

LIEN DE PARENTÉ, NIVEAU DE STRESS ET QUALITÉ DE VIE DE PROCHES AIDANTS DE PATIENTS DIABÉTIQUES À ABIDJAN (CÔTE D'IVOIRE), Koffi Dieudonné Ibrahim SAHI, N'Guessan Pierre TOVI, Banty Isabelle SAHI

koffisahi@gmail.com, nptovi@yahoo, sahibanty@yahoo.fr

Résumé

La présente étude examine la relation entre le lien de parenté, le niveau de stress et la qualité de vie de proches aidants de patients diabétiques de type 2. Pour ce faire, 80 proches aidants, conjoints et autres parents de l'entourage (30 femmes et 50 hommes) ont été soumis à une épreuve de stress (Caregiver Reaction Assessment), à l'instrument de mesure de qualité de vie (WHOQOL-bref) et à un entretien semi-directif. Les résultats montrent que les proches aidants conjoints s'impliquent davantage auprès des malades et présentent une qualité de vie positive contrairement aux autres parents de l'entourage. L'explication est que les conjoints se sentent moins stressés que les autres parents grâce au lien d'affection préexistant avant la maladie et le refus de perdre pour les conjoints un mari ou une femme. Ainsi, la présente étude contribue à l'accroissement des connaissances sur le vécu de l'entourage des patients diabétiques indispensable pour une amélioration de la prise en charge de ceux-ci.

Mots clés : Lien de parenté, niveau de stress, qualité de vie, proche aidant, diabétique

RELATIONSHIP, STRESS LEVEL AND QUALITY OF LIFE OF CAREGIVERS OF DIABETIC PATIENTS IN ABIDJAN (IVORY COAST)

Abstract

This study examines the relationship between kinship, stress level and quality of life of caregivers of type 2 diabetic patients. To do this, 80 caregivers, spouses and other relatives (30 women and 50 men) were subjected to a stress test (Caregiver Reaction Assessment), to the quality of life measurement instrument (WHOQOL-brief) and to a semi-structured interview. The results show that joint caregivers are more involved with patients and have a positive quality of life, unlike other relatives in the entourage. The explanation is that the spouses feel less stressed than the other parents thanks to the pre-existing bond of affection before the illness and the refusal to lose a husband or a wife for the spouses. Thus, the present study contributes to the increase of knowledge on the experience of the entourage of diabetic patients essential for an improvement of the care of these.

Keywords: kinship, stress level, quality of life, caregiver, diabetes

Introduction

La santé est un fonctionnement régulier et harmonieux de l'organisme, où les domaines du biologique, du social et du psychologique sont en interaction. Ce n'est pas la représentation d'un état physiologique, mais un équilibre dynamique, où l'homme apprend à composer avec son environnement. Elle ne se résume pas non plus, par l'absence de symptômes pathologiques, mais suppose l'absence de menace prévisible et un certain bien-être physique et psychologique (Manidi & Dafflon-Arvanitou, 2000).

La santé peut être altérée par la maladie qui, lorsqu'elle est d'origine biologique, est dite naturelle ou somatique (Nino, 2013). La maladie peut être aiguë, souvent bénigne et disparaître le plus souvent en quelques jours. En revanche, si elle se répète, elle devient chronique (Préfaut & Ninot, 2009).

La maladie chronique est transmissible lorsqu'elle peut passer d'une personne infectée à une autre auparavant non infectée. L'on trouve parmi ce groupe de maladies transmissibles persistantes, la tuberculose ou l'hépatite C (Avignon, Attalin, Boegner, Picandet, & Sultan, 2015). Par contre, l'affection chronique est non transmissible quand elle est non communicable entre les personnes. Au rang de ce second groupe, on a le diabète.

Le diabète désigne un groupe de maladies métaboliques, caractérisé par une élévation permanente de la glycémie (teneur en sucre du sang). Chez l'adulte à jeun, les glycémies normale et anormale sont respectivement comprises entre 0,80 et 1 g/L et entre 1 g/L et 1,25 g/L. L'hyperglycémie, par contre, a une valeur supérieure à 1,20 g/L. Mais une glycémie à jeun faisant suspecter un diabète est supérieure ou égale à 1,26 g/L (American Diabetes Association, 2013).

La Fédération internationale du diabète estimait en 2021 qu'environ 24 millions de personnes vivent avec le diabète en Afrique et que ce nombre devrait atteindre 55 millions d'ici 2045, soit une augmentation de 134 %. En Afrique subsaharienne le nombre de personnes diabétiques passait de 7,1 millions en 2003 à 12,1 millions en 2010 (Wild, Roglic, Green, Sicree, & King, 2004), soit une progression de 70 % avec une prévalence régionale du diabète de type 2 représentant 80% à 90% de tous les cas de diabète. Pour ce qui a trait à la Côte d'Ivoire, la prévalence du diabète était estimée à 5% de la population en 2016 selon l'OMS, et le diabète de type 2 est la forme la plus fréquente. Cette prévalence, était la plus élevée dans la tranche 40 - 60 ans.

