

Université de Montréal

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)

*Par*

Nadine Masamba Lulendo

Département de médecine sociale et préventive,  
École de santé publique de l'Université de Montréal

Mémoire présenté en vue de l'obtention du grade de Maîtrise en Sciences

En santé publique, option générale

Août 2021

© Masamba Nadine Lulendo, 2021



Université de Montréal

Département de médecine sociale et préventive, École de santé publique de l'Université de  
Montréal

---

*Ce mémoire intitulé*

**Autogestion du diabète de type 2: Influence des connaissances et caractéristiques socio-  
culturelles des patients fidèles des églises dites prophétiques à Kinshasa (République  
Démocratique du Congo)**

*Présenté par*

**Masamba Nadine Lulendo**

*a été évalué(e) par un jury composé des personnes suivantes*

**Nicole Leduc, Professeur titulaire**

Président-rapporteur

**Barthélemy Kuate Defo, Professeur titulaire**

Directeur de recherche

**Grégory Moullec, Professeur adjoint**

Membre du jury



## Résumé

Un problème préoccupant du suivi des patients diabétiques en République Démocratique du Congo (RDC) demeure ceux perdus de vue qui ne cessent d'augmenter. En effet, beaucoup de patients négligent la gestion de leur maladie pour plusieurs raisons, parmi lesquelles les croyances religieuses. En général, les religions promeuvent la vie et consolident sa protection. Certaines croyances religieuses, cependant, confortent des comportements démissionnaires et irresponsables au regard de la santé. La présente recherche vise à comprendre le rôle des connaissances et des facteurs religieux sur l'autogestion du diabète. Une enquête qualitative descriptive par entretiens semi-dirigés a été réalisée à Kinshasa auprès de 23 fidèles diabétiques et ainsi qu'au moyen de trois groupes de discussion impliquant des leaders religieux de ces églises. Cette étude a démontré une connaissance erronée et insuffisante de la maladie et à l'influence des croyances religieuses sur la gestion du diabète. Les participants identifiaient le diabète comme une maladie grave, curable par des prières et par des plantes traditionnelles dictées par Dieu. Ils manifestaient un déni de la maladie, ce qui influençait leurs habitudes de vie (c'est-à-dire leur régime alimentaire et leur activité physique). Se disant détenir le pouvoir de guérison, les chefs religieux pouvaient interrompre le traitement médical et acceptaient que leurs fidèles diabétiques se rendent à l'hôpital uniquement pour vérifier leur taux de glycémie. Notre étude implique que les réseaux d'affiliation religieuse et d'entraide devraient être ciblés par les stratégies de sensibilisation contre la désinformation, afin de réduire les complications et les décès dus au diabète à Kinshasa en particulier et en République Démocratique du Congo en général.

**Mots-clés:** Autogestion du diabète, caractéristiques socio-culturelles, croyances religieuses, églises prophétiques.



## Abstract

An important problem in the follow-up of diabetic patients in the Democratic Republic of Congo (DRC) remains the lost to follow-up which continues to increase. Many patients neglect the management of their disease for several reasons including religious beliefs. In general, religions promote life and consolidate its protection. Certain religious beliefs, however, reinforce resigning and irresponsible behaviors regarding health. The current research aims to understand the role of knowledge and religious factors in the self-management of diabetes. A descriptive qualitative study by semi-structured interviews was carried out in Kinshasa among 23 diabetic patients and three focus groups of religious leaders from prophetic churches. This study suggests an incorrect and insufficient knowledge of the disease, and the influence of religious beliefs on diabetes management. Participants identified diabetes as a serious disease that was curable by prayers and by traditional plants dictated by God. They displayed a denial of the disease which influenced their lifestyle (i.e., diet and physical activity). Claiming to have the ability to heal, religious leaders could interrupt medical treatment and only allowed their diabetic patients to go to the hospital to check their blood sugar levels. Our study implies that religious affiliation and mutual aid networks should be targeted by advocacy strategies against disinformation to reduce complications and deaths from diabetes in Kinshasa and in the Democratic Republic of Congo.

**Keywords:** Self-management of diabetes, socio-cultural characteristics, religious beliefs, prophetic churches.



## Table des matières

Résumé.....	5
Abstract.....	7
Table des matières.....	9
Liste des tableaux.....	15
Liste des figures.....	17
Liste des sigles et abréviations.....	19
Remerciements.....	22
Chapitre 1 : Introduction.....	23
1.1. Problématique.....	25
1.1.1. Problématique de santé publique.....	25
1.1.2. Pertinence en santé publique.....	27
1.2. Retombées en santé publique.....	27
Chapitre 2 : Revue de la littérature.....	29
2.1. Diabète.....	29
2.1.1. Définition et classification.....	29
2.1.2. Prévalence du diabète de type 2 en République Démocratique du Congo.....	29
2.2. L'autogestion du diabète : liens avec le niveau de connaissances et les facteurs socioculturels.....	30
2.2.1. Le niveau de connaissances et l'autogestion du diabète.....	30
2.2.2. Les facteurs socioculturels et l'autogestion du diabète.....	31
2.3. Le cadre théorique.....	33
2.4. Objectifs et questions de recherche.....	36

Chapitre 3 : Méthodologie de recherche .....	37
3.1. Devis d'étude.....	37
3.1.2. Site de l'étude et les églises dites prophétiques.....	37
3.1.3. Population de l'étude .....	39
3.1.4. Échantillonnage.....	39
3.1.5. Procédure de sélection des participants.....	40
3.1.5.1. Sélection des fidèles diabétiques.....	40
3.1.5.2. Sélection des chefs religieux .....	41
3.1.6. Outils et techniques de collecte de données .....	41
3.1.7. Collecte de données .....	42
3.2. Critères de scientificité.....	44
3.2.1. La validité externe .....	44
3.2.2. La validité interne.....	44
3.2.3. Critère de fiabilité.....	44
3.3. Plan de l'analyse et de gestion des données .....	45
3.3.1. Description de la phase de l'analyse thématique .....	45
3.3.2. Classification des codes.....	46
3.3.3. Dictionnaire de codification .....	46
3.3.4. L'arbre de codification .....	47
3.4. Enjeux éthiques .....	47
3.5. Transfert des résultats .....	48
3.6. Position de la chercheuse.....	49
Chapitre 4 : Résultats .....	51
4.1. Caractéristiques sociodémographiques.....	51

4.1.1. Les fidèles diabétiques .....	51
4.1.2. Les leaders religieux .....	53
4.2. Résultats de l'analyse thématique pour les fidèles diabétiques.....	53
4.2.1. L'autogestion du diabète .....	53
4.2.1.1. Le régime alimentaire .....	53
4.2.1.2. Activité physique .....	54
4.2.1.3. Le suivi médical, les traitements et les complications.....	54
4.2.2. Les connaissances sur le diabète .....	56
4.2.2.1. Les connaissances sur les symptômes et les complications .....	56
4.2.2.2. Mode de survenue/origine du diabète .....	57
4.2.3. L'influence des églises sur l'autogestion du diabète .....	58
4.2.3.1. Motivation du choix pour l'église.....	58
4.2.3.2. La perception du diabète .....	58
4.2.3.3. La curabilité de la maladie .....	59
4.2.3.4. Persévérance dans la croyance .....	60
4.2.3.5. L'accord de fréquenter la formation sanitaire par le leader .....	60
4.2.3.6. Interruption du traitement médical par les leaders .....	61
4.2.3.7. La prise en charge du diabète par l'église.....	62
4.2.3.8. Les recommandations de l'église par rapport à la maladie .....	62
4.2.3.9. Conseil des leaders face au diabète.....	63
4.2.3.10. Orientation personnelle en cas de crise de diabète .....	63
4.2.4. La représentation du diabète selon les croyances individuelles .....	64
4.2.4.1. La susceptibilité et la gravité perçues .....	64
4.2.4.2. Les avantages et les obstacles perçus.....	65

4.2.4.3. L'auto-efficacité.....	66
4.2.5. Les indicateurs d'action.....	66
4.2.5.1. La perception du diabète par l'entourage .....	67
4.2.5.2. La perception du traitement par l'entourage .....	67
4.2.5.3. Jugement de la maladie par l'entourage .....	68
4.3. Résultats de l'analyse thématique pour les leaders religieux.....	69
4.3.1. La représentation du diabète par les leaders religieux.....	69
4.3.1.1. Les connaissances des symptômes du diabète.....	69
4.3.1.2. Le mode de survenue du diabète selon les leaders.....	70
4.3.1.3. Les connaissances sur les complications du diabète .....	71
4.3.2. Attitude et pratique face à la gestion du diabète.....	71
4.3.2.1. Questionnement du diagnostic à l'esprit.....	72
4.3.2.2. Instructions spirituelles dans la pratique.....	72
4.3.3. La perception face au diabète.....	74
4.3.3.1. L'origine de la maladie .....	74
4.3.3.2. La curabilité du diabète.....	75
4.3.3.3. La solution du diabète.....	75
4.3.3.4. Fréquentation de la formation sanitaire.....	76
4.3.3.5. L'interruption du traitement médical ou du suivi dans une formation sanitaire .....	78
Chapitre 5 : Discussion .....	79
5.1. Discussion du choix de l'échantillon .....	79
5.2. L'autogestion du diabète .....	80
5.3. Les connaissances sur le diabète .....	85
5.4. L'influence des églises sur l'autogestion du diabète .....	88

5.5. Forces et limites de l'étude .....	94
5.5.1. Forces .....	94
5.5.2. Limites .....	94
5.6. Implications en santé publique .....	97
Chapitre 6 : Conclusion .....	101
Références.....	103
Annexes.....	111
Annexe I : Discours des leaders religieux à ses fidèles.....	111
Annexe II : Les guides d'entrevue .....	112
Annexe III : Dictionnaire de codification .....	119
Annexe IV : L'arbre de codification .....	123
Annexe V : Formulaire de consentement .....	125
Annexe VI : Les approbations éthiques.....	135
Annexe VII : Plan de mitigation .....	137



## Liste des tableaux

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants (n=44) .....	52
Tableau A1. Grille d'extraction et définition des thèmes .....	119



## Liste des figures

Figure 1. Cadre conceptuel du modèle des croyances en santé adapté à partir de celui de Glanz et al. (2008) .....	34
Figure 2. Arbre de codification du thème des connaissances sur le diabète .....	123
Figure 3. Arbre de codification du thème de gestion du diabète .....	123
Figure 4. Arbre de codification du thème de perception de l'entourage du diabète .....	124
Figure 5. Arbre de codification du thème de l'influence des églises sur le diabète sucré .....	124



## **Liste des sigles et abréviations**

ASBL : Associations Sans but lucratif

CERSES : Comité d'Éthique de Recherche en Science et en Santé

FID : Fédération Internationale du Diabète

ODD : Objectifs de Développement Durable

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

RDC : République Démocratique du Congo

ZS : Zone de Santé



## **Dédicace**

*Je consacre ces labeurs à mon Dieu qui ne m'a jamais abandonnée, qui se lève toujours le dernier.*

*Je dédie ce travail à mon époux en honneur de Richard Mwanda Magbetha,*

*à mes enfants Kesthia Kalemba Mayeka et Perla Mwanda Motuke,*

*à mes frères Val Masamba Lulendo, Yanchard Masamba Lulendo, Fulgence Masamba Lulendo, et Chancel Bakusthu Liyonga,*

*à mon Papa André Masamba Lulendo,*

*à tous mes neveux et nièces Élysée, Chrisnovic, Kalheb, Gad, Madi, Fulgencia, Fulgence, Loval, Veronika, Valoria et Ahottep.*

*Paix à ton âme Maman Véronique Nzumba Kinsala pour tes sacrifices.*

## Remerciements

Mes sincères remerciements vont avant tout à l'Affaire mondiale Canada plus particulièrement au Programme canadien de bourses de la Francophonie dont les activités consistent entre autres à remonter les acquis des personnels académiques œuvrant dans des institutions publiques en termes de soutiens financier et moral

Je remercie mon institution de provenance, l'Institut Supérieur des Techniques Médicales de Kinshasa, qui par ses dirigeants a accepté ma candidature à la bourse de la Francophonie au Canada m'offrant ainsi l'opportunité d'acquérir d'autres compétences.

