

Satisfaction et fidélisation des patients diabétiques de type 2 dans la ville de Kinshasa en République Démocratique du Congo: Effet du modèle Patient Partenaire de Soins

Satisfaction and Loyalty of Type 2 Diabetic Patients in the City of Kinshasa in the Democratic Republic of Congo: Effect of the Patient-as-Care-Partner Model.”

Alain MPIDI MASONGA^{*1,2}, Bin-Eradi Imani Ramazani^{2,4,5}, Simon-Decap MABAKUTUVANGILANGA^{2,3,4,5}, and Jean Manuel MORVILLERS^{2,6}

¹Département de Santé Communautaire, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, Section des Sciences Infirmières, BP. 774/ Lemba /Kinshasa, République Démocratique du Congo.

²École Universitaire de Recherche Sciences-Infirmières en Promotion de la Santé (EUR SIEPS), Laboratoire Educations et Pratiques de Santé (LEPS), (EA 3412), UFR SMBH, Université Paris, Sorbonne Paris Cite, F-93017 Bobigny, France

³Département de Sciences infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, (ISTM-KINSHASA), BP. 774/ Lemba /Kinshasa, République Démocratique du Congo.

⁴Section Sciences Infirmières, Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kindu (ISTM-KINDU), PB.304 KINDU, Maniema, République Démocratique du Congo.

⁵Centre de Recherche en Sciences Infirmières et d’Innovation en Santé (CReSIIS), Kindu/République Démocratique du Congo.

⁶GHU Paris Psychiatrie et Neurosciences, Hôpital Sainte Anne, Paris, France



Résumé

Introduction : Cette étude évalue la satisfaction et la fidélisation des patients diabétiques de type 2 (DT2) à Kinshasa, en République Démocratique du Congo, à travers le modèle du Patient Partenaire de Soins. Ce modèle vise à améliorer le système de soins en centrant les efforts sur la collaboration, l'éducation et la communication.

Méthode : Nous avons mené une étude qualitative avec une approche phénoménologique descriptive, assortie d'entretiens semi-dirigés auprès de 15 patients recrutés au Centre de Santé Elimo-Santu. L'analyse des données s'est basée sur une approche thématique par triangulation, facilitant l'identification de thèmes et catégories.

Résultats : Les résultats montrent une satisfaction générale des patients, attribuée à la qualité des soins, des conseils et à un accompagnement personnalisé, renforcés par un système de rendez-vous informatisé. La collaboration interprofessionnelle entre médecins, infirmiers et laborantins a été considérée comme cruciale, favorisant une meilleure compréhension de la maladie et une assiduité améliorée aux rendez-vous. Cependant, des insatisfactions ont été notées concernant la qualité des médicaments, les délais d'attente et la couverture insuffisante des soins par l'État.

*Auteur correspondant : alainmasonga8@gmail.com

Discussion : l'intégration de la stratégie Patient Partenaire dans un travail pluriprofessionnel constitue un levier pour renforcer la qualité des soins primaires et la fidélisation des patients DT2 à Kinshasa, avec des recommandations pour améliorer les systèmes de rendez-vous et les conditions d'attente.

Mots-clés : satisfaction, diabète type 2, partenariat de soin, stratégie, fidélisation.

Abstract

Introduction : This study evaluates the satisfaction and retention of type 2 diabetic (T2D) patients in Kinshasa, Democratic Republic of Congo, through the Patient Partner in Care model. This model aims to improve the healthcare system by focusing efforts on collaboration, education, and communication.

Method : We conducted a qualitative study with a descriptive phenomenological approach, including semi-structured interviews with 15 patients recruited at the Elimo-Santu Health Center. Data analysis was based on a thematic approach through triangulation, facilitating the identification of themes and categories.

Results : The results show overall patient satisfaction, attributed to the quality of care, advice, and personalized support, reinforced by a computerized appointment system. Interprofessional collaboration among doctors, nurses, and laboratory technicians was considered crucial, promoting a better understanding of the disease and improved adherence to appointments. However, dissatisfaction was noted regarding the quality of medications, waiting times, and insufficient state coverage of care.

Discussion : The integration of the Patient Partner strategy into multidisciplinary work is a lever to strengthen the quality of primary care and retention of T2D patients in Kinshasa, with recommendations to improve appointment systems and waiting conditions.

Key words : satisfaction, type 2 diabetes, care partnership, strategy, retention.

1. Introduction

Le diabète de type 2 (DT2) est devenu une véritable épidémie mondiale ((PREVOLNIK RUPEL et al., 2021). Selon la Fédération Internationale du Diabète (FID), ce sont près de 589 millions de personnes qui en sont atteintes dans le monde en 2024, un chiffre qui devrait atteindre 783 millions d'ici 2045 (SAEEDI et al., 2019). L'enjeu de la prise en charge est d'autant plus critique que le DT2 est responsable de complications micro et macrovasculaires, affectant gravement la qualité de vie et engendrant une mortalité significative (HIRPA et al., 2023). En Afrique, où la prévalence est en forte hausse, la République Démocratique du Congo (RDC) est particulièrement concernée (MWANA-WABENE et al., 2022). La RDC comptait environ 2,9 millions d'adultes (20-79 ans) atteints de diabète en 2024, avec une prévalence estimée à 7,7 % dans la popula-

