

REPRÉSENTATION DE LA MALADIE ET CHOIX DE L'ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE CHEZ DES DIABÉTIQUES D'ÂGES DIFFÉRENTS EN CÔTE D'IVOIRE

REPRESENTATION OF DISEASE AND CHOICE OF THERAPEUTIC PATHWAY AMONG DIABETICS OF DIFFERENT AGES IN CÔTE D'IVOIRE

LOUA Solein Laurent

Département de Psychologie
Université Félix Houphouët-Boigny Abidjan
Côte d'Ivoire

TOHOURI Arnold Oswald Ephrem Rock

Enseignant Chercheur
Département de Psychologie
Université Félix Houphouët-Boigny
Côte d'Ivoire

YAO Koffi Constant

Enseignant Chercheur
Département de Psychologie
Université Félix Houphouët-Boigny
Côte d'Ivoire

Date de soumission : 15/05/2026

Date d'acceptation : 14/06/2026

Pour citer cet article :

LOUA. S. L. & al. (2026) «REPRÉSENTATION DE LA MALADIE ET CHOIX DE L'ITINÉRAIRE THÉRAPEUTIQUE CHEZ DES DIABÉTIQUES D'ÂGES DIFFÉRENTS EN CÔTE D'IVOIRE», Revue Internationale du chercheur «Volume 7 : Numéro 2» pp : 1644-1668

Résumé

Des observations empiriques montrent que la gestion quotidienne des risques de complication du diabète et la quête de soins amènent des diabétiques à explorer différentes voies de prise en charge. Dans ce contexte, quels sont les facteurs explicatifs de ces choix thérapeutiques ? La présente étude s'inscrit dans cette problématique et se propose d'analyser les relations entre l'âge, la représentation de la maladie et le choix de l'itinéraire thérapeutique chez des diabétiques. Pour ce faire, 64 diabétiques (adultes et du troisième âge) ont participé à l'étude. Ces patients suivis dans les CHU de Yopougon, Treichville et Cocody ont été enquêtés par le biais d'un questionnaire d'identification, d'une échelle de perception de la maladie et d'un guide d'entretien semi-directif. Les résultats révèlent que le choix de l'itinéraire thérapeutique unique des diabétiques est significativement associé au troisième âge et à la représentation rationnelle de la maladie. De tels résultats s'inscrivent dans la perspective des théories du comportement thérapeutique et s'intègrent aux travaux entrepris dans ce domaine de recherches. Par ailleurs, cette étude pourrait contribuer au renforcement des connaissances en psychologie de la santé et des politiques visant à promouvoir le bien-être des diabétiques en Côte d'Ivoire.

Mots clés : âge, représentation, maladie, diabète, itinéraire thérapeutique

Abstract

Empirical observations show that the daily management of the risks of diabetes complications and the search for care lead people with diabetes to explore different treatment options. In this context, what factors explain these treatment choices? This study addresses this issue and aims to analyze the relationships between age, perceptions of the disease, and the choice of treatment pathway among people with diabetes. To this end, 64 people with diabetes (adults and older adults) participated in the study. These patients, who were being treated at the university hospitals in Yopougon, Treichville, and Cocody, were surveyed using an identification questionnaire, a disease perception scale, and a semi-structured interview guide. The results reveal that the choice of a single treatment pathway among people with diabetes is significantly associated with older age and a rational perception of the disease. These findings align with theories of therapeutic behavior and contribute to existing research in this field. Furthermore, this study could help advance knowledge in health psychology and inform policies aimed at promoting the well-being of people with diabetes in Côte d'Ivoire.

Keywords: age, perception, disease, diabetes, treatment pathway

Introduction

Le diabète est un problème de santé publique à l'échelle mondiale. Selon les estimations de International Diabetes Federation (IDF, 2019), 463 millions de personnes âgées de 20 à 79 ans, soit 9,3 % de tous les adultes dans cette tranche d'âge, dans le monde vivent avec le diabète, et 4,2 millions de personnes sont décédées des maladies liées au diabète en 2019. Ces données montrent l'ampleur de la maladie. Fort de ce constat, les acteurs du système de santé international et national se rejoignent pour soutenir d'importants investissements afin de construire et équiper des centres de santé. Une étude menée par le Centre de Recherche en Développement International (CRDI, 2022) dans les pays d'Afrique de l'Ouest en rapport avec les politiques publiques et la protection contre l'exclusion a montré que les systèmes de santé des pays en développement ont connu des changements majeurs durant ces dernières décennies. Une illustration en est faite à travers la création en 1970, à l'Institut National de Santé Publique de Côte d'Ivoire, du Centre Antidiabétique d'Abidjan (CADA).

Malgré l'équipement et l'augmentation considérable du nombre de centre de dépistage du diabète, il est observé une sous-utilisation de ces services par les populations et les indicateurs de santé demeurent très préoccupants. En effet, la fréquentation des cabinets de spécialistes et de généralistes a chuté malgré différentes mesures d'urgence mises en place pour lutter contre le risque de rupture de soins (sécurisation des consultations médicales par des mesures de protections adaptées, entretien téléphonique, visite à domicile) (Cignarelli & Natalicchio, 2020). Or, les personnes atteintes de pathologies chroniques subissent une double peine comme le rappelle la Haute Autorité de Santé (HAS, 2020). Toutefois, les patients qui parviennent aux services de santé semblent avoir fait recours à divers espaces thérapeutiques. Selon les rapports de l'Institut National de la Santé Publique (Doukouré et al., 2019), parmi les personnes souffrant du diabète à Abidjan en 2003, 30% sont allées dans un centre de santé public ou confessionnel, 40% ont pratiqué l'automédication, 21% n'ont reçu aucun traitement et 9% ont consulté un guérisseur traditionnel. Ceci correspond à environ 70% des personnes diabétiques qui n'ont pas eu accès aux services de santé modernes. Les travaux de Senou (2002) confirment cet état de fait. Pour cet auteur, la multiplication des voies de traitement empruntées par les personnes diabétiques est à l'origine de cette sous-utilisation des services de santé. En effet, la survenue du diabète peut susciter plusieurs interrogations tant chez le diabétique que chez les membres de sa famille. Par conséquent, la présence des symptômes indiquant une pathologie chez une personne amène celle-ci à mettre en place une stratégie ou

à adopter un comportement allant dans le sens de suivre une voie ou un itinéraire pour se soigner (Kleinman, 1980).

Le concept d'itinéraire thérapeutique a fait l'objet de beaucoup d'investigations dans les sciences humaines, sociales et de la santé. Par exemple, dans le domaine de l'anthropologie, l'itinéraire thérapeutique, se réfère au parcours utilisé par les individus pour l'obtention de soins. Pour leur part, les sociologues, appréhendent l'itinéraire thérapeutique comme un cheminement. Ainsi, Fournier et Haddad (1995) et Franckel (2004), l'assimilent à la "trajectoire de santé". Dans cette perspective, l'accent est mis sur l'organisation de la prise en charge de la maladie par les acteurs impliqués, professionnels de la santé et du social (patient, famille). La dimension psychologique conçoit l'itinéraire thérapeutique comme étant un choix ou une décision personnelle de suivre ou non une ressource d'aide thérapeutique. Autrement dit, il s'agit d'un processus qui implique une décision individuelle de suivre ou non une démarche. Dulac (1997) s'oriente dans une perspective cognitive de l'itinéraire thérapeutique. Cet auteur décrit le phénomène en trois étapes qui concerne davantage la démarche cognitive adoptée par l'individu plutôt que la démarche interpersonnelle. Pour lui, l'individu doit être capable de percevoir un problème lié à sa santé, décider d'agir de manière à résoudre ce problème et de rechercher de l'aide. En d'autres termes, les personnes doivent au préalable réaliser et reconnaître qu'ils souffrent de symptômes, pour les définir comme étant problématiques pour elles. Ensuite, elles sont tenues d'évaluer les coûts, les bénéfices psychologiques et sociaux associés à la démarche de recherche d'aide. Ainsi, si elles ne peuvent résoudre ces difficultés seules, la recherche d'aide se révèle alors nécessaire, tandis que s'il est possible pour elles de résoudre la situation par elles-mêmes, l'aide devient commode et plutôt facultative.