J'adresse mes remerciements à mon Directeur de recherche le Professeur Barthélemy Kuate Defo pour avoir accepté de diriger mon mémoire en dépit de ses multiples occupations.

Je suis reconnaissante aussi envers la Professeure Nicole Leduc de l'Université de Montréal de l'École de Santé publique pour ses encouragements. Ma dette est grande envers la Professeure Géraldine Mossière et le Professeur Ignace Ndongala Maduku de l'Institut d'études religieuses de l'Université de Montréal d'avoir accepté de me soutenir dans leurs expertises.

Je ne manquerai pas de remercier mes Professeurs qui n'ont jamais cessé de me soutenir et de m'encourager dans mes études en l'honneur du Professeur Val Masamba Lulendo de l'Université de Kinshasa, Guillaume Kiyombo Mbela et le Professeur Joël Konde Nkiama de l'école de santé publique de l'université de Kinshasa, le Professeur Denis Kandolo Kankongo et le Professeur Joseph Manzambi Kuwekutika de l'Institut Supérieur des techniques médicales de Kinshasa.

J'exprime mes remerciements à mes amis et connaissances dont le soutien spirituel, moral et les conseils étaient précieux pour l'accomplissement de ce travail.

Que tous ceux qui ont contribué de près ou et de loin à la réussite de mes études trouvent ici l'expression de mes remerciements sincères.

## Chapitre 1 : Introduction

Dans la gestion des maladies chroniques, au nombre desquelles figure le diabète de type 2, la compréhension des facteurs socioculturels et le niveau de connaissances des patients contribuent à la mise en place d'une stratégie de prise en charge efficace et à la minimalisation des risques de complications (Spanakis & Golden, 2013). En effet, certaines aspirations émanant des aspects socioculturels des patients, comme les croyances religieuses, les antécédents éducationnels, les différences linguistiques, constituent des raisons pour lesquelles des soins pourtant adéquats du diabète de type 2, s'avèrent inadaptés pour certaines populations (Sohal, Sohal, King-Shier, & Khan, 2015).

Des études démontrent à ce jour que des interventions appropriées par des professionnels de santé culturellement et linguistiquement compétents peuvent mieux répondre aux besoins spécifiques de leurs populations. Cette compréhension culturelle pourrait à son tour jouer un rôle crucial dans l'optimisation de l'éducation sur le diabète de type 2 et son autogestion par le patient (Mohamed, Al-Lenjawi, Amuna, Zotor, & Elmahdi, 2013). Ainsi, l'implication du malade atteint du diabète de type 2 dans la gestion à court, à moyen et à long terme de sa maladie s'avère fondamentale (Dutour et al., 1989).

Étant donné que les personnes souffrant d'une maladie chronique doivent généralement vivre avec leur maladie pour le reste de leur vie (FID, 2017), il est souhaitable au-delà des traitements cliniques et des consultations médicales, d'envisager une prise en charge multisectorielle et multidimensionnelle pour réduire le risque de la survenue des complications et des décès dus à cette maladie.

L'objectif de recherche est de comprendre comment les connaissances et les représentations socio-culturelles, notamment les croyances religieuses des fidèles des églises dites prophétiques influencent l'autogestion du diabète de type 2.

Peu d'études ont cherché à identifier les motifs de recours et de fidélisation des personnes auprès de certaines églises quand elles ont le diabète. Cette étude vise à explorer les facteurs

de croyance susmentionnés qui influencent l'autogestion du diabète chez les sujets qui en sont atteints afin de contribuer aux nouvelles connaissances en ciblant la ville de Kinshasa. En effet, il y a dans cette ville une expansion des églises prêchant la guérison de personnes souffrant du diabète, et nous souhaitons susciter la réflexion sur le développement des stratégies de prévention des complications ou des décès dus au diabète en RDC.

Le diabète de type 2 est la forme la plus répandue du diabète et constitue un réel problème de santé publique. L'alimentation riche en glucides et le style de vie ont augmenté le nombre des cas de diabète dans le monde (Fagbemi, Azonbakin, Adjagba, Baba-Moussa, & Laleye, 2017). Cette maladie fait partie des quatre maladies non transmissibles prioritaires dans le monde (FID, 2019; OMS, 2016). La prévalence du diabète est malheureusement sous-estimée surtout en Afrique. Beaucoup de diabétiques ignorent leur état au regard des moyens disponibles pour leur dépistage et la prévention, augmentant ainsi le nombre des complications (Diop & Diedhiou, 2015).

Le diabète du type 2 peut être géré efficacement par un régime alimentaire sain, une activité physique adaptée, une prise régulière des médicaments, un dépistage régulier et un traitement précoce des complications (FID, 2017; OMS, 2020). Malheureusement, plusieurs facteurs entravent le suivi et la bonne gestion du diabète de type 2 (Alassani et al., 2017; Millogo et al., 2015). De plus, un grand nombre des patients « perdus de vue » ont été observés parmi les diabétiques traités avec des proportions disparates selon les pays. Par ailleurs, selon le concept forgé par Diallo, ont été observés parmi les diabétiques traités : 75,8% en Côte d'Ivoire et 39,8% au Gabon (Diallo et al., 2015). Cette étude de Diallo et al. (2015), porte sur le suivi à long terme des patients diabétiques en Afrique subsaharienne dans une cohorte ivoirienne. En effet, un perdu de vue est un sujet pour lequel on ne dispose pas d'information sur son statut vital ou de sa maladie une fois que le diagnostic positif est confirmé (Najdi et al., 2014). Mais aussi, 60,8% au Burkina Faso l'ont démontré (Bemba et al., 2017; Traore et al., 2019). Selon l'OMS, qui renchérit sur cette définition : un patient perdu de vue est une personne entrée dans le système de soins et suivie par une structure sanitaire, mais qui n'est pas venue à sa consultation depuis une période donnée. Un patient est considéré comme perdu de vue lorsqu'il n'a pas donné de

nouvelles trois mois après la date de son dernier rendez-vous (OMS, 2017). Parmi les principales raisons d'interruption du traitement chez les diabétiques figurent les croyances religieuses (Pono-Ntyonga, 2015). Cette situation n'épargne pas la République Démocratique du Congo (RDC) où le diabète est souvent perçu comme un mauvais sort ou une maladie diabolique, d'où le recours des malades aux églises dites prophétiques qui prêchent la guérison des maladies incurables (Ngoboka Kati, 2019). Selon une enquête effectuée en RDC en 2019, la religion catholique représente 38%, les protestants 25%, l'église de réveil 15%, les pentecôtistes 6%, les témoins de Jéhovah 3%. Les musulmans 3% et les autres religions représentent 10% dont font parties les églises prophétiques : en 2012, ces églises populaires indépendantes représentaient (0,7%) (Enquête Target Sarl, 2019; Pew Research Center, 2012).

## **1.1. Problématique**

### **1.1.1. Problématique de santé publique**

La prévalence mondiale du diabète a presque doublé, passant de 4,7% en 1980 à 8,5% en 2014 (OMS, 2016). Le diabète constitue la onzième cause d'invalidité à travers le monde et a causé 1,6 million des décès en 2015. Le diabète de type 2 est la forme la plus rencontrée au monde, représentant 90% des cas (FID, 2019; OMS, 2016). Il est non transmissible et touche généralement la population adulte entre 20 à 79 ans (FID, 2017). Les pays à faible et moyen revenu supportent plus de 80 % du fardeau mondial du diabète (FID, 2019). C'est pourquoi dans le cadre des Objectifs du développement durable (ODD) à l'horizon 2030, les États du monde ont décidé de réduire d'un tiers la mortalité prématurée due aux maladies non transmissibles, parmi lesquelles figure le diabète (OMS, 2016; ONU, 2015).

En Afrique, 25 millions des personnes âgées de 18 ans et plus souffrent du diabète, soit une prévalence de 7,1 %. Ces chiffres sont en croissance plus rapide dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (OMS, 2016). La prévalence du diabète en Afrique varie d'un pays à un autre. Elle est passée de 1,5% à 6,6% entre 1990 et 2003 au Cameroun, de 2,3% à 4,6% entre 1980 à 1996 en Tanzanie (Jaffiol, 2011). D'autres auteurs ont trouvé une prévalence de 3% au Bénin, 4,2% au

Kenya, 6,4% au Ghana, 6,7% en Guinée, 7,1% au Congo, 10,2% au Zimbabwe (Mbanya, Motala, Sobngwi, Assah, & Enoru, 2010).

En Afrique subsaharienne, le diabète occupe le 5e rang parmi les affections dominantes. D'ici 2035, la prévalence du diabète pourrait être de 5,7% et affecterait 41,4 millions des personnes (OMS, 2016). Cette prévalence élevée du diabète observée dans le monde n'épargne pas la République Démocratique du Congo, particulièrement la ville de Kinshasa où l'observance des diabétiques et la qualité des soins posent énormément de problèmes (Ngoboka Kati, 2019). La prévalence du diabète en RDC varie en fonction du milieu et se situe entre 3,5 à 14% (Longo-Mbenza et al., 2006; Mitashi, Kabinda, & Chenge, 2015). La dernière étude d'envergure nationale sur le diabète a estimé la prévalence du diabète à 16% (Longo-Mbenza et al., 2006; OMS, 2017). En dehors de la prévalence élevée relevée dans différentes études, plusieurs complications ont été observées chez les patients diabétiques. Celles-ci se manifestent par l'atteinte d'un ou plusieurs organes à des degrés et proportions variables (Jaffiol, 2011).

Malgré cette prévalence élevée de cette maladie et ses complications, le rôle des croyances, des religions et des pratiques culturelles dans l'autogestion du diabète auprès des patients n'a pas encore été suffisamment exploré en RDC. Diverses communautés ethniques connaissent actuellement une multitude de croyances religieuses et mystiques, dont certaines trouvent leurs fondements dans des aspirations culturelles et dans le retour aux sources ancestrales, luttant contre une forme de modernisation. Ces ensembles particuliers de croyances et pratiques culturelles jouent certainement un rôle dans le domaine de la santé. Un bon nombre de malades consultent en effet un guérisseur traditionnel (9%) et des églises dites prophétiques pour leur problème de santé (Berne-Wabern, 2014). En RDC, les églises dites prophétiques sont en prolifération et maintiennent des fidèles en leur promettant la guérison, décourageant ainsi les patients de recourir aux soins modernes. Ces prophètes privilégient les soins traditionnels et la prière (Mubiala, 2019). Cette situation expose les diabétiques aux complications et aux décès.

### **1.1.2. Pertinence en santé publique**

Plusieurs études ont démontré que le concept de maladie chronique est difficilement accepté en Afrique (Millogo et al., 2015). Les patients diabétiques fidèles des églises dites prophétiques ont une interprétation biaisée par leurs croyances de leur maladie; ils pensent que le diabète sucré est une maladie guérissable venant du monde diabolique (Ngoboka Kati, 2019). La notion d'incurabilité de la maladie est non acceptée. Souvent, les interventions comme l'éducation thérapeutique visent les patients qui se rendent à l'hôpital, sans tenir compte des groupes sous-représentés qui n'ont pas recours à la médecine moderne. Les particularités socioculturelles sont non considérées dans ces interventions (Ministère santé publique RDC, 2016). Les sous-groupes tels que les patients affiliés aux églises dites prophétiques qui ne se rendent pas à l'hôpital sont importants en santé publique pour la prévention des complications et des décès dus au diabète. Le rôle des croyances religieuses et des pratiques culturelles dans l'autogestion de cette maladie auprès des patients diabétiques n'a pas encore été suffisamment exploré. En comprenant mieux ces concepts, cela permettra la mise en place de programmes d'éducation et de sensibilisation axés sur les croyances, attitudes et perceptions des patients.

