



DEFENSES PSYCHIQUES ET PROCESSUS D'AJUSTEMENT AU DIABETE DE TYPE 2 : ETUDE DE CAS SUIVIS AU CENTRE DE LUTTE CONTRE LE DIABETE AU BURUNDI

Mélance NDUWIMANA*, Aimable NDUWIMANA

Faculté de Psychologie et des Sciences de l'Education (FPSE), Centre de Recherche et d'Intervention pour le Développement
Individuel Communautaire et Social (CRIDIS), Université du Burundi (Bujumbura, Burundi)
Auteur correspondant : melance.nduwimana@ub.edu.bi

Reçu : 29/09/2025 ; Accepté : 30/11/2025 ; Publié : 31/12/2025

Cite As:

Nduwimana, M. & Nduwimana, A. (2025). *Défenses psychiques et processus d'ajustement au diabète de type 2 : étude de cas suivis au Centre de lutte contre le diabète au Burundi*. Revue de l'Université du Burundi – Série : Sciences Humaines et Sociales, 22 (2), pp31-43.

Résumé

Contexte : Le diabète constitue une affection qui altère profondément le bien-être global de l'être humain. Bien qu'il s'agisse avant tout d'une maladie physique menaçant l'intégrité corporelle, les représentations que le patient s'en forge influencent largement son vécu et ses modes d'adaptation. Certains patients développent ainsi des ressources leur permettant de cohabiter avec la maladie, d'autres verront leurs stratégies d'adaptation remises en cause et leur état de santé risquant de se détériorer. **Objectif** : La présente étude se propose d'explorer les défenses psychiques et processus d'ajustement mis en œuvre par les patients afin de favoriser une adaptation réussie. **Méthodologie** : Cette étude est de nature qualitative et conduite dans une démarche inductive. Elle s'appuie sur des données recueillies auprès de patients vivant avec le diabète de type 2, par le biais d'entretiens semi-structurés conduits à l'aide d'un guide d'entretien contenant des thèmes en rapport avec le processus d'ajustement à la maladie diabétique. **Résultats** : Les résultats révèlent que les stratégies mobilisées peuvent être internes ou externes, et qu'elles varient d'un patient à l'autre : certaines sont orientées vers la résolution directe du problème en l'occurrence la gestion du diabète, d'autres reposent sur la construction de réseaux de soutien, tandis que d'autres relèvent des pratiques religieuses comme, la prière. Parmi les stratégies identifiées, l'usage de mécanismes de défense a été noté. **Conclusion** : Les patients confrontés au diabète recourent à des modalités adaptatives diverses. Ces résultats soulignent la nécessité de mettre en place une approche individualisée et holistique dans la prise en charge de cette maladie chronique.

Mots clés : *diabète, défenses psychiques, processus d'ajustement, maladie chronique, santé mentale*

PSYCHOLOGICAL DEFENSES AND ADJUSTMENT PROCESSES IN TYPE 2 DIABETES: STUDY OF CASES FOLLOWED AT THE DIABETES CENTER IN BURUNDI

Abstract

Background: Diabetes is a condition that profoundly affects an individual's overall well-being. Although it is primarily a physical illness that threatens bodily integrity, the way patients perceive and interpret the disease, greatly influences their experience and coping mechanism. Some individuals develop resources that enable them to live with the illness, while others may find their coping strategies challenged, putting their health at further risk. **Objective:** It is from this perspective that the present study aims to explore the psychic defense implemented by patients to promote successful adaptation. **Methodology:** This study is qualitative and conducted through an inductive approach. It's based on data collected in patients living with type 2 diabetes, through semi-structured interviews conducted by an interview guide covering themes related to the adjustment process to diabetes. **Results:** The results reveal that the strategies used may be internal or external and vary from one patient to another. Some are geared toward directly solving the problem namely, diabetes management, while others rely on building support networks, and still others involve religious practices such as prayer. Among the strategies identified, the use of certain defense mechanisms was noted, particularly acceptance and minimizing the seriousness of the illness. **Conclusion:** Patients facing diabetes employ various adaptive strategies. These findings highlight the need for an individualized and holistic approach to the management of this chronic **Keywords:** *Diabetes, psychic defenses, adjustment process, chronic illness, mental health*

Introduction

Les maladies chroniques constituent un enjeu majeur de santé publique à l'échelle mondiale. Elles représentent un véritable défi pour les systèmes de soins (Yach et al., 2004). Les patients atteints de diabète vivent une réalité difficile, marquée par de multiples complications susceptibles de survenir au cours de l'évolution de la maladie. L'Organisation Mondiale de la Santé [OMS] a défini les maladies chroniques comme tout problème de santé qui nécessite une prise en charge sur une période pluriannuelle. Sa stratégie mondiale de prévention met l'accent sur les maladies chroniques telles que les maladies cardiovasculaires, le diabète, les maladies respiratoires chroniques, les cancers et leurs principaux facteurs de risque : alimentation défavorable à la santé, tabagisme, consommation abusive d'alcool et inactivité physique (Vernay et al., 2015). Cela montre que les maladies chroniques ont un impact négatif sur le bien-être de l'être humain, du fait que leur prise en charge nécessite une longue durée avec des moyens thérapeutiques particuliers. Pour le diabète, l'OMS souligne que la prévalence du diabète de type 2 s'oscille de 135 millions en 1995 à 300 millions en 2025. Cette tendance est plus nette dans les pays de l'Afrique subsaharienne en développement, l'Afrique subsaharienne notamment (Gning et al., 2007).

