnelle, ..., on a le moyen pour vivre, on habite dans une communauté de paix, on a des activités génératrices de revenu pour pouvoir prendre soin de sa famille (homme, 39 ans).

**Tableau 13. Les représentations de la santé par les participants**

Représentations de la santé	Femmes (n=8)	Hommes (n=5)
Faire des activités quotidiennes pour pouvoir prendre soin de la famille (Fè aktivite chak jou pou ka pran swen fanmi an)	7	4
Pas de douleur (lèw pa gen doulè)	6	5
Autres	2	1

#### 5.4. Connaissances sur le diabète

Les participants ont partagé avec nous leurs connaissances qu'ils ont de la maladie. D'après les propos de quelques-uns, le diabète est une maladie grave qui peut tuer quelqu'un à n'importe quel moment. Plusieurs se sont rendus compte que le diabète pourrait être une entité pathologique silencieuse sans manifestations cliniques.

**L'étudiante-chercheuse** : est-ce que vous pouvez me dire, svp, ce que vous savez à propos de cette maladie... le diabète ? (Eskew ka dim silvouple saw konnen sou maladi... dyabèt la ?)

**Ase** : m bon m pa konnen, m pa ka diw sal ye... tout sam konnen se yon maladi grav, siw pa pran medikamanw, siw pa al lopital ou ka tonbe vip ou mouri... iii (Pawòl Madan Ase, 47 lane).

**Ase** : m bon je ne sais pas, je ne peux pas te dire c'est quoi cette maladie... tout ce que je sais c'est une maladie grave, si on ne prend pas les médicaments, si on ne va pas à l'hôpital on peut tomber comme ça puis mort... iii (Ase femme 47ans) (traduction par l'étudiante-chercheuse).

**Mona** : ...M tande yo di se yon dènye maladi tèrib, nenpòt ki lè, sik la ka monte e tiyew, yon jou m te manke mouri, m te vin rekonèt mwen nan sal ijans aprè m te fin pèdi konesans... (Pawòl Madan Mona, 50 lane).

**Mona** : ...J'ai entendu dire que c'est une maladie très grave. La glycémie peut augmenter n'importe quand et produire la mort. Un jour, j'ai failli mourir, je me suis retrouvée dans la salle d'urgence après avoir perdu connaissance... (Mona, femme 50 ans).

**L'étudiante-chercheuse** : est-ce que vous pouvez m'expliquer, svp, cette maladie, dans vos propres mots ? (Eskew ka eksplikem maladi sa a nan mo paw silvouplè ?)

**Félix** : bon, m pa konnen, selon sam tande se yon maladi lèw fèl se pou la vi e se yon maladi grav (Pawol Mesye Félix, 39 lane).

**Félix** : bon, je ne sais pas, selon ce que j'ai entendu dire lorsqu'on en est atteint, c'est pour la vie et c'est une maladie grave (Félix homme 39 ans).

Les deux participants qui sont plus scolarisés ont donné une explication plus rapprochée de celle de la médecine.

...Se yon problèm pankrea, li pa fonksyone byen, li pa sekrete ensilin ou byen kò pa souse insilin... (Pawol Mesye Pierre, 50 lane)

...C'est un problème du pancréas, il ne fonctionne pas trop bien, il ne secrète pas assez d'insuline ou le corps ne l'absorbe... (Pierre, homme 50 ans).

## 5.5. Les causes du diabète

Plusieurs participants ont établi des liens entre l'apparition du diabète et le stress, soit la perte d'un être cher ou des réflexions prolongées sur des sujets importants.

... Yo di se estrès, siw pase anpil tan ap panse, ap reflechi, li fasil pouw vin dyabetik ... (Pawòl Madan Rose, 47 lane).

... On a dit que c'est le stress, si on passe beaucoup de temps à penser, à réfléchir on peut devenir diabétique facilement... (Rose, femme, 47 ans) (traduction par l'étudiante-chercheure).

...M te viv yon gwo estrès nan tranbleman tè a ki te fèm vin tonbe malad aprè 12 janvyè 2010, m te konsilte yon medsen e aprè li konfimem kem soufri dyabèt... (Pawòl Mesye Félix).

...Je passais par un moment de stress suivi d'une dépression après le 12 janvier 2010..., j'ai consulté un médecin et après... il m'a confirmé que j'étais diabétique... (Félix, homme de 39 ans (traduction par l'étudiante-chercheure)).

## 5.6. Les moyens d'obtenir les informations

La quasi-totalité des participants ont rapporté avoir obtenu des informations à partir des personnes qui ont déjà eu le diabète et par les séances éducatives offertes à l'HUM. C'est le moyen le plus approprié pour eux.

... Lè m al legliz nou menm ki fè sik la nou pale ansanm pou nou konn kòman lot fè, e pataje sa nou konnen ansanm sou maladi a... (Pawòl Madan Rose, 47 lane).

...Quand je vais à l'église, nous, les diabétiques, nous parlons entre nous, pour savoir comment ça va avec la maladie et on fait aussi des échanges de connaissances sur la maladie... (Rose, femme 47 ans) (traduction par l'étudiante-chercheure).

... Mwen m pa konn anyen de maladi a sèlman lèm vin nan reinyon isi a nan lopital la, yo pale nou de kèk bagay sou maladi a... (Pawòl Madan Karine).

...Moi, je ne sais rien de la maladie, seulement quand je suis venue aux réunions, ici à l'hôpital, on nous parle un peu de la maladie mais je ne sais pas beaucoup de choses... (Karine) (traduction par l'étudiante-chercheure).

D'autres obtiennent des informations par leurs propres moyens soit en achetant des livres qui parlent du diabète ou par le biais d'internet.

... A wi m fè efò pam, m achte liv ki pale de maladi a, m fè rechèch mwen paskem vle konnen kòman poum kompòtem... (Pawòl Mesye Pierre, 50 lane).

... Ah oui je fais des efforts par mes propres moyens, j'achète des livres traitant de la maladie et en plus j'ai fait mes recherches parce que je veux savoir comment me comporter... (Pierre, homme de 50 ans).

### 5.7. Les prescriptions médicales et ses applications

Les prescriptions des professionnels de la santé ne sont pas sans conséquences sur les habitudes alimentaires des participants.

...A m pa manje menm jan an pa ekzanp, diri Miami a m pa manjel ankò..., si jodi a m manje ble, demen m manje mayi, m pa manje ak moun lakay la, yo menm yo manje nòmal, mwen m preske pa manje sèl... sak fèm pi soufri sim prepare manje maten e m pa ka manjel m rete konsa...sa fèm manje mwens fwa pa jou... (Pawòl Madan Ase).

... Ah je ne mange plus de la même manière, par exemple pour le riz qui vient de Miami je ne le mange plus..., si aujourd'hui je mange le blé, demain je mange le maïs. Je ne mange pas avec les gens de ma maison, eux ils mangent un peu de tout normalement, moi je ne mange presque pas de sel...ce qui me fait souffrir un peu parce que si je prépare un déjeuner que je ne peux pas manger je reste comme ça...je mange moins de fois par jour... (Madame Ase, femme de 45 ans), (traduction par l'étudiante-chercheure).

Pour la participante, les gens mangent normalement quand ils peuvent manger tout ce qu'ils veulent en utilisant tous les ingrédients habituels dans la nourriture (par exemple, graisse, sel, piment, etc., selon leur goût). Or, selon les instructions reçues, ils doivent diminuer dans ces ingrédients.

En ce qui a trait aux médicaments, les hommes ont expliqué qu'il n'est pas très convenable pour eux de se promener partout avec les médicaments dans leur sac. Il est préférable de les garder à la maison. Certaines femmes oublient de prendre parfois les leurs avant de se rendre au marché.

...Gendelè m bliye pran medikaman yo à lè... m tou kite yo pou yon lòt jou...(ri)... m pa aplike komplètman sa medsen yo dim yo... (Pawòl Madan Rose).

... Dès fois, j'oublie de prendre mes médicaments à l'heure exacte, je les laisse pour un autre jour... (rires)... je n'applique pas complètement les normes médicales... (Rose (traduction par l'étudiante-chercheure)).

**L'étudiante-chercheure** : est ce qu'il est facile pour vous d'appliquer les recommandations du médecin ? (Eskel fasil pou ou aplike sa medsen yo diw yo ?)

...(Rires) li vrèman difisil poum aplike yo paskem map monte desann se trè difisil... (Pawòl Mesye Luissaint).

... (Rires) il est vraiment difficile de les appliquer parce qu'on fait beaucoup de va-et-vient, c'est très difficile... » (Luissaint), (traduction par l'étudiante-chercheure).

## **5.8. Les facteurs qui favorisent ou non l'autogestion du diabète**

Plusieurs barrières et éléments facilitateurs en lien avec l'autogestion du diabète ont été identifiés par les participants. Il s'agit du support économique et moral, de l'appui des proches, de la présence des enfants à la maison et du partage de connaissances avec d'autres diabétiques.

### **5.8.1. Manque de support économique**

Dans notre étude, plusieurs de nos participants nous ont confié les conséquences de cette carence économique sur la gestion de la maladie principalement sur le régime alimentaire.

...Se pa konsa m te konn manje, konnyè a m pa ka manje tankou avan, si yo kwit diri nan kay la, yo dwe kwit yon lòt bagay...men pa gen ase lajan... (Pawòl Mesye Pierre).

...Ce n'est pas comme ça que j'avais l'habitude de manger, maintenant je ne peux plus manger comme avant, si on cuisine le riz à la maison, exigiblement on doit me cuisiner une autre chose...Or, il n'y a pas assez d'argent... (Pierre) (traduction par l'étudiante-chercheure).

...Kounyè a m ret nan kay la, m manje tanzantan, m te konn pase yon jounen sanm pa manje, konnyè a depim fè sik la lèm leve lestomak mwen fèm mal e m dwe manje memm sim pa gen kòb...pafwa m mande prete... (Pawòl Madan Soeurette).

...Maintenant je reste à la maison, je mange de temps en temps, j'avais l'habitude de passer toute une journée sans rien manger maintenant, avec l'arrivée du diabète quand je me lève de très tôt j'ai mal au niveau de l'estomac et je dois manger...même si je n'ai pas d'argent...parfois je prête un peu d'argent... (Soeurette). (Traduction par l'étudiante-chercheure).

### 5.8.2. Soutien des proches

Quelques-uns de nos participants ont affirmé le caractère mortel du diabète et ont refusé d'accepter leur diagnostic. Ils ont passé des mois dans un état dépressif. Le besoin d'un appui moral s'avérait nécessaire pour pouvoir surmonter le stress de la maladie. Un de nos participants nous a raconté comment il se sentait après avoir reçu le diagnostic de la maladie.

**Intervieweuse :** Après le diagnostic... quelle a été votre réaction ? (Ki reyaksyon aprè yo fin diw ou soufri dyabèt ?)

**Interviewé :** Antouka se egzamen an ki te revelel...m te dwe akseptel, mte tèlman gen bagay poum fè, m mande tèt mwen koman m fè fè maladi sa a...(soupi) e sa te deranjem anpil...Nan komansman, m pat akseptel...m te pase anpil mwa ap reflechi a sak ki ta pral rivem...men madanm mwen ak pitit mwen yo te edem pase enpas sa ak konsèy yo e kèk enkourajman ... (Luissaint).

**Interviewé :** bon de toutes les façons, c'est l'examen qui l'a révélé... je devais l'accepter, j'avais tellement des activités à réaliser je me demandais comment est-ce que vraiment j'aurais pu attraper une telle maladie... (Soupir), et ça m'avait beaucoup dérangé ... Au début je ne l'acceptais pas...je passais des mois à réfléchir à ce qui allait m'arriver...mais ma femme et mes enfants m'ont aidé à surmonter cette impasse par leurs conseils et leurs mots d'encouragement...(Luissaint).

### 5.8.3. Présence des enfants à la maison et l'impact sur la vie des diabétiques

Certains participants ont souligné l'aide reçue par ces derniers notamment dans la préparation des repas et dans les tâches ménagères. Pourtant, d'autres enfants ont contribué à augmenter le niveau de stress de leurs parents.

Se timoun yo ki edem, yo fè manje, yo netwaye kay la e mwen lèm sot nan mache m ka fè ti poze (Pawòl de Mona).