tion adulte (LAMBERT & KAHINDO, 2022). Le diabète de type 2 est la forme la plus courante. Cependant, le diagnostic et le suivi restent un défi majeur, avec une proportion importante de patients non diagnostiqués ou non observants. Par exemple, des études menées à Kinshasa ont souligné que la non-observance thérapeutique des visites de suivi est souvent associée à des facteurs socio-économiques, notamment le faible niveau de vie des ménages, le coût du traitement et parfois même l'influence de certaines croyances religieuses (BELKEBIR, 2023). Dans la ville-province de Kinshasa, le suivi des patients diabétiques de type 2 se heurte à des obstacles qui menacent la satisfaction et la fidélisation au parcours de soins (MASAMBA, 2021). Une étude a montré que, bien que les patients puissent être globalement satisfaits du « contact humain et de la communication » avec le personnel soignant (jugé bon dans 98 % des cas), ils expriment une insa-

tisfaction face à l'encombrement des structures et au temps d'attente. Or, la satisfaction du patient et la qualité du service influencent directement la fidélisation et l'observance, des éléments cruciaux pour le succès thérapeutique à long terme. Face à ces enjeux, l'adoption de modèles de soins plus centrés sur le patient est primordiale. Le Modèle Patient Partenaire de Soins (MPPS) émerge comme une approche prometteuse, reconnaissant l'expertise du patient dans sa propre maladie et le faisant participer activement aux décisions de prise en charge (BOURMAUD et al., 2022). Ce modèle vise à soutenir l'autogestion du diabète en favorisant l'éducation thérapeutique et en créant une relation de coresponsabilité. Bien que son efficacité soit reconnue dans de nombreux contextes, son impact spécifique sur la satisfaction et la fidélisation des patients diabétiques de type 2 dans l'environnement socio-sanitaire particulier de Kinshasa, où les contraintes économiques et culturelles sont significatives, reste à explorer. La présente recherche se propose d'analyser l'effet de l'implémentation du Modèle Patient Partenaire de Soins sur la satisfaction et la fidélisation des patients diabétiques de type 2 dans la ville de Kinshasa.

2. Méthode

2.1. Type d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative descriptive destinée à explorer les expériences vécues des patients diabétiques fidélisés en rapport avec la stratégie des patients partenaires de soins.

2.2. Site de l'étude

Cette étude était réalisée dans la ville Province de Kinshasa qui est la capitale du pays avec environs 17,07 millions d'habitants et avait concerné le CS Elimo-Santu de Livulu du BDOM à Kinshasa-Lemba. Il reçoit les maladies chroniques à l'instar des patients diabétiques durant la période de notre étude allant de juin 2023 à novembre 2023.

2.3. Population et échantillonnage

2.3.1. *Population*

La population cible de cette étude comprenait des patients diabétiques suivis au Centre de Santé Elimo-Santu de Livulu, relevant du BDOM à Kinshasa-Lemba, pendant la période de l'étude. Les participants devaient être des patients diabétiques ou leurs aidants naturels, posséder un dossier médical actif, être présents lors de l'étude et avoir fourni un consentement éclairé. Le recrutement s'est effectué lors de leur venue pour recevoir des soins, ce qui reflète le flux réel des patients accédant aux services médicaux. Cette approche de recrutement prospectif peut influencer la représentativité de l'échantillon et la dynamique de participation.

2.3.2. *Échantillonnage*

Dans cette étude, un échantillonnage non aléatoire par choix raisonné a été employé. La taille de l'échantillon a été déterminée selon le principe de saturation des réponses (KRIEF & ZARDET, 2013), atteinte lorsque les nouvelles réponses n'apportent plus d'informations additionnelles. Contrairement aux études quantitatives, l'objectif ici n'est pas d'obtenir un nombre suffisant d'individus pour représenter les opinions et expériences de la population, mais de constituer un échantillon qui reflète les caractéristiques et la richesse du contexte de la population analysée (DRAPEAU, 2004).

2.4. Critères de sélections

2.4.1. *Critères d'Inclusion :*

Dans cette étude, les critères de sélection ci-dessous ont été appliqués :

- Être un patient diabétique suivi au Centre de Santé Elimo-Santu de Livulu.
- Posséder un dossier médical actif au sein de l'établissement.
- Être âgé d'au moins 18 ans (ou avoir atteint la majorité légale).

- Être présent lors de l'étude et pouvoir participer à l'entretien.
- Avoir fourni un consentement éclairé pour participer à la recherche.

2.4.2. Critères de Non-Inclusion

Était non inclus dans cette étude :

- Ne pas être un patient diabétique, c'est-à-dire être atteint d'une autre maladie non liée.
- Ne pas disposer d'un dossier médical actif au centre de santé concerné.
- Être dans l'incapacité de donner son consentement éclairé (en raison d'une altération de la conscience, d'un handicap mental, etc.).
- Ne pas être présent lors de l'entretien ou refuser de participer.
- Être un adulte qui ne peut pas s'exprimer dans les langues utilisées lors de l'étude (français, lingala).

2.5. Technique et instrument de collecte des données

Pour faciliter la collecte de données de cette étude, la technique d'interview a été adoptée. Un guide d'entretien, élaboré en français, a été traduit et expliqué en Lingala pour rendre la participation accessible aux interviewés ayant un faible niveau scolaire (RONDEAU et al., 2023). Cet outil comportait des questions ouvertes, permettant aux participants de s'exprimer librement sur le phénomène étudié (FORTIN & GAGNON, 2016). Les entretiens ont été enregistrés et des notes complémentaires ont également été prises (FORTIN & GAGNON, 2016). Les questions ont été structurées en deux axes : les caractéristiques sociodémographiques et la compréhension de la satisfaction des patients diabétiques fidélisés, comme précisé en annexe (KALDHEIM et al., 2021)

2.6. Enregistrement et retranscription des entretiens

Tous les discours des patients diabétiques fidélisés concernant la stratégie des patients partenaires ont été enregistrés à l'aide

d'un iPhone, servant de dictaphone, et des notes ont également été prises (FORTIN & GAGNON, 2016). Une retranscription brute et fidèle des enregistrements audio a ensuite été réalisée sur ordinateur pour permettre une analyse précise des propos des participants (KRIEF & ZARDET, 2013). Ce processus a été effectué après plusieurs écoutes des enregistrements, fournissant une vue d'ensemble des données collectées et permettant de saisir le sens général du matériel recueilli (DEMONCY, 2016).