### **1.2. Retombées en santé publique**

Dans le contexte de l'augmentation généralisée de la prévalence du diabète de type 2 dans les pays africains à laquelle les systèmes de santé sont encore mal préparés à faire face, une compréhension approfondie de l'impact des connaissances et caractéristiques socioculturelles des patients fidèles des églises dites prophétiques à Kinshasa (RDC) sur leur autogestion du diabète de type 2 apportera des éclairages sur l'autogestion de cette maladie, ce qui est une composante essentielle à la prise en charge responsable des maladies chroniques en général.

L'étude réalisée dans le cadre de ce mémoire de maîtrise en santé publique, permet de connaître ce que les fidèles diabétiques acquièrent comme connaissances en faveur ou contre le contrôle adéquat de leur maladie, et dans quelle mesure ils adoptent des stratégies d'autogestion du diabète sucré recommandées par le ministère de la Santé de la RDC et de

l'OMS (une saine alimentation, un exercice physique régulier, une surveillance quotidienne de leur glycémie, ainsi que la prise régulière des antidiabétiques).

Étant donné qu'il existe des échanges de connaissances et des expériences entre les diabétiques, les résultats de cette recherche pourraient permettre aux autorités de la santé publique de cibler particulièrement ces réseaux d'affiliation religieuse et d'entraide par des stratégies de sensibilisation contre les désinformations afin de réduire les complications et les décès dus au diabète. En outre, ils pourraient apporter un éclairage aux stratégies de prévention des complications et de décès dû au diabète en RDC, ainsi que favoriser l'élaboration de nouveaux programmes ou des amendements aux programmes existants d'intervention concernant la prévention des complications du diabète et l'amélioration des conditions de vie des diabétiques.

Ces nouvelles connaissances auraient des retombées sur l'élaboration d'interventions efficaces auprès des personnes atteintes de diabète et fidèles des églises dites prophétiques à Kinshasa, une population qui pourrait être hautement vulnérable, ayant des chances de développer des complications du diabète jusqu'à en mourir. Des interventions ciblées auprès de cette population pourraient ainsi être éventuellement développées et leur efficacité vérifiée dans le cadre d'essais cliniques randomisés.

## **Chapitre 2 : Revue de la littérature**

Dans ce chapitre, nous nous sommes intéressés à des articles scientifiques et à la littérature grise qui abordent la gestion du diabète ou qui traitent des croyances religieuses sur la maladie et des relations entre la santé et la religion.

### **2.1. Diabète**

#### **2.1.1. Définition et classification**

Le diabète est une pathologie métabolique et endocrinienne caractérisée par une hyperglycémie chronique (Amar et al., 2019) résultant d'un déficit de la sécrétion de l'insuline, d'une résistance à son utilisation ou des deux. Bien qu'il y ait encore des questionnements sur la classification étiologique du diabète, la Fédération internationale du diabète (FID) distingue trois grands types de diabète : diabète de type 1, diabète de type 2 et le diabète gestationnel (FID, 2017). Par contre, elle souligne avoir d'autres types spécifiques de diabète (FID, 2017). Le diabète de type 2 est la forme la plus fréquente (90% des cas) et se manifeste généralement à l'âge adulte. Certaines personnes peuvent être atteintes sans s'en apercevoir, étant donné un nombre très variable de symptômes selon les normes et directives de la prise en charge du diabète (FID, 2017).

#### **2.1.2. Prévalence du diabète de type 2 en République Démocratique du Congo**

Le diabète de type 2 représente actuellement environ 90% des cas de diabète (Amar et al., 2019). En République Démocratique du Congo (RDC), il n'existe pas d'études représentatives au niveau national ou au niveau populationnel sur la prévalence du diabète. Cependant, il y a des études menées en milieu hospitalier et dans certaines provinces qui montrent une augmentation de la prévalence du diabète. Initialement rare avec une prévalence de 0,12% selon une étude réalisée à Léopoldville en 1962 (Bourgoignie, Sonnet, & Dechef, 1962), le diabète en milieu urbain et semi-rural a une prévalence autour de 16% à Kinshasa (OMS, 2005). Elle était de 4,8% dans la ville semi-rurale de Kisantu en 2007 (Muyer et al., 2011). Une étude

rétrospective réalisée dans le Katanga a montré une prévalence variant de 0,006% en 2009 à 0,015% en 2014 (Tshikongo et al., 2015). Dans la province du Sud-Kivu, sa prévalence est de 4% en milieu urbain contre 1,7% en milieu semi-rural (Katchunga et al., 2012).

## **2.2. L'autogestion du diabète : liens avec le niveau de connaissances et les facteurs socioculturels**

### **2.2.1. Le niveau de connaissances et l'autogestion du diabète**

L'autogestion fait référence à la capacité de prendre soin de soi et d'effectuer les activités nécessaires pour atteindre, maintenir ou promouvoir une santé optimale (Kamradt et al., 2014). L'autogestion du diabète dépend du niveau des connaissances des personnes souffrant de cette maladie. Selon l'OMS, les personnes atteintes du diabète doivent régulièrement mesurer leur glycémie, leur tension artérielle et avoir leur bilan lipidique afin de prévenir les complications. Ils doivent aussi se faire dépister pour des lésions oculaires et rénales ainsi que pour vérifier l'état de leurs pieds régulièrement. En plus du diagnostic, ils doivent recevoir des traitements et changer leurs habitudes de vie (OMS, 2016).

En RDC, une étude transversale mesurant le niveau de connaissances des patients avait trouvé que 72,3% de diabétiques du type 2 avaient une mauvaise connaissance de la maladie. Les facteurs associés au niveau de connaissances étaient l'âge, le sexe, le niveau d'éducation, et la durée de la maladie (Ntontolo, Lukanu, Ogunbanjo, Fina, & LNM., 2017). De même, le niveau de connaissances concernant le dépistage, les complications, les traitements ainsi que les causes de l'hypertension artérielle était faible d'après une étude au niveau de la population générale (Katchunga et al., 2012). D'autres études indiquent que 78% des personnes diabétiques ne savent pas qu'il faut réaliser des examens périodiques pour éviter des complications et que 52% ne savent pas composer un repas équilibré (Janand-Delenne, Seжил, Rocher, & Calemczuk, 2010). Il existe également dans la prise en charge du diabète un lien entre l'adhésion au traitement et la connaissance des médicaments (posologie, mécanisme d'action, régime, etc.) et le contrôle de la glycémie (Brundisini, Vanstone, Hulan, DeJean, & Giacomini, 2015). Cependant, le niveau

de connaissances n'agit pas tout seul sur la gestion du diabète. D'autres facteurs d'ordre socioculturel peuvent l'influencer.

### **2.2.2. Les facteurs socioculturels et l'autogestion du diabète**

Les facteurs socioculturels associés à certaines maladies peuvent varier selon les pays, les régions ou les tribus. Mannoni définit le contexte social comme « les êtres et les objets qui nous entourent, éveillent dans notre esprit [...] une idée, un concept, une image [...] une pensée » (Mannoni, 2006). Les facteurs socioculturels peuvent inclure les normes, les valeurs, les attitudes et le soutien social (De Man et al., 2019).

Les études en Afrique subsaharienne démontrent que les maladies chroniques sont parfois perçues d'une façon surnaturelle, irrationnelle et que face à cette perception, les croyances religieuses ont de l'influence sur la perception de la maladie (Adoukonou et al., 2015). Par exemple, des études qualitatives ont souligné que l'alimentation, l'exercice physique et l'observance thérapeutique sont influencés par les croyances spirituelles (Duke & Wigley, 2016). Certaines études illustrent que les facteurs socioculturels sont liés à la gestion du diabète (Al-Sahouri, Merrell, & Snelgrove, 2019; De Man et al., 2019). Une étude ethno-épidémiologique de Imbert porte sur des études qui traitent de la situation épidémiologique à l'échelle internationale sur le diabète de type 2 et ses complications. Cette étude a examiné les représentations de la maladie chez les autochtones diabétiques et a conclu que les facteurs socioculturels devaient être intégrés dans la gestion du diabète et que ceci pourrait contribuer à l'amélioration de la compréhension des barrières culturelles (Imbert, 2008).

La culture ainsi que les tendances ethniques influencent les soins auto administrés du diabète en favorisant des attitudes négatives à l'égard du traitement, en favorisant des remèdes traditionnels et la promotion des croyances fatalistes au sujet du diabète (Engebretson, 2013; Lipton, Losey, Giachello, Mendez, & Girotti, 1998). En Asie, la gestion du diabète de type 2 était liée au rôle de la famille (soutien social), aux barrières linguistiques, à l'intégration de la médecine alternative et aux habitudes de vie (Mora & Golden, 2017). De plus, certains

diabétiques perçoivent la médecine traditionnelle comme supérieure à la médecine moderne pour gérer leur diabète (Al-Sahouri et al., 2019; Ntontolo et al., 2017).

L'article de Ezembe traite des représentations de la maladie et du soin (Ezembe, 2009). L'auteur établit que le système culturel est un atout avec sa logique propre selon chaque société et conditionne l'ensemble des comportements en matière médicale. Il aborde le sujet par l'approche anthropologique, et distingue la maladie naturelle ou de l'hôpital et la maladie indigène qui relève de la médecine africaine. Si la médecine moderne (occidentale) se réfère à la formation scientifique et universitaire, et soigne la maladie à l'aide des médicaments, la médecine traditionnelle africaine situe l'origine de la maladie dans un espace culturel et même intentionnel bien déterminé. La maladie est l'effet de l'action intentionnelle d'un autre, l'effet du désir d'un autre socialement situé, soit d'un sorcier. L'auteur conclut que la médecine moderne soigne les lésions, la médecine traditionnelle soigne le contexte anxiogène, que celui-ci soit la conséquence d'une maladie organique ou celle d'un problème psychosocial exprimé par la somatisation. En se répartissant les rôles, les deux médecines s'ajustent l'une à l'autre dans l'esprit du malade africain (Ezembe, 2009).

La littérature rapporte l'impact des connaissances des patients et des facteurs socioculturels sur la gestion du diabète. Cependant, aucune étude dans le contexte de la RDC n'a mis un accent sur le rôle de ces deux variables auprès d'une sous population très exposée à des complications du diabète. Ceci est important, car en RDC, les croyances de la population jouent un rôle important sur la gestion de leur maladie. Lorsque les personnes sont diagnostiquées positives surtout à une maladie chronique, elles doutent du résultat, car toute maladie non guérissable est un mauvais sort ou elle a une cause obscure, due à la sorcellerie (Ngoboka Kati, 2019). Ces personnes se confient aux chefs religieux pour trouver la guérison par la prière ou par un traitement traditionnel (Newlin Lew, Arbauh, Banach, & Melkus, 2015). Les discours de leurs pasteurs sont remplis de promesses quant au salut de l'âme, à la santé du corps, à la protection contre les mauvais esprits et au bien-être matériel. Ces discours assurent ainsi des fonctions messianique, prophétique et thérapeutique au sein de la société.