Dans le monde, la Fédération Internationale du Diabète [FID] estime qu'en 2015, 8,3 % des adultes de 20 à 79 ans (soit 371 millions d'individus) sont atteints de diabète et que la moitié d'entre eux l'ignore. En Afrique subsaharienne, la prévalence et le nombre de cas, estimés respectivement à 4,8 % et 19,1 millions, seront respectivement de 5,7 % et 41,4 millions en 2035, soit une progression de 109 % comparée à celle de 55 % dans le reste du monde. Les données sont nettement pauvres concernant le diabète de type 1 et le diabète gestationnel (Diop & Diédhiou, 2015). En effet, comme l'Afrique dispose de ressources insuffisantes qui ne peuvent pas satisfaire tous les patients ou bénéficiaires dans la prise en charge, des problèmes de gestion de cette maladie s'observent chaque fois (King et al., 1992) ; d'où les conséquences négatives qui peuvent s'observer, sont beaucoup plus liées à l'inadaptation des patients. Ainsi,

dans les contextes à ressources limitées, le manque de préparation et la faible disponibilité des services pour le diabète contribuent directement à des taux élevés de morbidité et à une mauvaise prise en charge dans les pays à faibles ressources (Alie et al., 2024).

Il convient de souligner qu'à part l'impact physique que peut faire le diabète, cette maladie s'accompagne souvent des comorbidités psychopathologiques notamment dépressives et anxieuses (Anderson et al., 2001). Ces troubles impactent négativement non seulement la qualité de vie, mais également l'observance thérapeutique et le contrôle glycémique. Les patients souffrant de diabète expérimentent une rupture biographique (Charmaz, 1983), c'est-à-dire que cette maladie n'est pas vécue comme un simple état de santé altéré, mais comme un événement biographique : l'entrée dans le monde des malades avec ses contraintes, ses discours, ses changements de rôles sociaux, de routines, de rapports aux autres... D'autres auteurs qui ont travaillé sur les expériences associées au diagnostic et vécus de la maladie diabétique comme (Bury, 1982 ; Potter, 2023 ; Damasio & Sutherland, 1994), soutiennent les idées développées ci-dessus. En outre, selon Diefenbach et Leventhal (1996), l'interprétation, la perception et les représentations de la maladie jouent un rôle central dans le processus d'ajustement. De plus l'acceptation de la maladie, le soutien social et une alliance thérapeutique de qualité contribuent à la modération des symptômes de stress chronique et une régulation émotionnelle (Gaspard et al., 2015).

Au Burundi, la prise en charge des patients vivant avec le diabète reste essentiellement centrée sur les soins somatiques alors que cette maladie chronique nécessite une prise en charge holistique, donc biopsychosociale. L'absence d'interventions psychologiques structurées, limite le développement des stratégies d'ajustement adaptées et entrave le bien-être des patients.

Pour tenter de comprendre les stratégies d'adaptation mobilisées par les patients pris en charge médicalement par le Centre de Lutte contre le Diabète au Burundi, l'étude a été inspirée par des modèles théoriques d'adaptation à des maladies chroniques. Ces modèles sont issus de la psychologie de la santé et de la psychosomatique, permettent d'éclairer les mécanismes psychiques et relationnels qui sous-tendent l'adaptation des patients. Parmi ces modèles, figure le « modèle transactionnel du stress et du coping » proposé par Lazarus et Folkman. Ces auteurs définissent le stress comme le produit d'une transaction entre la personne et son environnement, dans laquelle la situation est perçue comme dépassant les ressources d'adaptation du sujet (Lazarus, 1984). Ce modèle distingue deux évaluations cognitives majeures : l'évaluation primaire, qui consiste à juger si la situation est menaçante ou non, et l'évaluation secondaire qui consiste à évaluer les ressources personnelles et environnementales disponibles. En fonction de ces évaluations, l'individu mobilise différentes stratégies de coping, qu'elles soient centrées sur le problème (par exemple, organiser son traitement, chercher des solutions) ou centrées sur les émotions, par exemple, chercher du soutien, relativiser, éviter la souffrance. Dans le contexte du diabète, cette théorie permet de comprendre la perception, les réactions émotionnelles à l'annonce de la maladie et les mécanismes adaptatifs pour y faire face (Consoli et al., 2016).

L'autre modèle théorique est celui de Leventhal (1980) connu sous le nom de « Common-Sense Model » qui met en lumière le rôle des représentations mentales dans le processus d'adaptation. Ce modèle suggère que les croyances du patient concernant les causes, les conséquences, la durée, le contrôle ou encore la curabilité du diabète, influencent directement ses comportements d'ajustement. Par exemple, un patient qui considère le diabète comme une pathologie maîtrisable aura plus de chances d'adopter un coping actif et constructif, alors qu'un patient le percevant comme incontrôlable ou fataliste aura tendance à se replier, à nier ou à éviter la réalité du traitement. Ce sont les modèles théoriques présentés ci-avant qui

ont servi dans la compréhension des stratégies d'adaptation mobilisées par les patients diabétiques dans la gestion de leur maladie.

La présente étude vise à explorer les défenses psychiques et processus d'ajustement au diabète dans une perspective intégrative, en articulant les apports de la psychologie de la santé, la psychosomatique et d'autres disciplines qui valorisent l'approche holistique dans l'étude des problèmes de santé.

Méthodologie

La présente étude portant sur défenses psychiques et processus d'ajustement au diabète est de nature qualitative et s'inscrit dans une démarche inductive. Cette approche a été retenue en vue d'explorer en profondeur les défenses le processus de leur mobilisation en contexte de diabète de type 2 et comprendre la manière dont elles influencent la santé du patient. Comme le précise (Poupart, 1997), l'approche qualitative permet de saisir le vécu subjectif des participants et la signification qu'ils attribuent à leur expérience. Dans le souci de recueillir des données de qualité, le choix a été porté sur un centre spécialisé dans la prise en charge intégrée des personnes vivant avec le diabète au Burundi, dénommé CELUCODIA¹ et la population d'enquête était des patients vivant avec le diabète de type 2.