En somme, l'itinéraire thérapeutique, correspond à l'ensemble des voies de traitement suivi par l'individu pour se soigner. Il fait référence à la recherche de l'aide dont le patient a besoin pour recouvrer la guérison. C'est probablement à ce niveau que l'individu opère un choix quant aux sources qui seront sollicitées. Par exemple, dans le contexte médical, le choix de l'itinéraire thérapeutique peut être défini comme étant la sélection par le patient d'une voie de traitement. En d'autres termes, la présence des symptômes indiquant un dysfonctionnement de l'organisme chez le malade peut le conduire à suivre un seul système de soin. Ce choix est rationnel et l'itinéraire thérapeutique est unique (N'goran, 2018). Par exemple, un malade

ayant l'information selon laquelle un mauvais fonctionnement du rein peut provoquer l'insuffisance rénale peut se rendre directement au service de néphrologie.

Dans le cas contraire, la maladie peut diriger l'individu vers divers et multiples espaces thérapeutiques ; en utilisant d'abord l'automédication, ensuite la médecine traditionnelle ou encore la médecine moderne. Ce choix est irrationnel et l'itinéraire thérapeutique est multiple (Yavo & al., 2009). Dès lors, le choix de l'itinéraire thérapeutique renvoie, nous semble-t-il, à la succession des systèmes de soin utilisé par un patient en quête de guérison. Dans ce contexte, le malade peut recourir à un seul lieu de soin ou un itinéraire unique. En revanche, ce dernier peut avoir un itinéraire multiple, c'est-à-dire se diriger simultanément ou successivement vers deux ou plusieurs systèmes de soins. Or, Fournier & Haddad (1995) ; Richard (2001) et Tapé (2007) indiquent que plusieurs facteurs peuvent influencer sur le choix de l'itinéraire thérapeutique dont l'explication que donne le malade à propos des causes de sa maladie. Considérant cet aspect, le choix de l'itinéraire thérapeutique peut être dû à une attribution causale.

Selon Brandibas (2003), le fait de diagnostiquer la cause des maux est essentiel et déterminant pour le choix du traitement à appliquer et pour son efficacité. Dans ce sens, Laplantine (1991) identifie deux types de cause, notamment la cause interne (endogène) et externe (exogène). En effet, lorsque le malade ou son entourage soupçonne une cause surnaturelle, le recours à un spécialiste (guérisseur, marabout, devin...) est envisagé. Dans ce cas précis, c'est lui qui pourra, a posteriori, en reconstituant l'histoire de la maladie, identifier la cause du mal, et neutraliser l'agent pathogène responsable par un rituel thérapeutique destiné à le satisfaire ou le combattre. Par contre, la considération de la maladie comme étant naturelles (excès alimentaire, fatigue liée au travail intense, dysfonctionnement de l'organisme) amène l'individu à faire recourir à la médecine traditionnelle ou moderne (Coulibaly & al., 2007). Par ailleurs, Tapé (2007) et Guilmin-Crepon & Tubiana-Rufi (2010) font remarquer que les marqueurs de l'identité du groupe familial (ethnies, castes d'appartenance, griots, artisans, bûcherons) sont des facteurs de différenciation des pratiques thérapeutiques et des modalités de prise en charge de enfants et adolescents par les parents. On en déduit que chaque groupe ethnique a ses codes traditionnels pour l'interprétation et le traitement de la maladie, mais également pour la définition des responsabilités au sein de la cellule familiale. Par exemple, au Sénégal, les wolofs et les toucouleurs ont plus tendance à consulter auprès des thérapeutes traditionnels locaux quand leurs enfants sont atteints du paludisme (Franckel, 2004). Il est

ainsi démontré que l'attribution causale et les marqueurs de l'identité du groupe familial constituent des facteurs explicatifs du recours au soin des patients et leurs familles. En d'autres termes, il existe une relation entre la perception de la maladie et le comportement de recours aux soins chez des malades (Battista, 2002 ; Nkoma, 2015; Essama, 2017) chez les adolescents et chez les jeunes. Cet état de fait est corroboré par l'étude de Sery (2015) qui démontre que l'itinéraire thérapeutique est fonction de la représentation sociale de la maladie.

De l'analyse des travaux évoqués, il ressort que les études visant à mettre en relation la représentation de la maladie et l'itinéraire thérapeutique ont essentiellement mis l'accent sur l'identification de l'origine présumée des causes de la maladie qui est elle-même influencée par la culture du sujet. Elles n'ont cependant pas pris en compte l'aspect dynamique des représentations qu'ont les individus en fonction de leur âge qui peuvent déterminer la trajectoire comportementale de ces derniers. Or, Staudinger (2020) fait remarquer que la construction du sens que donne l'individu à son environnement, aux faits de société ou encore à ses propres faits de vies peu connaît des fluctuations selon le niveau de développement de ce dernier. En effet, partant du fait que selon l'âge, l'on acquiert des capacités, connaissances, expériences et formule des attentes, l'on pourrait également envisager l'issue selon laquelle la représentation des choses connaîtrait des variations chez les sujets en fonction de leur âge, ce qui laisserait suspecter une incidence sur les choix comportementaux (Zittoun & Baucal, 2021 ; Whatley & Castel, 2020).

Dans cette perspective et mise en relation avec les soins des personnes atteintes de diabète, la présente étude se propose d'examiner la relation entre la représentation de la maladie et l'itinéraire thérapeutiques chez sujets d'âges différents. En d'autres termes, le choix d'un itinéraire thérapeutique est-il associé à l'âge et à la représentation de la maladie chez les diabétiques ? Les réponses à ces questions nous conduisent à examiner les liens simples et interactifs entre l'âge, la représentation de la maladie et le choix de l'itinéraire thérapeutique à travers les hypothèses suivantes :

Hypothèse 1 : Le nombre de diabétiques du troisième âge qui optent pour un itinéraire thérapeutique unique est supérieur à celui de leurs homologues adultes.

Hypothèse 2 : Le nombre de diabétiques ayant une représentation rationnelle de la maladie qui optent pour un itinéraire thérapeutique unique est supérieur à celui de leurs homologues de représentation irrationnelle de la maladie.

Hypothèse 1 : Le nombre de diabétiques du troisième âge ayant une représentation rationnelle de la maladie, qui optent pour un itinéraire thérapeutique unique, est supérieur à celui de leurs homologues adultes ayant une représentation irrationnelle de la maladie.

Une telle étude pourrait constituer pour les psychologues, un outil précieux dans l'intervention en thérapie comportementale et cognitive. L'agent de santé à travers les résultats de cette recherche pourrait accroître sa performance et son efficacité dans la prise en charge des diabétiques. L'étude pourrait également éclairer les patients diabétiques sur la nécessité d'une observance thérapeutique strictement médicalisée et d'éviter une errance thérapeutique pour se soigner. En définitive, la présente étude vise à examiner le choix de l'itinéraire thérapeutique en fonction de l'âge et la représentation de la maladie chez des diabétiques.