2.7. Processus de collecte des données

2.7.1. Pré-test

Afin d'assurer la fiabilité de notre instrument, de vérifier sa pertinence et d'évaluer l'efficacité des questions pour répondre aux objectifs de recherche, un pré-test a été réalisé au centre hospitalier Alliance de Barumbu auprès de 3 diabétiques pris en charge dans un centre différent de celui retenu pour cette étude. Ce pré-test a permis d'ajuster les différentes questions du guide final afin de corriger ses éventuelles insuffisances et a permis de réajuster les différentes questions de l'instrument final de l'étude afin de corriger ses faiblesses (DRAPEAU, 2004).

2.7.2. Enquête proprement dite

Une planification rigoureuse en matière de logistique et de confidentialité a été cruciale avant le lancement de cette étude. Les entretiens semi-directifs ont été effectués dans un environnement calme et strictement confidentiel pour garantir une liberté d'expression optimale. Cela a nécessité un enregistreur audio fiable (avec consentement explicite) et le matériel nécessaire pour la prise de notes. Une adaptation linguistique systématique (français, lingala, etc.) a été mise en place dès la phase préparatoire pour éviter tout biais de traduction. Les entretiens, d'une durée de 30 à 60 minutes, suivent un guide structuré abordant la relation soignant-soigné, l'autonomisation du patient, l'observance thérapeutique et la per-

ception du rôle de partenaire, tout en permettant une flexibilité pour des thématiques imprévues liées au contexte local. Des notes de terrain ont été prises pour documenter les éléments non verbaux et le cadre environnant. Concernant la gestion des données, les enregistrements audios ont été rapidement et intégralement transcrits, soit mot à mot soit avec traduction fidèle, afin de constituer un corpus brut pour l'analyse thématique ultérieure, avant la destruction des fichiers audio.

2.8. Analyse des données

Après une transcription intégrale et minutieuse des entretiens, les données ont été préparées pour l'analyse. Ce processus a impliqué le codage du corpus de texte, en découplant chaque phrase ou paragraphe pertinent en unités de sens distinctes, isolant ainsi les segments d'information liés aux objectifs de l'étude (satisfaction, fidélisation, partenariat) (KRIEF & ZARDET, 2013). Ces unités de sens ont été regroupées en thèmes majeurs, chacun se déclinant en sous-thèmes, classés selon leur similitude sémantique et leur cohérence conceptuelle, en relation avec les dimensions clés de l'étude, telles que la qualité de la communication, le sentiment d'autonomie et la motivation au suivi (KALDHEIM et al., 2021). À partir de ces catégories identifiées, les chercheurs ont extrait les verbatims (citations directes des participants), servant de preuves textuelles essentielles pour illustrer et valider l'interprétation des thèmes, et facilitant ainsi la compréhension de l'impact subjectif du modèle Patient Partenaire de Soins.

2.9. Gestion des Données

Les fichiers audios ont été anonymisés pour protéger la confidentialité des participants, avec un accès limité à l'investigateur principal. Après transcription, ces enregistrements ont été détruits et les transcriptions, portant uniquement des identifiants anonymes, sont stockées dans un dossier sécurisé, accessible uniquement à l'équipe de recherche. Après analyse des résultats et rédaction des résultats, les enregistrements audios ont été définitivement éliminés pour prévenir toute utilisation non autorisée future.

2.10. Considérations éthiques

Pour garantir la rigueur méthodologique de cette étude, les exigences éthiques ont été scrupuleusement respectées. Avant le début de la recherche, le protocole a été soumis au Comité National d'Éthique de la Santé de la République Démocratique du Congo, qui a émis un avis favorable (N°483/CNES/BN/PMMF/2023) le 09/10/2023. La conduite de l'étude était conditionnée par cette approbation. Un formulaire de consentement libre et éclairé, détaillant les objectifs de l'étude, les garanties de confidentialité et le caractère volontaire de la participation, a été présenté aux participants. Les données recueillies ont été traitées de manière strictement confidentielle et anonymisée. Les entretiens ont eu lieu dans un cadre préservant l'anonymat, chaque participant se voyant attribuer un numéro d'identification dès son inclusion. Les échanges ont été enregistrés, transcrits et anonymisés. Seul l'investigateur principal avait accès aux enregistrements audio, détruits post-transcription. Les résultats ont été utilisés pour la rédaction du mémoire de Master 2 RIS, sans divulguer l'identité des participants. Pour les patients diabétiques non alphabétisés, une information orale adaptée a été fournie, et le contenu du formulaire de consentement leur a été expliqué avant signature. Si leur niveau d'alphabétisation ne le permettait pas, un consentement oral a été recueilli et enregistré (FORTIN & GAGNON, 2016).