Le diabète, maladie chronique contraignante, impose au patient de réaliser des auto-surveillances glycémiques quotidiennes associées à des injections d'insuline. À cela s'ajoute la gestion des hypoglycémies avec un certain inconfort en raison des risques élevés pour la santé. Il s'agit, notamment de véritables angoisses ou d'évitement social s'ils sont répétés et le diabétique ne peut se déplacer. En fait, de la frustration, du sentiment de dépendance au traitement apparaissent chez lui. Quelquefois, le diabète devient instable et provoque des

situations préoccupantes relative à la variabilité glycémique imprévisible, surtout les hypoglycémies sévères nécessitant des hospitalisations fréquentes ou prolongées (Mohn, 2009). Ces raisons nécessitent dans la plupart des cas le soutien du malade par son entourage (Bury, 1982). L'entourage peut renvoyer au conjoint, à la conjointe, ou à toute autre personne, qui sont des proches.

Si l'impact et le rôle du proche en tant qu'acteur, dans la prise en charge de la personne souffrant d'affection chronique, ne sont plus discutés, les conséquences sur sa qualité de vie restent largement moins explorées. La qualité de vie fait référence à une évaluation subjective qui est intégrée dans un contexte culturel, social et environnemental. Pour le proche aidant, la qualité de vie serait le degré de satisfaction des possibilités que la vie actuelle lui offre, et concerne le jugement qu'il porte sur sa vie, son équilibre psychique en relation avec l'aide qu'il apporte à la personne malade. Étant donné que cela peut impliquer, selon les proches aidants, des perceptions et des réactions différentielles face à la vie alors la qualité de vie serait soit positive, soit négative. En effet, la qualité de vie positive chez le proche aidant découle de sa capacité à gérer continuellement les changements, à faire face aux problèmes. Par contre, la qualité de vie est négative lorsque le proche aidant estime une diminution de son autonomie, de son niveau général de bien-être, de satisfaction ou de bonheur.

Les proches aidants seraient sujets à la fatigue chronique, souvent à des difficultés ou même à de la colère. De fait, en 1979, Fengler et Goodrich cités par George & Gwyther (1986), alertaient la communauté de spécialistes, identifiant les proches aidants comme des « victimes cachées ». La situation des proches aidants serait extrêmement complexe, et le stress dont ils sont sujets pourrait influencer leur qualité de vie. Donc, la relation d'aide constitue une « expérience moralement douloureuse », plus fréquemment évoquée en terme de stress (Andrieu & Bocquet, 1999).

Étant donné que le proche aidant est amené à s'investir sur le plan social, affectif, cognitif, ou matériel (Coudin et Gély-Nargeot, 2003), s'ils ont une relation affective ou si les deux sont unis par un lien de parenté alors ce proche aidant apprécierait prendre soin du malade (Aquino, Guisset, & Léger, 2003 ; Larsen, 1998). Ainsi, le lien de parenté influe sur la qualité de vie de cet aidant. En effet le proche aidant, qui doit s'adapter à la situation du malade ou en faire une priorité en apportant des modifications dans son organisation (Coudin & Gély-Nargeot, 2003 ; Traoré, Gobatto, Besson, & Bernard, 2008), ne pourrait le faire qu'au regard d'une certaine parenté. Par exemple, la conjointe ou le conjoint pourrait faire de gros efforts d'adaptation à la situation du malade comparativement aux autres membres de l'entourage. En d'autres termes, la qualité de vie du proche aidant serait fonction de la proximité et de la relation d'aide entre les deux personnes (Van Pevenage & Lambotte, 2016).

En conséquence des études portant uniquement sur les relations simples entre le lien de parenté, le niveau de stress et la qualité de vie, nous analysons les influences interactives de ces deux variables sur la qualité de vie et nous formulons les questions ci-après.

Le lien de parenté influe-t-il sur la qualité de vie des proches aidants de parents diabétiques ? Le niveau de stress influe-t-il sur la qualité de vie des proches aidants de parents diabétiques ? Le lien de parenté et le niveau de stress conjuguent-ils leurs influences pour rendre compte de la qualité de vie chez les proches aidants ?

Mener une telle recherche orienterait la réflexion sur qualité de vie, la politique de santé publique. En réalité, elle permettrait d'apprécier le fardeau que pourrait représenter le diabète pour les proches aidants en vue de leur prise en charge sociale et psychologique adéquate.

À cet effet, nous nous proposons d'évaluer l'effet combiné du lien de parenté et du niveau de stress sur la qualité de vie. En fait, nous comparons la qualité de vie de ces proches aidants ayant des liens de parenté et de niveaux de stress différents. De cet objectif et des idées qui découlent des travaux examinés, nous formulons les hypothèses ci-après.

Ho₁ : À lien de parenté identique, le nombre de proches aidants avec un niveau de stress bas ayant une qualité de vie positive est supérieur à celui de leurs pairs de niveau de stress élevé.

Ho₂ : À niveau de stress égal, le nombre de proches aidants conjoints de malades avec une qualité de vie positive est supérieur à celui des autres proches aidants.

Ho₃ : Le nombre de proches aidants conjoints de malades avec un niveau de stress bas ayant une qualité de vie positive est supérieur à celui de proches aidants autres parents de malades avec un niveau de stress élevé.

1. Méthode

Après avoir justifié l'étude, montré l'intérêt ainsi que l'objectif général de la recherche, cette partie consacrée à la méthode porte sur : la description des variables, les participants, le matériel et la procédure de collecte des données.