1. Méthodologie

Cette étude s'inscrit dans une approche mixte. Elle se propose d'évaluer l'effet de deux variables indépendantes sur une variable dépendante. Dans cette section, nous procédons à la présentation des variables, de l'échantillon, du matériel et la procédure.

1.1. Description des variables

Les variables de la présente étude sont l'âge, la représentation de la maladie et choix de l'itinéraire thérapeutique. En effet, la notion d'âge renvoie à plusieurs aspects. Pour un individu donné, l'âge correspond au temps écoulé entre sa naissance et une date donnée. C'est également une période de la vie correspondant à une phase d'évolution de l'être humain, ou caractérisée par un genre d'activité ou de comportement, une manière de penser. Dans la littérature scientifique, il est distingué différentes catégories d'âge : les enfants, les adolescents, les adultes, les personnes âgées, sans toutefois pouvoir convenir d'un âge précis marquant la fin d'une catégorie au début d'une autre (Veilleux & Molgat, (2010). En psychologie du développement, à chaque âge de la vie correspondent des stades de développement intellectuel, affectif ou social ». Ainsi, dans la présente étude, nous nous intéressons aux adultes et aux personnes âgées en ce sens que ces individus ont atteints la majorité pour décider objectivement leurs parcours thérapeutiques.

La notion de représentation est liée à un ensemble de processus réactionnels. La représentation de la maladie se réfère aux croyances et à l'explication que l'individu donne de sa maladie. Selon Leventhal et al., (1982), différentes dimensions de la représentation de la maladie telles que l'identité, la durée aiguë/chronique, la conséquence, le contrôle personnel



et la cause, participent à créer des disparités dans le comportement thérapeutique des personnes en souffrance. Pour Abric (2003), la représentation de la maladie désigne un ensemble organisé d'informations, construite par une personne pour donner un sens à la maladie. Elle est élaborée à partir de l'expérience vécue ou observée de la maladie, marquée par des valeurs sociales telles que l'honneur et le respect de la tradition qui varient selon les croyances et les cultures. Nous pouvons donc déduire que ces représentations peuvent influencer le choix thérapeutique des diabétiques. Cependant, certains individus ayant une représentation rationnelle de la maladie arrivent à associer avec exactitude l'identité du diabète, la ligne du temps, les conséquences, les causes de la maladie tandis que d'autres de représentation irrationnelle de la maladie n'en ont pas la capacité. Selon Moss-Morris (2002), les individus qui ont des croyances plus négatives concernant l'aspect cyclique d'une maladie font une représentation négative de cette maladie. C'est ce que N'goran (2018) appelle la représentation irrationnelle de la maladie.

Nous entendons par représentation irrationnelle de la maladie, le fait qu'un malade donne une explication naïve de la maladie, allant dans le sens contraire de la conception biomédical. Elle peut être liée à des croyances erronées et une mauvaise compréhension de la maladie (Veldtman et al., 2000). En effet, confrontés à une sensation corporelle désagréable, les malades peuvent attribuer l'origine de leur maladie à des causes externes. Par ailleurs, la méconnaissance de la maladie par le patient l'amène à percevoir son problème de santé et la cause comme instables. Ainsi, les diabétiques de représentation irrationnelle de la maladie vont attribuer l'origine de leur souffrance au destin, au hasard, aux esprits et aux sorciers.

Par conséquent, chez ces patients, il ne va pas y avoir émergence de recourir aux services de santé modernes. En clair, les diabétiques de représentation irrationnelle de la maladie ne se rendent pas directement dans un centre de santé quand ils sont malades. Ils y vont après des tentatives de guérison à la médecine alternative (automédication, médecine traditionnelle, prière). Ces derniers opteraient donc pour un itinéraire thérapeutique multiple ou une errance thérapeutique. Quant aux diabétiques ayant une représentation rationnelle de la maladie, ce sont des patients qui donnent une explication scientifique de la maladie allant dans le sens de l'idéal de connaissance propre aux sciences biomédicales. Lebel (1986) fait savoir que les patients qui ont une représentation rationnelle de la maladie font le plus souvent des attributions causales internes. Selon cet auteur, ils perçoivent leurs problèmes et la cause comme plus stables (permanent) et contrôlable. Le fait que les diabétiques attribuent l'origine

de leur maladie à une cause interne, permanente et contrôlable contribue à ce qu'ils aient l'impression que l'arrivée de la maladie est due au dysfonctionnement du système immunitaire et qu'ils peuvent s'approprier la responsabilité de cette difficulté.

Grâce à leurs projections représentatives ou interprétatives, les diabétiques de représentations rationnelles ne se contentent pas de ne rien faire, d'observer la maladie les ronger, de souffrir sans se poser des questions. Ils s'évaluent à nouveau et se réorganise en fonction des informations et possibilités disponibles. Cela peut donc contribuer à favoriser leur choix d'itinéraire thérapeutique unique ; c'est-à-dire à s'orienter vers un seul système de soin (médecine moderne) sans avoir recours à un autre. La représentation de la maladie serait l'une des causes du choix de l'itinéraire thérapeutique puisque le diabétique dans sa quête de guérison va donner différents sens à sa maladie. Le patient peut faire une attribution erronée des causes de la maladie et aurait une mauvaise compréhension de la maladie, ce qui rendrait son comportement thérapeutique inefficace, le conduisant vers un itinéraire thérapeutique alternatif (automédications, médecines traditionnelles, prières religieuses). Aussi faut-il ajouter que d'autres malades ont la capacité de donner avec précision le nom de la maladie (diabète) dont il souffre, l'échelle de temps (aiguë/chronique) et la gravité. Il va directement se rendre dans un centre antidiabétique ou à l'hôpital au service diabétologie en évitant plusieurs recours thérapeutiques. En définitive, l'itinéraire thérapeutique, est l'ensemble des voies de traitement utilisées par les individus pour parvenir à la guérison. En d'autres termes, l'itinéraire thérapeutique décrit la construction des choix thérapeutiques à partir des voies que suivent les malades en fonction des différentes possibilités qu'offre un espace thérapeutique. Il peut s'agir d'une décision de se soigner soit à la médecine traditionnelle, soit à la médecine moderne, soit l'automédication ou encore à utiliser simultanément plusieurs espaces thérapeutiques. Ce parcours peut se caractérise par l'utilisation de deux ou plusieurs systèmes de soin en vue de la guérison ou encore l'utilisation d'une seule pratique thérapeutique jusqu'à la guérison. Ainsi, dans la présente étude, nous la scindons en deux modalités. Il s'agit de l'itinéraire thérapeutique unique et l'itinéraire thérapeutique multiple.

1.2. Échantillon

L'objectif de mettre en relation la représentation de la maladie et le choix de l'itinéraire thérapeutique chez des patients d'âges différents nous a conduit vers la sélection d'un échantillon pour des raisons d'objectivité. Notre choix c'est porté vers les Centres Hospitaliers Universitaires de la ville d'Abidjan pour la collecte des données car ils disposent

chacun d'un service de prise en charge de patients atteints du diabète. Il importe de mentionner que dans ces hôpitaux, l'on observe un afflux important de patients et de longues périodes d'attentes ce qui fait qu'un grand nombre de malades ne disposaient pas du temps nécessaire pour participer à la recherche. De plus, la lourdeur administrative en vue d'avoir des autorisations pour mener l'étude, l'indisponibilité des équipes soignantes et les contraintes organisationnelles ont constitué des raisons qui ont limité la période pour collecter les informations. Au regard de obstacles sus évoqués et du fait de la délicatesse d'aborder le sujet des croyances surtout pour des patients atteints de maladies chroniques nous avons opté pour un échantillonnage par convenance. Nous avons constitué l'échantillon de cette étude sur la base de l'accessibilité des patients lors des consultations dans les services de diabétologie des CHU de Yopougon, Treichville et Cocody. Au total, 64 diabétiques (hommes et femmes) adultes dont l'âge varie entre 35 et 40 ans et des diabétiques du troisième âge dont l'âge variant entre 65 et 75 ans qui ont été sélectionnés.