3. RÉSULTATS

3.1. Caractéristiques sociodémographiques des patients diabétiques

SEXE		TRANCHE D'ÂGE/AN		NIVEAU D'INSTRUCTION				ETAT MATRIMONIAL			ACTIVITES PROFESSIONNELLES					
M	F	<=30	>30	SU	DB	PS	FP	SN	Cél	Ma	V	Ens	Fon	PL	Mé	DC
9	6	1	14	8	1	3	1	2	3	10	2	7	2	2	2	2

FIGURE 1 – Présentation des caractéristiques sociodémographiques

Légende : M=Masculin ; F=Féminin ; SU=Supérieur/Universitaire ; DB=Diplôme d'Etat/Bac ; PS=Primaire/Secondaire ; FP=Formation Professionnelle ; Cél=Célibataire ; Ma=Marié ; V=Veuf(ve) ; Ens=Enseignant ; Fon=Fonctionnaire ; Profession libérale=PL ; Mé=Ménagère ; DC=Débrouillard/Chômeur. Un total de 15 patients diabétiques a été inclus dans l'étude. La majorité des participants étaient des hommes âgés de moins de 45 ans. La plupart d'entre eux possédaient un niveau d'étude supérieur, et plus de la moitié étaient mariés. La majorité des patients avaient également exercé une activité professionnelle en tant qu'enseignants au sein du ministère de l'Éducation Primaire, Secondaire et Technique (EPST), ce qui leur a permis de bénéficier de soins adaptés.

3.2. Résultats relatifs à l'évaluation de la satisfaction des patients diabétiques fidélisés

Au cours de l'analyse des résultats de cette étude, quatre thématiques principales ont émergé : la satisfaction des soins offerts aux patients diabétiques, la représentation de la stratégie des patients partenaires de soins, les avantages de la mise en place d'un dispositif de rendez-vous pour favoriser la fidélisation aux soins, et les attentes des patients diabétiques fidélisés.

3.2.1. Satisfaction de soins offerts aux patients diabétiques

Compréhension et appréciation de la prise en charge

Les participants à cette étude ont exprimé leur appréciation des soins fournis par le médecin, soulignant l'importance de la réunion préparatoire qui sensibilise les diabétiques présents au centre. Ils ont également apprécié le respect des consignes médicales par les patients et la mise en place d'un système de rendez-vous informatisé. Les témoignages des personnes interrogées reflètent cette satisfaction. «...je ne pouvais me faire soigner comme au début, car il y donnait à l'époque encore qu'on donne deux produits, maintenant nous sommes soulagé, se sont seulement les produits de firme conventionnelle à MEPS ... qu'on reçoit par rapport aux accords conclu avec la Mutuelleavec les structures et les officines affiliées, ce qui fait qu'on soit plus satisfait avec la présence de MEPS qui nous assisté, nous sommes en contact direct avec l'équipe soignante, nous détenons même leur numéro de téléphone pour le suivi et de mettre en place un dispositif informatisé de rappel de rendez-vous. ...» [R1-R9].

Insatisfaction due au temps très long du délai de rendez-vous

Les participants à cette étude ont exprimé leur insatisfaction en raison de la qualité des médicaments, des délais d'attente prolongés pour les rendez-vous, et ont également suggéré d'augmenter le nombre de soignants (médecins, infirmiers, laborantins, etc.) le jour des rendez-vous. Les personnes interrogées se sont exprimées en ces termes :

« eheheheeee tu ne sais pas que ces produits sont comme de poudre qu'on ne sait le diviser en deux morceaux et c'est différent avec les autres, ce qui crée l'insatisfaction comme le temps qu'on prenait le produit combiné pour stabiliser le sucré. Donc, il y a encore à faire sur la qualité du produit... » [R10-R12].

Appréciation de la prise en charge offerte aux patients diabétiques

Les participants à cette étude ont exprimé leur appréciation pour les soins reçus, soulignant l'importance des conseils et des connaissances acquis concernant la consom-

mation de fruits, enseignés au centre. Les témoignages des personnes interrogées illustrent ces points de vue.

«...Depuis que nous avons commencé à venir au centre, nous avons apprécié à plusieurs fois les conseils, pour comprendre comment on peut vivre tout en étant un diabétique, la connaissance même sur la prise de fruit son enseigner au centre mais toute notre vie nous sommes obligés de prendre le médicament chaque jour et de faire les examens pour le contrôler mêmement ... »[R5-R7].

Qualité et régularité de soin

Les participants à cette étude ont signifié que la qualité de soin est passable mais n'est régulière suite à eux-mêmes et ne se font consultent que lorsqu'ils ont les complications. Les personnes interrogées se sont exprimées en ces termes :

« ...oui, c'est vrai, étant donné que ce sont les patients diabétiques qui sont plus exposés aux autres maladies. Vous savez, j'avais contracté le diabète depuis 2002 et à cause de l'hésitation pour venir suivre le traitement et comme j'avais peur et la honte de devenir diabète, de vivre sous régime et de prendre d'insuline ce qui a fait que depuis plusieurs années passées dans la clandestinité et qu'après un grave rechute que je recommence à venir en vue de suivre régulièrement le soin, le conseil et la prise de médicament qu'on ne doit pas manquer que... »[R4]; «... c'est nous qui sommes appelés à consulter régulièrement nos soignants et nos groupes pour avoir les autres informations comme pour comprendre le partenariat et c'est pourquoi que nous ne devrions être que priorisés... »[R13].

3.2.2. Représentation de la stratégie de patients partenaires de soins

Expérience vécue de patient diabétique

Les participants à cette étude ont signifié que d'après leurs expériences vécues, le diabète est une maladie pénible et insupportable. Les personnes interrogées se sont exprimées en ces termes :

« Bon... ! cette vie, depuis que je suis malade, ça fait déjà plus de 5 ans. Moi d'ailleurs ça fait déjà 7 ans que je suis diabétique. Oui,... !ça fait vraiment longtemps. Depuis longtemps ; voir même plus de 7 ans... cette maladie est vraiment pénible, je ne mange plus bien, j'ai souffre vraiment avec cette maladie... vraiment se compliqué, c'est une maladie pénible et insupportable vraiment, non... !eeeehh ça vraiment c'est une grande souffrance à prendre le médicament tous les jours du reste de ma vie »[R8-R11]. .