Ce sont les enfants qui m'ont aidé, ils cuisinent et nettoient la maison, et moi après le marché, je pourrai me reposer (Mona, femme 47 ans) (traduction par l'étudiante-chercheuse).

### 5.8.4. Le manque de formation académique

Diverses participantes ont relaté ne pas fréquenté d'école à cause de leurs parents. Habituellement, ces derniers envoient les garçons à l'école et les filles restent à la maison pour s'occuper des choses de la maison.

...M ...mpat janm te lekòl, papam te mete tout gason yo lekòl e nou menm fi yo nou te rete nan kay la pou nou fè travay nan kay la... (Pawòl Madan Marie).

...Mm, je n'ai jamais été à l'école, mon père avait mis les garçons à l'école et nous les filles, on restait à la maison pour s'occuper de la maison... (Marie, femme 47 ans), (Traduction par l'étudiante-chercheure).

## **5.9. Les stratégies utilisées pour mieux gérer le diabète**

Les stratégies utilisées par les participants pour mieux gérer le diabète sont diverses. Il y a des recommandations données par les professionnels de la santé, des conseils d'autres diabétiques. Les membres de la famille ont également rempli leur rôle en collaborant avec le régime alimentaire du diabétique.

### ***5.9.1. Séances éducatives apprises à l'HUM***

Les participants ont développé leurs propres stratégies pour gérer la maladie et éviter des complications. Certaines stratégies ont été apprises au cours des séances éducatives réalisées par les professionnels de la santé de l'HUM.

**Étudiante chercheure** : Comment faites-vous pour gérer la maladie ? (Komanw fè pouw jere maladi a ?)

**Interviewée** : bon, chak fwa mwen vin nan randevou lopital la, doktè ak enfimyè yo explikem koman poum pran medikaman yo. M pran medikaman yo e m eseye manje manje ki pap monte sik mwen (Madan Rose).

**Interviewée** : Et bien à chaque fois que je viens aux rendez-vous, les médecins et les infirmières m'expliquent comment prendre les médicaments. J'ai pris mes médicaments et j'essaie de manger les aliments qui n'augmentent pas mon niveau de sucre (Madame Rose) (traduction par l'étudiante-chercheure).

### ***5.9.2. Médecine traditionnelle***

La majorité de nos participants ont utilisé des plantes médicinales comme anti hyperglycémiantes. Certaines ont une saveur amère. Les plus utilisées sont : l'*aloe vera* (*la lwa* en créole), le *momordica charantia* (*asowosi* en créole) et le *Pinus Occidentalis* (*bwa pen* en créole).

**Intervieweuse** : Quelles sont les stratégies que vous utilisez pour mieux gérer la maladie en dehors des médicaments reçus à l'hôpital ?

...Pa ekzanp m konn abitye fè té lalwa oubyen asowosi... e lèm fin bwèl sik la desann ... (ri) (Madan Ase).

...Par exemple, j'ai l'habitude de boire du thé d'aloë vera ou de momordica charantia...et après l'avoir bu, le sucre diminue...(rires) (Ase) (Traduction par l'étudiante-chercheure).

...M toujou bwè te lalwa..., m pa janm bwè lòt bagay..., sèl te sa..., avèk medikaman yo banm lopital la... (Pawòl Madan Karine).

...Je bois toujours du thé de « lalwa » ... je n'ai jamais bu autre chose... seulement ce thé... en plus des médicaments donnés à l'hôpital... (Karine) (Traduction par l'étudiante-chercheure).

### **5.9.3. Les activités physiques**

Certains participants ont relaté avoir pratiqué certaines activités physiques comme la marche ou l'haltérophilie. Toutefois, plusieurs d'entre eux ont mentionné que ces dernières étaient trop compliquées car elles exigeaient du temps. Ils ont considéré suffisants les mouvements effectués pour se rendre à leurs boulots.

... Kòm aktivite, m plus mache... akòz travay mwen m preske pa gen tan... (Pawòl Mesye Félix)

...Je pratique la marche..., à cause de mon travail, je n'ai presque pas de temps ... (Felix, homme 39 ans). (Traduction par l'étudiante-chercheure)

### **5.9.4. L'alimentation**

Quelques participants ont expérimenté les effets de certains aliments sur leur niveau de glycémie. Le fait de se sentir mal à l'aise après avoir consommé un aliment est interprété comme une augmentation éventuelle de la glycémie. Cette façon de procéder a permis d'exclure une liste d'aliments du régime. Il s'agit des mangues, du riz de Miami, des patates douces, du jus préfabriqué et du café. D'autres comme le petit mil, le maïs moulu, le blé et le pois cadijan (*pois congo* en créole) sont, par contre, tolérés.

Bon... bagay m pa dwe manje se bagay sikre, fòk ou pa manje tròp diri, m pa manje tròp diri..., sam manje se mayi moulen, menm m wè m pa tolere mayi a ankò..., lèm manjel li fè kèm bat fò m panse kel monte tensyonm...m fè yon ti kitel, sam manje konnyèa se ti patat, diri peyi, banann..., lèm bwè ji se preske san sik, m bese sou kafe a... (Pawòl Madan Marie).

Bon... je ne dois pas manger les choses sucrées, il ne faut pas manger trop de riz, je ne mange pas trop de riz..., je mangeais le maïs moulu assez souvent mais j'ai remarqué que je ne le tolérais plus..., car, quand je le mangeais, mon cœur battait très fort...j'avais l'impression que ma tension artérielle augmentait..., je ne le mange plus. Maintenant, je mange de la patate douce, du riz de mon pays, de la banane..., quand je bois un jus c'est presque sans sucre, je diminue aussi la consommation du café... (Marie, femme 47 ans), (traduction par l'étudiante-chercheur).

#### **5.9.5. Le régime diabétique et le repas familial**

Quelques participants ont relaté une certaine frustration car ils ne sentaient pas vraiment libres de choisir leurs plats comme les autres membres de la famille. D'autres, par contre, s'adaptent sans difficulté. D'autres, par contre, s'adaptent sans difficulté. Ils ont pu trouver de nouvelles manières de cuisiner mais ils s'efforcent de rendre le repas si agréable à tel point qu'aucun membre de la famille ne peut s'en rendre compte.

M prepare on sèl manje, sèlman m mete pi piti sèl, m pa itilize magi, m mete pi piti grès e manje a gou tout moun manje (Pawòl Madan Mona).

Je prépare un seul repas, seulement on mange moins de sel, on n'utilise pas de maggi, on diminue la quantité de graisse, et le repas est agréable, et tout le monde mange (Madame Mona, 47ans) (traduction par l'étudiante-chercheur).

#### **5.10. Importance des nouvelles prescriptions diététiques pour la famille**

Certains participants considèrent les normes prescrites par les professionnels de la santé comme un moyen de bien vivre avec la maladie et de prévenir des complications. Divers participants ont relaté avoir partagé aux membres de leurs familles les connaissances apprises au cours des séances éducatives réalisées à l'HUM afin de faciliter une meilleure adaptation au nouveau régime alimentaire. Il existe des familles où tous les membres mangent selon le régime du patient.

...Gen anpil chanjman pa rapò a jan fanmi an te konn manje, m pafè manje ak anpil epis tankou magi, moun lakay la manje menm jan avèm... (Pawòl Madan Rose, 47 lane).

...Il y a beaucoup de changement par rapport au repas de la famille, je ne cuisine plus avec des épices tels que maggi..., les gens de la maison partagent le même repas que moi... (Rose, femme 47 ans (traduction par l'étudiante-chercheure).

**Intervieweuse** : est ce qu'il y a des changements par rapport à la façon dont vous aviez l'habitude de préparer les repas ?

**Luissaint** : Wi, nou te konn abitye prepare manje yo ak magi men kounyèa, nou pa itilizel ankò, nou bese sou kantite epis e nou manje pi piti sèl (Luissaint, gason, 52 lane).

**Luissaint** : Oui, nous avons l'habitude de préparer les repas avec des maggis mais maintenant, on ne l'utilise plus, nous diminuons sur la quantité des épices, et aussi nous mangeons peu de sel... (Luissaint, homme 52 ans).

Les participants utilisent le thème *maggi* pour désigner une espèce d'ingrédients présentée sous formes de petits cubes appelés souvent cube de bouillon ou de poulet. Ces produits contiennent des produits chimiques qui peuvent les rendre malades. Ils ne les utilisent plus dans la préparation des repas.

Certains participants nous ont confié avoir voulu respecter les prescriptions médicales mais les aliments qui sont à leur portée ne correspondent pas toujours à leur diète. Ils sont obligés de souffrir ou de les consommer parce qu'ils n'ont pas beaucoup de choix. D'autres réclament du soutien financier de la part des dirigeants parce qu'ils se sentent incapables de répondre aux exigences de la maladie.

...Avan, m te ka bwè ti ji ak pen mwen..., konnye a non...se te pi fasil pou mwen, e se mwen chè tou. Nou ta renmen ke Leta fon ti ede nou menm jan ak lòt peyi yo tankou Sendomeng ki ede moun ki fè dyabèt menm jan ak nou (Pawòl Mesye Luissaint).

... Avant je pouvais boire quand je veux du jus et du pain... maintenant non...Or, c'était plus facile pour moi, c'était moins cher aussi. Nous aimerions que l'État nous aide un peu à l'instar de Saint-Domingue (République Dominicaine) qui aide les diabétiques comme nous (Monsieur Luissaint, homme 60 ans (traduction par l'étudiante chercheure).

### **5.11. Principaux problèmes identifiés par les participants dans l'autogestion du diabète**

Les participants ont identifié plusieurs problèmes qui ne facilitent pas une gestion efficace du diabète. L'accès aux services de santé en est un. Nombreux sont ceux qui viennent de loin parce que dans leur zone, il n'y a pas de centres hospitaliers ou ceux qui existent sont dépourvus de programme de prise en charge des maladies chroniques. De plus, le manque de personnel médical

et paramédical dans les hôpitaux fait grossir la liste d'attente. Par ailleurs, ils ont fait état de la difficulté de maintenir un régime alimentaire équilibré et régulier dû au coût élevé des produits nationaux naturels.

Bon mwen menm la m sot jis Dezam...ki lwen anpil... men se la m swiv. Depim maten m la a men li preske midi m poko manje. Gen anpil malad men pa gen anpil medsen...nou oblije ret tann sa fè nou soufri. Gen delè ou vin la... ou pa menm gentan pase... lè konsa fòk ou tounen yon lòt jou (Pawòl Madan Marie).

Bon, moi je viens de Desarmes... très loin d'ici..., mais j'ai fait les suivis ici. Depuis ce matin, je suis ici, il est presque midi et je n'ai rien mangé. Il y a beaucoup de personnes malades mais peu de médecins..., on est obligé d'attendre. Dès fois, on vient et on ne passe pas... on doit retourner un autre jour (Madame Marie, 47 ans) (traduction par l'étudiante-chercheure).

Manje ki te ka mye pou nou yo, pou sante nou yo twò chè. Pa ekzanp, diri jòn ke nou fè isi a li vin twò chè ou oblije achte diri Miami an menm si mwen mwen m pa manjel men rès fanmi an manjel. Wi, nou achte tout sak vin sot nan lòt peyi yo tankou poul Sendomeng paske isit yo twò chè (Pawòl Madan Rose, 47 lane).

Les aliments qui pourraient être mieux pour nous, pour notre santé sont trop chers. Par exemple, le riz jaune que nous cultivons ici est devenu trop cher, on est obligé d'acheter le riz qui vient de Miami même si je ne le mange pas, mais les autres membres de la famille le mangent. Oui, on achète tout ce qui vient d'autres pays par exemple le poulet de Saint-Domingue parce qu'ici c'est trop cher (Madame Rose, 47 ans) (traduction par l'étudiante-chercheure).

## CHAPITRE VI. DISCUSSION

### 6. Discussion

Dans ce chapitre, nous discuterons autour de plusieurs thèmes entourant l'autogestion du diabète. Le premier a rapport aux rôles des hommes et des femmes. Le deuxième concerne la scolarité. Ensuite, nous explorons les liens entre la pauvreté et l'alimentation ainsi que la cuisine Haïtienne. Enfin, nous verrons la relation entre la médecine traditionnelle et le diabète ainsi que la pratique de l'activité physique, le partage d'informations et l'autogestion du diabète. Pour clore ce chapitre, nous présenterons les forces et limites de l'étude.