1.3. Matériel et procédure

Pour collecter les données nous avons eu recours à plus instruments. Ce sont : un questionnaire d'identification, une échelle de représentation de la maladie et un guide d'entretien. Le questionnaire d'identification nous a servi à obtenir les informations sociodémographiques et sanitaires du sujet. Concrètement il a permis de savoir le sexe, l'âge, la durée de la maladie, le groupe ethnique, le niveau d'étude et la profession du participant. Le second instrument employé est une adaptation de l'échelle Illness Perception Questionnaire Revised de Moss-Morris (2002) qui a servi pour l'évaluation la représentation de la maladie. Cet instrument utilisé sur des patients de maladies chroniques évalue la représentation de la maladie au moyen de 38 items. Structurés en sept (7) sous-échelles qui présente des indices de cohérence interne (alpha de Cronbach) satisfaisant car tous supérieur à 0,7 la représentation de la maladie est abordée sous divers angles : identité (0,75) ; durée de la maladie chronique/temporaire (0,89) ; l'évolution cyclique de la maladie (0,79) ; conséquence (0,84) ; control personnel (0,81) ; Contrôle du traitement (0,80) ; compréhension de la maladie (0,87) ; réaction émotionnelle (0,88). Considérant le sens retenu pour la variable représentation de la maladie et ses modalités, la présente recherche ne retient que 3 sous-échelles de l'IPQ-R. Ce sont les dimensions du contrôle personnel, du contrôle du traitement et de la compréhension de la maladie car leurs items évaluent respectivement le niveau de contrôle perçu sur la maladie ; l'efficacité perçue du traitement médicamenteux et le niveau de compréhension

perçu que le patient estime avoir de la maladie qui est lié à ses croyances. Le dernier outil utilisé est une grille d'entretien qui comporte 2 axes. Le premier est relatif à l'investigation des raisons latentes permettant d'expliquer la perception qu'ils ont de leur maladie. Le second pan de ce guide d'entretien se consacre à la collecte des motivations qui pousser les participants à opter pour un type spécifique d'itinéraire thérapeutique au lieu d'un autre et la façon dont il se présente.

Relativement à la procédure de collecte des données, il est noté qu'après avoir obtenu les autorisations de l'administration de chaque CHU et des services de diabétologie, nous avons recruté les participants lors de leur consultation. Afin de ne pas interférer dans leur échange avec les personnels soignants nous avons convenu avec ces derniers de réaliser la passation des instruments une fois qu'ils seraient libres. Lorsque ces derniers étaient libres, nous avons dans un premier temps administré le questionnaire d'identification, ensuite l'adaptation de l'IPQ-R de Moss-Morris (2002) et enfin nous avons réalisé l'entretien semi-directif. A l'issue de cette passation des instruments nous avons obtenu des données que nous avons traitées statistiquement avec le logiciel SPSS 21 et des données qualitatives.

2. Résultats

Les résultats obtenus dans la mise en relation de l'âge, la représentation de la maladie et le choix de l'itinéraire thérapeutique s'apprécient en fonction des hypothèses émises.

2.1. Relation entre l'âge et le choix de l'itinéraire thérapeutique.

Pour évaluer la relation entre l'âge et le choix de l'itinéraire thérapeutique, nous comparons la fréquence des diabétiques du troisième âge optant pour un choix de l'itinéraire thérapeutique unique à celle de leurs homologues adultes. Cette démarche nous permet d'évaluer la première hypothèse de l'étude qui stipule que, les diabétiques du troisième âge optent plus pour un itinéraire thérapeutique unique comparativement à leurs homologues adultes. Cette comparaison est illustrée dans le tableau ci-dessous.

Tableau 1: Distribution des effectifs des participants diabétiques selon l'âge et choix de l'itinéraire thérapeutique.

| Âge des diabétiques | Choix de l'itinéraire thérapeutique | | Total |
|---------------------|-------------------------------------|----------|-------|
| | Unique | Multiple | |
| Adulte | 12 | 22 | 34 |
| Troisième âge | 20 | 10 | 30 |

| | | | |
|--------------|-----------|-----------|-----------|
| Total | 32 | 32 | 64 |
|--------------|-----------|-----------|-----------|

Source : données de l'enquête

Le traitement statistique des données montre que le $\chi^2 = 6,275$ à 1 ddl, $p < .05$. Il y a une différence significative entre les deux groupes de sujets pour ce qui est du choix de l'itinéraire thérapeutique. Notre première hypothèse opérationnelle est confirmée. Ainsi, le nombre de diabétique du troisième âge des CHU d'Abidjan qui optent pour un itinéraire thérapeutique unique est supérieur à celui de leur homologue adulte qui opte pour le même itinéraire. Relativement à la mesure de la force de l'association entre ces deux variables, le V de Cramer correspondant est de 0,313. Cela indique une taille de l'effet moyen.

2.2. Relation entre la représentation de la maladie et le choix de l'itinéraire thérapeutique des diabétiques.

L'évaluation de la relation entre la représentation de la maladie et le choix de l'itinéraire thérapeutique nous amène à comparer la fréquence de diabétique des CHU d'Abidjan ayant une représentation rationnelle de la maladie qui opte pour un itinéraire thérapeutique unique à celle de leur homologue ayant une représentation irrationnelle qui opte pour le même itinéraire. Nous apprécions ainsi, l'hypothèse opérationnelle 2 selon laquelle, le nombre de diabétique des CHU d'Abidjan ayant une représentation rationnelle de la maladie qui optent pour un itinéraire thérapeutique unique est supérieur à celui de leurs homologues de représentation irrationnelle qui optent pour le même itinéraire. Les données recueillies à l'issue du questionnaire sont consignées dans le tableau 2.

Tableau 2: Distribution des effectifs des participants diabétiques selon leurs représentations de la maladie et leurs choix thérapeutique.

| Représentation de la maladie | Choix de l'itinéraire thérapeutique | | Total |
|-------------------------------------|--|-----------------|--------------|
| | <i>Unique</i> | <i>Multiple</i> | |
| <i>Représentation rationnelle</i> | 12 | 02 | 14 |
| <i>Représentation irrationnelle</i> | 20 | 30 | 50 |
| Total | 32 | 32 | 64 |

Source : données de l'enquête

Le Khi-Carré calculé $\chi^2 = 9,413$ à 1 ddl, $p < .05$. Quant au calcul de la force de l'association entre les variables mises en jeu, le V de Cramer indique une valeur de 0,378. Il y a donc une différence significative entre les participants en prenant en compte leur choix de l'itinéraire

thérapeutique. La deuxième hypothèse opérationnelle de la présente étude est également confirmée. Ainsi, la fréquence des participants ayant une représentation rationnelle de la maladie qui opte pour un itinéraire thérapeutique unique est supérieure à celle de leurs homologues ayant une représentation irrationnelle de la maladie qui optent pour le même itinéraire. Que disent les résultats des associations conjuguée entre l'âge, la représentation de la maladie d'une part et le choix de l'itinéraire thérapeutique des diabétiques d'autre part ?

2.3. Comparaison des effectifs des participants ayant une représentation rationnelle de la maladie et d'âge différents selon leurs choix d'itinéraire thérapeutique.