1.1. Variables

La présente étude met en évidence la relation qui pourrait exister entre, d'une part le lien de parenté et le niveau de stress, et d'autre part la qualité de vie. Dans l'ordre le lien de parenté, variable indépendante, renvoie au lien de sang ou au réseau des relations interpersonnelles, socialement reconnues, centré sur le proche aidant. Celui-ci est la personne de référence à partir de laquelle les relations de parenté sont définies. Même si la parenté intègre la famille dans un contexte plus étendu qui inclut les membres de la famille nucléaire et leurs parents ou alliés,

la famille procède d'abord de l'union de deux conjoints qui deviennent des parents lorsqu'ils engendrent des enfants (Lévi-Strauss, 1947). À partir de cette cellule familiale, se fait toute sorte d'alliance et de filiation (Attias-Donfut, 1995 ; Bonvalet, 1993).

Alors, le système de parenté se compose de trois éléments qui constituent la structure profonde de la parenté. Le premier de ce système est la famille nucléaire ou monogame. Le deuxième est le réseau des familles qui lui sont apparentées par des liens de consanguinité ou d'alliance. Le troisième élément est la parentèle, c'est-à-dire l'ensemble des parents dont l'individu hérite à sa naissance, côté paternel et maternel, ainsi que les alliés de leurs consanguins et les consanguins de leurs alliés. Le lien de parenté est une variable catégorielle dont nous retiendrons la famille nucléaire (précisément les conjoints) et les autres parents souvent sollicités en vue de composer des groupes contrastés au point de vue du niveau d'attachement, du niveau de proximité avec le malade (Van Pevenage & Lambotte, 2016), qui préserverait ou détériorerait la qualité de vie. En conséquence, le lien de parenté est une variable qualitative constituée de deux modalités : conjoints et autres parents.

Quant au niveau de stress, il correspond au degré avec lequel le proche aidant ressent des manifestations affectives ou émotionnelles suscitées par sa situation (Donaldson, Tarrier, & Burns, 1997). Face à une même situation d'aide, les proches aidants peuvent exprimer différents niveaux de stress selon leur niveau de proximité avec le malade. Ainsi, le stress peut être élevé ou bas chez ces aidants. Selon ces auteurs, un niveau de stress bas renverrait à la modération des réactions d'ajustement chez les proches aidants. Ceux-ci parviennent à transformer le cours de leurs pensées, émotions et comportements de sorte à être en accord avec les exigences du milieu pour leur bien-être. Le niveau de stress élevé, traduit l'incapacité, voire l'impossibilité pour de proches aidants, de maîtriser leurs émotions et réactions face aux contraintes que leur impose la relation d'aide. Ces individus se caractériseraient par l'absence de stabilité ou l'impossibilité de faire face adéquatement à la relation d'aide qui aurait des conséquences négatives sur leur qualité de vie. Ainsi, le niveau de stress a deux modalités : niveau de stress bas et niveau de stress élevé.

Enfin la qualité de vie, variable dépendante, intègre une mosaïque de concepts qui reposent sur des notions souvent étudiées de manière composite dans divers domaines. Il est parfois difficile de distinguer, au plan sémantique ou opérationnel, l'évaluation subjective de la qualité de la vie, des notions apparentées de bien-être psychologique (Bradburn, 1969), de satisfaction de la vie et de bonheur (Neugarten, Havinghurst, & Todin, 1961). Il s'agit d'une perception du soi social qui offre l'avantage d'inclure et de considérer des systèmes complexes qui s'articulent autour du lien permanent existant entre l'individu et l'environnement global et immédiat dans lequel le proche vit. Cette optique prend en considération

la dynamique des interactions ainsi que les composantes liées à l'environnement et à l'individu sur un mode d'auto et d'hétéro-évaluation. Sous cet angle, la qualité de vie renverrait à l'ensemble des satisfactions et insatisfactions éprouvées par le proche aidant à propos de sa vie. Elle peut être plus ou moins positive.

1.2. Les participants

Les proches aidants apportent un soutien significatif, continu ou occasionnel, à titre non professionnel aux personnes diabétiques de type 2 dans des structures sanitaires. Le district autonome Abidjan, divisé en 12 districts sanitaires, abrite 14 hôpitaux généraux et 4 centres hospitaliers universitaires dont le CHU de Yopougon et divers autres centres de santé dont le Centre Anti-Diabétique d'Adjamé (Programme National de développement de l'activité pharmaceutique, 2019). Étant donné la probabilité élevée de rencontrer à Abidjan des médecins spécialisés dans le suivi et le traitement du diabète et par voie de conséquence de nombreux malades et leurs proches aidants, nous avons choisi le district autonome d'Abidjan comme terrain d'étude. L'échantillonnage par choix raisonné a permis de sélectionner sur la base de 164 répondants et après contrôle de variables (contact permanent, accord à la fois de l'aidé et de l'aidant et motivation salariale, contribution d'un seul aidant) 89 proches aidants dont 42 conjoints et 47 autres.

Parmi ces proches aidants, 50 participants ont un niveau de stress élevé et 39 autres présentant un niveau de stress bas. Étant donné que ces effectifs ne sont pas importants, que l'inégalité des groupes de participants comparés pourrait constituer une variable susceptible d'introduire des artefacts méthodologiques, nous avons opté d'égaliser les effectifs des différents groupes en comparaison par tirage aléatoire. En définitive, 80 proches aidants dont les parents diabétiques de type 2 fréquentent le centre hospitalier universitaire de Yopougon ou le Centre Antidiabétique d'Abidjan ont été sélectionnés.