Le choix des participants à l'étude a été guidé par les critères repris ci-après : vivre avec le diabète de type 2 pendant au moins une année pour s'assurer que le participant a déjà une expérience de la maladie et du processus d'adaptation ; le statut matrimonial (marie(e), veuf/veuve, divorcé) afin d'analyser les dynamiques relationnelles dans l'ajustement à la maladie ; avoir donné un consentement libre et éclairé pour participer à l'étude. Nous avons donc effectué le choix critérié, appelé aussi "choix raisonné". Ce type de choix permet de sélectionner des personnes ayant une expérience pertinente du phénomène étudié et pouvant apporter des informations riches et significatives (Patton, 2002).

Les données de l'étude ont été recueillies par la technique d'enquête par entretien semi-directif. Cette technique de recherche est couramment utilisée dans les recherches qualitatives en santé. Ce type d'entretien permet d'accéder au sens subjectif des expériences vécues, indispensable pour comprendre les comportements de santé, fait émerger des dimensions non conscientes du rapport au corps et à la santé (Kaufman, 2016) ; permet une co-construction du sens entre chercheur et patient (Smith, Flowers & Larkin, 2009) ; permet d'accéder à l'expérience vécue du patient, souvent difficile à verbaliser spontanément, explore des phénomènes complexes tels que la douleur, le vécu corporel (Vermersch, 2010)...

De manière générale, l'entretien semi-directif permet aux chercheurs d'explorer en profondeur les problématiques à l'étude tout en gardant une certaine structure pour s'assurer que tous les thèmes importants sont abordés (Mucchielli, 2009). Nous avons ainsi réalisé au total 12 entretiens semi-structurés avec 5 hommes et 7 femmes sur base d'un guide d'entretien que nous avons élaboré, reprenant les thèmes qui ont trait aux défenses psychiques et au processus d'ajustement à la maladie diabétique.

Les données recueillies auprès des personnes enquêtées ont été ultérieurement transcrites, puis soumises à une analyse thématique qui consiste, selon Braun et Clarke (2006) en une analyse et en un rapportage de thèmes significatifs à travers l'ensemble du corpus. Ces données ont subi une analyse « inductive ». Cette analyse permet de condenser des données brutes, variées et nombreuses dans un format résumé, d'établir des liens entre les objectifs de la recherche et les catégories découlant des données brutes, de développer un cadre de référence

¹ Centre de Lutte contre le Diabète au Burundi

ou un modèle à partir des nouvelles catégories émergentes (Thomas, 2006). Grace à sa rigueur, cette méthode a permis d'organiser et d'analyser les données qualitatives sur les défenses psychiques et le processus d'ajustement au diabète de type 2 tels qu'expérimentés par les patients diabétiques sur lesquels cette recherche a été faite.

Résultats

Cette section présente les résultats de l'étude sur les stratégies d'adaptation développées par les patients diabétiques. Nous explorons comment ces patients mettent en place des mécanismes de coping pour gérer leur maladie et améliorer leur état de santé. Nous analysons notamment les défenses psychiques orientées vers la gestion de la maladie, la construction de réseaux de soutien, le recours à la prière ainsi que les mécanismes de défense tels que l'acceptation et la minimisation de la gravité de la maladie.

1. Défenses psychiques mobilisées en vue de l'adaptation au diabète

Dans cette section, nous présentons les principales stratégies d'adaptation mises en œuvre par les patients face au diabète. L'analyse des discours recueillis met en évidence une diversité de réponses psychiques et relationnelles mobilisées pour faire face à la maladie. Ces stratégies traduisent des efforts d'ajustement à la fois cognitifs, émotionnels et comportementaux. Elles reflètent les ressources individuelles et sociales activées dans le vécu quotidien du diabète. L'identification de ces défenses permet de mieux comprendre les processus d'ajustement à la maladie.

1.1. Défenses psychiques orientées vers la maladie diabétique

Parmi les défenses psychiques mobilisées par les patients atteints de maladies chroniques, celles orientées vers la maladie occupent une place importante. En cas du diabète, les patients essaient de s'engager dans la gestion de la maladie en la maîtrisant et en la combattant de manière significative par la prise des médicaments et l'adhésion aux prescriptions médicales. L'enquête « MD » revient ici sur ce type de défense :

« *Jewe mu guhangana n'iyi ndwara ikintu ca mbere nihangira kugira sport gatatu mu ndwi, nduga hariya i kiriri kubera narinakubwiye ko imiti ubwa mbere ho nari nabanje no kuyihoza. Ikindi novuga ko ngerageza gufata umuti uko babimbwira, ivyo nivyo bintu nkunda gukora mu guhanagana n'iyi ndwara* »

[Pour faire face à cette maladie, je prends l'initiative de faire tout d'abord une activité sportive trois fois par semaine, notamment en montant à Kiriri. D'ailleurs, je t'ai déjà mentionné avoir initialement décidé d'interrompre les médicaments au tout début de la maladie. Par ailleurs, je veille à respecter scrupuleusement les prescriptions médicales en ce qui concerne la prise des médicaments. Voilà les actions que je mets en œuvre pour gérer cette maladie]

Il en ressort des actions que ce patient a menées pour faire face au diabète, notamment les activités sportives et le respect des prescriptions médicales. La mention de la non observance thérapeutique au début du traitement souligne l'utilisation du déni comme mécanisme de défense immature face à cette adversité est intéressante. Cependant, elle semble avoir évolué vers une approche plus responsable et proactive à travers des mécanismes de défense comme l'acceptation, la réévaluation cognitive, etc. en respectant scrupuleusement les prescriptions médicales. En effet, plus le patient adopte l'engagement dans sa prise en charge, plus il augmente ses chances d'adaptation à la maladie. En outre la combinaison de l'activité physique et le respect des prescriptions médicales, suggère une approche holistique face à la maladie, qui prend en compte à la fois les aspects physiques et médicaux. Cette approche peut contribuer à améliorer la qualité de vie et à gérer efficacement la maladie. Cette corrélation a été clairement

mise en évidence dans les témoignages recueillis auprès des personnes interrogées. « KA » le confirme :