L'effectif des diabétiques du troisième âge ayant une représentation rationnelle de la maladie qui choisissent pour un itinéraire thérapeutique unique est comparé à celui de leurs pairs adultes présentant la même représentation de la maladie qui optent pour le même itinéraire. Nous vérifions ainsi l'hypothèse opérationnelle 3 selon laquelle le nombre de diabétique des CHU d'Abidjan du troisième âge ayant une représentation rationnelle de la maladie qui optent pour d'itinéraire thérapeutique unique, est supérieur à celui de leurs homologues adultes ayant une représentation rationnelle de la maladie qui optent pour le même itinéraire. Le tableau 3 présente la distribution des sujets selon leur choix thérapeutique.

Tableau 3: Distribution des effectifs des participants selon l'âge, la représentation de la maladie et le choix d'itinéraire thérapeutique.

| Age et Représentation de la maladie | Choix de l'itinéraire thérapeutique | | Total |
|--|--|-----------------|--------------|
| | <i>Unique</i> | <i>Multiple</i> | |
| <i>Ad_Rep.Irrat</i> | 5 | 21 | 26 |
| <i>Ad_Rep.Rat</i> | 7 | 1 | 8 |
| <i>TA_Rep.Irrat</i> | 15 | 9 | 24 |
| <i>TA_Rep.Rat</i> | 5 | 1 | 6 |
| Total | 32 | 32 | 64 |

Ad_Rep.Irrat = Adulte_ Représentation irrationnelle ; Ad_Rep.Rat = Adulte_ Représentation rationnelle ; TA_Rep.Irrat = Troisième âge_ Représentation irrationnelle ;

TA_Rep.Rat= Troisième âge_ Représentation rationnelle

Source : données de l'enquête

L'observation du tableau 3 démontre des disparités dans les effectifs des groupes expérimentaux. Afin de se prononcer sur l'influence conjuguée nous recourons au test de la régression logistique.

Tableau 4 : Résultat de la régression logistique prédisant l'itinéraire thérapeutique selon la représentation de la maladie et l'âge.

| Variable | B | SE | z | p | OR | IC 95% |
|------------------------------|--------|-------|--------|------|-------|----------------|
| Constante | 1.269 | 0.462 | 2.744 | .006 | 3.557 | [1.437, 8.805] |
| Âge | -1.656 | 0.603 | -2.745 | .006 | 0.191 | [0.058, 0.623] |
| Représentation de la maladie | -2.575 | 0.878 | -2.934 | .003 | 0.076 | [0.014, 0.425] |

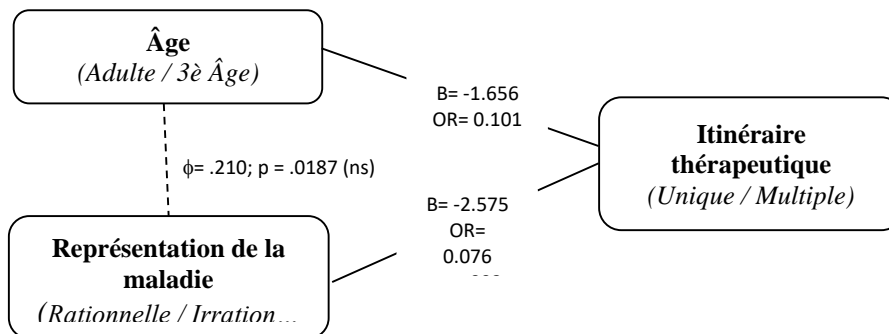
Indice d'ajustement du modèle

$\chi^2(2)=18.332$; $p=.001$; R^2 de Nagelkerke=.332 ; $AUC = .787$; Précision globale = 75.0% ; $N=64$

Source : Analyse statistique des données de l'enquête

Tout comme dans le deuxième résultat, il ressort de cette analyse que la représentation de la maladie et l'âge permette de prédire le type l'itinéraire thérapeutique. Le modèle global s'avère donc significatif ($\chi^2(2) = 18.332$; $p = .001$). Cela confirme les résultats précédemment présentés. Plus précisément, la représentation de la maladie représente la variable la plus importante dans la prédiction de l'itinéraire thérapeutique ($B = -2.575$; $p = .003$). De plus, l'intervalle de confiance étant inférieur à 1 [0.014, 0.425], on en déduit que cet effet est statistiquement fiable. En ce qui concerne l'âge, son influence est également significative sur le choix de l'itinéraire thérapeutique ($B = -1.656$; $p = .006$). Ces niveaux d'influence se visualisent dans la figure 1.

Figure 1 : Schéma représentant les interactions entre les variables à l'étude



Source : Analyse statistique des données de l'enquête

Par l'entremise de la figure et des tableaux précédents, nous avons présenté et analysé les résultats obtenus à l'issue du traitement statistique des données. Nous avons ainsi examiné des relations simples et indépendantes des variables indépendantes sur la variable dépendante. En premier lieu, nous avons examiné le lien simple entre l'âge et le choix de l'itinéraire thérapeutique. À ce niveau, les résultats montrent que le nombre de diabétique du troisième âge des CHU d'Abidjan qui optent pour un itinéraire thérapeutique unique est supérieur à celui de leur homologue adulte qui opte pour le même itinéraire. En second lieu, l'examen de la relation entre la représentation de la maladie et le choix de l'itinéraire thérapeutique montre que les diabétiques ayant une représentation rationnelle de la maladie optent plus pour un itinéraire thérapeutique unique comparativement à ceux de représentation irrationnelle de la maladie. Cependant, aucune interaction significative d'un point de vue statistique n'a été décelée entre les variables indépendantes dans la détermination de la variable dépendante quand bien même les adultes ayant une représentation de la maladie irrationnelle sont plus enclin à opter pour un itinéraire thérapeutique multiple comparativement aux patients de troisième âge ayant une représentation rationnelle du diabète qui recourent à l'itinéraire thérapeutique unique.

La relation entre l'âge et le choix de l'itinéraire thérapeutique s'explique par la théorie sociocognitive de Bandura (2001). Selon ce modèle les comportements des individus sont influencés par certains éléments dont l'expériences et le sentiment d'efficacité personnelle. En effet, lorsque les individus parviennent au troisième âge, leur parcours de vie se caractérisent par une somme d'expériences accumulées tout au long des stades de développement

précédents (Oris et al., 2021). Chez les patients, la multiplicité d'expériences thérapeutiques leur permet d'asseoir un certain niveau de connaissances des choses qui peuvent leur apporter de la satisfaction. Ce faisant, leurs palettes comportementales se s'orientent préférentiellement vers ces actes (Chan, 2021). Dans le cadre des patients atteints de diabète, il en découle que les malades du troisième âge ont déjà connu un très grand nombre de soins issus d'une pluralité de traitements et sont donc aussi parvenus à identifier le type de soin qui leur font le plus de bien (Pennbrant et al., 2020). En conséquence, ils vont se focaliser sur ce choix de soin, d'où la sélection d'un itinéraire thérapeutique unique. En revanche, les patients adultes du fait de la période relativement courte à laquelle ils ont appris leur diagnostic de la maladie du diabète sont le plus souvent sous le choc de l'annonce de la maladie et parfois même refusent d'admettre leur état de santé (Fisher & Tarquinio, 2020). Ils éprouvent par ailleurs une forme d'incertitude en rapport avec l'évolution de la maladie vu que cette pathologie est incurable (Mishel, 2019). Étant désemparés et exprimant un sentiment d'inefficacité personnelle face à la maladie, ils sont favorables pour explorer toutes les possibilités de soin en vue de parvenir à la guérison (Kugbey et al., 2020). Cela justifie leur sélection de l'itinéraire thérapeutique multiple.