1.3. Matériel et procédure

Cette partie présente les instruments de mesure des variables à l'étude et la procédure de collecte de données.

1.3.1. Matériel

Un questionnaire d'identification apportant des informations générales sur le proche aidant a permis de mesurer son lien de parenté au patient. Ensuite, l'épreuve Caregiver Reaction Assessment (CAR) (Andrieu & Bocquet, 1999) et un questionnaire World Health Organization Quality Of Life assessment (WOQOL-bref) (Awadalla, Ohaeri, Al-Awadi, & Tawfiq, 2006) ont servi à mesurer respectivement le niveau de stress et la qualité de vie du proche aidant. Enfin, les participants ont été soumis à un entretien semi-directif afin de mieux comprendre leurs réponses.

1.3.2. Procédure

Avant la collecte des données couvrant la période de juin à décembre 2017, nous avons effectué une pré-enquête dont le but était de construire un questionnaire d'identification pour la sélection des participants. Subséquemment nous avons administré l'épreuve Caregiver Reaction Assessment (CRA) et le questionnaire WHOQOL-bref aux participants. Étant donné que la qualité de vie n'est pas une dimension observable, nous avons procédé à un entretien semi-directif en vue d'une meilleure compréhension des données recueillies auprès des proches aidants.

2. Résultats

Les résultats sont présentés et analysés respectivement selon les hypothèses formulées. Dans l'optique de synthétiser les résultats et faciliter la compréhension, nous recourons à des histogrammes.

2.1. Qualité de vie de proches aidants selon le niveau de stress

Il est présenté sur les figures 1 et 2 les différents effectifs des proches aidants conjoints ou autres parents en fonction de leur niveau de stress, et selon qu'ils ont une qualité de vie positive ou négative.

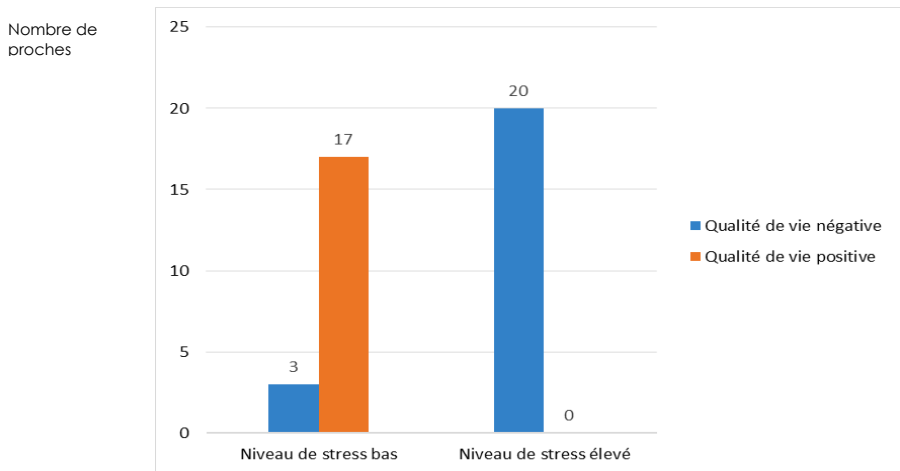


Figure 1 : Histogrammes présentant la qualité de vie de proches aidants conjoints selon le niveau de stress

Les résultats indiquent que le niveau de stress des proches aidants conjoints influe sur leur qualité de vie (χ^2 calculée (29,565) > χ^2 théorique (3,84), $P = .5$, à 1 degré de liberté (ddl)). L'observation de la figure 1 montre que les proches aidants conjoints avec un niveau de stress élevé ont une qualité de vie négative. Lorsque

l'on compare ces sujets selon le niveau de stress bas, la qualité de vie positive est plus affirmée. L'hypothèse opérationnelle (HO1) est confirmée chez les proches aidants conjoints.

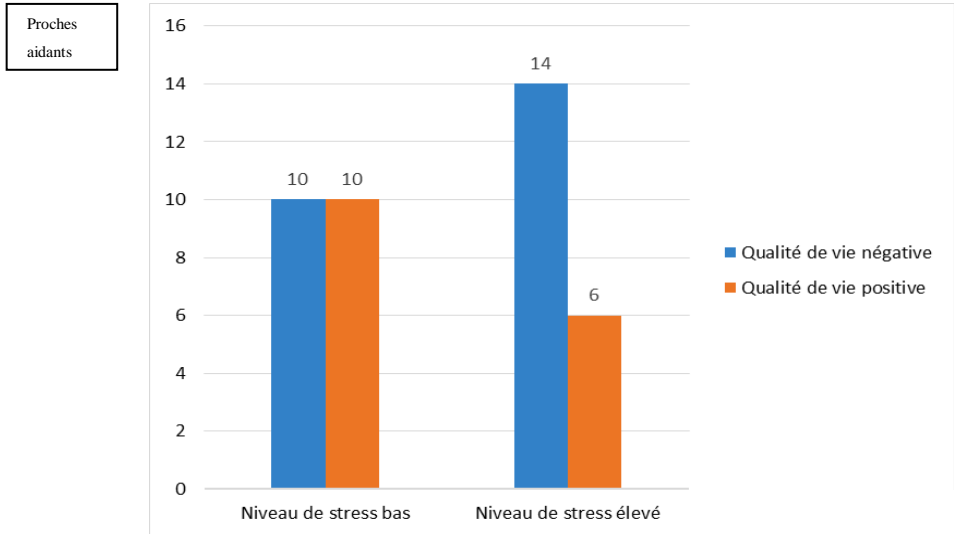


Figure 2 : Histogrammes présentant la qualité de vie de proches aidants parents selon le niveau de stress