#### 6.1. Rôle des hommes et des femmes (le genre) et stratégies de gestion du diabète

La majorité des femmes de notre échantillon, en plus de préparer les repas, doivent prendre soin de leur famille économiquement. Les propos que nous avons recueillis concordent avec ceux de Rondeau (1994) selon lesquels les femmes conçoivent des enfants et participent activement à l'économie familiale tout en effectuant des tâches que les hommes ne savent pas accomplir. De nombreuses femmes se dédient aux commerces en raison des crises économiques et des rapports sociaux de sexe en Haïti. (HS, 2008). Dans les familles Haïtiennes surtout dans les zones rurales, le petit garçon a sa trajectoire et la fillette, la sienne. Si l'homme est celui qui est ouvert à l'extérieur et dont le rôle attribué consiste à faire vivre sa famille en ayant un emploi, la femme quant à elle est un être d'intérieur qui assure le bon fonctionnement du foyer et l'éducation familiale des enfants (HS,2008). Ce n'est pas sans raison si l'on retrouve une quantité égale de filles et de garçons dans les classes maternelles des écoles Haïtiennes alors que dans les classes primaires avancées la quantité de fille diminue. Cette proportion diminue définitivement jusque vers les classes terminales.

Les résultats de notre étude sont similaires avec ceux de Mireille (1995) et de Bédard (2005) en ce qui a trait aux rôles des femmes et des hommes dans les sociétés. En effet, depuis des siècles, les femmes et les hommes avaient des fonctions différentes. Selon Havel (1968), depuis le 18<sup>e</sup> siècle, la femme célibataire est reléguée aux services de ses parents, on ne l'instruisait pas, à moins qu'elle soit enfermée dans un couvent. Cette façon de faire provient du Droit romain avec l'adage « *l'imbecillitas sexus* » et prédominait surtout dans les pays latins (Havel, 1968). Vers le milieu du

19<sup>e</sup> siècle, les premières batailles féministes se sont livrées dans les pays anglais, scandinaves et finlandais (Havel, 1968). Selon Mireille (1995) et Bédard (2009), les femmes jouent un rôle de production, de reproduction, de dispensatrices de soins de santé familiale et d'autres tâches ménagères dans les foyers. Les hommes sont souvent considérés comme chefs de famille. Traditionnellement, ces normes sont transmises par les parents et aussi par la culture (Bédard, 2009). Tous les hommes qui ont participé à notre étude se sentent responsables économiquement de leur foyer.

Dans notre étude, nous avons pu remarquer une grande différence entre les hommes et les femmes en ce qui a trait à la prise en charge de la maladie. Les premiers ont des connaissances plus rapprochées de celles de la science, vu qu'ils sont plus scolarisés que les deuxièmes. En outre, ils s'appuient plus sur les médicaments et les conseils des médecins alors que les femmes ont plus recours à la médecine traditionnelle, aux conseils d'autres diabétiques ou de leurs familles et amis.

## **6.2. Scolarité et les stratégies de gestion du diabète**

Le niveau de scolarisation d'une personne influe sur son état de santé. Le faible niveau de scolarisation des personnes souffrant du diabète a plusieurs impacts sur son autogestion. En effet, la non scolarisation constitue un obstacle à la prise régulière des médicaments car le diabétique peut ne pas savoir lire l'heure. En outre, la non scolarisation limite l'accès aux emplois impliquant un faible pouvoir d'achat pour les personnes diabétiques et leur diète (Litjeroff, 2008).

Dans notre étude, nous avons constaté que les participants scolarisés ont plus de facilité à contrôler leur diabète. D'autres se sont procurés un glucomètre pour contrôler le taux de glycémie et adopter un comportement approprié selon le résultat. Ceux qui ne sont pas scolarisés ou le sont peu se retrouvent le plus souvent à l'hôpital pour des complications aiguës du diabète.

D'autres études ont trouvé des résultats similaires aux nôtres. Une étude tunisienne avait évalué les connaissances de 404 patients diabétiques de type 2. Les auteurs ont rapporté que seulement 59% des participants avaient eu un niveau de connaissances satisfaisant. Les deux principales

lacunes relatées concernent la définition et l'origine du diabète (Abdeliziz et al, 2007). Une autre étude marocaine avait pour objectif de déterminer la relation entre le nombre de patients diabétiques ayant reçu une éducation thérapeutique et certaines caractéristiques sociodémographiques et clinico-biologiques liées à la maladie. Quarante-et-un pour cent (41%) des 100 patients n'étaient pas scolarisés. Une association statistiquement significative a été trouvée entre le niveau d'éducation et l'application des différents volets de l'éducation thérapeutique tels que les mesures hygiénico-diététiques, le suivi médical et l'observance du traitement (Doubi et al, 2014).

### **6.3. La pauvreté, l'alimentation, la cuisine Haïtienne et les stratégies de gestion du diabète**

La pauvreté est établie selon des seuils qui varient selon les pays. Pour Marzo et Scott (2014), le seuil de la pauvreté représente une valeur de l'indicateur du bien-être qui permet à un individu d'atteindre un niveau de bien-être de référence à un certain moment donné. Les personnes qui n'atteignent pas ce niveau de bien-être sont considérées comme pauvres. Ce seuil était fixé à 1,25\$ US par jour en 2012 par la banque mondiale. En 2015, un nouveau seuil international de pauvreté a été fixé à 1,90\$ US par cette même institution (Cruz et al, 2015). Selon les experts, la proportion de la population mondiale vivant avec moins de 1,90\$ par jour en 2012 était d'environ un tiers de ce qu'elle était en 1990 (Cruz et al, 2015). L'Asie du Sud, l'Asie de l'Est et du Pacifique ainsi que l'Afrique subsaharienne concentrent 95% de la pauvreté mondiale.

Au Canada, il n'y a pas de seuil de pauvreté. Trois seuils sont, par contre, utilisés pour élaborer des politiques. Il s'agit du seuil de faible revenu (SFR), de la mesure du faible revenu (MFR) et de la mesure du panier de consommation (MPC) (Zhang, 2010). Cependant, pour Statistique Canada, les termes *faible revenu* et *pauvreté* ne sont pas interchangeables (Fellegi, 1997) alors que selon l'Agence France Presse (2014), près de 14% des Canadiens (soit 4,3 millions de personnes) vivaient sous le seuil de la pauvreté en 2012.

Le seuil de pauvreté en Haïti tient compte du coût des niveaux de base et a une valeur de 81,7 HTG (soit deux dollars américains) par personne par jour dans le cas de la pauvreté et de 41,6 HTG dans

le cas d'extrême pauvreté (IHSI, 2014). Deux indicateurs sont utilisés par les experts pour calculer les seuils de la pauvreté. Il s'agit du revenu et des informations sur la consommation. Cependant, l'indicateur basé sur la consommation est plus pertinent que celui basé sur le revenu selon l'IHSI (2014). Cette même source énumère les raisons du choix de la consommation pour déterminer les seuils de la pauvreté en Haïti.

Premièrement, la consommation fluctue beaucoup moins que le revenu dans le court terme, en particulier dans des économies caractérisées par des forts phénomènes saisonniers (tel que les pays agricoles). Deuxièmement, la consommation est mieux mesurée dans les pays où l'informalité (ou l'évasion fiscale) est élevée, puisque les gens ont tendance à répondre de façon plus précise. Troisièmement, les données sur la consommation sont plus adaptées pour mesurer le bien-être dans les économies agricoles car elles permettent de rendre compte de l'autoconsommation (aliments produits dans la ferme et consommés par les ménages). Pour finir, la consommation est préférée au revenu aussi pour des raisons théoriques car contrairement au revenu, elle prend en compte les effets du cycle de vie tels que l'épargne et l'emprunt utilisés par les ménages pour lisser la consommation au fil du temps (IHSI, 2014, p.6-7).

Le taux de pauvreté en Haïti frôlait les 59% en 2012. Géographiquement, la pauvreté est beaucoup plus élevée et concentrée en milieu rural notamment à cause de l'agriculture de subsistance qui est la principale source de revenu (IHSI, 2014). Nonobstant, elle n'est pas uniforme dans toutes les régions rurales. Selon le MSPP (2012), la pauvreté est due en grande partie à l'ampleur des inégalités et de l'exclusion qui prévaut en Haïti.

La pauvreté influe sur une autogestion efficace du diabète. La prise en charge du diabète exige des moyens financiers. En effet, le traitement requiert un changement dans la manière de cuisiner et le respect d'une diète équilibrée qui génèrent des dépenses. Dans notre étude, plusieurs participants nous ont confié qu'ils sont en train de joindre les deux bouts pour bricoler leur vie. Une autre étude chinoise a rapporté un lien direct entre un revenu élevé et une meilleure autogestion du diabète (Luo et al, 2015).

La cuisine Haïtienne est un mélange d'influences multiculturelles et de saveurs tropicales. Elle est unique bien qu'elle soit imprégnée de techniques de cuisson indiennes, espagnoles, françaises et

américaines. Plusieurs préparations culinaires sont des spécificités Haïtiennes. Le « *diri djon djon* » (riz avec des champignons) est caractérisée par une odeur parfumée qui est justement due à cette espèce de champignon cultivée en Haïti. Le « *diri ak lalo* » (une espèce de légume) est un plat affectionné par presque toutes les Haïtiennes et tous les Haïtiens. Le piment fort est une particularité de l'art culinaire Haïtien. Les mets gras et épicés comme les « *bannann peze* » (bananes frites aplaties) et le « *griot* » (porc frit) accompagnés du « *pikliz* » (un mélange de carottes, du chou et du piment fort) sont très appréciés au niveau national. Plusieurs participants de notre étude ont mentionné le problème qu'ils sont en train de confronter dans le choix des aliments. Ils ont souvent fait référence au riz importé et « *dlo sukre* » (un mélange d'eau et du sucre). Nous avons constaté que nos participants sont confrontés quotidiennement au poids de la culture créole parce qu'ils doivent suivre les normes diététiques qu'exige la maladie sans se soustraire de la culture Haïtienne. Vers les années 50-60, les gens consommaient majoritairement des produits naturels. Le déboisement, la diminution des récoltes ainsi que la chute des produits locaux au détriment de ceux importés encouragent les gens à migrer vers les villes en quête d'une vie meilleure et à augmenter le nombre de personnes exposés aux produits susmentionnés. Pour quelques participants de notre étude, la nouvelle manière de cuisiner n'a pas trop d'impact sur la famille parce qu'ils mangent presque la même chose qu'avant. Il y a seulement une réduction dans la quantité des ingrédients qu'ils utilisent pour préparer les plats. Ces résultats ne concordent pas entièrement avec ceux de l'étude Canadienne menée par Chan et collaborateurs (2015). L'objectif de cette dernière était d'explorer comment l'insécurité alimentaire affecte la capacité des individus à gérer leur diabète dans un grand centre urbain multiculturel a identifié trois thèmes liés à la nourriture, la sécurité et le diabète. Il s'agit des obstacles liés à l'accès et à la préparation des aliments, de l'isolement social et de l'amélioration de l'agence et de la résilience (Chan et al, 2015).

L'alimentation est considérée comme l'élément fondamental dans le traitement du diabète. Roy (2002) soutient que lorsqu'une personne reçoit un diagnostic de diabète, elle reçoit du même coup une série de conseils, recommandations et prescriptions qui concernent de nombreux aspects de sa vie. Les comportements alimentaires sont particulièrement visés par les professionnels de la santé. Quelques participants de notre étude ont expérimenté les effets de certains aliments sur leur niveau

de glycémie. Le repas familial est très significatif pour les membres d'une famille. L'acte alimentaire résume l'identité d'un individu ou d'une société. Attaquer l'ordre du mangeable c'est attaquer l'identité même de la personne. Toutes les cultures du monde sont pourvues de règles alimentaires et d'une série de prescriptions et d'interdictions en lien avec ce qu'il faut manger et comment il faut le manger (Roy, 2002, Fischler, 1993). Les diabétiques sont dans l'obligation de concilier les nouvelles règles alimentaires exigées par le diabète et celles de la culture. Les membres de la famille participent dans la conciliation de ces deux régimes. Au sein de la famille, la négociation des trois dimensions de la maladie se réalise (*disease*, *illness* et *sickness*). Les membres de la famille surveillent sur ce que la personne diabétique doit manger ou non, dans ce cas ils participent de même que les professionnels de la santé dans le traitement diététique de la maladie. Il s'agit de la dimension *disease*. La personne, face à la maladie, se sent parfois frustrée (*illness*) parce qu'elle n'est pas vraiment libre de choisir ses plats comme les autres membres de la famille. La dimension *sickness* se traduit par un regard différent de la société dans laquelle elles évoluent.