Facteur qui entraver la satisfaction de la qualité de soin

Les participants à cette étude ont signifié que parmi les facteurs entravant la satisfaction de la qualité de soin, il y a aussi le problème lié à l'inaccessibilité de la population les plus vulnérables au soin, manque d'éducation sanitaire avérée et au manque d'acquisition de connaissance et de compétence technique centré sur leur maladie. Les personnes interrogées se sont exprimées en ces termes : *« Mais ! Comment expliquer qu'il y a de patient qui ne peuvent toujours pas venir suivre son traitement suite à l'accès, C'est inexplicable... »[R9]; «...vraiment, nous nous demandons pourquoi seulement les diabétiques sont abandonnées à eux-mêmes chez nous, car la plupart des maladies chroniques sont financées par l'Etat parce que ici au centre, il y a d'autres personnes qui viennent suivre le traitement sans débourse un rond... »[R11]; « Le diabète ailleurs est aussi pris en charge par l'Etat lui-même, est-ce que nous ne méritons pas leur attention ? Franchement... »[R3].*

Soins administrés aux patients diabétiques .

Les participants à cette étude ont signifié que les prix des médicaments administrés aux patients sont abordables par contre le respect de régime alimentaire les compliquent au regard de leur maigre salaire. Les personnes interrogées se sont exprimées en ces termes : *«...Personnellement je ne suis pas affilié d'une Mutuelle à part ce qui se passe ici je prends en charge moi-même mes soins, le prix de médicament est quand même abor-*

dable à part le produit de spécialité, mais c'est plutôt le régime qui nous compliqué un peu avec notre maigre salaire...comment notre pays ne suit pas notre état de santé ... »[R1-R2]; « ...ah nous savons que c'est une maladie chronique qui n'a pas de remède à part se faire administrer à répétition le médicament soit ...par injectionpar voie orale mais sans assistance aucune»[R11]

3.2.3. Avantages de la mise en place d'un dispositif de rendez-vous liés à la fidélisation de soin

Comprendre, agir et communiquer

Les participants à cette étude ont signifié que comprendre, agir et communiquer sont des démarches salvatrices de la stratégie de comprendre pour diagnostiquer le souci de patient diabétique fatigué par sa situation de maladie et de la prise de médicament nécessité qu'on puisse agir pour promouvoir et de communiquer pour sensibiliser les patients de l'appréciation d'une organisation propice du travail d'équipe et de l'accompagnement en mettant en place d'un dispositif électronique de rendez-vous, ce qui amené à communiquer que travailler ensemble, c'est raisonner ensemble. Les personnes interrogées se sont exprimées en ces termes :

« Comment faire pour comprendre et abandonner tout ce qui peut me ramener à tomber chaque fois malade ou à faire de crise à répétition » [R2-R9]; « ...eh eh est-il possible de ramener ceux qui sont sensés de vivre avec la maladie mais de fois décourager même par le nombre de comprimés à avaler chaque jour, à agir pour abandonner tout ce qu'on peut lui être communiqué par le charlatan ou le traditionnel disséminé à travers la ville de continuer à respecter la prescription »[R5-R6] et « ...lorsque on se fait accompagner par un membre de famille lors de soin, comment est-ce que le prestataire de soin apprécie-t-il celasouvent on leur voie discuter avec le prestataire de soin» [R7-R9].

3.2.4. Attentes de patient diabétique fidélisé

Croyance et opinion sur le diabète

Les participants à cette étude croient

qu'en respectant les rendez-vous connecter d'avance dans le système, en prenant régulièrement les produits et en gardant l'aïdant naturel ou l'aide des proches, ils seront guéris. Les personnes interrogées se sont exprimées en ces termes :

«...nos proches voir nos soignants sont vraiment bien, il y'a un soutien social indéfectible, ils nous aident vraimenteheheh surtout, ils nous aident à respecter notre régime alimentaire. Nos proches nous aident à respecter le rendez-vous à partir d'un dispositif du système informatisé. Ils nous aident avec une alimentation équilibrée et saine »[R12]; « ...eeeheheh comme je suis malade, je dois bien respecter la prescription médicale afin que je sois guérie. Je serai guéri si et seulement si, je respecte la prescription médicale, donc, je suis déterminé à respecter la prescription médicale pour reste en vie le plus longtemps possible »[R14] et «... pour vivre bien avec le diabète, il faut vraiment que la personne mange bien et prenne les médicaments de façon régulièrepensent qu'un diabétique peut vivre si et seulement s'il a accès à une bonne alimentation et prends régulièrement les médicaments prescrits»[R2-R4].

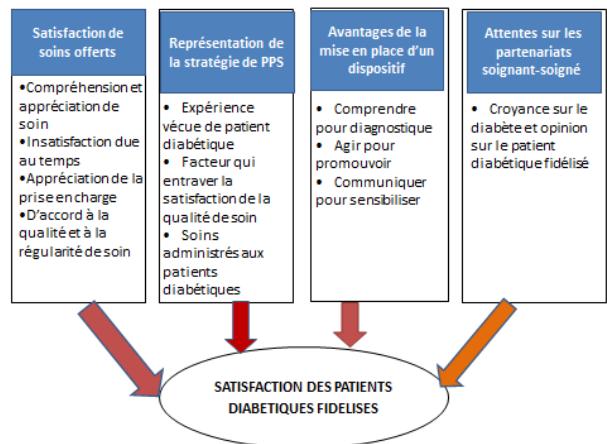


FIGURE 2 – Synthèse des principaux résultats

4. DISCUSSION

4.1. Profils sociodémographiques des patients diabétiques

Cette étude indique que la majorité des patients diabétiques participants étaient âgés

de plus de 30 ans, concordant avec les résultats de Rigalleau et al., (2007). Par ailleurs, les répondants étaient majoritairement de sexe masculin et possédaient un niveau d'études supérieur ou universitaire, corroborant ainsi l'étude de Jeanrenaud & Gay, (2013) qui démontrent que la majorité des diabétiques participants à l'étude ont un niveau d'éducation élevé. En ce qui concerne la situation matrimoniale, notre recherche révèle que plus de la moitié des participants étaient mariés, en contradiction avec l'étude de Belisle et al., (2021), qui rapportent que 64,3 % des participants de leur étude étaient célibataires. De plus, la majorité des participants exercent des professions d'enseignants au sein du Ministère de l'EPST.