## 2.3. Le cadre théorique

Notre étude s'appuie sur la théorie des croyances en santé. Cette théorie a été créée en 1950 par Hochbaum, mais a été davantage développée par d'autres auteurs comme Glanz et collègues (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). Le modèle des croyances en santé a pour but de faire ressortir les aspects liés à la perception de la maladie pour déterminer un avantage ou désavantage du traitement, la perception d'une manière individuelle, la peur de la maladie comme un frein dans la façon d'acquérir les connaissances dans un processus d'un bon suivi médical tel que le contrôle du traitement et le contrôle pour prévenir les complications de la maladie (Glanz et al., 2008).

Dans cette théorie, le comportement d'un individu face à la maladie qui est lié au traitement, à la maladie et à la santé est soutenu par quatre piliers majeurs (Figure 1); la susceptibilité perçue, la gravité perçue, les avantages perçus, et les obstacles perçus. Ces croyances individuelles peuvent être influencées par des variables modifiables telles que la culture, la religion, la situation socio-économique d'un individu, le niveau d'éducation, l'expérience vécue, les compétences et les motivations.

La **susceptibilité perçue** est la perception de la vulnérabilité à la maladie (diabète) et à ses complications. En d'autres mots, c'est la prise de conscience de la personne de sa prédisposition à développer le diabète (hérédité, obésité, alimentation, stress) et des différentes issues (Glanz et al., 2008).

La **gravité perçue** est la perception de la sévérité de la maladie et de ses complications qui détermine la décision à prendre pour le suivi de la maladie. C'est d'accepter que la maladie et ses conséquences soient graves et que les gens en décèdent. C'est d'être convaincu que le traitement procure plus d'avantages que le contraire dans le sens des effets indésirables, contraintes, coûts (Glanz et al., 2008).

Les **avantages perçus** englobent la possibilité de tirer les bénéfices sur la santé en observant les recommandations médicales et les habitudes de vie saine. Par exemple, suivre un bon régime

alimentaire, avoir un mode de vie adéquat, pratiquer de l'activité physique ainsi que le suivi de traitements et de ses complications (Glanz et al., 2008).

Les **obstacles perçus** sont des barrières perçues par l'individu qui peuvent influencer et/ou freiner son changement de comportement au niveau des recommandations médicales et des habitudes de vie. Ces obstacles peuvent être liés au coût des services, aux influences environnementales et aux croyances (Glanz et al., 2008).

Avec l'évolution du modèle de départ s'est ajoutée l'auto-efficacité parmi les croyances individuelles et les indicateurs d'action (Bandura, 1977; Glanz et al., 2008).

L'**auto-efficacité** est la perception en son habileté et/ou à sa capacité de réussir à adopter un certain comportement. En d'autres termes, c'est le fait d'avoir confiance en son succès.

Les **indicateurs d'action** sont des événements qui poussent les gens à modifier leur comportement. Ils interviennent d'une manière interne et externe : par exemple, recevoir des informations, agir suite aux symptômes ressentis par l'individu, apprendre la maladie d'un membre de la famille, l'entourage, campagne médiatique de masse, connaître un membre de l'église atteint d'une maladie (Glanz et al., 2008).

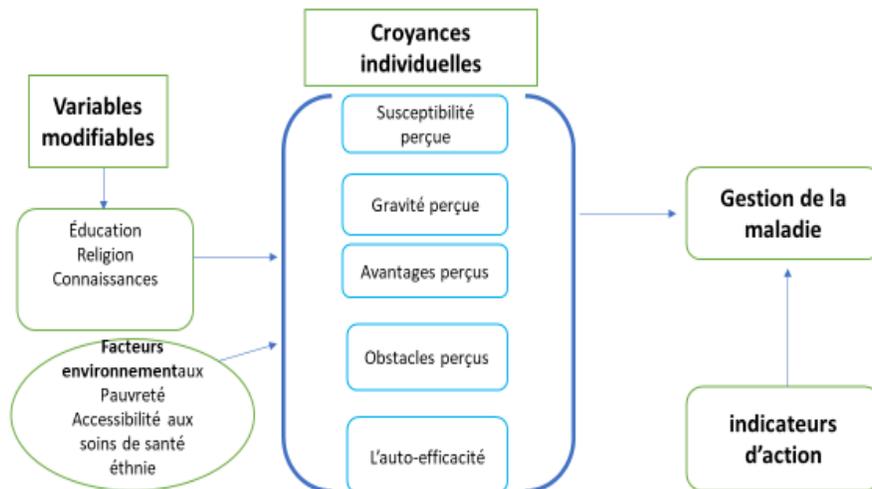


Figure 1. Cadre conceptuel du modèle des croyances en santé adapté à partir de celui de Glanz et al. (2008)

Nous avons pu élargir notre cadre conceptuel. Nous avons aussi observé que La plupart de ces communes périphériques sont des communautés défavorisées exposées à plusieurs facteurs environnementaux tels que : un environnement de pauvreté, les gens vivent dans un endroit enclavé, très loin des centres de santé, des pharmacies, pas de route, pas d'eau, pas d'électricité. Tous ces éléments importants peuvent avoir de l'influence sur les croyances individuelles, et ainsi que l'accès restreint à des ressources alimentaires diversifiées à une incidence sur une autogestion inadéquate du diabète.

En appui au modèle des croyances en santé, une étude avait développé l'approche centrée sur la maladie et avait précisé les facteurs socio-culturels qui influencent les aspects du comportement et bloquent un individu dans la prise en charge des médicaments (Mabika, 2016). Dans cette perspective, la perception du régime alimentaire et les difficultés liées au détail diététique ainsi que le traitement sont perçues comme ennuyeuses, pénibles, difficiles. Les patients assimilent mal l'importance du régime alimentaire dans leur processus de la maladie. Pourtant, il est important pour une bonne prise en charge d'un patient diabétique d'avoir une connaissance de sa maladie, d'être susceptible d'accepter sa maladie et de connaître les aspects environnementaux et socioculturels qui l'entourent (Jeoffrion, Dupont, Tripodi, & Roland-Lévy, 2016).

Notre cadre conceptuel considère que les croyances religieuses et les connaissances sur la maladie déterminent les croyances individuelles qui poussent l'individu à développer un comportement spécifique pour l'amélioration de son état de santé. Le quotidien d'un individu et de ses comportements pendant des moments durs de la maladie, comporte des facteurs variables à observer, notamment les facteurs culturels tels que la religion par rapport à la croyance, l'éducation qui modifient et influencent la pratique dans la gestion de la maladie, mais également, le vécu du traitement et les relations du patient avec les professionnels de santé (Baudrant-Boga, 2009; Pomey, Ghadiri, Karazivan, Fernandez, & Clavel, 2015).

## 2.4. Objectifs et questions de recherche

Étant donné que les fidèles des églises dites prophétiques qui sont diabétiques sont une catégorie moins étudiée, quoique vulnérable aux complications et aux décès liés au diabète, ce mémoire vise à comprendre les facteurs qui influencent l'autogestion du diabète dans cette communauté. Plus spécifiquement, nous rappelons que l'objectif de recherche est de comprendre comment les connaissances et les représentations socio-culturelles, notamment les croyances religieuses des fidèles des églises dites prophétiques influencent l'autogestion du diabète de type 2. Les questions de recherche qui se dégagent de cet objectif sont les suivantes :

- Comment les patients qui se rendent dans les églises dites prophétiques gèrent-ils leur diabète ?
- De quelle manière les connaissances des patients fidèles des églises dites prophétiques affectent-elles l'autogestion du diabète de type 2?

Quels rôles jouent les facteurs socioculturels tels que les croyances religieuses dans l'autogestion du diabète de type 2 chez les patients fidèles des églises dites prophétiques ?

## **Chapitre 3 : Méthodologie de recherche**

Nous avons conduit une recherche qualitative pour comprendre en profondeur les perceptions, les attitudes et pratique de la gestion du diabète auprès de nos participants d'étude. Ce chapitre aborde le devis d'étude, soit le site et la population à l'étude, l'échantillonnage, les outils de collecte de données, la méthode analytique et les considérations éthiques.

### **3.1. Devis d'étude**

Nous avons mené une étude qualitative à Kinshasa auprès des fidèles qui souffrent du diabète de type 2 et des leaders religieux des églises dites prophétiques. Nous avons recueilli les opinions relatives à leur attitude, à leur perception et à leur autogestion du diabète étant donné leur croyance religieuse. Nous exposerons ci-après pour ce devis le site choisi, la population à l'étude, l'échantillonnage, les procédures de sélection des répondants, les outils de collecte de données, la collecte de données et les critères de scientificité retenus.

#### **3.1.2. Site de l'étude et les églises dites prophétiques**

Selon la politique sanitaire de la RDC, la ville de Kinshasa est répartie en 35 zones de santé. Elle compte actuellement une population générale d'environ 14 339 635 habitants, avec une densité de 1 439 habitants au km<sup>2</sup> et une superficie de 9965 km<sup>2</sup>.

En raison des contraintes de moyens et de temps, nous n'avons pas pu enquêter les personnes éligibles pour notre étude dans toutes les zones de santé de Kinshasa. Cependant, notre choix s'était porté plus précisément sur 6 zones de santé. C'est un choix pris par convenance, pour la simple raison que ses zones comptent un afflux des églises dites prophétiques. Ces églises sont localisées dans des zones de santé périphériques de la capitale. En fonction de la disponibilité des leaders d'églises et par convenance, nous avons sélectionné les zones de santé de Bumbu, Kinsenso, Kimbanseke, Makala, N'djili et Sélembao.

Au regard des prescrits de la loi N° 004/2001 du 20 juillet 2001 portant des dispositions générales applicables aux associations sans but lucratif et aux établissements d'utilité publique, en vigueur en République Démocratique du Congo, les églises dites prophétiques sont des Associations sans But lucratif (ASBL) ("Loi N° 004/2001 du 20 Juillet 2001 Portant Dispositions Generales Applicables aux Associations Sans But Lucratif et aux Etablissements d'Utilité Publique," 2001). Par définition et classification, en son Article 1 du Titre 1, Chapitre 1 et Section 1, l'ASBL est celle qui ne se livre pas à des opérations industrielles ou commerciales, si ce n'est à titre accessoire, et qui ne cherche pas à procurer à ses membres un gain matériel. La loi continue en renchérissant en son article 2 que l'ASBL est par sa nature et son objet soit :

1. Une association à caractère culturel, social ou éducatif ou encore économique ;
2. Une organisation non gouvernementale ;
3. Une association confessionnelle.

Il faut noter que pour l'exercice des cultes, en son article 46 de la Section 2, sous-section 1, en RDC, il n'y a pas de religion d'État. Toute personne a droit à la liberté de pensée, de conscience et de religion. Il est permis, poursuivant le même article, que toute personne a droit de manifester sa religion et ses convictions, seule ou en commun, tant en public qu'en privé par le culte, l'enseignement, les pratiques, l'accomplissement des rites et de l'état de vie religieuse sous réserve de l'ordre public et de bonnes mœurs.

À cet effet, par rapport à la religion catholique, aux religions protestantes comme l'église du Christ au Congo ou l'église Kimbanguiste, et à la religion musulmane, la série d'églises ayant fait l'objet de notre sélection appartient à la catégorie de celles appelées « églises indépendantes » ; ces églises ne sont pas soumises, pour la plupart d'entre elles, à une idéologie, à une doctrine ou à un ordre préexistant. Par idéologie ou doctrine, selon l'esprit de la loi en vigueur, rien n'est tracé d'avance : il s'agit de la vision ou de la philosophie exprimée et défendue par le Fondateur de l'église. Ainsi, toujours dans ses dispositions et pour clarifier ce qui est dit précédemment, la loi dite en sa Sous-Section II, Article 49, point 4, que, pour être Fondateur d'une église en RDC, il faut faire démonstration d'une doctrine religieuse suffisamment élaborée.