En ce qui concerne la relation entre la représentation de la maladie et le choix de l'itinéraire thérapeutique l'explication pourrait être apportée par la théorie du comportement planifié de (Ajzen, 1991). Ce modèle stipule que les comportements sont déterminés par les attitudes, les normes subjectives et le contrôle comportemental perçu. L'environnement dans lequel évolue le sujet constitue pour lui un tremplin pour construire ses représentations qui peuvent porter sur divers aspects de sa vie, et ce même sur la maladie dans le cas où ce dernier est atteint de maladie chronique (Shianan-Altman & Werner, 2019). Cette assertion est partagée par Murray & Williams (2020) pour qui l'éducation, la société, le niveau d'intériorisation des valeurs partagés par le groupe d'appartenance sont des facteurs qui influencent les représentations des événements et conditions que l'on peut vivre, notamment la maladie. Car, en fonction de ce que l'on croit savoir, l'on adopte des comportements qui sont en cohérence avec notre compréhension des faits (Tverskoi et al., 2023). Ces derniers qui croient vraiment que ces moyens pourront faire chuter le taux de glycémie, dont la stabilisation est un facteur important pour leur santé, se tournent en majorité vers les centres de santé où ils sont pris en charge par des médecins, des infirmiers et acceptent de suivre les prescriptions médicales, d'où leur choix d'un itinéraire thérapeutique unique (N'goran, 2023). Cet argumentaire du mécanisme par lequel la représentation de la maladie influence le choix thérapeutique trouve

un écho dans la théorie de l'auto-régulation de la maladie de Leventhal (1987) qui stipule que lorsqu'un individu est malade, il construit des représentations cognitives et émotionnelles qui vont déterminer ces comportements de santé.

Le processus d'attribution de sens que le sujet réalise porte aussi bien sur la source que sur la façon dont il envisage faire face à la maladie. Dans ce paradigme, si la représentation de la maladie du patient a du diabète n'a aucun lien avec des éléments paranormaux et mystique, il va exprimer le besoin d'avoir un suivi médical et ne va se contenter que des médicaments qu'on va lui prescrire. Mais, s'il a une perception mystique et surnaturelle de l'origine de la pathologie, il estimera que les médicaments sont insuffisants, voire inutiles pour le conduire à la guérison (Mekashaw Bakyed et al., 2022). Ce faisant, il va opter pour un itinéraire thérapeutique multiple. Ce choix thérapeutique peut inclure en plus des médicaments les éléments tels que la prière, le recours au guérisseur ou encore la médecine traditionnelle.

3. Discussion

La présente étude vise à évaluer les relations simples et interactives entre l'âge, la représentation de la maladie et le choix de l'itinéraire thérapeutique chez des diabétiques usagers des CHU d'Abidjan. Nous traitons ici de la portée scientifique des résultats exposés et analysés précédemment. Autrement dit, nous montrons les similitudes et les divergences, ainsi que les limites de nos résultats par rapport à ceux des recherches antérieures examinées. Les résultats obtenus à partir des hypothèses attestent que l'âge et la représentation de la maladie influencent le choix de l'itinéraire thérapeutique. Plus précisément, les patients adultes ayant une représentation irrationnelle de la maladie n'adoptent pas leur choix thérapeutique de la même façon que les diabétiques du troisième âge ayant la même représentation de la maladie.

La présente étude s'aligne sur celle de Kokonyange et al., (2026) qui ont traité de l'évaluation des connaissances, des attitudes et des pratiques des prestataires de soins relatives au diagnostic et à la prise en charge du cancer du sein à l'Hôpital Général de Makiso/Kisangani en République Démocratique du Congo. Leurs résultats montrent que les prestataires de soins possèdent des connaissances majoritairement intermédiaires (46,7%), avec des lacunes marquées en diagnostic complet (11,7%). Les attitudes de ces prestataires sont globalement défavorables (58,3%), malgré une reconnaissance du dépistage (70%). Ces pratiques de soins restent limitées, notamment en diagnostic (30%) et en suivi (33,3%). La formation en oncologie était significativement associée aux attitudes ($p=0,04$; $OR=2,10$). Toutefois, nos résultats se démarquent ceux de ces auteurs au niveau des objectifs poursuivis et des

participants. En effet, alors que nous traitons de l'itinéraire thérapeutique des patients de diabète, Kokonyange et al., (2026) examinent les attitudes des prestataires de soins en service d'oncologie. Ces résultats corroborent les conclusions de Guédé (2014) qui soutiennent que le statut socio-économique constitue un facteur déterminant dans l'explication de l'itinéraire thérapeutique des femmes atteintes de cancer. En effet, ces malades de statut socio-économique favorisé débutent leurs traitements en ayant plus recours à la médecine moderne comparés à leurs pairs de statut socio-économique défavorisé qui commencent leurs soins plus chez le devin-guérisseur ou par des prières religieuses avant de recourir à la médecine moderne. Pour sa part, Kouakou (2015), souligne que les patients utilisent les espaces thérapeutiques en fonction du type de maladie et l'âge. Avec cet autre auteur, les adultes font recours à la médecine traditionnelle dans le traitement des maladies chroniques tandis qu'ils recourent à la médecine moderne pour traiter les maladies aiguës. Ces explications sont soutenues par les propos recueillis auprès des diabétiques adultes pendant l'entretien individuel. En effet, les diabétiques adultes par exemple, le participant O.D. dit «... je n'ai pas pour habitude de m'exposer devant un médecin; il ne connaît pas mon corps que moi-même, [...] c'est parce que je n'ai plus de solution que je suis ici présentement ...». Dans ce sens, Y.T. souligne « ...Je me soigne moi-même quand c'est trop grave, [...] je vais voire l'homme de Dieu pour prier pour moi». Pour le sujet K.P. «... depuis je suis petit, c'est médicament traditionnel qui peut me soigner après cela je vais voire un karamogotchè [...] sinon je n'aime pas trop parler de mes problèmes personnels aux gens... ». Les propos de S.A semblent dans la même perspective « ... moi je sais que ma maladie est un sort c'est pour cela que [...] je tente tout, je sais ce que je fais... ».

Les constats similaires sont faits avec les travaux de Mukau et al. (2012) en confirmant que les stratégies de recours aux soins varient en fonction de l'ethnie. Les résultats obtenus par ces auteurs indiquent que l'ethnie et le manque d'informations sur la maladie amène les personnes à se traiter chez des devin-guérisseur. De plus, les mêmes études concordantes sont perçues avec Nkoma (2015). Elle conclut par rapport au niveau d'information sur la maladie qu'il existe une relation entre la perception de la maladie et les stratégies de recours au soin. En effet, les diabétiques du troisième âge reconnaissent leur maladie, lui donnent une explication scientifique et ensuite optent pour un itinéraire unique.

Nos résultats vont dans le sens de ceux de Gbagbo (2024) qui a analysé le parcours thérapeutiques et perceptions de la santé mentale auprès d'une population abidjanaise. Les

résultats de cet auteur révèlent que les croyances culturelles et spirituelles joueraient un rôle essentiel dans la perception et le traitement des troubles mentaux. Ainsi, une préférence pour les approches traditionnelles ou spirituelles sur les soins médicaux chez certains patients influence leur recherche de traitement. L'errance thérapeutique observée s'expliquerait par le fait qu'au début de la maladie, les patients seraient souvent orientés vers des consultations traditionnelles ou religieuses. Ce n'est qu'en situation de chronicité de la maladie qu'ils se tourneraient vers des institutions médicales conventionnelles à la suite de sensibilisation. Cependant, cet auteur a traité de la problématique des troubles mentaux pendant que nous traitons des patients de diabète.