Les problèmes alimentaires ont été rapportés par d'autres auteurs comme des obstacles liés à l'autogestion de diabète. Une étude américaine réalisée par Breland et collaborateurs (2013) auprès des Noirs et Latinos diabétiques vivant à Harlem avait pour objectif de mieux comprendre les types d'aliments consommés, la préparation des aliments, les sources des aliments et des repas, la communication avec les fournisseurs et les effets de la race et de l'ethnicité sur cette population. Quatre principaux éléments ont été regroupés par les auteurs. Premièrement, l'environnement alimentaire ont limité les 37 participants à avoir accès aux aliments sains. Deuxièmement, la compréhension du diabète et la communication avec les cliniciens au sujet d'une alimentation saine était très limitée et abstraite. Troisièmement, à court terme, les conséquences négatives en lien avec les aliments sains emportent sur les avantages. Enfin, le stress, dû en grande partie à la pauvreté et à la discrimination, était vu comme un facteur causal à la fois pour la mauvaise alimentation et le diabète (Breland, 2013). Une autre étude Torontoise a révélé que les femmes sont plus enclines à éliminer certains aliments perçus comme malsains de leur diète tandis que les hommes en font une consommation modérément (Mathew et al, 2012). Murrock et collaborateurs (2013) ont voulu explorer le défi de l'autogestion de l'alimentation chez les femmes afro-

américaines vivant avec le diabète de type 2. Ils ont regroupé les informations fournies par les 23 participantes en quatre principaux thèmes : des difficultés fréquentes liées aux changements des habitudes alimentaires, le besoin d'un accompagnement individuel, le soutien et les lacunes de désinformation. Le besoin de plus d'attention lié aux styles de vie personnel a été exprimé par l'ensemble des participantes de cette étude comme étant des obstacles à la gestion du diabète (Murrock et al, 2013).

#### **6.4. La médecine traditionnelle et le diabète**

Aussi appelée médecine douce ou alternative ou parallèle, la médecine traditionnelle est le résultat des connaissances, compétences et pratiques rationnelles ou non qui se reposent sur les théories, croyances et expériences propres à une culture et qui sont utilisées par les hommes pour maintenir leur santé, prévenir, guérir et même diagnostiquer certaines maladies (OMS, 2015). Les plantes comprennent les matières végétales brutes telles que feuilles, fleurs, fruits, graines, tronc, bois, écorce, racines, rhizome et autres parties entières, fragmentées ou en poudre (OMS, 2015). Dans notre étude, presque tous les participants ont affirmé avoir utilisé des plantes médicinales dans la prise en charge du diabète. Les plantes qu'ils ont mentionnées (*Aloe vera*, la *momordica charantia* et le *Pinus Occidentalis*) ont fait l'objet de recherches dans d'autres pays et les résultats ont effectivement corroboré leurs propriétés antihyperglycémiantes.

Nejatzadeh-Barandozi (2013) a constaté que grâce à sa composition phytochimique, l'*Aloe vera* offrait des avantages en vue de soulager les symptômes associés ou à la prévention du diabète, des maladies cardiovasculaires, du cancer et de la neurodégénérescence. L'objectif de cette étude était d'identifier, de quantifier et de comparer la teneur phytochimique, les capacités antioxydantes et les activités antibactériennes du gel d'*Aloe vera* lyophilisé foliaire (LGE) et 95% d'extraits de gel de feuilles d'éthanol (ELGE) (Nejatzadeh-Barandozi, 2013).

La *momordica charantia* (*asowosi* en créole) est connue sous le nom de concombre amer ou karela. La *momordica charantia* (MC) est une plante alimentaire et médicinale. L'activité

antihyperglycémique de cette plante a été prouvée chez des souris rendues diabétiques par une substance appelée alloxane monohydrate. Deux extraits du fruit de cette plante ont été préparés. Les effets obtenus sur le taux du glucose sanguin ont été comparés aux résultats donnés par le glibenclamide qui est un médicament de référence dans le traitement du diabète de type 2 (Ramma et al., 2009). Cet auteur expose en ces termes ces conclusions :

L'extrait aqueux du fruit frais a la dose de 200 mg/kg a montré une diminution significative de la glycémie (62 %), un effet comparable à celui obtenu par le glibenclamide à la dose de 10 mg/kg. Les deux extraits à différentes doses n'ont pas montré de signe de toxicité. Ainsi, l'extrait aqueux de *Momordica charantia*, une plante comestible, semble être une alternative sûre à la réduction de la glycémie et un traitement auxiliaire et complémentaire pour limiter les effets secondaires des traitements allopathiques avec les médicaments synthétiques (Ramma et al., 2009. p.191.).

Le « bwa pen » ou « bwa chandèl » est aussi appelé scientifiquement *Pinus Occidentalis* (Farjon, 2013). Du genre *Pinus* et de la famille *Pinaceae*, plusieurs études ont démontré la propriété antihyperglycémique des diverses espèces de « bwa pen ». Liu et collaborateurs (2004) ont réalisé une étude randomisée multicentrique, double-aveugle ayant deux groupes parallèles (contrôlé versus placebo) auprès de 77 patients souffrant de diabète type 2 recrutés dans trois centres hospitaliers chinois afin d'évaluer les effets antidiabétiques d'un extrait d'écorce de pin maritime français (*Pinus Pinaster*) du nom de Pycnogenol. Trente-quatre patients ont reçu 100 mg de Pycnogenol en plus du traitement conventionnel et 43 ont pris des placebos avec leurs médicaments habituels (antidiabétiques oraux) pendant 12 semaines. Les auteurs ont constaté que les niveaux de glucose plasmatiques ont été réduits de manière significative chez ceux qui ont pris le Pycnogénol par rapport au placebo. Il a été aussi démontré que ce supplément (Pycnogenol) a permis d'améliorer le contrôle du diabète et diminuer l'impact des facteurs de risques des maladies cardiovasculaires (Zimbadi et al 2008). D'autres études ont démontré que le Pycnogenol possède des propriétés antioxydantes, anti-inflammatoires, anti-thrombotiques (Gulati, 2015). Zimbadi et collaborateurs ont démontré que ce supplément (Pycnogenol) a permis d'améliorer le contrôle du diabète et diminuer l'impact des facteurs de risques des maladies cardiovasculaires.

## **6.5. Activité physique et le partage d'informations et l'autogestion du diabète**

Notre échantillon a été recruté dans un hôpital où les services sont offerts gratuitement. Ils ne paient pas les premières consultations ni les suivis et reçoivent des médicaments mensuellement. En dépit de ces avantages ils éprouvent de grandes difficultés par rapport à l'adoption d'un style de vie adéquat au contrôle du diabète, surtout la pratique régulière des activités physiques et les normes diététiques. Les produits naturels étant trop chers, ils sont obligés de consommer les produits importés qui sont à meilleur prix. L'étude de Bhattacharya (2012) a rapporté les mêmes résultats. Regroupant 31 personnes des deux sexes, elle avait pour objectif d'explorer les facteurs sous-jacents qui influent sur la promotion de l'autogestion du diabète type 2 chez les Afro-Américains adultes diagnostiqués de diabète type 2 dans le Delta de l'Arkansas. Les participants ont qualifié d'impraticables et culturellement non pertinents les guides d'exercice physique et du régime alimentaire mis à leur disposition. Selon l'auteur, une meilleure compréhension du contexte socio-culturel est préalable à toute intervention visant à encourager l'autogestion du diabète (Bhattacharya, 2012).

Dans notre étude, nous avons remarqué que le partage d'informations sur la maladie avec les membres de la famille ou d'autres diabétiques contribuent au soulagement de l'état dépressif provoqué par la communication du diagnostic. L'étude de Murrock (2013) sur les femmes afro-américaines aux États-Unis a aussi confirmé que l'aide des proches parents ou amis est un facteur important dans l'autogestion du diabète.

## **6.7. Forces de l'étude**

Notre étude est originale car elle est basée sur les stratégies d'autogestion développées par les hommes et les femmes avec des obligations familiales et qui les ont permis de mener une vie équilibrée avec la maladie. Bien que la couverture du sujet soit partielle, cette recherche va permettre de mettre en lien certaines caractéristiques bien connue du diabète de la culture Haïtienne avec la gestion du diabète. Les résultats de cette étude démontrent l'importance d'un tel sujet et jettent les bases pour de nouvelles recherches. Ils offrent, en outre, des éléments d'orientations pour des interventions visant une meilleure prise en charge du diabète.

## **6.8. Limites de l'étude**

Nous avons rencontré pas mal de difficultés au cours de cette recherche. Premièrement nous avons eu des contraintes d'ordre temporel qui nous ont empêché de recruter un plus grand nombre de participants. Deuxièmement, des contraintes financières limitaient le nombre de déplacements et la durée des entrevues. En effet, au lieu des 60 minutes prévues initialement nous avons dû réduire le temps des entrevues entre 30 à 45 minutes parce que nous devions recourir des dizaines de kilomètres pour retourner à la maison à défaut de louer une chambre d'hôtel à Mirebalais. En outre, comme toute étude qualitative, il existe des risques de biais d'interprétation. Mais nous avons limité l'impact de ce biais car les catégorisations ont été révisées rigoureusement par le directeur de recherche.

## CHAPITRE VII. CONCLUSIONS ET RECOMMANDATIONS

### Conclusions

Cette étude exploratoire visait à mieux comprendre les principaux facteurs qui favorisent ou qui ne favorisent pas l'autogestion du diabète et le vécu des personnes diabétiques dans la commune de Mirebalais (Haïti). Le moyen économique est considéré comme une barrière par les participants dans le cadre de la prise en charge du diabète. Une combinaison des prescriptions médicales, des enseignements de la part d'autres diabétiques, de plantes médicinales, d'expériences personnelles ont permis aux participants à mieux gérer la maladie tout en restant connectés à la réalité quotidienne. Les résultats ont apporté de nouveaux éléments qui peuvent être utilisés pour orienter des interventions.

### Recommandations

Plusieurs participants ont relaté que le diabète est une maladie « *grave* », qui peut « *tuer* » rapidement si on ne prend pas des médicaments. Il est important de préparer psychologiquement les patients avant de leur communiquer le diagnostic d'une telle maladie. En adoptant une nouvelle approche dans la communication du diagnostic, les professionnels de la santé contribueraient à une meilleure adhésion au traitement et une meilleure compréhension des recommandations liées à la prise en charge de la maladie.

Étant donné qu'il existe des liens de partage de connaissances entre les diabétiques et des lieux de rencontres, par exemple beaucoup de nos participants nous disent qu'ils partagent avec leurs expériences avec les gens de leurs églises, il serait intéressant de profiter de ces réseaux d'entraide, où les gens peuvent se rencontrer et partager les expériences pour faire passer des messages de preventions. Ces réseaux d'entraide pourraient aider les nouveaux diabétiques à mieux comprendre la maladie et les moyens de gestion qu'ils peuvent utiliser. Les autorités pourraient faire passer facilement les messages de prise en charge.

Une prise en charge efficace du diabète requiert une meilleure compréhension et approche de la dimension *illness* de la part des professionnels de santé. Ces derniers devraient être plus flexibles envers les patients et les aider à mieux gérer la maladie dans leur quotidien.

D'autres types de recherche pourraient aussi envisager auprès d'autres groupes comme chez les femmes enceintes, les personnes âgées.

Nous aimerions que les résultats de cette étude soient communiqués aux autorités politiques et sanitaires et à tous les professionnels de santé.

## RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Abdelaziz A.B., Thabet H., Soltane I., Gaha K., Gaha R., Tlili H. et Ghannem H. (2007). Connaissances des patients diabétiques de type 2 sur leur maladie à Sousse (Tunisie). *Eastern Mediterranean Health Journal*, vol 13, no 3, pp. 505-513.

Ardouin B. (1832). *Géographie de l'île d'Haïti : précédée du précis et de la date des événements les plus importants de son histoire*. S.N., 182 p.