4.2. Résultats relatifs à l'évaluation de la satisfaction des patients diabétiques fidélisés

4.2.1. Satisfaction de soins offerts aux patients diabétiques

Les résultats de cette étude soulignent que les patients diabétiques reconnaissent et apprécient les efforts de communication déployés par les médecins au début des consultations, via un briefing qui met en lumière l'importance de la prise en charge médicale et du respect des consignes. Cette approche semble particulièrement efficace pour instaurer une compréhension mutuelle à propos des soins. Cependant, les patients expriment également des insatisfactions notables concernant la qualité des médicaments reçus, les délais d'attente prolongés pour les rendez-vous, et la disponibilité limitée des professionnels de santé lors des consultations. Ces plaintes concernant l'accès et la qualité des soins sont en accord avec les constatations de Sousa et al., (2005) portant sur les variables influençant la perception de la qualité de vie en contexte de maladie chronique. Il est essentiel de noter que bien que les patients apprécient les conseils reçus concernant leur régime alimentaire, ils restent insatisfaits des fluctuations dans la qualité des soins, souvent attribuées à une tendance à consulter uniquement lors de l'apparition de compli-

cations. Cette observation soulève des questions sur les comportements de santé des patients diabétiques et souligne la nécessité de promouvoir une prise en charge préventive et proactive. L'insatisfaction concernant la qualité des médicaments soulève des enjeux importants, car cela peut affecter non seulement la santé physique des patients, mais aussi leur adhésion au traitement et, par conséquent, leur qualité de vie. Ces préoccupations sont corroborées par des recherches antérieures, indiquant que les facteurs individuels tels que l'âge, le sexe et le niveau d'instruction jouent un rôle prépondérant dans la perception de la qualité de soins et dans l'impact du diabète sur la qualité de vie Spinas & Lehmann, (2001) Ainsi, ces variables doivent être considérées dans l'élaboration de stratégies d'intervention destinées à améliorer l'expérience des patients diabétiques. Nous pensons de notre part que, bien que les patients diabétiques témoignent d'une appréciation pour certains aspects de leurs soins, ils sont également confrontés à des défis majeurs qui entravent leur satisfaction globale. Une attention accrue doit être portée à l'optimisation des services de santé, y compris la qualité des médicaments, la fluidité des rendez-vous et la disponibilité des intervenants, afin de favoriser un suivi plus régulier et qualitatif. De telles améliorations pourraient non seulement augmenter la satisfaction des patients, mais également contribuer positivement à leur gestion à long terme de la maladie.

4.2.2. Représentation de la stratégie de patients partenaires de soins et avantages de la mise en place d'un dispositif de rendez-vous liés à la fidélisation de soin

Les résultats de cette recherche montrent que les patients diabétiques vivent leur condition comme une lutte à laquelle il est difficile de faire face. Les témoignages révèlent que le diabète est souvent perçu comme une maladie pénible, exacerbée par des facteurs tels que l'inaccessibilité des soins pour les populations vulnérables et

le manque d'éducation sanitaire. Ces patients signalent également une insuffisance dans l'acquisition de connaissances et de compétences techniques nécessaires à la gestion de leur maladie. Bien que les prix des médicaments soient considérés comme abordables, le respect d'un régime alimentaire adapté devient un défi, en particulier lorsque les ressources financières sont limitées. Ce constat rejoint les travaux précédents antérieures (AMERICAN DIABETES ASSOCIATION, 1999; GUILLAUSSEAU & LALOI-MICHELIN, 2003; RORIVE et al., 2005) qui démontrent que diverses caractéristiques médicales, notamment l'inaccessibilité aux soins, la fréquence des hospitalisations et l'inobservance des traitements, affectent négativement la qualité de vie des patients diabétiques. De plus, les recherches identifient que des facteurs individuels, médicaux et environnementaux peuvent influencer cette qualité de vie (GNING et al., 2007; SCHEEN, 2007; TE VELDE et al., 2006). Face à ces défis, le concept de patients partenaires de soins émerge comme une approche prometteuse pour améliorer la satisfaction et la qualité des soins. En intégrant les patients dans le processus décisionnel et en leur offrant des ressources éducatives adaptées, les professionnels de santé peuvent transformer la gestion du diabète en une expérience collaborative. Cela peut renforcer l'adhésion au traitement, améliorer la gestion des symptômes et encourager des comportements de santé pro-actifs. Dans ce cadre, la mise en place d'un dispositif de rendez-vous structuré se révèle cruciale. Un tel système permettrait de garantir un accès plus régulier aux soins tout en réduisant les délais d'attente et en améliorant la disponibilité des professionnels de santé. En favorisant des consultations régulières, les patients pourraient bénéficier d'un suivi constant de leur condition, augmentant ainsi les chances de détecter rapidement les complications et d'ajuster les traitements en conséquence. De plus, ce dispositif pourrait inclure des sessions éducatives sur la gestion de la glycémie et le respect du régime alimentaire, renforçant ainsi les compétences des patients dans la gestion de leur

maladie. Il favoriserait un environnement où les patients se sentent soutenus et encouragés à participer activement à leur parcours de santé. Nous pouvons que la représentation des patients comme partenaires de soins, combinée à un système de rendez-vous efficace, pourrait transformer l'approche de la gestion du diabète. Cela non seulement améliorerait la qualité des soins offerts, mais améliorerait également la qualité de vie des personnes vivant avec le diabète de type 2.