« Iyi ndwara maze kuyimenya nayifashe ibisanzwe nca ngira nti reka mpangane nayo. Je muguhangana nayo novuga ko nahagaze magabo. Maze kuza ng'aha, Frédéric uyu muganga akambwira ati kora iki na kiriya, genda ufungure uku naca ngenda nkabikora uko nyene yabinsiguriye. Ikindi jewe ndafise abo tuvukana b'abaganga igihe cose hari akambakiye nca ndabaterefona hama bakambwira uko nivuza. Uko niko mbanye n'iyi ndwara y'igisukari. »

[Après avoir appris que j'étais atteint de cette maladie, j'ai accepté la situation avec sérénité, en me disant que j'allais faire tout mon possible pour y faire face. Pour m'adapter à cette condition, je me suis engagé à suivre scrupuleusement les conseils que l'on m'a donnés. Par exemple, lorsque je suis venu ici et que le Docteur Frédéric m'a conseillé de procéder de telle ou telle manière, ou de modifier mon alimentation de cette façon, j'ai pris soin de suivre ses conseils. Par ailleurs, j'ai des frères médecins et, chaque fois que j'ai un problème, je n'hésite pas à les appeler. Ils me prodiguent des conseils précieux pour m'orienter dans le suivi de mon traitement].

Ces propos témoignent d'un ajustement positif à l'annonce de la maladie. L'acceptation positive de la situation s'inscrit dans ce que certains auteurs définissent comme un coping centré sur le problème, c'est-à-dire une stratégie d'adaptation orientée vers la recherche de solutions concrètes pour faire face aux exigences de la maladie. L'approche utilisée par le patient suggère une bonne compréhension de l'importance de l'adhésion au traitement et aux conseils médicaux pour gérer la maladie de manière efficace. « KA » semble avoir développé une relation de confiance avec les professionnels de santé, ce qui lui permet de bénéficier de conseils précieux et de suivre un traitement adapté à ses besoins.

1.2. Construction des réseaux de soutien

Face à la complexité de la gestion quotidienne du diabète, la construction et l'entretien de réseaux de soutien constitue une stratégie d'adaptation psychique et sociale essentielle. Cela montre bien que le soutien social, quel qu'il soit, peut améliorer la qualité de vie du patient vivant avec le diabète. C'est bien prouvé dans les propos de « NE » :

« Hari amashirahamwe nagiye ndajamwo hariya muri ville baradusigurira ibijanye n'iyi ndwara, uko umurwayi yokwitwara nko mu mfungurwa, gukora sport n'ibindi. Navyo vyaramfashije guhangana n'iyi ndwara. Akenshi twaratwara na numero z'abatwigisha ubonye hari ikibazo ugize ukamubaza. »

[Il existe des associations en ville auxquelles je participe, où l'on nous explique tout ce qui concerne cette maladie, notamment les comportements que le patient doit adopter, comme suivre un régime alimentaire adapté, pratiquer une activité physique, etc. Cela m'a également aidée à mieux faire face à cette maladie. Par ailleurs, nous repartons souvent avec les coordonnées de ces intervenants, afin de pouvoir les contacter pour toute question éventuelle].

Ce témoignage met en évidence le rôle central des patients comme sources d'informations, d'encadrement et de soutien dans le processus d'ajustement à la maladie chronique comme diabète. En effet, les propos rapportés soulignent que la participation à ces structures associatives permet non seulement d'acquérir des connaissances sur le diabète, mais aussi de s'approprier des comportements d'autogestion tels que le respect du régime alimentaire, la pratique du sport et l'adhésion aux traitements. Pourtant, les autres considèrent peu cette stratégie en disant qu'ils en éprouvent des doutes. Ça se remarque dans les propos de « NA » quand il disait :

«Jewe ivyo kurondera ubufasha ubu na buriya nta gaciro ndabiha kuko hari aho usanga abantu bariko baguha amakuru atariyo ukumva baguhanura kutarya ikintu nakimwe. Nico gituma nagize nti ivyo bigisha aha na hariya nta gaciro ndabiha. Kimwe ni kugira iyi ndwara umubanyi wanjye, umubanyi nawe ntaho umushira.»

[Je cherche rarement de l'aide de manière dispersée, car il arrive qu'on reçoive de fausses informations, comme des conseils erronés qui, par exemple, recommandent de tout éviter de manger.

C'est pour cette raison que je considère moins ce qui est enseigné de manière hasardeuse. Cependant, une chose reste essentielle pour moi, c'est une identification à mon agresseur à savoir le diabète].

Ce discours met en lumière une double dynamique d'adaptation psychique face au diabète ; d'une part une attitude critique vis-à-vis des informations disponibles et d'autre part, une restructuration cognitive visant à apprivoiser symboliquement la maladie. La personne est consciente des risques de recevoir des informations fausses ou des conseils erronés, ce qui la pousse à être prudente et à évaluer soigneusement les sources d'informations. Bref, « NA » semble avoir développé une approche équilibrée et positive face à la maladie, en étant prudente dans sa recherche d'aide et en adoptant une attitude proactive et positive face à sa condition. L'idée qui ressemble aux déclarations de « NA » se retrouve dans les propos de « ME » :

« Abantu bakubwira vyinshi bitandukanye, jewe kubera ivyo abantu bavuga mbona vyohava bikugirira nabi, ntavyo numviriza kuko nohava nsanga ndiko ndiyica jewe nyene. »

[Les gens tiennent de propos divergents au sujet de la maladie. Afin d'éviter de me retrouver dans une situation problématique à cause de ces discours, je préfère ne pas y prêter attention, car cela pourrait entraîner l'aggravation de la maladie].