Ainsi, selon les témoignages de certains sujets, Z.R. « ...chez nous, les gens disent que les maladies chronique ne peuvent pas être guéri à l'hôpital [...] elles se soignent chez les devins guérisseurs. La spécialité de la médecine moderne ce sont les maladies aigües ». De même, nos résultats concordent avec ceux de Joly & al. (2005) faisant savoir que les patients s'orientent vers les institutions de santé pour lutter contre les virus à la base des maladies, retournent aux soins de type culturel ou local pour trouver la cause de la maladie et enfin dans les lieux de prière pour se protéger des maladies. Ainsi, les auteurs identifient la représentation de la maladie comme un des facteurs explicatifs de l'itinéraire thérapeutique multiple et diversifié. Le participant B.F. affirme ceci : « ...je souffre présentement du diabète qui est une maladie chronique, [...] je sais que je vais vivre avec cela tout le reste de ma vie. Tout ce que je peux faire c'est de venir prendre mes médicaments à l'hôpital, rien d'autre. Je ne peux pas me soigner à l'indigénat ni à l'église ... ». Selon les propos de K.L. « ... ils m'ont attaché et j'ai eu la maladie d'oiseau (tétanos), [...] je suis allé voir d'abord un guérisseur pour me détacher des cordes des sorciers, dès que cela est fait je suis venu à l'hôpital pour me soigner. C'est ici que le docteur m'a dit que je souffre du diabète ».

En définitive, notre étude est en phase avec les travaux de ces auteurs. Toutefois, nous examinons la représentation de la maladie au sens général qui fait intervenir la connaissance de l'individu vis-à-vis de la maladie, alors que ces travaux portent soit sur la représentation sociale Sery (2015), ou soit sur la représentation culturelle (Joly & al, 2005). De même, Diamouténé (2006), en interrogeant les patients, relève que la perception de la maladie constitue un critère pour l'adoption d'une bonne stratégie de recours au soin. Or, la perception constitue tout ce qu'un individu peut ressentir. C'est l'exemple d'un patient qui ressent la douleur, la fatigue, des raideurs articulaires et la perte de force. Par ailleurs, ces études se

démarquent de la nôtre, car dans notre étude, l'itinéraire thérapeutique possède deux modalités notamment, l'itinéraire unique et l'itinéraire multiples, tandis que les modalités de l'itinéraire thérapeutique chez ces recherches sont la biomédecine, l'automédication et la médecine traditionnelle.

Conclusion

La présente étude appréhende le phénomène de l'itinéraire thérapeutique. L'intérêt et l'actualité de l'étude de l'itinéraire thérapeutique découlent des conséquences négatives (complication des maladies ou décès) enregistrées dans les hôpitaux dues à l'arrivée tardive des patients dans les centres de santé. Ces résultats auxquels nous avons aboutis permettent la compréhension des déterminismes des diabétiques au sujet de leur choix thérapeutique. Cela se remarque chez les diabétiques du troisième âge ayant une représentation rationnelle de la maladie. Par cette étude, nous avons établi un lien de causalité entre la représentation de la maladie, l'âge et le choix de l'itinéraire thérapeutique par le canal d'un guide d'entretien. Partant de ce constat, il convient d'aider les individus à mieux appréhender les défaillances et les dysfonctionnements de leur organisme afin d'avoir un itinéraire unique et éviter un itinéraire thérapeutique multiple pour se soigner.

Toutefois, il nous paraît important de signaler quelques limites à cette recherche. En effet, l'étude porte sur une maladie spécifique, le diabète. Par conséquent, les résultats ainsi présentés ne peuvent prétendre à la généralisation. Il serait pertinent d'élargir le champ d'investigation à d'autres maladies et à d'autres espaces thérapeutiques. Aussi, pensons-nous que les facteurs environnementaux pourraient influencer directement ou indirectement le choix de l'itinéraire thérapeutique. Nous souhaitons à cet égard que le présent travail soit enrichi de manière à intégrer d'autres variables afin de comprendre et freiner la multiplication et la diversité des espaces thérapeutiques des diabétiques pour se rendre directement dans un centre de dépistage du diabète ce qui serait un gage du succès des traitements médicamenteux proposés aux patients souffrant de cette pathologie.

BIBLIOGRAPHIE

- Abric, J.-C. (1995). *Pratiques sociales et représentations*, Paris : PUF.
- attitudes et pratiques des prestataires de soins relatives au diagnostic et à la prise en charge du cancer du sein à l'Hôpital Général de Référence de Makiso/Kisangani en République Démocratique du Congo, *Revue Belge*, 12(136), 65-86.
- Bandura A., (1986), *Social foundations of thought and action: a social cognitive theory*, Englewood Cliffs, N.J., and Prentice-Hall.
- Bandura, A. (2001). Social cognitive theory: an agentic perspective. *Annual review of psychology*, 52, 1-26.
- Battista, J. (2002). Programme de formation d'infirmières, infirmier HES. *Adolescence et diabète du type 1: Comment vivent ces jeunes*. Mémoire de fin d'étude présenté à la Haute école de la santé La Source.
- Brandibas, J. (2003). *Traité de psychopathologie et thérapeutique réunionnaises*. Thèse de Psychologie. Université de la Réunion.
- Centre de Recherche en Développement International, CRDI (2022). *L'élaboration et l'évaluation d'interventions fondées sur des données probantes en matière de santé des mères et des enfants pour les populations marginalisées, en mettant l'accent sur les résultats des «mille premiers jours» de la vie ». Rapport sur la santé dans le monde.*
- Chan, S. W. C. (2021). Chronic disease management, self-efficacy and quality of life. *Journal of Nursing Research*, 29(1), e129.
- Cignarelli, A., & Natalicchio, A. (2020). Diabetes in the Time of COVID-19: A Twitter Based Sentiment Analysis. *J Diabetes Sci Technol* 2020; 14(6):1131-32.
- Coulibaly, S. (2007). Une médecine rurale de proximité: l'expérience des médecins de campagnes au Mali. *Education for Health*, 20, (2): 1-9. Publication.
- Diakité, B. D., Diarra T., & Traore S., (1993). "Recours aux soins et consommation médicale dans le quartier de Bankoni", in : J. Brunet-Jailly (éd.), *Se Soigner au Mali*, Paris, Karthala/ ORSTOM, 153-175.
- Doukouré, D., Kadidiatou, R. K., Adjoumani, K., Gbane, M., Acka, F. K., Sassor, P. A. T. O., & Kouassi, D. (2019). Représentation de la maladie et parcours de soins des patients diabétiques suivis au Centre Antidiabétique de l'Institut National de Santé Publique