Pour ce qui a trait aux proches aidants autres parents, le stress n'influence pas leur qualité de vie ($\chi^2 = 1,667$, à 1 ddl, $P > .05$). Par conséquent, l'hypothèse opérationnelle 1 n'est pas confirmée pour les proches aidants parents. Conformément à l'hypothèse opérationnelle 1, nous observons que les proches aidants autres parents ayant un niveau de stress bas développent moins fréquemment une qualité de vie négative que ceux présentant un niveau de stress élevé (Figure 2).

2.2. Qualité de vie de proches aidants de liens de parenté différents présentant un niveau de stress égal

Nous comparons, d'abord, la qualité de vie de proches aidants conjoints et autres parents qui ont un niveau de stress bas. Ensuite, nous examinons la qualité de vie de proches aidants de liens de parenté considérés qui présentent, quant à eux, un niveau de stress élevé. La figure 3 montre la qualité de vie de proches aidants conjoints et autres parents ayant un niveau de stress bas.

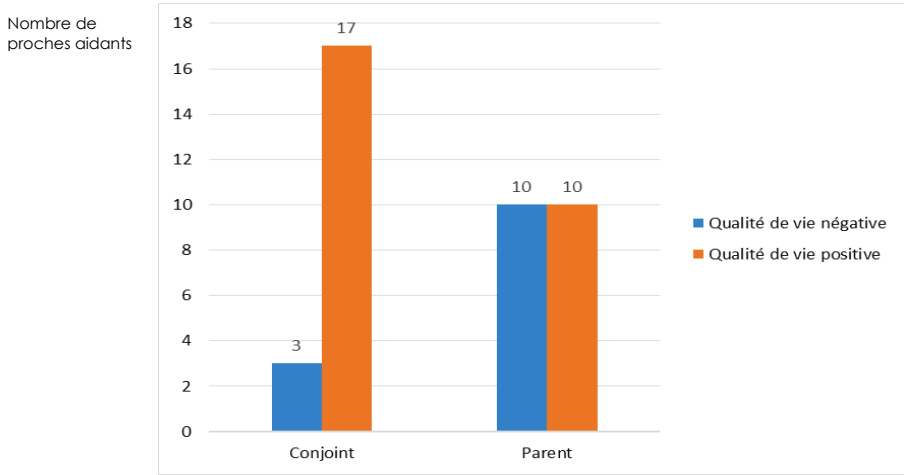


Figure 3 : Histogrammes représentant la qualité de vie de proches aidants conjoints et parents selon le niveau de stress bas

L'analyse de résultats indique que la qualité de vie de proches aidants conjoints de malades est supérieure à celle de proches aidants autres parents (χ^2 calculé (5,584) > χ^2 théorique (3,84), $p = .5$, ddl = 1). En d'autres termes, les proches aidants conjoints ayant un niveau de stress bas montrent une qualité de vie plus positive que celle des autres parents de malades avec un niveau de stress bas. Le V de Cramer de 0,374 indique dans ce cas que l'intensité de la relation entre le lien de parenté et la qualité de vie est modérée. La figure 4 présente la qualité de vie chez les aidants à niveau de stress élevé.

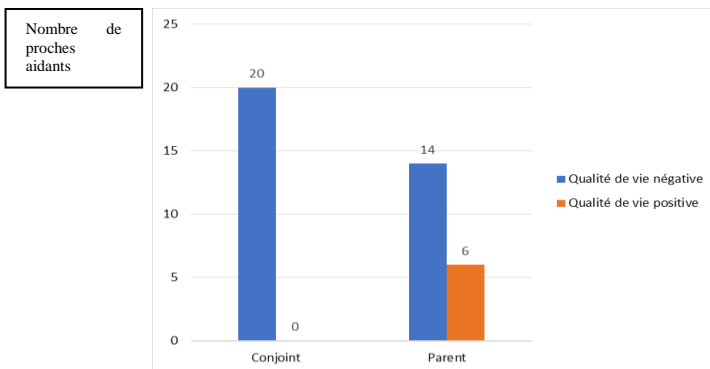


Figure 4 : Histogrammes représentant la qualité de vie de proches aidants conjoints et parents de niveau de stress élevé

Les paramètres statistiques indiquent que la qualité de vie positive est plus élevée chez les proches aidants parents que chez les conjoints lorsque le niveau de stress est élevé contrairement à l'hypothèse HO2 (la qualité de vie est plus positive chez les proches aidants conjoints que chez les proches aidants autres parents à niveau de stress élevé) (χ^2 calculé (4,902) > χ^2 théorique (3,84), P= .05, ddl=1). Cette relation entre le lien de parenté et la qualité de vie à niveau de stress élevé est forte avec un V de Cramer de 0,420.