4.3. Attentes de patient diabétique fidélisé

Les résultats de cette étude révèlent que de nombreux patients diabétiques fidélisés croient fermement qu'en respectant scrupuleusement leurs rendez-vous, en prenant régulièrement leurs traitements, et en bénéficiant du soutien de leurs aidants naturels ou de leur entourage, ils pourront guérir de leur maladie. Cette perception s'aligne avec la littérature existante, qui souligne que les objectifs principaux de l'accompagnement en matière de santé sont de satisfaire les besoins des patients et de la communauté, tout en garantissant un accès à la meilleure qualité de services possibles, en tenant compte du contexte organisationnel (KILMINSTER et al., 2007). Kilminster et al., (2007) précisent également que l'accompagnement joue un rôle crucial dans la sécurité des patients. Lorsqu'il est associé à des retours d'information, cet accompagnement clinique permet aux patients d'acquérir plus rapidement des compétences cliniques nécessaires à la gestion de leur condition. Cet apprentissage est essentiel pour favoriser un autodidactisme éclairé chez les patients, leur permettant de mener une vie aussi normale que possible tout en gérant leur diabète. D'un point de vue systémique, les attentes et perceptions des proches du patient, ainsi que leur vécu, influencent significativement le comportement de santé et la qualité de vie de ce dernier. La manière dont le réseau social, et en particulier la famille, perçoit et gère la maladie joue un rôle déterminant dans l'adaptation des patients à leur condition (BACHIMONT et al., 2006). Ainsi,

la dynamique familiale, ainsi que le soutien social, se révèlent essentiels non seulement pour aider les patients à adhérer aux protocoles de soins, mais également pour influencer positivement leur état général de santé. Par rapport à nos résultats, nous pensons que les attentes des patients diabétiques fidélisés soulignent l'importance de la coopération familiale et sociale dans la gestion de la maladie. Une approche qui intègre et valorise le soutien des aidants et des proches peut accroître l'efficacité des interventions et contribuer à améliorer non seulement la qualité des soins, mais aussi la qualité de vie des patients diabétiques.

5. Limite de l'étude

Cette étude présente certaines limites qui doivent être prises en considération. Tout d'abord, la taille de l'échantillon, bien que représentative, peut ne pas permettre une généralisation des résultats à l'ensemble des patients diabétiques de type 2 dans d'autres régions de la République Démocratique du Congo ou au-delà. De plus, la nature qualitative des données recueillies repose sur les perceptions subjectives des participants, ce qui peut introduire un biais d'autoévaluation et limiter l'objectivité des résultats.

En outre, les entretiens qualitatifs, bien que riches en contenu, peuvent être influencés par la dynamique entre l'intervieweur et le participant, ce qui peut affecter la franchise des réponses. Les résultats pourraient également être affectés par la présence de facteurs contextuels spécifiques à la ville de Kinshasa, tels que les infrastructures de santé et les conditions socio-économiques, qui peuvent ne pas être représentatifs d'autres environnements urbains ou ruraux.

Enfin, cette étude n'a pas pris en compte la variabilité de la situation familiale ou sociale des patients, qui peut jouer un rôle déterminant dans la satisfaction et la fidélisation aux soins. Ces limites appellent à une prudence dans l'interprétation des résultats et soulignent la nécessité de recherches futures pour explorer ces dimensions de manière plus approfondie.

6. CONCLUSION

Cette étude met en évidence des éléments fondamentaux dans la prise en charge des patients diabétiques, en révélant leurs attentes, leur satisfaction et les défis rencontrés. Bien que les patients valorisent les efforts de communication des professionnels de santé, des insatisfactions subsistent concernant la qualité des médicaments, les délais d'attente et la disponibilité des soignants. Ces résultats soulignent la nécessité d'améliorer les services de santé pour offrir une expérience patient proactive et positive.

De plus, le rôle des patients en tant que partenaires dans leur parcours de soins est crucial pour renforcer leur engagement et leur autonomie. Une approche collaborative entre patients et professionnels de santé peut favoriser une adaptation des soins aux besoins individuels. L'instauration d'un dispositif de rendez-vous structuré apparaît comme une solution prometteuse pour améliorer l'accèsibilité et l'efficacité des soins, permettant une gestion proactive du diabète et un accompagnement éducatif continu.

Enfin, les attentes des patients soulignent l'importance du soutien familial et communautaire dans la gestion du diabète. Une approche qui valorise ces aspects peut non seulement optimiser l'expérience de soins, mais également améliorer les résultats de santé. Au total, cette étude préconise une approche intégrée et centrée sur le patient, combinant satisfaction des soins, partenariat, systèmes organisationnels efficaces et prise en compte des attentes des patients, afin d'améliorer la qualité de vie des personnes vivant avec le diabète.

7. Conflit d'intérêt :

Les auteurs ne déclarent aucun conflit d'intérêts

8. Financement

Cette recherche n'a pas bénéficié d'un financement extérieur.

9. Contributions des auteurs

Les auteurs ont tous contribué de manière égale au développement de ce manuscrit. Ils ont lu et accepté la version finale du manuscrit.