### **3.1.3. Population de l'étude**

La population d'étude était composée des fidèles membres des églises dites prophétiques tous genres confondus. De cette population, nous avons tiré deux cibles par convenance et d'une manière raisonnée, des fidèles souffrant de diabète de type 2 et les leaders religieux de ces églises. Les leaders religieux ont été choisis pour émettre une perspective différente au niveau de la gestion du diabète de leurs fidèles.

Les fidèles devaient remplir les critères d'inclusion suivants : être membre régulier de l'église depuis au moins une année, être diabétique de type 2 reconnu et certifié par une carte de suivi médical, être dans la tranche d'âge qui variait entre 20 et 79 ans (une tranche d'âge sur laquelle l'OMS et FID estiment trouver les personnes adultes atteintes du diabète de type 2) et ayant vécu avec le diabète pendant au moins 5 ans. Ces critères nous permettaient d'être en mesure d'étudier leur gestion à long terme et d'évaluer leur perception du diabète, étant donné les croyances dans leur église.

Les fidèles souffrant du diabète qui étaient exclus de notre étude comprenaient: les fidèles diabétiques, mais seulement occasionnels ou sympathisants des églises dites prophétiques; les fidèles diabétiques ayant moins de cinq ans de diabète et moins d'une année comme membre de l'église.

### **3.1.4. Échantillonnage**

Notre étude a porté sur 23 personnes ayant le diabète (17 femmes, 6 hommes) âgées de 34 à 71 ans et fidèles des églises dites prophétiques, et 21 leaders religieux de ces mêmes églises. Au niveau des leaders, nous avons porté notre choix sur trois niveaux de leaders de ces églises pour recueillir leurs opinions : les leaders titulaires, les leaders adjoints, et les leaders administratifs (des secrétaires et des conseillers). Ce choix était fait aux fins de la saturation des informations auprès de ces leaders qui ont pratiquement la même vision et doctrine de leur église. Le premier groupe de discussion des leaders titulaires était constitué de quatre hommes et trois femmes âgés de 34 à 51 ans. Le deuxième groupe de discussion des leaders adjoints était

composé de quatre hommes et six femmes âgés de 32 à 66 ans. Enfin, le troisième groupe des leaders administratifs comprenait six femmes et un homme âgé de 33 à 61 ans.

### **3.1.5. Procédure de sélection des participants**

#### **3.1.5.1. Sélection des fidèles diabétiques**

Les individus étaient sélectionnés en fonction de leurs liens avec les églises dites prophétiques à Kinshasa selon un critère basé sur l'échantillonnage raisonné par boule de neige ou par réseau. La sélection était faite dans des églises. Dans un premier temps, nous étions entrés en contact avec les chefs religieux pour leur parler clairement de notre enquête. Nous avons jugé utile d'associer les leaders religieux à la sélection des fidèles étant donné qu'ils connaissent un grand nombre des fidèles de leurs églises. Aussi compte tenu de la relation religieuse entre « fidèle et chefs religieux », nous pouvions bénéficier de cette relation afin d'identifier parmi leurs fidèles, ceux qui souffrent du diabète. Ensuite à partir de ces fidèles, nous avons étendu la sélection jusqu'au nombre qui assurait la saturation des informations recueillies compte tenu de nos questions de recherche.

Pour recruter les fidèles des églises dites prophétiques, le leader religieux devait prononcer un court discours à la fin du culte ou d'une cérémonie (voir Annexe I pour l'exemple du discours). Ce discours détaillait le sujet de recherche ainsi qu'une description de l'étudiante responsable du projet. Après présentation de l'étudiante, il était convenu que les participants consentent à se manifester d'une manière volontaire à leur leader religieux et que ce dernier transmette les noms et coordonnées de ces participants volontaires à l'étudiante responsable. Cette démarche nous a permis de faire la sélection nous-mêmes des participants qui avaient manifesté leur intérêt et consentis à participer à notre étude en communiquant leurs coordonnées à leurs leaders religieux. Cette démarche nous a aussi permis d'éviter le biais de sélection, dans la confidentialité conforme aux règles éthiques de protection des sujets humains, ceci, dans le but de ne pas aboutir au manque de représentativité de l'échantillon.

Au cas où le leader religieux nous présentait un seul fidèle, à partir de ce dernier, nous nous sommes attelés au recrutement des autres. Nous avons informé les premiers participants

qu'avant de transmettre à la chercheuse les coordonnées des autres participants, ils devraient obtenir leur accord au préalable.

### **3.1.5.2. Sélection des chefs religieux**

Les églises dites prophétiques constituent une variété culturelle basée sur l'ethnie, l'éducation, la doctrine et tant d'autres; elles incluent les Mpeve Wa Longo, Bundu Dia Kongo, Kintuadi, Tata Wonda, Kimbanguiste, etc. Cependant, il y a un manque de données ou de documentations relatives à la répartition de ces églises à travers la ville de Kinshasa. La plupart de ces églises se retrouvent dans des zones de santé périphériques. Nous avons par conséquent procédé par un échantillonnage de convenance de ces églises. Quant à la sélection des leaders religieux, ils ont été choisis selon leur disponibilité de pouvoir répondre au groupe de discussion au jour du rendez-vous. Parmi les six zones de santé sur lesquelles nous avons porté notre choix, chacune d'entre elles comptait plusieurs églises prophétiques, mais nous nous sommes limités à deux églises par zone de santé.

Nos participants étaient réunis pour l'animation du groupe après avoir reçu leur approbation de participer à l'étude. Ensuite une invitation verbale et au téléphone leur avait été adressée pour participer à l'étude. Pour ceux qui ne possédaient pas de téléphone, la chercheuse les contactait directement en se rendant à leur adresse.

### **3.1.6. Outils et techniques de collecte de données**

Nous avons utilisé deux outils de collecte de données : le guide d'entrevue individuelle pour les fidèles diabétiques des églises dites prophétiques, et le guide pour la discussion de groupe pour les leaders religieux (voir Annexe II pour les guides d'entrevue). Les guides ont été adaptés pour répondre aux besoins de notre culture et de notre population d'étude. Nous nous sommes référés à plusieurs études pour construire nos guides d'entrevue parmi lesquelles figure le questionnaire développé par Kamradt (Kamradt et coll., 2014) dans son étude sur l'évaluation de l'autogestion des patients diabétiques. Aussi, nous nous sommes basés sur des questionnaires qui évaluaient les besoins spirituels des diabétiques par les professionnels de santé (Anandarajah & Hight, 2001; Duke & Wigley, 2016) et les aspects socioculturels liés à une

maladie (Adoukonou et al., 2015). Enfin, nos guides d'entrevue contenaient des questions concernant les aspects sociodémographiques, les connaissances sur le diabète, l'autogestion de cette maladie et les aspects concernant l'influence des églises dites prophétiques sur le diabète. Ils étaient traduits en langue locale (le Lingala), et ils ont subi plusieurs modifications dans la conception et la façon de poser des questions aux participants à partir d'un prétest réalisé.

### **3.1.7. Collecte de données**

Nous avons recueilli des données par des entrevues individuelles et par des groupes de discussion. Pour les groupes de discussion, nous avons procédé à un entretien collectif semi-dirigé par lequel nous avons aussi obtenu des données de confrontation. Nous avons été dans des églises dites prophétiques sélectionnées par convenance. Les leaders de ces églises avaient passé l'annonce à l'église sur l'objet de la recherche; ceux qui étaient intéressés devaient passer soumettre leurs noms et coordonnées et souligner leur accord au leader de participer à l'étude. Sur la base de la liste dressée par le leader, nous avons sélectionné les participants qui répondaient aux critères d'inclusion de notre étude. Quelques rares participants étaient interviewés en face à face dans leur lieu de travail, tandis que pour la grande majorité, la collecte de données fut réalisée en face à face dans une salle louée à cet effet. Ces entrevues individuelles avaient duré en moyenne de 30 à 45 minutes par personne.

En ce qui concerne les leaders des églises, nous les avons sélectionnés par convenance de la même façon que la sélection de leurs églises. Il était judicieux de sélectionner à la fois une église et son leader en même temps. Les leaders faisaient partie du groupe de discussion dans le cadre de notre étude. Les entretiens collectifs semi-dirigés des leaders étaient réalisés toujours dans un cadre neutre loué pour cet objectif afin de réduire certains aléas (tels que les problèmes d'égo des leaders, la distraction). Les discussions de groupe étaient réalisées en une durée de moins de deux heures. Les trois groupes constitués pour la collecte de données auprès des leaders religieux étaient là pour confronter les perceptions de chacun d'eux jusqu'à la saturation des données. L'outil qui a notamment été utilisé était un questionnaire ouvert semi-structuré à l'aide d'un guide d'entretien et de discussion, tant pour les adeptes diabétiques que pour les leaders religieux.

Pour tester notre outil de collecte de données, nous avons procédé à un prétest sur un échantillon de 5 participants diabétiques choisis de façon aléatoire et issus de la même population de fidèles des églises dites prophétiques, mais non sélectionnés pour notre étude et remplissant les mêmes critères d'inclusion énumérés supra. Les résultats de ce prétest sur les adeptes diabétiques avaient permis de modifier notre outil et notre méthodologie de terrain. Par exemple, nous avons pensé exclure la tranche d'âge de 60 ans et plus de notre étude avant d'aller sur le terrain pour éviter le biais de déficience de mémoire. Cependant lors du prétest, les fidèles diabétiques d'au moins 60 ans nous ont fourni des informations utiles montrant l'utilité de leur inclusion. Le prétest nous a également permis de réajuster nos questionnaires sur le terrain. Par ailleurs, nous avons exclu certaines zones de santé de Kinshasa pour de raison d'absence de ces églises selon les informations fournies par les représentants de chaque zone de santé.

Les entrevues individuelles et les discussions des groupes étaient enregistrées par un dictaphone enregistreur pour nous permettre de suivre et de transcrire fidèlement les récits de nos participants. Quant aux observations telles que celles des gestes de mains, des expressions faciales et ceux des soupirs (mimiques), elles ont été inscrites sur un bloc-notes selon chaque participant pour nous aider à établir son expression non verbale. Les groupes de discussion ont été animés par la chercheuse. Un rapporteur bien formé était responsable des prises de notes pendant les entretiens de groupes. Cette personne avait la responsabilité de noter aussi le temps de la prise de parole de chaque participant. En d'autres mots, cette personne construisait un squelette du verbatim lors de la collecte de données pour faciliter la transcription par la suite.

Compte tenu de la pandémie de la Covid-19, nous avons tenu au respect de mesures barrières contre la propagation de la maladie, incluant : les règles d'hygiène et de distanciation physique de 2 mètres entre les participants, le port de masque obligatoire et des visières pour éviter les contaminations, ainsi que le lavage des mains régulier. Des masques et les gels hydro alcooliques étaient aussi fournis aux participants.

## **3.2. Critères de scientificité**

### **3.2.1. La validité externe**

Nous avons préservé la validité externe par la transférabilité en donnant une description détaillée du contexte de l'étude qui dépend de plusieurs facteurs socioculturels, démographiques et économiques. La transférabilité permettra aux autres recherches d'appliquer les résultats de notre étude. En revanche, les conclusions de notre étude risquent de ne pas être généralisables à d'autres contextes religieux et culturels similaires à la suite des facteurs évoqués ci-haut qui sont dépendants d'une région à une autre (la croyance, les valeurs, l'ethnie, l'éducation, l'entourage, etc.).