Il en ressort une stratégie d'adaptation défensive fondée sur le refoulement de certaines informations, perçues comme potentiellement confuses et déstabilisantes. Le patient exprime ici une volonté de se préserver psychiquement en se coupant des discours divergents sur la maladie, susceptibles de nuire à son équilibre psychosomatique, ou entraîner une détérioration de son état de santé. Par ailleurs, de telles réactions peuvent s'interpréter comme un mécanisme de conservation du soi ; ainsi en s'abstenant de s'exposer à des discours à dissonance cognitive, les patients protègent l'image cohérente qu'ils se sont construites de la maladie diabétique et de la manière d'y faire face.

1.3. Recours à la prière

Un autre registre d'adaptation identifié dans les discours des enquêtés est le recours à la prière, souvent mobilisé comme un moyen de faire face aux incertitudes liées à la maladie diabétique. Une telle situation est évoquée par « BR » :

« Maze kubona ko abana b'abantu nyene bama ari abana b'abantu naciye mfata ingingo ahubwo yo gusenga, nkihereze imana mushobora vyose kandi ni ukuri niyo inyiremeshereza. »

[Une fois que j'ai réalisé que les êtres humains restent imparfaits et ne peuvent se substituer à Dieu, j'ai pris la décision de me tourner vers la prière et de donner ma vie entièrement au Tout-Puissant, lui seul capable de me reconforter].

Il se dégage que la fuite psychique dans prière est une stratégie d'ajustement profondément ancrée dans les pratiques de gestion de la maladie diabétique. En mobilisant le coping centré sur la recherche du soutien social auprès de la toute-puissance divine, les patients adoptent une posture de lâcher-prise actif, qui leur permettent de canaliser l'anxiété générée par la maladie, de trouver un apaisement intérieur et de se sentir contenu dans un cadre symbolique stable. La décision de se consacrer entièrement à Dieu implique une recherche de source de tentative de maîtrise sur l'adversité après la mise à mal des défenses internes. Cette stratégie s'observe aussi chez « KA » :

« jewe mu guhangana n'iyi ndwara nta kinini nakoze atari uko namenye imana ngasenga. Imiti ndayifata ariko nama nizeye imana niyo nirata. Ubundi ugwaye igisukari nta mahoro wogira. Ndazi ko umusi umwe imana izoyinkiza. Nta rupfu rwa diabete niteze. »

[Pour faire face à cette maladie, je n'ai pas entrepris de démarches particulières, si ce n'est que m'en remettre à la foi en Dieu. Je prends mes médicaments comme il se doit, mais j'ai placé toute ma confiance en Dieu. Sans cette foi, il est difficile de trouver la paix lorsqu'on vit avec le diabète. Je suis convaincu qu'un jour, Dieu me guérira. Je ne crains pas une mort causée par cette maladie].

De manière générale, il se dégage le rôle crucial que joue la foi religieuse dans l'adaptation à une maladie chronique comme le diabète. La prière et la confiance en Dieu, apparaissent comme des ressources psychologiques importantes permettant de trouver réconfort et sens face à l'incertitude liée à l'évolution de la maladie. Les propos de l'enquêté révèlent une approche spirituelle pour faire face à la maladie. La personne confie sa santé à Dieu et place sa confiance en lui, ce qui lui procure un sentiment d'espoir. La foi apparaît ici comme un mécanisme de coping essentiel pour gérer le stress lié à la maladie.

2. Mécanismes de défense à l'œuvre dans la gestion de la maladie diabétique

Les mécanismes de défense constituent des processus psychiques inconscients permettant à l'individu de faire face à la détresse émotionnelle liée à la maladie (Freud, 1978). Chez les patients diabétiques, les mécanismes de défense jouent un rôle clé dans la régulation de l'anxiété, surtout l'anxiété de mort, l'ajustement psychologique dans l'adversité...en modulant la perception et l'acceptation de la réalité médicale. Les données récoltées auprès des patients qui vivent avec le diabète de type 2, nous ont permis de constater qu'ils font recours à des mécanismes de défense dans la gestion de leur maladie.

2.1. L'acceptation

L'acceptation en tant que mécanisme de défense adaptatif, joue un rôle central dans l'ajustement psychologique des personnes atteintes de diabète. Elle implique une reconnaissance lucide et volontaire de la réalité de la maladie, sans pour autant s'y résigner de manière passive. L'acceptation est associée à une meilleure qualité de vie et un meilleur contrôle glycémique car elle permet d'éviter l'épuisement psychologique lié à la lutte constante contre une réalité immuable (Brzoza, Głowczyński, Piegza, Błachut, Sedlaczek, Nabrdalik Gumprecht Gorczyca, 2022). L'acceptation comme mécanisme de défense s'observe dans les propos de « CD » :

«None ga sha iyo umaze kumenya ko ugwaye haba hasigaye iki atari ukwiyakira, jewe maze kumenya iyi ndwara nagize nti igikuru n'uko ndayimenye nzogerageza tubane.»

[Lorsqu'on a déjà connaissance de la maladie, il ne reste plus qu'à l'accepter. Pour ma part, lorsque j'ai appris à la connaître, je me suis dit que l'essentiel était de la comprendre et que je devais apprendre à vivre avec elle].

Il ressort de ces propos une **attitude d'acceptation**, qui constitue un mécanisme adaptatif fréquemment observé chez les personnes confrontées à une maladie chronique telle que le diabète. Dans ce discours, la personne reconnaît l'importance de comprendre la maladie pour mieux la gérer et apprendre à vivre avec elle. Cette approche positive suggère une capacité à s'adapter et à prendre en charge sa santé, ce qui peut être bénéfique pour la gestion de la maladie et la qualité de vie. L'acceptation de la maladie apparaît comme une des stratégies pour vivre avec elle de manière efficace. Un tel positionnement face à la maladie se remarque aussi chez « NJ » :

«Jewe iyi ndwara ntiyigeze impahamura nukuri. Uretse amakenga nagira yo kubona nonda mumutwe nagize nti jewe namba ari diabete ntakundi ndemeye guhangana nayo ndayivuze nk'abandi bese ».