Banque mondiale (2013). *Classification des pays : les changements 2013* (en ligne), <http://donnees.banquemondiale.org/actualites/classification-des-pays-2013> (page consultée le 9 décembre 2015).

Banque mondiale (2015). *RNB par habitant, méthode par Atlas (\$ US courants)* (en ligne) <http://donnees.banquemondiale.org/indicateur/NY.GNP.PCAP.CD> (page consultée le 9 décembre 2015)

Bédard, E. (2005) *Rapports de genre, sexualité et comportements à risque des clients et autres partenaires sexuels des travailleuses du sexe de Ouagadougou, Burkina Faso* (Thèse de doctorat présentée à la faculté de médecine de l'université Laval) en ligne <http://ariane.ulaval.ca/cgi-bin/recherche.cgi?qu=a1545302> (page consultée le 5 novembre 2014).

Bhattacharya, G. (2012). Self-Management of Type 2 Diabetes among African Americans in the Arkansas Delta: A Strengths Perspective in Social-cultural Context. *Journal of Health Care for the Poor and Underserved* 23: 161–178.

Boivin, A. (2009). *L'art de la négociation entre son contexte de vie et le diabète de type 2* (Mémoire de maîtrise présenté à la Faculté des études supérieures de l'Université Laval, Québec, QC, Canada.). En ligne : <http://theses.ulaval.ca/archimede/fichiers/26071/26071.html> (page consultée le 12 mai 2014).

Bonnet D. (1999). La taxinomie des maladies en anthropologie : Aperçu historique et critique. *Sciences sociales et santé*. Vol. 17 no 2. (PP) 5-21

Bourque, D. & Favreau, L. (2003). « Le développement des communautés et la santé publique au Québec ». *Service social*. Vol 50 no 1, pp 295- 308.

Breland J.Y., McAndrew L.M., Gross R.L., Leventhal H. and Horowitz C.R. (2013). Challenges to Healthy Eating for People with Diabetes in a Low-Income, Minority Neighborhood. *Diabetes Care* 36 :2895–2901.

Carmoi, T., Verret, C., Debonne J.M. et Klotz, F. (2007), Prise en charge du diabète de type 2 en Afrique subsaharienne : constats actuels et perspectives, *Med Trop* ; 67 ; 601-607

Creswell, J.W. (2013), *Research design: Qualitative, quantitative, and mixed methods approaches*, (4<sup>e</sup> Ed.) Thousand Oaks, CA: Sage, 260 p.

Chan, J., DeMelo, M., Gingras, J., & Gucciardi, E. (2015). Challenges of Diabetes Self-Management in Adults Affected by Food Insecurity in a Large Urban Centre of Ontario, Canada. *International journal of endocrinology*, 2015, 903468.

Chan, M., (2007), *La santé publique au XXI siècle : envisager l'avenir avec optimisme face à des défis sans précédent* (en ligne) [http://www.who.int/dg/speeches/2007/030407\\_whd2007/fr/](http://www.who.int/dg/speeches/2007/030407_whd2007/fr/) (page consultée le 11 octobre 2015).

Choudhary, M. Kochhar, A. & Sangha, J. (2014). Hypoglycemic and hypolipidemic effect of Aloe vera L. in non-insulin dependent diabetics. *J Food Sci Technol* 51(1) :90–96

Doubi, S., El Ouahabi, H., Dakkar, O., & Ajdi, F. (2014). L'évaluation d'un programme d'éducation thérapeutique chez le patient diabétique dans un Centre Hospitalier Universitaire marocain : résultats préliminaires d'une enquête pilote. *The Pan African Medical Journal*, 18, 258. <http://doi.org/10.11604/pamj.2014.18.258.3054>

Elie, D. (2013), *Zoom sur Mirebalais*, (en ligne) <http://nbhaiti.com/zoom-sur-mirebalais/> (page consultée le 4 octobre 2014)

Farjon, A. (2013). *Pinus occidentalis*. (En ligne) <http://dx.doi.org/10.2305/IUCN.UK.2013-1.RLTS.T34192A2850209.en>. (Page consultée le 30 Décembre 2015).

Fédération Internationale du Diabète (2011). *Plan mondial contre le diabète 2011-2021*. En ligne : [http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP\\_FR.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/attachments/GDP_FR.pdf)

Fédération Internationale du Diabète (FID), (2013), *Atlas du diabète, 6<sup>e</sup> édition*, (en ligne) : [http://www.idf.org/sites/default/files/FR\\_6E\\_Atlas\\_full.pdf](http://www.idf.org/sites/default/files/FR_6E_Atlas_full.pdf)

Fédération Internationale du Diabète -Région Afrique (2008) *Réunion régionale de la Fédération Internationale du Diabète (FID) Afrique pour la Mise en œuvre de la Résolution des Nations Unies sur le diabète (61/225) en Afrique, 19 Décembre 2008, Nairobi, Kenya* (en ligne) <http://www.idf.org/webdata/docs/IDF-Africa-Action-Plan-FR.pdf>

FID (2015). *Haïti* (en ligne) <https://www.idf.org/membership/nac/haiti> (page consultée le 13 décembre 2015).

Fondation Haïtienne du Diabète et des Maladies Cardiovasculaires (FHADIMAC) (2013), *Journée Mondiale du diabète 2013*, (en ligne) <http://www.fhadimac.org/all-files/letters/lettreFhadimac2013.pdf>

Forum Diabetes Leadership, (2010), *Diabète : la pandémie silencieuse et son impact en Afrique subsaharienne* (en ligne) [http://www.changingdiabetesbarometer.com/docs/Diabetes%20in%20sub-saharan%20Africa\\_French.pdf](http://www.changingdiabetesbarometer.com/docs/Diabetes%20in%20sub-saharan%20Africa_French.pdf)

Gélinas, J. (2000). De la mondialisation à la globalisation. In la globalisation du monde. *Laisser faire ou faire ?* (Pp. 21-51). Montréal : Ecosociété

Gianetto, I. G. (2013). *Development of a new control model of the glucose metabolism applied to type 1 diabetic patients* (En ligne) [https://tel.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/968903/filename/BenAbbes\\_Ilham\\_These\\_VF.pdf](https://tel.archives-ouvertes.fr/file/index/docid/968903/filename/BenAbbes_Ilham_These_VF.pdf)

Groenewald, T. (2004). A phenomenological Research Design Illustrated. *International journal of qualitative methods*. Vol (3) 1.

Guionnet C. (2013). *SEXE ET GENRE - Enseigner les études sur le genre au lycée*. [En ligne], <http://www.universalis.fr/encyclopedie/sexe-et-genre-enseigner-les-etudes-sur-legenre-au-lycee/> (page consultée le 3 décembre 2015).

Gulati, O. P. (2015). Pycnogenol® in Metabolic Syndrome and Related Disorders. *PTR. Phytotherapy research*, 29(7), 949-68.

Hadler N.M. (2010). *Maladies d'inquiétude ? Diagnostic : la surmédicalisation*. Presses de l'université Laval, 490 p.

Havel J.E. (1968). La femme dans la société moderne. *Liberté*, vol. 10, n° 1, (55), p. 34-39.

Mathew R., Gucciardi E., de Melo M. and Barata M. (2012). Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis. *BMC Family Practice* 13 :122.

Imbert, G. (2008), Vers une étude ethnoépidémiologique du diabète type 2 et de ses complications, *Santé publique*, volume 20, No 2, p 113-124.

Jaffiol, C. (2011) Le diabète sucré en Afrique : un enjeu de santé publique, *Bull. Acad. Natle Méd*, 195, No 6, 1239-1254

Jouzier, E. (2007), Diabète et philatélie, *Bull. Soc. Pharm. Bordeaux*, 146, 159-178

Imbert, G. (2008). Vers une étude ethno épidémiologique du diabète type 2 et de ses complications. *Santé publique* ;20(2) :113-124.

Institut Haïtien de Statistique et d'Informatique (IHSI) (2012), *Population totale, population de 18 ans et plus, ménages et densité estimés en 2012* (en ligne), [http://www.ihsi.ht/pdf/projection/DOC\\_POPTLE18\\_MENEST2012.pdf](http://www.ihsi.ht/pdf/projection/DOC_POPTLE18_MENEST2012.pdf)

Karirekinyana, G. (2005). Femmes, parcours migratoires et exploitations. In M-H. Parizeau et S. Kask (dir.), *De l'inégalité dans le dialogue des cultures : mondialisation, santé et environnement* (95-113). Québec : Presses de l'Université Laval.

Kleinman, A., Eisenberg, L., & Good, B. (1978). Culture, illness, and care: Clinical lessons from anthropologic and cross-cultural research. *Annals of Internal Medecine*, 88, 251-258.

Kleinman, A. (2013), *From Illness as Culture to Caregiving as Moral Experience*. En ligne :<http://www.nejm.org.acces.bibl.ulaval.ca/doi/pdf/10.1056/NEJMp1300678>

Lee, K. & Yach, D. (2006). Globalization and Health. In M. H Merton, Black, R.E. & Mills, A.J. (eds). *International Public Health. Diseases, programs, Systems, and Policies* (pp. 681-708) London. Jones and Barlett Publishers.

Litjeroff G. (2008). Encourager l'alphabétisation t renforcer les compétences des personnes atteintes de diabète en Argentine. *Diabetes Voice*, volume 53, numéro 1, pp. 9-12.

Liu, X., Wei, J., Tan, F., Zhou, S., Würthwein, G., & Rohdewald, P. (2004). Antidiabetic effect of Pycnogenol French maritime pine bark extract in patients with diabetes type II. *Life sciences*, 75(21), 2505-13.

Löwy I. & Rouch H. (2003). Genèse et développement du genre : les sciences et les origines de la distinction entre sexe et genre. *Cahiers du Genre* 1/ (n° 34), p. 5-16 DOI : 10.3917/cdge.034.0005.

Luo X., Liu T., Yuan X., Ge S., Yang J., Li C. and Sun W. (2015). Factors Influencing Self-Management in Chinese Adults with Type 2 Diabetes: A Systematic Review and Meta-Analysis. *Int. J. Environ. Res. Public Health*, 12, 11304-11327.

Maire, B. et Delpuech, F. (2004) La transition nutritionnelle, l'alimentation et les villes dans les pays en développement. *Cahiers Agricultures*; 13(1):23-30.

Mathers, C., & Bonita, R (2009). Current global health status. In R. Beaglehole, & R. Bonita (eds.), *Global Public Health. A new Era* (pp. 23-61). Oxford: Oxford University Press.

McMichael, A.J., & Beaglehole, R. (2000). The changing global context of public health, *Lancet*, 356(9228), 495-499.

Meyor, C. (2007). *Le sens et la valeur de l'approche phénoménologique*. En ligne : [http://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&as\\_sdt=0,5&q=Le+sens+et+la+valeur+de+l%27approche+ph%C3%A9nom%C3%A9nologique](http://scholar.google.fr/scholar?hl=fr&as_sdt=0,5&q=Le+sens+et+la+valeur+de+l%27approche+ph%C3%A9nom%C3%A9nologique). (Page consultée le 12 mai 2014).

Michel, R. (2001). *Définition et classification du diabète. Médecine Nucléaire. Imagerie fonctionnelle et métabolique*. (En ligne) : <http://dossier.univ-st-etienne.fr/lbti/www/acomen/revue/2001/pdf1/rodier1.pdf>

Ministère de l'Environnement (2003), *Rapport National Barbade +10 Petits États insulaires (SIDS), 1994-2004*, (en ligne), [http://www.pnuma.org/sids\\_ing/documents/National%20Reports/Haiti%20National%20Report.pdf](http://www.pnuma.org/sids_ing/documents/National%20Reports/Haiti%20National%20Report.pdf)

Ministère de l'Intérieur et des Collectivités Territoriales (MICT) (2010), *Mirebalais*, (en ligne) <http://www.mict.gouv.ht/Commune/168> (page consultée le 4 octobre 2014)

MSPP (2007). *Enquête mortalité, morbidité et utilisation des services EMMUS-IV Haïti 2005-2006*. (En ligne) <https://dhsprogram.com/pubs/pdf/FR192/FR192.pdf>

Ministère de la Santé Publique et de la Population / Unité de Planification et d'Évaluation (MSPP/UPE) (2011), *Rapport de la carte sanitaire du pays*, (en ligne) <http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20carte%20sanitaire%20du%20pays.pdf>

Ministère de la Santé Publique et de la Population / Unité de Planification et d'Évaluation (MSPP/UPE) (2011), *Rapport de la carte sanitaire du département du Centre*, (en ligne) <http://mspp.gouv.ht/site/downloads/Rapport%20carte%20sanitaire%20centre.pdf>

Ministère de la santé publique et de la population (2012). *Politique nationale de santé*. (En ligne). <http://www.mspp.gouv.ht/site/downloads/livret%20pns%20for%20web.pdf>

Mirna.S. & Carine, D. (2013). *Missing the Mark with Latina Women with Type Diabetes*. (En ligne) <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23897919> (page consultée le 12 mai 2014)

Murrock, C., Taylor, E., Marino, D. (2014). Dietary Challenges of Managing Type 2 Diabetes in African-American Women. *Women & Health*, 53 :2, 173-184, DOI: 10.1080/03630242.2012.753979

Nejatzadeh-Barandozi F. (2013). Antibacterial activities and antioxidant capacity of Aloe vera. *Organic and Medicinal Chemistry Letters*, 3 :5.