### **3.2.2. La validité interne**

Pour la validité interne, nous avons appliqué le critère de crédibilité en mettant au point la triangulation des perspectives issues de plusieurs sources de données qui sont : des fidèles et des différents groupes de leaders religieux (les titulaires, les adjoints et les administratifs). Ainsi, les différentes sources de données enrichiraient nos analyses jusqu'à la saturation des perceptions recueillies. Aussi, nous avons fait un retour aux participants et aux leaders par l'approche de transfert intégré des connaissances. Ceci nous a permis de confirmer nos interprétations pour assurer la crédibilité de notre étude. Ces deux techniques de collecte et d'analyse de données retenues pour cette étude nous ont permis d'enrichir nos résultats avec différents points de vue.

### **3.2.3. Critère de fiabilité**

Le critère de la fiabilité concerne la mesure et la reproductibilité de l'étude. Il est basé sur l'utilisation des instruments uniformes de collecte des données et de procédés d'enquête. Nos questionnaires sont issus de l'adaptation des questionnaires trouvés dans la littérature. Nous avons effectué un pré-test auquel nous avons pu modifier nos outils (guide d'entretien individuel et guide des entrevues en groupe), L'enquête proprement dite était effectuée à l'aide d'un échantillon raisonné par convenance. Nous avons utilisé le journal de bord pour nous servir

des orientations discernées mais aussi pour mentionner des éventuelles observations du terrain. Toutefois, tous nos participants avaient été soumis à un questionnaire mais les sous-questions s'adaptait à chaque personne interviewée afin de creuser l'expérience de chaque participant. En plus, nous avons utilisé une application conforme des procédés d'administration de notre recherche et la mise en œuvre des méthodes de vérification de la complétude des fiches d'entrevues. La correction des données et surtout des méthodes de validation des réponses notées sur les questionnaires comparativement à celles enregistrées dans le dictaphone a été faite à la fin de chaque entrevue en suivant le critère de fiabilité défini par Proulx et Kemp comme fidélité et consistance d'une étude. (Proulx, 2019). Le caractère reproductible de l'étude n'est pas réalisable du fait de la pandémie, mais les mêmes répondants, questionnaires pourraient produire des réponses similaires.

### **3.3. Plan de l'analyse et de gestion des données**

#### **3.3.1. Description de la phase de l'analyse thématique**

Notre plan d'analyse s'est conformé à celui de Braun (2006) : après le prétest, en s'inspirant du guide d'entretien et de discussion, une fiche de synthèse avait été rédigée pour résumer les thèmes et les observations qui sont ressortis de ce prétest. Les éléments ressortis de ce prétest nous avaient permis d'ajuster les questions et d'intégrer dans le guide des questions ou des aspects pertinents à notre étude lors de la collecte proprement dite. Après chaque entretien individuel et discussion de groupe, des fiches synthèses étaient élaborées pour ne pas perdre les premières informations en notre possession.

Tout en nous familiarisant avec nos données, nous avons procédé au premier niveau à une transcription fidèle mot à mot des données recueillies en écoutant attentivement l'enregistrement afin de produire un document Word qui reprend textuellement le récit de chaque participant de façon rigoureuse. Ces transcriptions étaient vérifiées et corrigées en réécoutant les enregistrements plusieurs fois pour s'assurer de leur fidélité. Les observations notées lors des entretiens individuels et de groupes de discussion ont été intégrées dans les verbatim.

Au deuxième niveau, nous avons importé nos données dans le Logiciel QDA Miner version 6.02 (Provalis Research, 2020) pour les analyses. Ce logiciel nous avait permis de créer des codes élémentaires à partir de nos verbatim et ces codes avaient subi les mêmes observations dans tous nos verbatim. Ensuite, nous avons regroupé ces codes en thèmes générés sur tous nos verbatim. Nous avons ressorti plusieurs thèmes selon que nous abordions une approche inductive, en vérifiant sa fonctionnalité avec les extraits pertinents qui ont été codés dans nos verbatim. Dans la hiérarchie des codes, nous avons eu des sous-codes et des sous codes, mais avons fusionné des codes pour faire ressortir des thèmes, et certains codes ont été subdivisés en sous-codes. Tous les extraits importants de chaque thème ont été rassemblés et nous avons analysé les grands thèmes les plus pertinents, innovants et distinctifs afin de les mettre en regard à nos objectifs de recherche et de répondre à nos questions de recherche (Braun & Clarke, 2006), en utilisant notre cadre conceptuel.

### **3.3.2. Classification des codes**

Nous avons fait la codification comme l'analyse thématique la prescrit et nous l'avons classifiée en nous référant au modèle de Saldaña (2013). Pour structurer ces codes, nous avons choisi de les classer comme suit : en code de procédure qui s'intéresse aux aspects interpersonnels ou aux verbes d'action, en code de structure (par ex., connaissance du moment où ils ont été diagnostiqués), en résultats et code en émergence (par ex., code d'acceptation, l'acceptation de leur maladie) (Saldaña, 2013).

### **3.3.3. Dictionnaire de codification**

Nous avons fait une analyse thématique. À l'aide des fiches de synthèses, de bloc-notes et des verbatim, nous avons créé notre dictionnaire de codification (voir en Annexe III). La première entrevue a été codifiée en suivant les verbatim des participants. Au fur et à mesure que nous codifions les autres entrevues, de nouveaux codes et thèmes s'ajoutaient et nous en fusionnons d'autres, et nous sommes arrivés à la création de sous-catégories. Les interprétations des résultats ont été ancrées dans les citations des participants pour faire ressortir les points divergents ou convergents.

### **3.3.4. L'arbre de codification**

Ce qui ressort de cette codification est que tous les récits des participants (fidèles diabétiques et leaders religieux) sont répartis en quatre niveaux. Le premier niveau est représenté par des thèmes, le deuxième niveau par des codes, le troisième niveau par des sous-codes et quelques thèmes nous ont conduits au quatrième niveau de code. Nous avons fait un arbre de codification des thèmes sur les connaissances, sur la gestion du diabète, sur la perception de l'entourage et sur l'influence des églises sur le diabète de type 2 (voir annexe IV).

### **3.4. Enjeux éthiques**

Le protocole était soumis aux comités d'éthique en vue d'obtenir les approbations : au Canada, par le Comité de la recherche en science et en santé (CERSES) de l'Université de Montréal en date du 16 novembre 2020, certifié sous le numéro #CERSES-20-148-P ; en RDC par le comité d'éthique de l'École de Santé publique de Kinshasa (RDC) (voir Annexe V pour le formulaire de consentement et VI pour les approbations éthiques). Un plan de mitigation de l'Université était appliqué pour cette recherche, dans le contexte de la pandémie de la COVID-19 (voir Annexe VII).

Dans le cadre de ce projet de recherche, plusieurs enjeux éthiques étaient considérés. Au niveau de la collecte de données, un consentement libre et éclairé des participants à l'étude était lu et traduit en langue locale (lingala). L'utilisation de la langue locale avait facilité la compréhension des participants. La lecture du formulaire a été faite en fonction du niveau d'alphabétisation du participant. Les participants aptes à la lecture avaient eux-mêmes lu le formulaire et donné leur consentement écrit en apposant leur signature. Pour ceux qui avaient un niveau d'instruction insuffisant pour lire, un formulaire était lu à leur intention et ils avaient donné leur consentement verbal puis leur approbation a été enregistrée dans un dictaphone. Les participants ont été rassurés que leurs noms soient changés en pseudonyme alpha numérique.

La liberté de s'exprimer et le respect de leur point de vue ont été observés. La participation à l'étude était volontaire. Lors de l'entretien, le participant avait la liberté d'interrompre à tout moment l'entrevue. Aucun incitatif monétaire n'était requis, mais les frais de déplacement pour

participer à l'étude avaient été remboursés pour un montant de 10 dollars américains (12,7 dollars canadiens ou 20 000 francs congolais). Un moyen de déplacement (un autobus) était également mis à la disposition des participants à l'étude.

Au niveau de l'analyse, le principe de la confidentialité était garanti, car les noms des participants ont été remplacés par un pseudonyme alpha numérique et les informations personnelles étaient changées pour protéger leur identité. Les réponses des participants n'étaient pas communiquées à une tierce personne et resteront confidentielles et accessibles seulement à l'équipe de recherche. Les points de vue recueillis seront utilisés uniquement à des fins de recherche à fin d'analyses et de publications des données dans les revues scientifiques. Nous avons informé nos participants que les données que nous avons recueillies resteront pendant sept ans jusqu'à ce qu'elles soient détruites; la base de données sera gardée dans un serveur sécurisé l'Université de Montréal, pour protéger les données des participants et dans l'un des ordinateurs du Laboratoire de recherche PRONUSTIC du Professeur Barthélemy Kuate Defo (URL : <http://pronustic.umontreal.ca/>), avec un code d'accès à ces données qu'il sera le seul à détenir.

### **3.5. Transfert des résultats**

Le retour des résultats issus des données obtenues se fera à plusieurs niveaux. Les résultats de la recherche seront partagés et retournés auprès des participants et des chefs spirituels sous diverses formes : des conférences, des sketchs d'une durée de 30 minutes et des causeries de vulgarisation. Nous prévoyons des interventions ponctuelles à la radio du diocèse de Kinshasa, ainsi qu'à l'émission sur la santé diffusée par la chaîne de télévision nationale.

Il y aura un retour aux autorités sanitaires du pays, pour conscientiser cette sous-population et pour adopter des approches multidisciplinaires intégrant la psychothérapie, la médecine, etc. Nous prévoyons remettre au Programme national de lutte contre le diabète, un exemplaire des résultats de notre recherche.

Enfin pour la communauté scientifique, ce mémoire sera soumis pour publication à des articles scientifiques.

Les résultats de cette recherche permettent de mieux comprendre le rôle que peuvent jouer les croyances religieuses ainsi que les leaders des églises prophétiques des patients fidèles sur leur autogestion du diabète de type 2. Ils permettront une action préventive sur ce groupe et contribueront à réduire les complications et décès dus à cette maladie.

### **3.6. Position de la chercheure**

Ce paragraphe décrit comment la chercheure s'est située par rapport aux questions de recherche et aux églises dites prophétiques. Par rapport au premier point qui concerne les questions de recherche, la chercheure avait montré la raison de cette étude, que cette recherche était de grande importance et devrait aboutir à l'élaboration d'un mémoire de maîtrise en Santé Publique. Par ailleurs, étant donné que des personnes rapportent avoir trouvé la guérison dans les églises prophétiques pour des douleurs articulaires, le ballonnement abdominal (Kibeka Mbasu en langue vernaculaire), la dermo-hypodermite, etc. J'ai voulu prendre connaissance des protocoles et thérapies utilisées dans ces églises sur une pathologie bien connue et de diagnostic facile dont la mise en évidence ne peut souffrir d'aucun doute afin de déterminer les éventuels bienfaits et les probables limites de l'accompagnement proposé. Étant une étude descriptive interprétative, la chercheure avait fait preuve d'une interaction réciproque tout en manifestant un comportement non influent vis -à -vis des participants de son étude.

Elle pourrait éventuellement s'exposer à deux biais potentiels de recherche : le biais de croyance religieuse dans la mesure où la chercheure a reçu une éducation religieuse, certes distincte de celle des églises prophétiques, mais lui conférant une empathie particulière aux croyants et le biais de la croyance scientifique basée sur la médecine moderne qui a fait ses preuves, mais qui utilisée sans prendre en compte le vécu du patient peut poser des problèmes de compréhension et être parfois perçu comme une violence faite aux traditions. Comment est-il possible de contourner ces biais ? Ce serait possible en effectuant une double codification, en

ayant une large équipe de recherche, ce qui constitue des limites de facto de notre étude aussi. Notre approche réflexive et critique en dialogue avec d'autres études académiques permet aussi en partie de limiter ces biais.