2.3. Comparaison de la qualité de vie de proches aidants conjoints ayant un niveau de stress bas à celle de proches aidants parents ayant un niveau de stress élevé

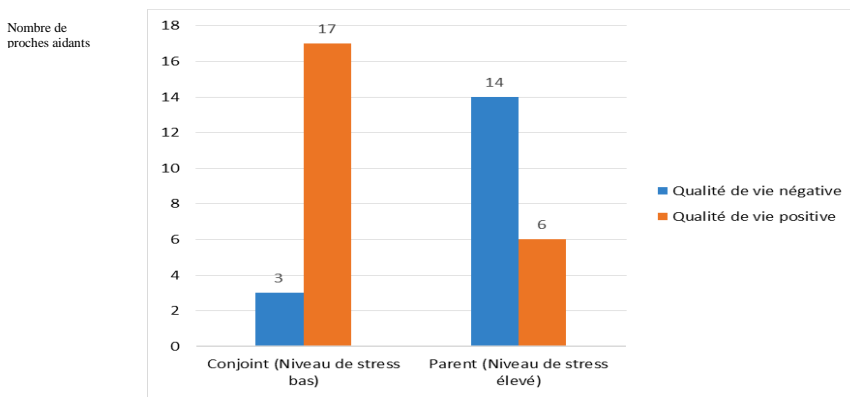


Figure 5 : Histogrammes représentant la qualité de vie de proches aidants conjoints ayant un niveau de stress bas et celle

Les proches aidants conjoints à niveau de stress bas ont une qualité de vie plus positive que les proches autres parents à niveau de stress élevé (χ^2 calculée (12,379) > χ^2 théorique (3,84), P = .05, ddl = 1). Ce résultat, porté par la figure 5, indique que le niveau de stress des proches aidants est un facteur qui influence significativement leur qualité de vie (V de Cramer de 0,556).

3. Discussion

La présente étude examine dans quelle mesure le lien de parenté et le niveau de stress influent sur la qualité de vie des proches aidants. Les résultats obtenus indiquent que les liens d'affinités des patients avec ceux qui s'occupent d'eux influencent leur perception générale de leur bien-être. Plus précisément, nous observons que ce sont les proches aidants conjoints qui s'impliquent le plus dans la relation d'aide aux parents diabétiques de type 2 que les autres parents proches. Sur ce plan, nos résultats sont congruents avec ceux de Traoré et al. (2008). Ces auteurs

montrent que les diabétiques de types 2 sont obligés de solliciter de manière récurrente l'aide de leur famille surtout celle de la maisonnée ou de leurs conjoints ou enfants même si ceux-ci se trouvent quelquefois éloignés. Toutefois, ces auteurs ont examiné le niveau de connaissances des patients et de leurs familles dans la thématique du diabète indispensable pour une bonne prise en charge des patients, alors que nous, nous étudions la qualité de vie des proches aidants des patients diabétiques de type 2.

Cette perspective s'accorde avec celle de Calafiore et al. (2015) qui montre que la maladie d'un conjoint est vécue par le couple comme un choc. Celui-ci est surmonté lorsque le conjoint s'adapte à la maladie. Par contre, cette étude qualitative inductive et constructiviste se différencie de la nôtre par la petite taille de son échantillon (16 sujets) et par le nombre important d'entretiens individuels semi-dirigés qui ont permis de mieux cerner le vécu et la qualité de vie des proches aidants en leur donnant la latitude d'évoquer différents aspects de leur relation aux malades.

Nos résultats sont également congruents avec ceux de Awadalla et al. (2006) qui montrent que les parents et les frères et sœurs, qui ont en charge les patients diabétiques, ont obtenu les scores les plus bas dans les différents domaines de l'échelle de qualité de vie (WHOQOL-Bref) comparativement à ceux des proches aidants en couple. Mais, des points de divergence subsistent quant aux objectifs et à la taille des échantillons. En effet, ces auteurs ont examiné les facteurs associés à la qualité de vie de proches aidants de patients diabétiques de type 1 et de type 2 comparés à un échantillon communautaire de personnes vivant dans la même localité que les patients, ne présentant aucune maladie physique ou mentale chronique évidente et ne s'occupant pas de parents malades. De plus, notre étude s'inscrit dans une perspective corrélationnelle alors que celle de Awadalla et al. (2006) a utilisé la méthode expérimentale pour établir clairement la relation qu'ils ont présumée entre les variables à l'étude.

Ensuite, Pierron-Robinet et al. (2016) en trouvant que les proches aidants manifestent de façon générale des idées de culpabilité qui augmente leur niveau de stress et les conjoints de patients se sentent plus stressés que leurs enfants, même si cela est en partie la conséquence de troubles de l'humeur, semblent s'écarter de notre travail. Au sentiment d'être coupable, à l'idée de ne pas en avoir assez fait pour le malade empêchant des conjoints de demander de l'aide contrairement aux autres proches aidants, s'ajoutent les sentiments de honte, d'impuissance, d'insécurité, de méfiance et des facteurs moraux tels que le sens du devoir et la loyauté face au patient ou au groupe familial. Quant à Jorwal, Verma et Balhara (2015), ils indiquent que les proches aidants, les conjoints présentent des niveaux importants de stress comme les patients diabétiques de type 2 dont ils ont la charge. Si leur étude et la nôtre sont proches, c'est parce que comme l'ont constaté Stödberg, Sunvisson et Ahlström (2007), les proches aidants moins stressés sont

ceux qui ont accepté le diabète comme une partie normale de leur vie et s'impliquent davantage dans les soins contrairement à ceux qui se laissent aller au désespoir lorsqu'ils constatent que la santé de la personne atteinte de diabète se détériore avec le temps.