Observatoire Régional de la Santé Nord pas- de- Calais (2010). *Observations inattendues et capricieuses de la santé. Les temps de santé*. En ligne : [http://www.orsnpdc.org/observation/237871\\_1tempssan.pdf](http://www.orsnpdc.org/observation/237871_1tempssan.pdf)

Ojuka, E O, & Goyaram, V. (2014). Increasing prevalence of type 2 diabetes in sub-Saharan Africa: Not only a case of inadequate physical activity. *Med Sport Sci*, 60, 27-35

OMS (1948), *la définition de la santé de l'OMS*, en ligne : <http://www.who.int/about/definition/fr/print.html> (page consultée le 12 mai 2014)

OMS (2013). *Dix faits sur les maladies non transmissibles* (en ligne) [http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable\\_diseases/fr/](http://www.who.int/features/factfiles/noncommunicable_diseases/fr/) (page consultée le 9 décembre 2015).

OMS (2013). *Prévention et lutte contre les maladies non transmissibles : Directive relative aux soins de santé primaires dans les contextes de faibles ressources*. (En ligne), [http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79693/1/9789242548396\\_fre.pdf](http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/79693/1/9789242548396_fre.pdf)

OMS (2014), *Profil des pays pour les maladies non transmissibles-Haïti* (En ligne) [http://www.who.int/nmh/countries/hti\\_fr.pdf](http://www.who.int/nmh/countries/hti_fr.pdf)

OMS (2014). *Haïti* (en ligne) [http://www.who.int/substance\\_abuse/publications/global\\_alcohol\\_report/profiles/hti.pdf?ua=1](http://www.who.int/substance_abuse/publications/global_alcohol_report/profiles/hti.pdf?ua=1)

OMS (2014). *Noncommunicable Diseases (NCD) Country Profiles* (en ligne) [http://www.who.int/nmh/countries/hti\\_en.pdf?ua=1](http://www.who.int/nmh/countries/hti_en.pdf?ua=1)

OMS (2015), *HAITI: WHO statistical profile* (en ligne), <http://www.who.int/gho/countries/hti.pdf?ua=1>

OMS (2015). *WHO Report on the Global Tobacco Epidemic, 2015; Country Profile: Haiti* (en ligne) [http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country\\_profile/hti.pdf?ua=1](http://www.who.int/tobacco/surveillance/policy/country_profile/hti.pdf?ua=1)

O'Neill, M. (1983). « Les départements de santé communautaires ». *Recherche sociographiques*. Vol 24, no 2 pp 171-201.

Papaspyros N.S. (1964), *The History of Diabetes Mellitus*, Stuttgart: G. Thieme, 2d ed. Rev and supplemented, 104 p.

Park H. & Wenzel J. A. (2013) Experience of social role strain in Korean women with type 2 diabetes. *Journal of Advanced Nursing* 69(6), 1400–1409. Doi : 10.1111/jan.12001

Popkin, B.M. (2004) Transition nutritionnelle et évolution mondiale vers l'obésité, *DiabetesVoice*, Volume 49, numéro 3, pp.38-40.

Ministère de la santé publique et de la population (2005). Plan stratégique national pour la réforme du secteur de la santé. En ligne : [http://www.who.int/selection\\_medicines/country\\_lists/Haiti\\_liste\\_2003\\_2008.pdf](http://www.who.int/selection_medicines/country_lists/Haiti_liste_2003_2008.pdf)

Programme des Nations-Unies pour l'Environnement (PNUE) (2013), *Haiti-République Dominicaine, Défis environnementaux dans la zone frontalière*, (en ligne) [http://postconflict.unep.ch/publications/UNEP\\_Haiti-DomRep\\_border\\_zone\\_FR.pdf](http://postconflict.unep.ch/publications/UNEP_Haiti-DomRep_border_zone_FR.pdf)

Ramma H., Bouayed, J., Desor, F., Younos, C.& Soulimani, R. (2009) Validation et contribution à l'étude de l'effet antihyperglycémique d'une plante médicinale, le *Momordica charantia* L. *Phytothérapie* 7 : 191–196.

RNPD/UNFPA (2010). *Haiti : guide des utilisateurs*. (En ligne) : [http://unfpahaiti.org/pdf/GuidesDes\\_indicateurs\\_Revision13avril2011.pdf](http://unfpahaiti.org/pdf/GuidesDes_indicateurs_Revision13avril2011.pdf)

Robine, JM. (1996). Les espérances de vie en santé au service de la mesure de l'état de santé des populations. *Cahiers Québécois de démographie*. Vol 25 no 2, pp 179-210

Roy, B. (2002). *Sang sucré, pouvoirs codés et médecine amère*. En ligne : <http://www.collectionscanada.gc.ca/obj/s4/f2/dsk3/QQLA/TC-QQLA-19778.pdf>

Roy B. & Fecteau, K. (2005). *Paroles et pouvoir de femmes des premières nations*. En ligne : <http://www.cssspnql.com/docs/centre-de-docum> RNPD/UNFPA (2010). *Haiti : guide des utilisateurs*. (En ligne) :

[http://unfpahaiti.org/pdf/GuidesDes\\_indicateurs\\_Revision13avril2011.pdf](http://unfpahaiti.org/pdf/GuidesDes_indicateurs_Revision13avril2011.pdf)

entation/manuel-fran%C3%A7ais.pdf?sfvrsn=2

Schadewaldt, H. (1975), The history of diabetes mellitus, In Engelhardt D.V. (1989), *Diabetes its medical and cultural history*, Springer-Verlag, p. 43-100.

Thow, A-M., & Hawkes C., (2009). The implications of trade liberalization for diet and health: a case study from Central America. *Globalization and Health*, 5(5), doi :10.1186/1744-8603-5-5.

Tiedt, J. A. (2013). Living with diabetes in the 4-fold world of the Coeur d'Alene Tribe. *Family & community health*, 36(4), 324-37.

Traoré, A. (2010). L'expérience dans la production de savoirs profanes sur le diabète chez des patients diabétiques à Bamako (Mali). *Sciences Sociales et santé*. Vol 4 no 28 (pp 41-76)

Tremblay, M.-A. (1982). L'anthropologie de la santé en tant que représentation. *Recherches sociographiques*. Vol 23, no 3 pp. 253-273.

Unwin, N., Roglic, G., Whiting, D., (2010), *Diabète de type 2 : le défi de la prévention et la Commission des déterminants sociaux de la santé de l'OMS*, En ligne : [https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/DV\\_55-2\\_Unwin\\_FR.pdf](https://www.idf.org/sites/default/files/attachments/DV_55-2_Unwin_FR.pdf)

Vague, Ph. Vialettes, B. (1977), *Histoire du diabète, des origines à nos jours*, Orléans, Laboratoires Servier, 14 p.

Von der Weid, N (1994), *Petite histoire du diabète* (en ligne), <http://www.lefaitmedical.ch/fr/articles/petite-histoire-du-diabete-11-46> (page consultée, le 18 octobre 2014)

Welch H.G., Schwartz L.M and Woloshin S. (2012). *Le surdiagnostic. Render les gens maladies par la poursuite de la santé*. Presses de l'université Laval, 313 p.

Whiting, D., Unwin, N., Roglic, G., (2010). Diabetes: equity and social determinants, In : Blas E, Kurup As, eds, *Equity, social determinants and public health programmes* , (En ligne) : [http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2010/9789241563970_eng.pdf)

Young, A. (1982). The Anthropology of Illness and Sickness. *Annual Review of Anthropology*, 11, 257-285.

Zibadi S., Rohdewald P. J., Park D. & Watson R. R. (2008). Reduction of cardiovascular risk factors in subjects with type 2 diabetes by Pycnogenol supplementation. *Nutrition Research* 28 ; 315–320.

## LES ANNEXES

### Annexe 1 : Guide d'entrevue

**Titre de la recherche :** Déterminants qui favorisent ou non l'autogestion du diabète de type 2 chez les personnes souffrant de cette maladie en Haïti.

#### Questions d'ordre général

1-J'aimerais que vous vous présentiez (nom, l'âge)

-D'où êtes-vous originaire ?

- Décrivez-moi vos lieux d'origine

- Décrivez-moi votre vie familiale

- Vous êtes marié(es) depuis quand ?

- Décrivez-moi votre famille (conjoint, enfants, etc.)

-Pouvez-vous me décrire à quoi ressemblent vos journées en tant que femme (homme) et mère (père) de famille ?

-Quelles sont vos activités quotidiennes ?

#### 2-Histoire de la maladie

- Quand et comment avez-vous appris que vous souffriez de diabète ?

- Avant le diagnostic

- Au moment du diagnostic

- Après le diagnostic

-Comment avez-vous vécu le fait d'apprendre que vous souffriez de cette maladie ?

- Est-ce qu'un médecin ou un professionnel de la santé vous a informé que vous souffriez d'une complication du diabète ?

#### 3-Définition de la santé

- En vos propres mots décrivez-moi ce qu'est, pour vous, la santé... Qu'est-ce que cela signifie pour vous « être en santé » ?

- Comment savez-vous que vous êtes ou non en bonne santé ?

- Comment pouvez-vous identifier si vos proches sont en bonne santé ?

Comment pouvez-vous identifier si vos proches sont en mauvaise santé ?

#### 4-Explication du diabète

-Pourquoi croyez-vous que vous êtes atteint du diabète ?

- Comment, en vos propres mots, expliquez-vous cette maladie ?
- Pour vous, que signifie être diabétique ?
  - Comment décrivez-vous cette maladie nommée diabète ?

### **5-Stratégies utilisés**

- Suite à l'annonce que vous souffriez du diabète, qu'est-ce qui a changé dans votre vie ?
  - Dans vos rapports familiaux
  - Dans vos rapports avec vos amies, dans votre milieu de vie, au travail
  - Dans vos rapports à la nourriture
  - Face à vous même
- Depuis l'annonce de votre diabète quels sont les changements – et décrivez moi – les changements dans vos habitudes
- Depuis l'annonce de votre diabète quels sont les changements – et décrivez moi – les changements dans activités quotidiennes ?
- Depuis l'annonce de votre diabète quels sont les changements – et décrivez moi – les changements dans vos comportements alimentaires ? (La composition des repas, les heures et le rythme) ?
- Depuis l'annonce de votre diabète quels sont les changements – et décrivez moi – les changements dans vos activités quotidiennes ?

### **6-Les facteurs qui aident à développer les stratégies**

- Depuis que vous avez appris que vous aviez le diabète quelles sont les activités, les actions que vous faites qui, selon vous, vous aident à vivre avec votre diabète ?
- À partir d'un exemple d'activité nommé par la personne .... Est-ce que vous pouvez et raconter comment vous en êtes venu à faire ce choix d'activité ?
  - Motivation
  - Enseignement – connaissance
  - facteurs aidants
- Est-ce que, dans votre entourage, vous identifiez des personnes qui vous aident formellement ou informellement à faire ces choix de changements de comportement ?

Est-ce que des gens vous apparaissent « moins aidants » ?