## **Chapitre 4 : Résultats**

L'objectif de cette étude était de comprendre comment les connaissances et les représentations socioculturelles, notamment les croyances religieuses influencent l'autogestion du diabète de type 2 chez les fidèles des églises dites prophétiques à Kinshasa. En commençant par les caractéristiques sociodémographiques de nos participants, trois grands thèmes ont été retenus dans cette analyse qualitative : les aspects liés à la connaissance, à l'autogestion, et à l'influence des églises, les aspects liés aux représentations que se font les participants diabétiques et les leaders des églises dites prophétiques du diabète. Nous aborderons ensuite les points divergents et convergents qui vont se dégager des participants avec différentes tendances.

### **4.1. Caractéristiques sociodémographiques**

#### **4.1.1. Les fidèles diabétiques**

Nous nous sommes intéressés aux aspects tels que l'âge, le genre, le niveau d'éducation, la tribu, la profession, l'état matrimonial, ainsi que la taille du ménage. L'âge des fidèles diabétiques variait entre 34 à 71 ans et la plupart étaient du genre féminin (73,9%). La majorité était du Congo central (Bakongo), une province parmi les 26 que compte la République Démocratique du Congo. En ce qui concerne l'état matrimonial, la grande majorité était mariée. Le niveau d'éducation primaire figurait parmi les tendances énumérées de nos participants diabétiques. La taille du ménage variait entre 2 à 12 personnes et la plupart étaient du secteur public.

En ce qui concerne la religion, nous étions en mesure de cibler parmi les églises dites prophétiques d'une manière raisonnée et/ou par convenance, les églises exprimant leur disponibilité telles celles-ci : le Mpeve-Wa-Longo, Nguziste, Tata Wonda, Kituadi, Kimbanguiste et Bundu Diakongo.

Tableau 1. Caractéristiques sociodémographiques des participants (n=44)

Caractéristiques	Nombre (%)		Total
	Fidèles diabétiques	Leaders religieux	
<b>Sexe</b>			
Homme	6 (26,1)	9 (42,9)	15
Femme	17 (73,9)	12 (57,1)	29
<b>Âge</b>			
< 65 ans	18 (78,3)	20 (95,2)	38
≥ 65 ans	5 (21,7)	1 (4,7)	6
<b>Ménage</b>			
1 à 3 personnes	5 (21,7)	1 (4,8)	6
4 à 6 personnes	4 (17,3)	8 (38,1)	12
7 à 9 personnes	9 (39,1)	11 (52,3)	20
10 personnes et plus	5 (21,7)	1 (4,8)	6
<b>État matrimonial</b>			
Célibataire	1 (4,3)	2 (9,5)	3
Marié(e)	14 (60,9)	15 (71,4)	29
Divorcé(e)	3 (13)	0	3
Veuve	5 (21,7)	4 (19)	9
<b>Niveau d'instruction</b>			
Sans instruction	5 (21,7)	4 (19)	9
Primaire	9 (39,1)	5 (23,8)	14
Secondaire	8 (34,8)	10 (47,6)	18
Universitaire	1 (4,3)	2 (9,5)	3
<b>Occupation</b>			
Emploi	16 (69,6)	19 (90,5)	35
Sans emploi	7 (30,4)	2 (9,5)	9
<b>Église</b>			
Kimbanguiste	7 (30,4)	3 (14,3)	10
Kintuadi	3 (13)	3 (14,3)	6
Mpeve wa Longo	8 (34,8)	9 (42,9)	17
Ngunziste	2 (8,7)	3 (14,3)	5
Tata wonda	3 (13)	3 (14,3)	6
<b>Ethnie ou tribu</b>			
Kongo	20 (87)	20 (87)	40
Yaka	3 (13)	0	3
Ngala	0	1 (4,8)	1

Les personnes de moins de 65 ans constituent la majorité de participants à l'étude soit 86,4%.

Les participants avaient un âge minimal et un âge maximal respectif de 33 et 71 ans. Le ménage

est composé de 4,9 personnes en moyenne. Nous remarquons la prévalence de l'ethnie Kongo qui s'explique par le fait qu'un prophète important de ces églises prophétiques provenait de cette même ethnie, ajoutant ainsi une dimension identitaire ethnique à leur culte.

#### **4.1.2. Les leaders religieux**

Parmi les leaders religieux, nous avons réalisé trois groupes de discussion. L'âge moyen est de 44,4 ans, varie de 34 à 51 ans et la majorité des participants leaders étaient des femmes. Dans l'ensemble, la plupart étaient mariés, avaient un niveau d'éducation secondaire et travaillaient dans le secteur privé. Pratiquement tous avaient une relation d'appartenance à la tribu Kongo du Congo Central. La taille du ménage variait entre 3 à 10 personnes dont la majorité avait 7 personnes ou plus dans leur ménage.

### **4.2. Résultats de l'analyse thématique pour les fidèles diabétiques**

Les résultats de nos entrevues sont présentés dans cette section en reflétant les thèmes du modèle de croyance en matière de santé (les variables modifiables, les croyances individuelles et les indicateurs d'action qui influencent la gestion de la maladie). Les thèmes qui sont ressortis par les entretiens des participants en matière de variables étaient les connaissances sur le diabète et l'influence des croyances des églises dites prophétiques.

#### **4.2.1. L'autogestion du diabète**

##### **4.2.1.1. Le régime alimentaire**

L'ensemble des participants affirmait suivre un régime alimentaire en s'abstenant de consommer des aliments sucrés au profit des aliments amers.

*« Mon alimentation est constituée plus d'éléments secs et non sucrés. Je mange des choses conseillées selon ce qu'on entend, pour ne pas connaître l'hyperglycémie. Lorsque je respecte mon alimentation, la glycémie ne monte pas. » (0058A)*

Tous les participants exprimaient le sentiment d'accepter l'importance du régime alimentaire et que ce dernier possédait un apport positif sur leur santé. Néanmoins, il y avait certains participants qui ne suivaient pas un régime alimentaire même s'ils connaissaient les avantages possibles d'une bonne alimentation pour la gestion du diabète.

*« Mon régime alimentaire est tout à fait normal étant donné que je ne me crois pas être naturellement malade, mais le régime alimentaire peut aider. » (0033A)*

*« Suivant ce que le médecin me dit : je dois contrôler les aliments à manger pour ne pas prendre trop sucrés. En évitant les sucres contenus dans les aliments, on peut parvenir à la stabilisation de la glycémie, selon les médecins. Mais moi, à partir de ma foi, je mange sans penser que cela me causera du tort. » (0034A)*

Une autre barrière pour ne pas respecter le régime alimentaire était le déni de la maladie.

*« Je n'ai jamais accepté cette maladie parce qu'elle n'est pas la mienne, je n'en parle même pas et puis je mange tout. » (0047A)*

#### **4.2.1.2. Activité physique**

Beaucoup des fidèles diabétiques ne font pas d'activité physique tout en reconnaissant l'importance de cette dernière en faveur de leur maladie. La plupart ne savaient pas classer les marches à longue distance comme activité physique. Ainsi, la majorité ne voyait pas la nécessité d'une activité physique telle que mentionnée par le participant suivant:

*« Je fais de la physique et je ne sais pas si elle peut m'apporter quoi. » (0038)*

Un autre participant argumente

*« Non, il ne m'intéresse pas si bien qu'elle est importante pour les malades que nous sommes. » (0039A)*

L'ensemble des participants reconnaissaient l'apport positif et l'importance de l'activité physique sur leur santé même s'ils ne la pratiquaient pas.

#### **4.2.1.3. Le suivi médical, les traitements et les complications**

Les idées qui ressortent de ce thème sont subdivisées en sous-catégorie suivante : pas de suivi, rarement et régulièrement. La plupart de nos participants avaient souligné qu'ils ne faisaient

pas de suivi médical régulièrement pour plusieurs raisons. Les principales raisons étaient que la maladie était d'origine diabolique et pour éviter des émotions violentes à la suite de l'annonce du résultat de la glycémie (c.-à-d. apprendre que le taux est élevé). Ces points sont décrits dans les extraits suivants :

*« Je ne pars plus à l'hôpital pour le diabète. J'y vais rarement quand je sens de la malaise pour contrôler la glycémie. » (0060)*

*« J'ai cessé de faire un suivi médical depuis le mois d'août de l'année 2020, parce qu'un pasteur m'avait dit que ma maladie était diabolique. » (0033)*

*« ...avant qu'il ne soit mort notre papa de cette maladie et lorsque j'avais appris que c'était le diabète encore chez moi, j'étais très mécontente et j'ai décidé de ne plus poursuivre les soins. » (0031A)*

Certains fidèles diabétiques font le suivi via l'église dans un but spirituel c'est-à-dire que le leader va détecter si leur problème de santé s'améliore ou s'aggrave.

*« Je faisais mes suivis à l'hôpital une fois par semaine, mais je ne voyais pas un changement. Pour cette fois-ci, on m'a contrôlé quand j'étais à l'église il y a deux semaines. » (0034)*

La majorité ne faisait pas le suivi des complications, et quelques-uns étaient dans l'irrégularité du contrôle des complications du diabète, car le coût était élevé pour ce suivi à l'hôpital.

*« ...à présent, j'ai fait 6 mois sans faire mes contrôles, j'ai réuni l'argent pour me faire contrôler...manque d'argent, c'est pourquoi je ne suis pas repartie pour le contrôle. » (0046A)*

*« Je ne prends pas des médicaments régulièrement, car cela fait deux semaines, car le stock est épuisé et surtout je manque l'argent pour racheter. »*

D'autres ne faisaient pas un suivi, car ils ne croyaient pas en cette maladie et pensaient que c'était un ennui.

*« Non, je ne prends pas le médicament de façon régulière parce que je ne crois pas à cette maladie. » (0047A)*

*« Je ne pars plus me faire dépister parce que cela me semblait un dérangement. » (0043A)*

Certains soulevaient qu'ils trouvaient un soulagement à l'église.

*« Je ne pars plus à l'hôpital depuis que la prise en charge de l'hôpital m'a soulagé. » (0044A)*

*« Je me faisais contrôler chaque semaine, mais cette fois, on m'a contrôlée quand j'étais partie à l'église, c'est pourquoi je ne suis plus partie à l'hôpital. » (0034A)*

## **4.2.2. Les connaissances sur le diabète**

Pour se référer à notre cadre théorique, cette thématique abordera l'un des éléments clés de ce cadre tel que les connaissances. Les points de vue suivants ont été soulevés par les participants : les connaissances des symptômes, les complications du diabète, la fréquence de suivi de la maladie, la fréquence dans la prise des médicaments et la gestion du diabète par les fidèles.

### **4.2.2.1. Les connaissances sur les symptômes et les complications**

Certains participants diabétiques citaient les éléments de complication en lien avec les symptômes. D'autres participants montraient comment c'est l'esprit qui avait détecté cette maladie et les signes de la maladie, ceux-ci se manifestaient en eux spirituellement. Pour confirmer la prophétie, le prophète leur demandait d'aller faire uniquement un contrôle à l'hôpital.

La majorité des participants à l'étude avait cité au moins l'un des symptômes du diabète.

*... « Tu as la fatigue, la sécheresse dans la bouche, pas de salive, on te donne à manger tu n'as pas d'appétit et aussi des fièvres par moment ..., tu n'arrives pas à voir bien, écoute difficile comme moi j'ai une oreille qui ne fonctionne pas du tout, des courbatures, chaleurs aux pieds, je sais que c'est lui qui amène tout ça. » (0032A)*

Une minorité des fidèles avaient dit « *Je ne sais pas* » (0040A) au niveau des complications. Dans l'ensemble, les fidèles connaissaient les complications qui surviennent en étant diabétiques.