Au-delà des relations simples, le présent travail constate que le stress lié à la maladie chronique d'un proche est contagieux à la mesure des affinités entretenues avec ce dernier. Autrement dit, le lien de parenté et le niveau de stress interagissent pour influencer sur la qualité de vie du proche aidant. Dans cette perspective, ce résultat est en accord avec celui de Given et al. (2004) qui soulignent que le stress occasionne un mal-être psychologique et physique chez les proches aidants en fonction de leurs relations avec le malade. Dans ce cas, c'est la façon dont le stress était vécu par les proches aidants selon, notamment l'âge, la parenté et le statut professionnel, qui est mise en évidence.

Pour les proches aidants conjoints, les complications de la maladie du patient étaient associées à un niveau plus élevé de stress que chez les proches aidants sans emploi. Ils abandonnaient souvent le patient comme ceux qui sont plus jeunes. Bien que ces auteurs ne se sont pas intéressés au stress selon la parenté avec les patients diabétiques de types 2, ils mettent en relief les relations interactives existantes entre le fardeau ou la charge provoqué (e) chez le proche aidant et les relations qu'ils entretiennent. De plus, nous étudions la qualité de vie chez les proches aidants de patients diabétiques de type 2 alors que Given et al. (2004), traitent des variables relatives au fardeau des proches aidants en cherchant à comprendre l'impact de la prise en charge quotidienne ou le sentiment d'abandon chez les proches aidants. Même si des correspondances peuvent être établies entre le stress et le fardeau lié à l'aide apportée au proche malade comme facteur qui influe sur la qualité de vie du proche aidant, ce fardeau renvoie au concept de conséquence physique alors que celui de stress comporte en plus une dimension psychologique.

Sur la même ligne, la présente étude confirme celle de Hagedoorn et al. (2002), qui suggère que le stress chez les proches aidants dépend de leur accointance avec le patient. Toutefois, ces auteurs se sont intéressés essentiellement aux partenaires des patients (les conjoints ou conjointes), alors que nous avons pris en compte divers types de proches. De plus, le stress psychologique du partenaire était la variable dépendante dans leurs analyses alors que dans la nôtre, il sert à expliquer la qualité de vie du proche aidant. Les différences entre les deux études se situent enfin au niveau des instruments de mesure du niveau de stress. Hagedoorn et al. (2002), ont eu recours au CES-D qui est un outil composé de 20 items et servant, à la base, à mesurer les symptômes de dépression. Cet instrument, bien que pouvant servir à mesurer le niveau de stress, n'a pas les mêmes fondements théoriques que le CRA, spécifique à la mesure du stress chez les proches aidants. À l'analyse, notre étude et celle de Hagedoorn et al.

(2002) suggèrent que soutenir un proche malade provoque du stress qui impacte la qualité de vie du proche aidant, élément déterminant dans l'aide apportée au patient. Cette compréhension rend nécessaire de mener une étude pour voir dans quelle mesure le lien de parenté influe sur la qualité de vie par le mécanisme du niveau de stress.

Conclusion

La présente étude visait à apprécier la relation entre le lien de parenté, le niveau de stress et la qualité de vie chez des proches aidants de patients diabétiques de type 2. Les résultats obtenus soulignent l'influence significative de ces deux variables indépendantes sur la perception subjective de la qualité de vie. Cette qualité de vie du proche aidant est tributaire des effets cumulatifs du lien de parenté et du stress psychologique. En fait, les différences de qualité de vie subjective s'estompent au fur et à mesure que l'intensité de la relation familiale entre aidant et aidé devient forte. Précisément, chez des proches aidants de liens de parenté différents, les différences au point de vue de la qualité de vie sont plus importantes lorsque le niveau de stress est élevé, d'une part et le manque de familiarité est compensé par le niveau de stress bas, d'autre part.

Ces connaissances suggèrent que l'élaboration de politiques de santé publique en vue de l'accompagnement des proches aidants prenne en compte le lien de parenté. En fait, les professionnels de la santé amélioreraient ou préserveraient la qualité de vie des proches aidants en agissant positivement sur le lien de parenté, le niveau d'attachement pour réduire le stress de l'entourage familial exposé à bien de difficultés socio-économiques.

Références bibliographiques

- AMERICAN Diabetes Association, 2013, « Diagnosis and classification of diabetesmellitus », *Diabetes Care*, 36, p. 67-74.1.
- ANDRIEUSandrine& BOCQUETHélène, 1999,« "Le Burden" Un indicateur spécifique pour les aidants familiaux », *Gérontologie et Société*, 89, p. 155-166.
- AQUINOJean-Pierre, GUISET Marie Jo& LEGER Jean Marc, 2003,« Quelles interventions pour aider les aidants ?»,*Neurologie Psychiatrie Gériatrie*, 3, 5-9.
- ATTIAS-DONFUT Claudine, 1995, *Les solidarités entre générations*, Paris, France : Nathan.
- AVIGNON Antoine, ATTALIN Vincent, BOEGNER Catherine, PicandetM., & SULTANather, 2015,« Maladies chroniques non transmissibles : la solution est-elle numérique ? Partie 1, Chronicité et complexité », *Médecine des maladies Métaboliques*, 9, p.227-232. 2.
- AWADALLA Abdel W., OHAERI Jude U., Al-AwadiShafika A. &Tawfiq Adel M., 2006, « Diabetes mellitus patients' family caregivers' subjective quality of life», *Journal of the National Medical Association*, 98, p. 727-736.
- BONVALETcatherine, 1993,« Proches et parents», *Population*, 48, p. 83-110. 1.