Références

- AMERICAN DIABETES ASSOCIATION. (1999). Diagnostic et classification du diabète sucré : les nouveaux critères. *Diabetes & Metabolism*, 25(1), 72-83.
- BACHIMONT, J., COGNEAU, J., & COGNEAU, A. (2006). Pourquoi les médecins généralistes n'observent-ils pas les recommandations de bonnes pratiques cliniques ? L'exemple du diabète de type 2. *Sciences sociales et santé*, 24, 75-103.
- BELKEBIR, H. (2023). *Profil épidémiologique, nutritionnel et biologique des diabétiques de la wilaya de Mascara* [Thèse]. Université de Mascara. <http://dspace.univ-mascara.dz:8080/jspui/handle/123456789/908>
- BOURMAUD, A., PIOT DE VILLARS, E., & RENAULT-TEISSIER, E. (2022). Patient partenaire et éducation thérapeutique en cancérologie. *Bulletin du Cancer*, 109(5), 588-597. <https://doi.org/10.1016/j.bulcan.2021.09.016>
- DEMONCY, A. (2016). La recherche qualitative : Introduction à la méthodologie de l'entretien. *Kinésithérapie, la Revue*, 16(180), 32-37. <https://doi.org/10.1016/j.kine.2016.07.004>
- DRAPEAU, M. (2004). Les critères de scientifcité en recherche qualitative. <https://doi.org/10.1016/j.prps.2004.01.004>
- FORTIN, M.-F., & GAGNON, J. (2016). *Fondements et étapes du processus de recherche : Méthodes quantitatives et qualitatives*. Chenelière Éducation. <https://eduq.info/xmlui/handle/11515/35682>
- 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, 607-611.
- GUILLAUSSEAU, P.-J., & LALOI-MICHELIN, M. (2003). Physiopathologie du diabète de type 2. *La Revue de Médecine Interne*, 24(11), 730-737. [https://doi.org/10.1016/S0248-8663\(03\)00244-3](https://doi.org/10.1016/S0248-8663(03)00244-3)
- HIRPA, D., BEKELA, T., & ABDISSA, D. (2023). Prevalence of diabetic foot ulcer and its associated factors among diabetes patients on follow up at public hospitals in West Shewa Zone, Oromia, Ethiopia. *International Journal of Africa Nursing Sciences*, 19, 100578. <https://doi.org/10.1016/j.ijans.2023.100578>
- KALDHEIM, H. K. A., FOSSUM, M., MUNDAY, J., JOHNSEN, K. M. F., & SLETTEBØ, Å. (2021). A qualitative study of perioperative nursing students' experiences of interprofessional simulation-based learning. *Journal of Clinical Nursing*, 30(1-2), 174-187. <https://doi.org/10.1111/jocn.15535>
- KILMINSTER, S., COTTRELL, D., GRANT, J., & JOLLY, B. (2007). AMEE Guide No. 27 : Effective educational and clinical supervision. *Medical Teacher*, 29(1), 2-19. <https://doi.org/10.1080/01421590701210907>
- KRIEF, N., & ZARDET, V. (2013). Analyse de données qualitatives et recherche-intervention.
- LAMBERT, H., & KAHINDO, J.-B. M. (2022). Accès aux soins et prise en charge des personnes diabétiques en République démocratique du Congo. *Santé Publique*, 34(1), 61-70. <https://doi.org/10.3917/spub.221.0061>
- MASAMBA, N. L. (2021). *Autogestion du diabète de type 2 : Influence des connaissances et des caractéristiques socioculturelles des patients fidèles des églises dites prophétiques à Kinshasa (République Démocratique du Congo)* [Mémoire]. Université de Montréal. <https://umontreal.scholaris.ca/items/20fceba3-833d-47aa-970d-424c1e71c8e7>

- MWANA-WABENE, A. C., LWAMUSHI, S. M., EBOMA, C. M., LYABAYUNGU, P. M.-B., CHERUGA, B., KAREMERE, H., MWEMBO, A. T., BALALUKA, G. B., & MUKALENGE, F. C. (2022). Choix thérapeutiques des hypertendus et diabétiques en milieu rural : Une étude mixte dans deux zones de santé de l'Est de la République Démocratique du Congo. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 14(1). <https://doi.org/10.4102/phcfm.v14i1.3004>
- PREVOLNIK RUPEL, V., DIVJAK, M., & TURK, E. (2021). Changes in the level of knowledge of diabetes among elderly with diabetes in Slovenia in the period 2011–2020. *Primary Care Diabetes*, 15(5), 879-883. <https://doi.org/10.1016/j.pcd.2021.07.001>
- RONDEAU, K., PAILLÉ, P., & BÉDARD, É. (2023). La confection d'un guide d'entretien pas à pas dans l'enquête qualitative. *Recherches qualitatives*, 42(1), 5-29. <https://doi.org/10.7202/1100242ar>
- RORIVE, M., LETIEXHE, M. R., SCHEEN, A. J., & ZIEGLER, O. (2005). Obésité et diabète de type 2, 374-382.
- SAEEDI, P., PETERSON, I., SALPEA, P., MALANDA, B., KARURANGA, S., UNWIN, N., COLAGIURI, S., GUARIGUATA, L., MOTALA, A. A., OGURTSOVA, K., SHAW, J. E., BRIGHT, D., WILLIAMS, R., & IDF DIABETES ATLAS COMMITTEE. (2019). Global and regional diabetes prevalence estimates for 2019 and projections for 2030 and 2045 : Results from the International Diabetes Federation Diabetes Atlas, 9th edition. *Diabetes Research and Clinical Practice*, 157, 107843. <https://doi.org/10.1016/j.diabres.2019.107843>
- SCHEEN, A. J. (2007). Le glucagon-like peptide-1 (GLP-1), nouvelle cible dans le traitement du diabète de type 2, 216-219.
- TE VELDE, A. A., VERSTEGE, M. I., & HOMMES, D. W. (2006). Critical appraisal of the current practice in murine TNBS-induced colitis. *Inflammatory Bowel Diseases*, 12(10), 995-999. <https://doi.org/10.1097/01.mib.0000227817.54969.5e>