- (Côte d'Ivoire). *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 1(2), 14-28.
- Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal: Rapport de recherche du Groupe d'études appliquées sur la famille de l'Université McGill.
- Essama, E. (2017). *Itinéraires thérapeutiques des patients porteurs d'anémie*. Santé publique, Yaoundé 1.
- Fournier, P., & Haddad, S. (1997). *Dimension de la qualité de services de santé en Afrique au Sud du Sahara*, in Brunet-Jailly, J(ed), *Innover dans les systems de santé: Expérience d'Afrique de l'Ouest*, Paris, Karthala, 1997, 275-278, 435p.
- Franckel, A. (2004). *Les comportements de recours aux soins en milieu rural au sénégal: le cas des enfants fébriles à Niakhar*. Doctorat de démographie, Université Paris X Nanterre.
- Gbagbo, K. M. (2024). *Entre stigmates et soutiens : parcours thérapeutiques et perceptions de*
- Guédé, A. S. (2014). *Niveau d'instruction, statut socioéconomique et itinéraire Thérapeutique des personnes atteintes des maladies chroniques à Abidjan: Cas du cancer*. Mémoire de Master de psychologie à l'Université de Cocody Abidjan.
- Guilmin-Crepon, S., & Tubiana-Rufi, N. (2010). L'auto surveillance glycémique chez l'enfant et l'adolescent diabétique de type 1. *Médecine des maladies Métaboliques*, 4(1), 12-19. [https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(10\)70140-1](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(10)70140-1).
- Haute Autorité de Santé HAS. (2020). *Réponse rapide dans le cadre du COVID-19 – Assurer la continuité de la prise en charge des personnes atteintes de maladies chroniques somatiques pendant la période de confinement en ville*. 2020. <https://www.hassante.fr/upload/pdf/>.
- IDF (2019). The International Diabetes Federation diabetes atlas methodology for estimating global and national prevalence of diabetes in adults. *Diabetes Res Clin Pract.* 94(3):322–32.
- Institut National de la Statistique INS (2014). *Recensement Général de la Population et de l'Habitat (RGPH), Rapport Préliminaire*, Abidjan, 2014.
- Jansen, A. (1995). *La quête de la thérapie au Bas-Zaïre*, Paris: Karthala.
- Joly, P., Taïeb, O., Abbal, T., Baubet, T. & Moro, M. (2005). Représentations culturelles, itinéraires thérapeutiques et santé mentale Infantile en Guadeloupe. *La psychiatrie de l'enfance*, 48(2), 537-575.



- Kaossarath, A., Fagbemi, S. (2017). Aspects épidémiologiques du diabète de type 1 à la banque d'insuline de Cotonou (Bénin), *International Journal of Biological and Chemical Science* 11(3): 1085-1095, June 2017 ISSN 1997-342X (Online), ISSN 1991 8631 (Print).
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture*. Berkeley, University of California Press, 427.
- Kokonyange M., Boya V., Bweswa, M. et Kambala J. (2026). Évaluation des connaissances,
- Kouakou, Y. (2015). *Rôles des représentations sociales dans le recul de l'infection à VIH en Côte d'Ivoire*, in *Revue Sociétés & Economies* n°5, p 44.
- Kugbey, N., Opong Asante, K., & Meyer-Weitz, A. (2020). Depression, anxiety and quality of life among women living with breast cancer in Ghana: mediating roles of social support and religiosity. *Supportive Care in Cancer*, 28(6), 2581-2588.
- la santé mentale à Abidjan, *Revue Francophone*, 2(2), 147-166.
- Laplantine, F. (1989). *Anthropologie de la maladie*, Paris: Payot.
- Latérali, M. (2005). *Ethnographie de la constitution d'un problème de santé publique au Cameroun: l'exemple de l'ulcère de Buruli ou atom dans l'arrondissement d'Ayos*. Mémoire de Licence en ethnologie. Suisse, Université de Neuchâtel.
- Lebel, L. (1986). *Relation entre les styles d'attribution et le type de personnalité*. Mémoire de maîtrise inédit, Université du Québec à Trois-Rivières.
- Lerner, M. J. (1985). *Le thème de la justice ou le besoin de justifier*. *Bulletin de Psychologie*, 39 (374), 205-211.
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). *Behavioral theories and the problem of compliance*. *Patient Education and Counseling*, 10 (2), 117-138.
- Leventhal, H., Diefcnbach, M., & Leventhal, E. A. (1992). *Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions*. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 143-163.
- Mekashaw Bayked, E., Haile Kahissay, M., & Demeke Workneh, B. (2022). Beliefs, perceptions, and tendencies of patients with diabetes towards folk-healing alternatives: A qualitative analysis. *Cogent Social Sciences*, 8(1), 2106650.
- Mishel, M. H. (1999). Uncertainty in chronic illness. *Annual review of nursing research*, 17, 269-294.
- Moss-Morris, R., Weinman, J., & Cameron, L.D (2002). *The revised illness perception questionnaire (IPQ-R)*. *Psychology and Health*, 17(1), 1-16.

- N’Goran, K. G. (2023). Fondement socio-anthropologique de l’observance de l’ordonnance médicale chez le patient diabétique fréquentant le centre antidiabétique d’Abidjan (Côte d’Ivoire). *Akofena*, 10(1), 211-222.
- N’goran, R. (2018). *Représentation de la maladie, sexe et observance du traitement médical chez des patients diabétiques de l’INSP*. Master de Psychologie. Université Félix Houphouët-Boigny de Cocody.
- Nkoma, P. P. (2015). *Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun: Les déterminants du recours à l’automédication*. 7eme Conférence sur la Population Africaine: "Dividende Démographique en Afrique: Perspectives, Opportunités et Defis", Johannesburg, Afrique du Sud.
- OMS. (2011). *Diabète*. [Page WEB]. Access: [Page consultée le 28 juillet 2012].
- Oris, M., Baeriswyl, M., & Ihle, A. (2021). The life course construction of inequalities in health and wealth in old age. *Handbook of active ageing and quality of life: From concepts to applications*, 97-109.
- Pennbrant, S., Berg, A., & Fohlin Johansson, L. (2020). Self-care experiences of older patients with diabetes mellitus: a qualitative systematic literature review. *Nordic Journal of Nursing Research*, 40(2), 64-72.
- Richard J. L. (2001). *Accès et recours aux soins de santé dans la sous-préfecture d’Ouessè (Benin)*. Thèse de géographie de la santé: inédit.
- Senou, M. B. (2002). *Itinéraires thérapeutiques au Bénin*, Mémoire de DEA, IES.
- Sery, C. (2015). *Représentations sociales de la maladie hémorroïdaire et itinéraires thérapeutiques chez les ivoiriens*. Mémoire de Master 2 au CIERPA. Non publié.
- Sindzingre, N. et Zempleni, A. (1981). « *Réflexions sur la causalité de la maladie chez les Senoufo de Côte d’Ivoire* », *Social Science and Medicine*, 15, (3), 279-294.
- Staudinger, U. M. (2020). The positive plasticity of adult development: Potential for the 21st century. *American Psychologist*, 75(4), 540.
- Tapé, Y. (2007). *Analyse économétrique de l’itinéraire thérapeutique des ménages de Côte d’Ivoire*. Maîtrise en économie. Québec, Université de Laval.
- Veilleux, C. & Molgat, M. (2010). Que signifie être jeune adulte aujourd’hui? Les points de vue de jeunes adultes ayant reçu un diagnostic de maladie mentale. *Reflète*, 16(1), 152–179. <https://doi.org/10.7202/044446ar>
- Veldtman, G. R., Matley, S.L., Kendall, L., & Quirk, J. (2000). *Illness understanding in children and adolescents with heart disease*. *Heart*, 84 (4), 395-397.



- Vidal, L. (1992). *Sida et représentations de la maladie chez des séropositifs tuberculeux : éléments de réflexion sur la séropositivité et sa prise en charge (Abidjan. Côte d'Ivoire)*. Cahiers ORSTOM: 83-98.
- Whatley, M. C., & Castel, A. D. (2020). Improving expectations regarding aging in younger adults: a classroom study. *Educational Gerontology*, 46(12), 785-795.
- Williams, B., & Healy D. (2001), *Perceptions of illness causation among new referrals to a community mental health team: « Explanatory model » or « exploratory map »?* *Social Science and Medicine*, 53, 465-476.
- Yavo, P. Y. & Yéo, T. (2009). « *Itinéraires thérapeutiques des schizophrènes à Abidjan* », *L'information psychiatrique* 5 volume 85, p.85.
- Zittoun, T., & Baucal, A. (2021). The relevance of a sociocultural perspective for understanding learning and development in older age. *Learning, Culture and Social Interaction*, 28, 100453.