- BRADBURD Norman, 1969, *The structure of Psychological WellBeing*, Chicago, IL: Aldine.
- BURY Mike, 1982, « Chronic Illness as Biographical Disruption », *Sociology of health and illness*, 34, p. 167-182. 2.
- CALAFIORE Mathieu, STALNIKIEWICZ Bertrand, FAVRE Jacques, LEBLANC Maurice, PRUVOST Michel, BAYEN Marc & Berkhout Christophe, 2015, « Quels sont les retentissements du diabète de type 2 sur la vie des conjoints de patients diabétiques ? », *Médecine des maladies Métaboliques*, 9, p. 566-574. 6.
- COUDIN Geneviève & GELY-NARGEOT Marie-Christine, 2003, « Le paradoxe de l'aide aux aidants ou la réticence des aidants informels à recourir aux services », *Neurologie psychiatrie gériatrie*, 3, p. 19-23.
- DONALDSON Catherine, TARRIER Nicholas & BURNS Alistair, 1997, « The impact of the symptoms of dementia on caregivers », *British Journal of Psychiatry*, 170, 62-68.
- GEORGE Linda & GWYTHYER Lisa, 1986, « Caregiver Well-Being: A Multidimensional Examination of Family Caregivers of Demented Adults », *The Gerontologist*, 26, p. 253-259. 3.
- GIVEN Barbara, WYATT Gwen, GIVEN Charles W., SHERWOOD Paula, GIFT Audrey, DEVOSS Danielle & RAHBAR Mohammad, 2004, « Burden and Depression Among Caregivers of Patients With Cancer at the End of Life », *Oncology Nursing Forum*, 31, p. 1105-1117.
- Hagedoorn Mariët, Sanderman Robbert, Buunk Bran & Wobbes Theo, 2002, « Failing in spousal caregiving: The 'identity-relevant stress' hypothesis to explain sex differences in caregiver distress », *British Journal of Health Psychology*, 7, 481-494. 4.
- JORWAL Pankaj, VERMA Rohit & BALHARA Yatan Pal Singh, 2015, « Psychological health of caregivers of individuals with type 2 diabetes mellitus: A cross-sectional comparative study », *Journal of Social Health and Diabetes*, 3, p. 95-101. 2.
- LARSEN Laura Stober, 1998, « Effectiveness of a counselling intervention to assist family caregivers of chronically ill relatives », *Journal of Psychosocial Nursing*, 36, p. 26-32. 8.
- LEVI-STRAUSS Claude, 1947, *Les structures élémentaires de la parenté*, Paris, France : Mouton.
- MANIDI Marie-José & DAFFLON-ARVANITOU Irène, 2000, *Activité physique et santé - Apports des sciences humaines et sociales, Education à la santé par l'activité physique*, Paris, France : Masson.
- MOHN Anne, 2010, *Analyse de la qualité de vie et de l'équilibre métabolique des patients diabétiques greffés d'îlots de Langerhans du nord-est de la France : à propos de 16 cas du réseau GRAGIL*, Sciences du Vivant (q-bio), (hal-01732151).

Koffi Dieudonné Ibrahim SAHI, N'Guessan Pierre TOVI, Banty Isabelle SAHI / Lien de parenté, niveau de stress et qualité de vie de proches aidants de patients diabétiques à Abidjan (Côte d'Ivoire)
/ revue *Échanges*, n° 19, décembre 2022

- NEUGARTEN Bernice, HAVINGHURST Robert&Todin, Sheldon, 1961,« The measurement of life satisfaction»,*Journal of Gerontology*, 16,p. 134-143.
- NINOT Grégory, 2013,« Bénéfices psychologiques des activités physiques adaptées dans les maladies chroniques »,*Science et Sports*, 28,p. 1-10.
- PIERRON-ROBINET Géraldine, BONNET Magalie, MARIAGE André& PUYRAVEAU Marc, 2016, « Les incidences du sentiment de culpabilité sur la demande d'aide de l'aidant familial », *Annales Medico-Psychologiques*, 176, p. 170-176. 2.
- PREFAUT Christian& NINOT Grégory., 2009, *La réhabilitation chronique*, Paris, France : Masson.
- STÖDBERG Rosa, Sunvisson Helena & AHLSTRÖM Gerd, 2007, « Lived experience of significant others of persons with diabetes », *Journal of Clinical Nursing*, 16, p. 215-222.
- TRAORE AnnickTijou, GobattoIssabelle., Besson R., Bernard M., 2008, juillet, *D'un savoir à l'autre. Les dynamiques familiales constitutives des savoirs sur une maladie chronique émergente : le diabète à Bamako (Mali)*, Communication présentée au 18e congrès de l' AISLF, Istanbul, Turquie.
- VAN PEVENAGE Claire& LAMBOTTE Isabelle, 2016, « La famille face à l'enfant gravement malade : le point de vue du psychologue »,*Enfances Familles Générations*, 24, 1-21.
- WILD Sarah, ROGLIC Gojka, GREEN Anders, SICREE Richard&KING Hilary, 2004,« Global prevalence of diabetes. Estimates for the year 2000 and projections for 2030», *Diabetes Care*, 27, 1047-53.