[Cette maladie ne m'a jamais causé de traumatisme. Cependant, j'ai éprouvé des inquiétudes en me voyant perdre du poids. Dans mon esprit, je me disais que, si ce n'est que le diabète, je pouvais accepter de vivre avec et suivre un traitement comme tout le monde].

Ces propos permettent de constater que l'acceptation est la capacité de résilience face au diagnostic du diabète où la personne parvient à minimiser l'impact émotionnel de la maladie malgré la présence des signes physiques préoccupants. Cette attitude décrit une acceptation

positive à travers laquelle le patient ajuste ses attentes et ses pensées pour se sentir mieux et s'adapter à une maladie chronique comme le diabète du type 2.

2.2. Minimisation de la gravité de la maladie

La minimisation de la gravité de la maladie est une stratégie cognitive qui consiste à réduire, consciemment ou non, l'importance perçue de la pathologie afin d'atténuer son impact émotionnel. Ce mécanisme a été observé chez « KA »:

« Jwe menye ko ngwaye nagize nti iyi diabète ndazi ntaco izongira ahubwo ntano kwiyumvira ngo ingaruka canke iki. Jwe nari mfise ubwoba bw'inshinge gusa kuko numva bavuga ngo bagutera inshinge imisi yose ubundi nta kwiyumvira ngo yohava inyica ».

[Lorsque j'ai appris que j'étais malade, je me suis dit que ce diabète ne pourrait rien me faire. De plus, je ne pensais même pas à ses conséquences. J'avais seulement peur des injections, car j'avais entendu dire qu'il fallait en faire quotidiennement, mais autrement, je ne croyais pas que cette maladie pouvait me mener à la mort].

La tendance à minimiser la gravité de la maladie observée dans ce témoignage peut être interprétée comme une stratégie cognitive visant à réduire l'impact émotionnel du diagnostic. En effet, en se disant que « ce diabète ne pourrait rien faire », elle pourrait être en train de se donner du courage pour faire face à la situation. C'est aussi une manière de maintenir une attitude positive en ne se laissant pas submerger par la peur ou l'anxiété. Néanmoins, il convient de souligner que cette stratégie d'adaptation présente des faiblesses susceptibles de décompenser en la sous-estimation des risques liés à la maladie et la non-observance thérapeutique. La présente étude suggère ainsi aux futurs chercheurs d'analyser l'attitude des personnes diabétiques au fil du temps de prise en charge

Discussion des résultats

Les résultats de l'étude montrent que l'adaptation psychologique et relationnelle au diabète des patients enquêtés, repose sur une combinaison de stratégies centrées sur le problème, la gestion des émotions et le recours au soutien social et spirituel. Plusieurs enquêtés adoptent des comportements actifs tels que la pratique régulière d'une activité physique, le suivi rigoureux des prescriptions médicales et la modification de l'alimentation. Par ailleurs, des recherches soulignent que l'adoption de comportements d'autogestion, comme la surveillance glycémique, l'observance thérapeutique et l'exercice physique, constitue une stratégie adaptative majeure pour faire face au diabète de type 2 (Skinner et al., 2002). D'autres stratégies d'adaptation observées correspondent à un coping centré sur le problème, visant à réduire l'impact de la maladie en agissant directement sur ses causes ou ses symptômes. Celles-ci rejoignent le modèle transactionnel du stress et du coping consistant à évaluer les ressources personnelles et environnementales disponibles pour faire face à la maladie (Lazarus, 1984). Pour ce faire, l'observance thérapeutique et le maintien de l'hygiène sont recommandés en matière de gestion du diabète (Colberg et al., 2016).

Le soutien social joue également un rôle déterminant dans l'adaptation à la maladie diabétique. Les enquêtés mentionnent l'appui des proches, en particulier les membres de la famille travaillant dans le domaine médical, ainsi que la participation à des associations offrant des informations et orientations. Ce constat est corroboré par les travaux soulignant que le soutien social, qu'il soit informatif, émotionnel ou instrumental contribue à améliorer l'observance thérapeutique et le bien-être des patients chroniques (Gallant, 2003). Par ailleurs, il est reconnu que les patients bénéficiant d'un soutien social soutenu présentent une meilleure qualité de vie et un meilleur bien-être psychologique (Thoits, 2011). Cependant, certains enquêtés se montrent sélectifs quant aux ressources d'information, exprimant une méfiance envers les conseils non valides, afin d'éviter la confusion ou des comportements inadaptés. Par

ailleurs, la dimension spirituelle apparaît comme une ressource majeure. En outre, l'accent mis par les patients sur la foi en Dieu comme source de réconfort, d'acceptation et d'espoir de guérison, a été noté. Cette orientation traduit un coping centré sur l'émotion, permettant de préserver la paix intérieure face à l'incertitude. Le fait de se confier à la volonté de Dieu et la relecture spirituelle de l'épreuve contribuent à une résilience psychologique de la maladie (Pargament, 2001). Ainsi, ce type d'acceptation positive renforce le sentiment de cohérence et de sens, qui est un facteur déterminant dans le maintien du bien-être psychologique face à l'adversité (Antonovsky, 2002).

Le recours à l'acceptation comme mécanisme de défense fait partie également des résultats de cette étude. Pour certains patients, le diabète n'est pas perçu comme une menace majeure mais comme une condition qu'il faut intégrer dans leur quotidien. Cette acceptation associée à une perception de contrôle sur la maladie, rejoint le modèle développé par Leventhal à savoir le « Common sense Model » (Leventhal et al., 2012) qui souligne l'importance des représentations mentales de la maladie dans le processus d'adaptation. Toutefois, cette attitude peut parfois conduire à minimiser les risques, ce qui pourrait compromettre à long terme la vigilance nécessaire à l'autogestion. L'acceptation, telle qu'elle est présentée par les patients, ne signifie pas résignation, mais plutôt une reconnaissance lucide et réaliste de la présence de la maladie, accompagnée d'une volonté d'intégrer ses exigences dans la vie quotidienne (Lazarus, 1984).