### **7- Soutien social**

- Comment votre entourage (collègues, famille, amis) a réagi lorsque vous leur avez annoncé que vous étiez diabétique ?
- Comment avez-vous vécu ces réactions ?
- Avez-vous l'impression que les gens autour de vous comprennent votre situation ?
- Est-ce que des personnes de votre entourage vous ont aidé à accepter votre diagnostic ?
- Avez-vous des proches (parents ou voisins, collègues) qui sont, eux aussi, atteint du diabète ? Si oui, quels sont les liens que vous entretenez avec ces personnes ?
- Quelles sont les personnes qui, selon vous, vous aide le plus à vivre avec votre diabète ?

## **8- Relation avec les professionnels de la santé**

- Racontez-moi comment ça se passe lorsque vous rencontrez l'infirmière
  - Racontez-moi comment ça se passe lorsque vous rencontrez le médecin
  - Racontez-moi comment ça se passe lorsque vous rencontrez d'autres professionnels de la santé
    - Décrivez-moi comment vous vous sentez lorsque vous rencontrez une infirmière
      - o Vous sentez-vous écouté?
      - o Vous sentez-vous respecté?
      - o Vous sentez-vous obligé?
      - o Vous sentez-vous égal à vous-même ?
    - Décrivez-moi comment vous vous sentez lorsque vous rencontrez un médecin
      - o Vous sentez-vous écouté?
      - o Vous sentez-vous respecté?
      - o Vous sentez-vous obligé?
      - o Vous sentez vous égal à vous-même ?
  - Parvenez-vous, dans votre vie quotidienne, à appliquer toutes les recommandations que vous fait l'infirmière ou le médecin ?
  - Racontez moi quelles sont les difficultés – ou facilités – que vous rencontrez pour :
    - Prendre votre médication
    - Changer vos manières de manger – menu, horaire des repas, etc.
    - Perdre du poids (le cas échéant)
    - Faire de l'exercice
  - Racontez-moi une réalisation, un événement, un souvenir dont vous êtes le plus fier en tant que personne souffrant du diabète
  - Racontez-moi une réalisation, un événement, un souvenir dont vous êtes le moins fier en tant que personne souffrant du diabète.
- Si vous aviez le pouvoir de changer les choses dans votre milieu de vie, quels changements souhaiteriez-vous réaliser afin de faire en sorte que moins de personnes contractent le diabète ?
- Avez-vous des recommandations à faire aux autres personnes qui ont le diabète ? Au personnel médical ?

## **9-Données sociodémographiques**

- Quel est votre niveau d'études ?
- Enfin est-ce que vous avez quelques mots à ajouter ?

## Annexe 2 : GID ENTREVI

**Tit rechèch la** : Faktè ki ka pèmèt yon moun diabetik jere pròp tèt li kay moun kif è maladi diabèt tip 2 a nan peyi Dayiti.

### Kesyon jeneral

- M ta renmen ou dim kiyès ou ye ? (non ou, laj ou)
- Ki kote ou soti ?
- Dekrim la vi fanmi an
- Ou marye? Depi kilè?
- Dekrim fanmiy ou (mariw, (madanm), pitit ou ?
- Èskew ka dekrim ak kisa jounenw yo sanbe kòm fanm (gason) manman ak papa pitit ?
- Ki aktivitew chak jou ?

### 2-Istwa maladi a

- Kijan e kòman ou te aprann ou te soufri dyabèt ?
- Avan diagnostik la
- pandan diagnostik la
- aprè diagnostik la
- Kòman ou te viv moman sa a lèw te aprann ou soufri maladi sa a ?
- Èske gen yon medsen ou yon profesyonèl sante ki diw ou te fè kèk konplikasyon dyabèt ?

### 3-Definisyon sante

- Nan mo paw di pou mwen kisa sante ye ? Sa sa vle di pou an sante ?
- kòman ou ka konnen ou an bòn ou an movè sante ?
- kòman ou ka konnen moun pròch ou yo an bòn sante ?
- kòman ou ka konnen moun pròch ou yo an movèz sante ?

### 4-Eksplikasyon diabèt

- Pouki sa ou kwè ou atrape dyabèt ?
- Kòman nan mo paw ou eksplike maladi dyabèt la ?
- Kisa sa vle di pou ou yon moun dyabetik ?
- Pou ou sa sa siyifi dyabèt ?
- Kòman ou ka dekri maladi yo rele diabèt la ?

### 5- Strateji itilize

-Depi anons diabèt ou a kisa ki chanje nan viw ?

-Nan rapò ak fanmiw

-Nan rapòw ak zanmiw, nan milye wap viv la, nan travay ou

-Nan rapòw ak nouritiw

-Fas a ou menm menm

-Depi yo anonsew diabèt la ki chanjman ki fèt, dekri pou mwen nan abitud ou yo ?

- Depi yo anonsew diabèt la ki chanjman ki fèt, dekri pou mwen nan akivitew chak jou w yo

- Depi yo anonsew diabèt la ki chanjman ki fèt, dekri pou mwen nan jan ou manje, nan sa ou mete nan manjew yo, nan rit ou manje, nan lè ou manje

- Depi yo anonsew diabèt la ki chanjman ki fèt, dekri pou mwen nan aktivite chak jouw yo

### **6-Faktè ki ede nan devlopman strateji yo**

-Depi ou aprann kew fè malady diabèt la ki aktivite, aksyon kew fè ki selon ou edew pouw viv ak maladiw la

-A pati de yon ekzanp nome pa moun nan eskew ka dim kòman ou te fè vin fè chwa aktivite sa

-kisa ki te pousew

-sak te montrew

-Ki fakte ki edew

-Eske nan antouray ou we kek moun nan yon fason ou yon lot edew pouw chwazi chanje kompòtman?

-Eske gen moun ki paret mwens edew?

### **6-Soutyen sosyal**

-Kòman antouraj ou yo (koleg, zanmi, fanmi) yo te reaji lew te anonse yo ke ou te dyabetik ?

-koman ou te viv reaksyon sa yo

-Eskew gen enpresyon ke moun bo kotew yo komprann sitiasyon an?

-Eske gen moun nan antouraj ou kit e edew aksepte diagnostic ou a?

-Eskew gen proch (paran, zanmi, koleg, ou vwazen) ki genyen diabet tou, si wi ki rapow ak moun sa yo?

-Ki moun kin dapre ou edew plis pou viv ak malady diabet la ?

### **8-Relasyon ak profesyonel sante yo ?**

-Rakontem koman sa pase lew rankontre ak infimye

- Rakontem koman sa pase lew rankontre ak medsen

- Rakontem koman sa pase lew rankontre lot profesyonel sante yo

-Dekrim koman ou santiw lew rankontre yon enfimyè?

- Ou santiw koute
- Ou santiw respekte
- Ou santiw oblije
- Ou santiw egal

-Dekrim komanw santiw lew rankontre yon medsen

- Ou santiw koute
- Ou santiw respekte
- Ou santiw oblije
- Ou santiw egal

-Eskew konn rive aplike tout rekomandasyon yon enfimye ou yon medsen fèw ?

-Rakontem ki bagay difisil ou fasil ou konn rankontre

-Pran medikamanw

-chanje fason ou te konn manje (menu, ore)

-Pedi pwa

-fe ekesis

-Rakontem yon bagay ki pase, yon evenman, yon souvni ki few santiw pi fye kom moun ki diabetic

- Rakontem yon bagay ki pase, yon evenman, yon souvni ki few santiw mwen fye kom moun ki diabetic

-si w te gen pouvwa pouw chanje kek bagay bo kotew wap viv la kisa ou tap chanje pouw te ka fe lot moun pa pran diabet?

-eskew gen kek bagay ou ta rekomande moun kif e diabet yo, ou bien profesyonel sante yo ?

## **9- Done demografik**

-Nan ki nivo etid ou rive ?

Pou fini eske ou vle ajoute kek mo ?

### **Annexe 3 : Formulaire de consentement**

**Titre de la recherche** : Déterminants qui favorisent ou non l'autogestion du diabète de type 2 chez les personnes souffrant de cette maladie en Haïti

#### **Formulaire de consentement aux entrevues individuelles**

##### **Présentation du cadre de la recherche**

Cette recherche est réalisée dans le cadre du projet de maîtrise de Hébrelienne Amélys, dirigé par M. Bernard Roy, de la faculté des sciences infirmières de l'Université Laval.

Avant d'accepter de participer à cette recherche, veuillez prendre le temps de lire les renseignements qui suivent. Ce formulaire de consentement vous explique les buts de ce projet de recherche et de ses procédures. Il indique les coordonnées de la personne avec qui communiquer au besoin. Nous vous invitons à poser toutes les questions que vous jugez utiles à la personne qui vous présente ce document.

##### **Nature de l'étude**

Notre recherche a pour but de faire ressortir la compréhension des patients vivant avec le diabète dans la commune de Mirebalais en Haïti et les mécanismes de gestion qu'ils utilisent. Notre objectif est de mieux saisir le parcours de vie des personnes diabétiques afin de circonscrire le contexte dans lequel cette maladie s'inscrit et ce qu'elle transforme dans l'existence des gens

##### **Déroulement de la participation**

L'entrevue de type individuel se déroulera dans un lieu de votre choix. Elle aura une durée de 60minutes environ et elle sera enregistrée sur audio, avec votre consentement. L'entrevue concerne votre expérience avec la maladie le diabète depuis que vous aviez su votre diagnostic. Les thèmes suivants seront abordés : vos attitudes, vos perceptions et vos expériences relatives avec le diabète. Nous aurons à parler aussi sur : votre vie de façon générale, l'histoire de votre maladie, ce que vous pensez de la santé et de la maladie, le diabète et tous les facteurs qui vous aident ou qui ne vous aident pas à gérer la maladie.

##### **Avantages, risques ou inconvénients possibles liés à votre participation**

Il est possible que le fait de raconter votre expérience suscite des réflexions ou des souvenirs émouvants ou désagréables. Si cela se produit, n'hésitez pas à en parler avec la personne qui mène l'entrevue. Elle peut vous référer à des travailleurs sociaux et des psychologues sur place dans les sites, ils pourront vous aider.

##### **Participation volontaire et droit de retrait**

Vous êtes libre de participer à ce projet. Vous pouvez refuser de répondre à certaines questions ou encore de mettre fin à l'entretien à tout moment, sans avoir à fournir de raisons et sans aucun préjudice. Si vous décidez de mettre fin à votre participation, il est important d'en prévenir la

chercheuse responsable dont les coordonnées sont incluses dans ce document. Tous les renseignements personnels vous concernant, incluant les enregistrements, seront alors détruits.

### **Confidentialité et gestion des données**

Dans les travaux produits à partir de cette recherche de mémoire, un nom fictif pourrait vous être attribué pour assurer votre confidentialité. Cependant, votre vrai nom ne figurera jamais sur aucun document. Les divers documents de la recherche seront donc codifiés (nom fictif) et seul le chercheur aura accès à la liste des noms et des codes. Les données seront conservées sous forme anonyme donc toute référence à l'identité des participants va être détruite y compris la liste associant les noms et les codes, les formulaires de consentement. L'anonymisation des données se fera à la fin du présent projet soit en septembre 2015. De plus, les résultats individuels des participants ne seront jamais communiqués et tous les matériaux de la recherche, incluant les données et les enregistrements, seront conservés sous clé pendant 10 ans (jusqu'en 2025). Au terme de cette période, ils seront détruits.

### **Renseignements supplémentaires**

Si vous avez des questions sur la recherche, sur les implications de votre participation, pour vous retirer du projet, communiquer avec la chercheuse ou lui transmettre des documents, veuillez communiquer avec la chercheuse au numéro suivant :----- ou à l'adresse courriel suivante : [hebrelienne.amelus.1@ulaval.ca](mailto:hebrelienne.amelus.1@ulaval.ca)

M. Bernard Roy, au numéro de téléphone suivant : (418) 656-2131 poste 2633 ou à l'adresse courriel suivante : [bernard.roy@fsi.ulaval.ca](mailto:bernard.roy@fsi.ulaval.ca)

### **Remerciements**

Votre collaboration est très précieuse pour cette recherche et je vous remercie vivement d'y participer. Les résultats de la recherche seront disponibles au commencement de l'année 2016. Si vous souhaitez recevoir un court résumé des résultats, vous êtes invité à préciser ci-après l'adresse postale ou courriel à laquelle vous le faire parvenir.