Le déni de la gravité de la maladie du diabète a été remarqué également comme mécanisme de défense qui a favorisé les patients à s'adapter à la maladie du diabétique. Selon Taylor(1983), cette forme de réévaluation positive permet de maintenir un sentiment de contrôle et de réduire l'anxiété associée à la maladie. Autrement dit, face à une situation stressante comme une maladie chronique, la personne peut développer des stratégies de coping de manière à y avoir des aspects constructifs ou porteurs de sens. Quant à Carver et al.(1989), la minimisation ou la réinterprétation positive peut contribuer à atténuer l'anxiété initiale, permettant au patient de se concentrer sur les aspects gérables de la situation. Ce type de discours illustre également ce que Greer (1991) décrit comme « attitude de déni partiel », où le patient reconnaît la présence de la maladie tout en sous-estimant sa menace réelle, ce qui peut favoriser parfois le maintien d'un équilibre psychologique à court terme.

Cependant, il est à souligner que la minimisation de la gravité de la maladie atteint un niveau plus élevé pour interférer avec la capacité du patient à s'y adapter. C'est ce que précise Leventhal (1980) quand il montre que dans le modèle d'autorégulation, cette perception amoindrie du risque peut conduire à une faible adhésion aux comportements préventifs ou thématiques si elle persiste dans le temps. Il en sera de même des attitudes du patient face aux traitements médicaux dont les effets thérapeutiques peuvent être minimisés, ce qui prédispose à une comorbidité psychopathologique.

Dans l'ensemble, les résultats de cette étude mettent en évidence la complémentarité des stratégies mises en œuvre : actions concrètes pour contrôler la maladie, appuis relationnels et associatifs, ressources spirituelles et acceptation cognitive. Cette combinaison semble favoriser un équilibre entre gestion pragmatique et maintien du bien-être psychologique, confirmant que l'adaptation au diabète est un processus multidimensionnel impliquant à la fois des facteurs individuels, sociaux et culturels.

Conclusion

Le diabète reste une maladie qui pèse lourdement sur la santé publique mondiale et suscite des inquiétudes légitimes au sein de la population. Néanmoins, face à cette maladie chronique, les patients diabétiques montrent une grande résilience et mettent en œuvre des stratégies pour s'adapter et améliorer leur qualité de vie. L'analyse des témoignages recueillis au cours de l'enquête, met en lumière la diversité et la complémentarité des stratégies psychiques et relationnelles mobilisées par les personnes vivant avec le diabète. Sur le plan psychique, les patients recourent à l'acceptation de la maladie comme condition préalable à une adaptation efficace, intégrant progressivement la réalité du diagnostic dans leur vie quotidienne. Certains d'entre eux adoptent également des mécanismes comme l'acceptation de la maladie, réduisant ainsi l'anxiété et préservant un équilibre émotionnel. D'autres puisent dans la spiritualité et la foi religieuse, une source majeure de réconfort et d'espoir, contribuant au maintien d'un sentiment de sens et de paix intérieure malgré les contraintes de la maladie.

Sur le plan relationnel, les enquêtés s'appuient sur un réseau varié de soutien : conseils médicaux prodigués par les professionnels de santé, échanges avec des proches ayant une expertise médicale, participation à des associations de patients... Ces appuis contribuent à renforcer l'observance thérapeutique et à promouvoir des comportements adaptés, tels que l'adoption d'une activité physique régulière et la modification du régime alimentaire.

En définitive, les stratégies observées révèlent que l'adaptation au diabète repose sur un équilibre entre ressources internes et ressources externes. Cette articulation permet aux personnes concernées de maintenir un certain bien-être psychologique tout en gérant efficacement les exigences du traitement, confirmant que l'adaptation au diabète est un processus dynamique et multidimensionnel. Comme l'étude n'a pas pu explorer toutes les facettes de la recherche, nous proposons aux chercheurs intéressés par cette thématique de nous emboîter le pas et menant une recherche sur les défenses psychiques et processus d'ajustement en contexte de maladie diabétique en couplant la technique d'entretien semi-directif aux échelles et questionnaires d'évaluation d'adaptation psychologique. Il serait en outre intéressant d'explorer les spécificités des processus d'adaptation au diabète en tenant compte des variables comme le sexe et le milieu de vie (urbain & rural) des patients.

Remerciements

Merci au Directeur du Centre de lutte contre le diabète au Burundi de l'autorisation d'accès aux patients pris en charge au sein du centre dont il assure la direction. Nous pensions avant que le monde médical était fermé aux chercheurs qui ne sont pas de ce domaine. Nous disons également merci aux patients vivant avec le diabète de type 2 pris en charge par CELUCODIA qui ont bravé les émotions négatives associées à la production des récits sur la maladie diabétique. Sans leur participation et collaboration, cette recherche n'aurait pas abouti.

Conflits d'intérêt : Aucun conflit d'intérêt à déclarer

Utilisation de l'Intelligence Artificielle : Aucune utilisation

Contributions des auteurs

Mélance Nduwimana s'est beaucoup impliqué dans la conception du design de cette recherche en circonscrivant son champ. Il s'est également investi dans le choix des lectures à faire et a rédigé le cadre théorique. Il a en outre participé à la conception des outils de collecte. Aimable Nduwimana a mené de manière assidue le travail de terrain. Après la collecte des données, il a esquissé leur analyse et rédigé le manuscrit de la partie consacrée à l'analyse des données. Il a également mis ensemble le manuscrit du cadre théorique et celui sur l'analyse des données et l'a remis à Mélance Nduwimana qui a enrichi le document avant de procéder à la discussion des résultats de la recherche.