**Titre de la recherche** : Déterminants qui favorisent ou non l'autogestion du diabète de type 2 chez les personnes souffrant de cette maladie en Haïti

**Signatures et consentements spécifiques**

Je soussigné (e), ....., consens librement à participer à la recherche intitulée : « Déterminants qui favorisent ou non l'autogestion du diabète de type 2 chez les personnes souffrant de cette maladie en Haïti ». J'ai pris connaissance du formulaire et j'ai compris le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients (le cas échéant), du projet de recherche. Je suis satisfait(e) des explications, précisions et réponses que la chercheuse m'a fournies quant à ma participation à ce projet.

---

Signature du participant

Date

**Acceptez-vous que l'entrevue soit enregistrée sur audio ?**

- Oui**
- Non**

J'ai expliqué le but, la nature, les avantages, les risques et les inconvénients du projet de recherche au participant. J'ai répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées et j'ai vérifié la compréhension du participant.

---

Signature du chercheur

Date

**Plainte ou critique**

Toute plainte ou critique sur ce projet de recherche pourra être adressée, en toute confidentialité, au Dr Waking Jean-Baptiste au numéro : .....

Waking Jean-Baptiste, MD

NCD Clinic, HUM

Hôpital Universitaire de Mirebalais

MSP, ZL

E-mail : [wakingjb@gmail.com](mailto:wakingjb@gmail.com)

Bureau de l'Ombudsman de l'Université Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins

Université Laval

2325, rue de l'Université, local 3320 Québec (Québec) G1V 0A6 Téléphone : 418-656-3081

Ligne sans frais : 1-866-323-2271

Courriel : [info@ombudsman.ulaval.ca](mailto:info@ombudsman.ulaval.ca)

## **Annexe 4 : Fòmilè konsantman pou entèvyou endividyèl**

### **Prezantasyon kad rechèch la**

Rechèch sa a fèt nan kad yon pwojè metriz ke Hébrelienne Amélys ap fè e Mesye Bernard Roy ki se pwofesè nan fakilte enfimiyè, Inivesite Laval ap dirije.

Avan ou dakò patisipe nan rechèch sa a, tanpri pran tan li enfòmasyon sa yo. Fòmilè konsantman sa a eksplike w objektif pwojè rechèch sa a ak pwosedi li yo. Li montre kowodone moun pou kontakte si sa nesèsè. Nou envite ou yo poze nenpòt kesyon ou wè ki gen rapò ak moun ki prezante w dokiman an.

### **Nati étid la**

Rechèch la gen 2 objektif. Premye a se fè sòti konpreansyon moun ki ap viv ak diabèt la nan komin mibalè sou diabèt la answit ki sa moun sa yo fè pou jere maladi a. Dezièmman, byen konprann ki jan moun sa yo te konn viv pou nou ka wè nan ki sikonstans maladi sa a te vin tabli sou yo e kisa maladi sa a chanje nan vi yo.

### **Pwosesus patisipasyon w**

Se yon moun pou chak entèvyou kap fèt e se moun nan kap deside ki kote li ta vle rankont la ap fèt. Li ap dire apeprè 60 minit epi yo pral anrejistre entèvyou a avèk konsantman ou. Entèvyou a gen rapò ak eksperyans ou te konnen diagnostik ou kò diabetik. Sijè yo pral kouvri yo se atitud ou, opinion ou ak eksperyans pesonèl ou fè maladi diabèt la.

### **Benefis, risk ak dezavantaj posib ki gen rapò ak patisipasyon ou**

Li posib ke pendan wap di eksperyans ou, sa ka pwovoke panse oswa souvni emosyonèl oswa dezagreyab. Si sa rive, pa ezite pale de sa ak chèchè a. Si sa nesèsè, li ka pwopozew yon lis moun ki ka edew. Genyen travayè sosyal ak sykolog pou ede moun ki gen pwoblèm sa yo.

### **Patisipasyon volontè ak dwa pou soti**

Ou lib pou patisipe nan pwojè a. Ou ka refize reponn kesyon oswa mete fen nan entèvyou a nenpòt ki lè san ou pa bezwen bay rezon an e sa pap gen okenn konsekans. Si ou deside mete fen nan patisipasyon ou, li enpòtan pou di chèchè a sa, kowòdone chèchè a nan dokiman sa a. Nan ka sa a, tout enfòmasyon pesonèl ou yo ak anrejistremman an pral detwi.

### **Konfidansyalite ak jesyon doné**

Nan travay ki pwodui ak rechèch sa a, yon fo non kabab ekri bò kote non w pou asire konfidansyalite ou. Vrè nonw pap janm ekri sou okenn dokiman. Tout dokiman yo ap idantifye ak yon kòd e se sèlman chèchè a kap gen dwa gen aksè ak lis fo non yo e kòd yo. An plis de sa, okenn rezilta endividyèl pap janm pibliye. Tout materyèl ki pwodui nan rechèch sa a ap konsève anba kle e aprè 10 lane (an 2025) yap detwui.

## **Lòt Enfòmasyon**

Si w gen kesyon sou rechèch la, oswa sou enplikasyon patisipasyon ou, pou soti nan pwojè a, pou kontakte chèchè a oswa voye dokiman, tanpri kontakte Mesye Bernard Roy, nan nimewo telefòn sa a : (418) 656-2131 poste 2633 oswa nan adrès imel sa a : [bernard.roy@fsi.ulaval.ca](mailto:bernard.roy@fsi.ulaval.ca)

## **Mèsi**

Kolaborasyon w trè enpòtan nan rechèch sa a. Mwen diw mèsi anpil pou patisipasyon ou. Rezilta rechèch la ap disponib nan kòmansman ane 2016. Si ou ta renmen yon rezime rezilta yo, souple ekri adrès ou oswa imel pou voyel pou ou.

---

---

---

**Tit Rechèch la** : Faktè ki ka pèmèt yon moun diabetik jere pròp tèt li kay moun kif è maladi diabèt tip 2 a nan peyi Ayiti.

**Siyati ak konsantman espesifik**

Mwen, .....dakò ak tout libètem poum patisipe nan rechèch sa a ki gen pou tit : « Faktè ki ka pèmèt yon moun diabetik jere pròp tèt li kay moun kif è maladi diabèt tip 2 a nan peyi Dayiti ». Mwen te li fòmilè a e mwen konprann objektif etid la, nati li, benefis, risk ki genyen ak dezavantaj (si genyen) pwojè rechèch la. Mwen satisfè ak eksplikasyon, klarifikasyon ak repons ke chèchè a ban mwen konsènan patisipasyon m nan pwojè sa a.

\_\_\_\_\_

Siyati patisipan an

\_\_\_\_\_

Dat

Ou dakò pou entèvyou a anrejistre sou odyo ?

- Wi
- Non

Mwen eksplike byen, nati, benefis, risk ki genyen ak dezavantaj (si genyen) rechèch la bay patisipan an. Mwen reponn selon sa mwen konnen tout kesyon yo epi mwen tcheke konpreyansyon patisipan an.

\_\_\_\_\_

Siyati chèchè

\_\_\_\_\_

Dat

**Plent ou Kritik**

Nenpòt plent oswa kritik sou pwojè rechèch sa a ou genyen, ou kapab voyel an tout konfyans, nan biwo Ombudsman ki nan Inivèsite Laval :

Pavillon Alphonse-Desjardins  
Université Laval  
2325, rue de l'Université, local 3320  
Québec (Québec) G1V 0A6  
Téléphone : 418-656-3081  
Ligne sans frais : 1-866-323-2271  
Courriel : info@ombudsman.ulaval.ca

## **Annexe 5 : Fèy enfòmasyon pou konsantman vèbal pou entèvyou**

**Tit rechèch la** : Faktè ki ka pèmèt yon moun diabetik jere pròp tèt li kay moun ki fè maladi diabèt tip 2 a nan peyi Dayiti.

### **Fèy enfòmasyon pou konsantman vèbal pou entèvyou**

Avan mwen mandew si ou aksepte patisipe nan pwojè rechèch sa a, mwen pral prezantew kèk enfòmasyon sou rechèch la e sou sa ou gen pou fè. Mwen envitew poze tout kesyon ki kap edew byen konprann enfòmasyon yo

#### **Prezantasyon chèchè a**

Rechèch sa a fèt nan kad yon pwojè metriz ke Hébrelienne Amélys ap fè e Mesye Bernard Roy ki se pwofesè nan fakilte enfimye, Inivesite Laval ap dirije. Komite Etik Inivesite Laval te apwouve rechèch sa a.

#### **Nati étid la**

Rechèch la gen 2 objektif. Premye a se fè sòti konpreansyon moun ki ap viv ak diabèt la nan komin mibalè sou diabèt la answit ki sa moun sa yo fè pou jere maladi a.

Dezièmman, byen konprann ki jan moun sa yo te konn viv pou nou ka wè nan ki sikonstans maladi sa a te vin tabli sou yo e kisa maladi sa a chanje nan vi yo.

#### **Pwosesus patisipasyon w**

Nan projè sa a, ou gen pou bay patisipasyon ki gen pou wè ak objektif rechèch la. Ou gen pou reponn ak kèk kesyon ki gen rapò ak atid ou, opinyon ou ak eksperyans ou fè ak maladi diabèt. Ou lib pou fè lòt komantè ki gen rapò ak rechèch la.

#### **Benefis ak dezavantaj posib ki gen rapò ak patisipasyon ou**

Patisipasyon w nan rechèch sa a reprezante yon okazyon pou ou pou ka reflechi e diskite avèk tout konfidansyalite sou sijè sa a ki gen rapò ak jan ou viv. Kom sijè sa a sansib, si gen kèk kesyon ki metew mal alèz, ou gen dwa deside pa reponn san ou pa bezwen di pou ki rezon.

#### **Patisipasyon volontè ak dwa pou soti**

Ou lib pou patisipe nan pwojè a e ou lib pou pa patisipe ankò ninpot ki lè san okenn konsekans negativ e san ou pa bezwen di pouki. Si ou deside soti, tout materyèl e done ke ou ban nou yo ap detwui, sof si ou otorizem itilize yo pou rechèch menm lè ou soti.

#### **Konfidansyalite**

Tout chèchè dwe pwoteje vi prive patisipan yo. Men mezi ki ap pran pou asire konfidansyalite materyèl ak done yo.

Pandan rechèch la:

- Non ou pap parèt nan okenn dokiman
- Sèl mwen menm ak direktris rechèch mwen an ap gen dwa konsilte enfòmasyon yo
- Tout materyèl rechèch yo ap konsève nan yon klasè ki gen kle nan yon lokal

- Done nimerik yo ap konsève nan fichye ki pwoteje ak yon kòd

Pandan rezilta yo ap bay:

- Non patisipan yo pap parèt nan okenn tèks kapibliye
- Rezilta rechèch la ap prezante sou fòm global e rezilta endividyèl patisipan yo pap janm kominike.

Après rechèch la:

- Tout materyèl ak done yo ap detwi en Septanm 2025

### **Atestasyon vèbal konsantman an**

Eske ou byen konpran pwojè a e enplikasyon patisipasyon w ?

Eske ou aksepte pou konfime patisipasyonw sou anrejistreman odyo ?

Eske ou aksepte ke entèvyou sa a anrejistre tou ?

### **Mèsi**

Mwen diw mèsi pou tan ak atansyon ke ou aksepte konsakre pou patisipe nan pwojè sa a.

### **Lòt enfòmasyon**

Pou ka kominike ak mwen ou byen si ou deside soti nan pwojè a, map ba ou yon kopi dokiman ke map prezantew kounye a e ki gen kowòdone mwen : Hébrelienne Amélus, Tel : -----, imel : [hebrelienne.amelus.1@ulaval.ca](mailto:hebrelienne.amelus.1@ulaval.ca)

### **Plent ou kritik**

Pou fini, m ta renmen enfomew ke tout plent ou kritik sou pwojè rechèch sa a kapab adrese nan Biwo Ombudsman Inivesite Laval. Kowòdone biwo sa ekri nan dokiman sa a tou. Se dokiman sa kem baw yon kopi kounyèa.

Pavillon Alphonse-Desjardins, bureau 3320

2325, rue de l'Université

Université Laval

Québec (Québec) G1V 0A6

Renseignements - Secrétariat : (418) 656-3081

Ligne sans frais : 1-866-323-2271

Courriel : [info@ombudsman.ulaval.ca](mailto:info@ombudsman.ulaval.ca)