Références bibliographiques

- Alie, M. S., Girma, D., Adugna, A., & Negesse, Y. (2024). Diabetes mellitus service preparedness and availability: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Endocrinology*, 15, 1427175.
- Anderson, R. J., Freedland, K. E., Clouse, R. E., & Lustman, P. J. (2001). The prevalence of comorbid depression in adults with diabetes: A meta-analysis. *Diabetes care*, 24(6), 1069-1078.
- Antonovsky, A. (2002). Unraveling the mystery of health: How people manage stress and stay well. In *The health psychology reader* (p. 127-139). SAGE Publications Ltd.
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77101. <https://doi.org/10.1191/1478088706qp0630a>
- Brzoza, K. B., Głowczyński, P., Piegza, M., Błachut, M., Sedlaczek, K., Nabrdalik, K., Gumprecht, J., & Gorczyca, P. (2022). Acceptance of the disease and quality of life in patients with type 1 and type 2 diabetes. *The European Journal of Psychiatry*, 36(2), 114-119.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: A theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology*, 56(2), 267.
- Charmaz, K. (1983). Loss of self: A fundamental form of suffering in the chronically ill. *Sociology of Health & Illness*, 5(2), 168-195.
- Colberg, S. R., Sigal, R. J., Yardley, J. E., Riddell, M. C., Dunstan, D. W., Dempsey, P. C., Horton, E. S., Castorino, K., & Tate, D. F. (2016). Physical activity/exercise and diabetes: A position statement of the American Diabetes Association. *Diabetes care*, 39(11), 2065.
- Consoli, S.-M., Barthélémy, L., Idtaleb, L., Le Pape, G., Fraysse, M., Dugardin, N., Kherbachi, Y., & Grimaldi, A. (2016). Perception et vécu émotionnel de la maladie et de ses traitements par des patients ayant un diabète de type 2 et en population générale. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 10(4), 364-375.
- Damasio, A. R., & Sutherland, S. (1994). Descartes' error: Emotion, reason and the human brain. *Nature*, 372(6503), 287-287.
- Diefenbach, M. A., & Leventhal, H. (1996). The Common-Sense Model of Illness Representation: Theoretical and Practical Considerations. *Journal of Social Distress and the Homeless*, 5(1), 11-38. <https://doi.org/10.1007/BF02090456>
- Diop, S. N., & Diédhiou, D. (2015). Le diabète sucré en Afrique sub-saharienne: Aspects épidémiologiques et socioéconomiques. *Médecine des maladies Métaboliques*, 9(2), 123-129.
- Freud, A. (1978). *Le moi et les mécanismes de défense*. Presses universitaires de France.
- Gallant, M. P. (2003). The Influence of Social Support on Chronic Illness Self-Management: A Review and Directions for Research. *Health Education & Behavior*, 30(2), 170-195. <https://doi.org/10.1177/1090198102251030>
- Gaspard, J.-L., Abelhauser, A., Doucet, C., & Zanotti, S. V. (2015). Douleur chronique: Enjeux psychopathologiques et perspectives cliniques. *Psycho-Oncologie*, 9(2), 121-126. <https://doi.org/10.1007/s11839-015-0521-7>
- Gning, S. B., Thiam, M., Fall, F., Ba-Fall, K., Mbaye, P. S., & Fourcade, L. (2007). Le diabète sucré en Afrique subsaharienne. Aspects épidémiologiques, difficultés de prise en charge. *Médecine tropicale*, 67(6), 607-611.

- Greer, S. (1991). Psychological response to cancer and survival. *Psychological Medicine*, 21(1), 43-49.
- Kaufmann, J.-C. (2016). *L'entretien compréhensif*. Paris : Armand Colin
- King, H., Rewers, M., & diabète, groupe spécial O. sur la notification du. (1992). Le diabète de l'adulte : Désormais un problème dans le tiers monde. *Bulletin of the World Health Organization*, 70(1), 11.
- Lazarus, R. S. (1984). *Stress, appraisal, and coping* (Vol. 464). Springer.
- Leventhal, H. (1980b). The common sense representation of illness danger. *Contributions to medical psychology*, 2, 7.
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2012). The common-sense model of self-regulation of health and illness. In *The self-regulation of health and illness behaviour* (p. 43-66). Routledge.
- Mucchielli, A. (2009). Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines. Armand Colin.
- Pargament, K. I. (2001). *The psychology of religion and coping : Theory, research, practice*. Guilford press.
- Patton, M. Q. (2002). *Qualitative research and evaluation methods* 3rd. Ed. Sage publications.
- Potter, A-P (2023). Perturbation biographique, redéfinition et rétablissement : identités de maladie chez les femmes atteintes de dépression et de diabète. <https://doi.org/10.1177/13634593231213773> Morin.
- Poupart, J. (1997). *La recherche qualitative : Enjeux épistémologiques et méthodologiques*. G
- Skinner, T. C., Hampson, S. E., & Fife-Schaw, C. (2002). Personality, personal model beliefs, and self-care in adolescents and young adults with Type 1 diabetes. *Health Psychology*, 21(1), 61.
- Smith, J. A., Flowers, P., & Larkin, M. (2009). *Interpretative Phenomenological Analysis: Theory, method and Research*. London: Sage.
- Taylor, S. E. (1983). Adjustment to threatening events : A theory of cognitive adaptation. *American psychologist*, 38(11), 1161.
- Thoits, P. A. (2011). Mechanisms Linking Social Ties and Support to Physical and Mental Health. *Journal of Health and Social Behavior*, 52(2), 145-161. <https://doi.org/10.1177/0022146510395592>
- Thomas, D.R. (2006). *A general inductive approach for analyzing qualitative evaluation data*. American Journal of Evaluation, 27(2), 237-246.
- Vermersch, P. (2010). *L'entretien d'explicitation*. Paris : ESF.
- Vernay, M., Bonaldi, C., & Grémy, I. (2015). Les maladies chroniques : Tendances récentes, enjeux et perspectives d'évolution. *Santé publique*, 1(HS), 189-197.
- Yach, D., Hawkes, C., Gould, C. L., & Hofman, K. J. (2004). The global burden of chronic diseases : Overcoming impediments to prevention and control. *Jama*, 291(21), 2616-2622.