*« ...Ce que le diabète apporte de mal. Il arrive à une période que ça arrive à des complications dites complication diabétique. Vous verrez que le cœur aura un problème, les yeux ne verront plus bien, le cerveau aussi aura des problèmes, quoi d'autre, les reins aussi aura des problèmes. » (0042A)*

#### 4.2.2.2. Mode de survenue/origine du diabète

Plus de la moitié des participants ont ignoré le mode de survenue de la maladie. La plupart ont déclaré « *je ne connais pas* », mais une minorité néanmoins avait fait des liens entre la façon que la maladie s'était révélée et l'origine de la maladie. Parmi les origines citées, ils ressortaient l'origine maléfique, le mauvais sort, l'origine émotionnelle. Certains avaient ignoré le mode d'apparition du diabète tel que « *non, non je ne sais pas. J'ai été surprise* » (0029A). Parmi ceux qui ont été ignorants, ils affirmaient que c'était diabolique selon leur chef spirituel lorsqu'il les a prophétisés. Par exemple, « *Papa ou maman a dit, papa dans sa révélation, avait dit que cette maladie est diabolique* » (0043A).

Certains participants avaient décrit au moins deux éléments sur le mode de survenue et l'origine de la maladie. Ce dernier tient de la révélation du leader de son église sur l'origine.

*« À l'église, on m'avait dit que cette maladie était d'origine satanique. J'étais soumise à un traitement indigène à base de vin de palme qui m'avait soulagé en ramenant le taux de sucre à 85 [...] la maladie proviendrait de l'hérédité. » (0031A)*

*« En ce qui me concerne, je pense que l'origine de cette maladie est d'abord par les aliments et ensuite par la sorcellerie et que l'hérédité n'est pas du tout influente dans cette affaire. » (0033A)*

*« Dans ma famille, les gens n'ont pas souffert de cette maladie. Il y a trois ans, ma fille était malade hospitalisée, quand elle est morte. Émotionnée, j'ai fait une crise qui m'a amené à devenir diabétique par la suite. » (0038A)*

Parmi les participants diabétiques, à peu près la moitié avaient identifié l'origine héréditaire et la mauvaise habitude alimentaire comme mode d'apparition du diabète. Par exemple, les participants mentionnent « *l'hérédité et d'autres voies* » (0059A) ou « *le sucre et l'hérédité* » (0060A).

D'autres participants ne faisaient pas le parallélisme entre avoir un membre de la famille atteint du diabète et le risque d'avoir eux aussi cette maladie. Donc les participants ignoraient l'origine héréditaire de la maladie et l'attribuaient à l'origine maléfique.

### **4.2.3. L'influence des églises sur l'autogestion du diabète**

Ce thème explore la deuxième variable modifiable du cadre théorique qui est les croyances religieuses. Celles-ci, ainsi que les croyances individuelles, pourraient influencer l'autogestion du diabète auprès des fidèles de ces églises dites prophétiques.

#### **4.2.3.1. Motivation du choix pour l'église**

Ce thème décrit les motivations qui poussent les participants diabétiques à se rendre à l'église. Les motivations soulevées par les fidèles sont subdivisées : la recherche de la guérison, la croyance en cette doctrine et la confiance en leur chef spirituel. Beaucoup de participants avaient signalé que la croyance religieuse était la raison primordiale de fréquenter les églises dites prophétiques, suivie de la recherche pour la guérison. Aussi, leurs décisions de s'orienter vers ses églises ne dépendaient pas s'ils exerçaient une fonction ou non à l'église.

*« C'est depuis 2016 lorsque je suis tombée malade ..., parce que je sais que cette prophétesse travaille en esprit et c'est une église de l'esprit qui aide beaucoup de gens, car elle traite des femmes qui ne conçoivent pas, des fous, des sorciers parce que si moi j'ai un problème quelconque, je pars toujours chez cette maman. Il y a des fois je pars prier, mais je n'ai pas des fonctions à l'église. » (0029A)*

*« J'ai choisi cette église à cause des problèmes mystiques que j'ai connus dans ma famille. J'avais un enfant malade qui a trouvé guérison dans cette église. Depuis 2011 je suis resté ici. Ma famille me demande de quitter, mais je refuse parce que cette église a fait des choses merveilleuses pour moi et mes enfants par des prières. Dieu combat pour nous matin, midi et soir. » (0047A)*

#### **4.2.3.2. La perception du diabète**

Lorsque la maladie est perçue comme étant mauvaise et grave, c'est alors que les participants deviennent persévérants à leur croyance et aux médicaments de l'église. Les participants décrivaient le diabète en étant :

*« Une mauvaise maladie qui appauvrit les gens. » (0040A)*

*« Une maladie comme toute autre maladie qui nuit à la santé. » (0041A)*

Un autre participant renchérit en mentionnant que :

*« C'est une maladie qui interdit de manger beaucoup de choses et qui exige beaucoup de discipline. » (0044)*

En majorité, nos participants prônaient que les médicaments modernes emmenaient à la mort, et que le diabète était une tracasserie, une maladie embêtante, dont le coût du traitement moderne était élevé. En fait, un participant avait évoqué :

*« Il appert important de se confier à une croyance spirituelle qui oriente, traite, guérit et la maladie disparaît. » (0047)*

#### **4.2.3.3. La curabilité de la maladie**

Les grandes idées qui émergent des récits des participants étaient la prière, le traitement de l'église et/ou les deux ensembles, l'incurabilité et le respect des recommandations des principes de l'église. La grande majorité de nos participants avait émis des affirmations selon lesquelles le diabète était curable par la prière et le traitement spirituel. En voici les extraits :

*« Pour moi et ma croyance en Dieu des ancêtres, cette maladie est curable par des prières et par la consommation des produits naturels que l'église nous donne. » (0047A)*

*« Le diabète peut être guéri par des prières, car il y a des gens qui se sont tirés de cette maladie. » (0046A)*

Malgré cette généralité, il y avait une divergence des avis au niveau de la curabilité de la maladie. Certains participants énonçaient que le diabète était incurable et qu'ils n'avaient jamais été guéris de cette maladie. Par exemple, quelques participants expliquent que :

*« Pour moi, cette maladie ne finit pas parce que le pancréas est foutu. » (0036A)*

*« Je ne vois pas un changement et je pense que cette maladie ne finira pas. » (0038A)*

Un autre participant renchérit :

*« Et pour moi, je sais qu'elle est curable, mais cette maladie est incurable selon d'autres personnes. » (0040A)*

#### **4.2.3.4. Persévérance dans la croyance**

Les points de vue émis par les fidèles diabétiques étaient : la persévérance dans la prise des médicaments de l'église et la prière assidue pour vaincre la maladie, la persévérance dans les recommandations médicales et un contrôle uniquement de la glycémie à l'hôpital. En ce qui concerne la persévérance médicale, les participants l'avaient moins évoquée.

La majorité de nos participants avait souligné en général la persévérance des médicaments de l'église et une prière assidue pour vaincre la maladie. Ils se raccrochaient en cette croyance étant donné que c'était l'esprit qui a dicté les directives de traitements de l'église. Quand le participant va se pointer devant l'esprit, en se mettant en état de prière, l'esprit qui est incarné dans le leader détectera le problème de santé qui menace la personne. Ainsi, l'esprit va orienter cette dernière en donnant des recommandations spirituelles. Parmi les recommandations qu'ils peuvent recevoir par leur leader, il y a lieu de citer celles-ci :

*« La communauté nous enseigne d'être persévérants et croyants en Dieu qui guérit. » (0035A)*

*« Nous combattons la maladie par des prières et l'application des produits naturels que nous donnent les dirigeants. » (0044A)*

*« L'église nous recommande de prendre les médicaments comme il se doit pour notre église, toutes les maladies sont pareilles et traitables. » (0043A)*

*« À l'église, on nous soumet à des prières pour aboutir à la guérison. En outre, l'église promet de me traiter par la prière et les plantes inspirées. » (0034A)*

*« Ma croyance me dit que le diabète est une maladie ordinaire qui est entrée en moi par le lien de sang de mes parents. Cette église m'aide par des prières et des médicaments. » (0046A)*

#### **4.2.3.5. L'accord de fréquenter la formation sanitaire par le leader**

La non-acceptation et l'acceptation étaient mentionnées dans les récits des participants de pouvoir fréquenter la formation sanitaire. La plupart des fidèles soutenaient que leurs leaders acceptaient qu'ils fréquentent une formation sanitaire. Malgré cet accord, les fidèles devaient suivre des directives au niveau de l'église. Par exemple, il fallait commencer obligatoirement par une bénédiction à l'église avant d'obtenir l'autorisation d'aller dans une formation médicale. Le participant explique :

*« Cette église nous laisse la possibilité de fréquenter les hôpitaux ... Ici, si vous êtes malades, vous venez obligatoirement à l'église pour une bénédiction et après vous allez chez le médecin. » (0044A)*

Ensuite, les participants fidèles diabétiques allaient seulement dans une structure sanitaire pour le contrôle de leur glycémie comme soulignent les fidèles suivants :

*« Notre religion nous autorise d'aller à l'hôpital pour le contrôle de la glycémie. » (0034A)*

*« On nous demande d'aller contrôler la glycémie. » (0043A)*

Les leaders religieux acceptaient que leurs fidèles partent à l'hôpital, mais en suivant les directives de leur église et seulement si la révélation les permettait. Plutôt, ils ne leur permettaient pas de mélanger le traitement traditionnel avec le traitement moderne.

*« La religion nous recommande de ne pas prendre concomitamment les produits des hôpitaux et ceux de l'église ... si la situation est critique, l'église nous encourage d'aller à l'hôpital uniquement pour la transfusion. » (0048A)*

*« Oui, elle autorise si la révélation la permet ... Si la révélation dit que c'est l'hôpital, il faut y aller, si la révélation dit que c'est l'église, il faut aller à l'église. » (0045A)*

#### **4.2.3.6. Interruption du traitement médical par les leaders**

La majorité des participants mentionnaient que leurs leaders n'interrompaient pas leur traitement médical. Cependant, quelques-uns avaient témoigné que leurs leaders avaient interrompu leur traitement à l'hôpital en faveur d'un traitement spirituel à l'église, et la majorité des fidèles diabétiques étaient d'accord d'interrompre le traitement médical.

*« Oui, on m'a demandé d'interrompre le traitement de l'hôpital, j'ai été d'accord. » (0029)*

*« La maman est venue me voir à l'hôpital pendant que rien ne marchait à l'hôpital et m'a demandé de quitter ce lit de l'hôpital pour qu'elle s'occupe de moi spirituellement à l'église ... ma réaction était favorable à ses recommandations. » (0034)*

*« Bon oui, nous avons déjà vécu cela, mais je lui dis que je ne savais pas qu'ici j'aurais bénéficié des soins appropriés ... puisque j'ai été déjà là, je ne pourrai que continuer. » (0048)*

#### **4.2.3.7. La prise en charge du diabète par l'église**

Les trois quarts avaient souligné que l'église les prenait en charge par des prières et par des suivis de plantes médicinales inspirées par Dieu dans la révélation. Les participants avaient déclaré que :

*« Nous combattons la maladie par des prières et la prise ... des médicaments indigènes, surtout pour ceux qui n'ont pas commencé par les hôpitaux. » (0038A)*

*« L'église participe par des médicaments indigènes et des prières intenses. » (0042)*

En dehors de ces deux dernières citations, l'église aide aussi financièrement ses membres et les soigne avec un coût abordable comme elle le mentionne :

*« Elle contribue financièrement à n'importe quelle maladie. » (0047A)*

Les participants interviewés avaient aussi évoqué que l'église leur donnait des conseils, mais certains avaient souligné que l'église ne les prenait pas en charge financièrement.

#### **4.2.3.8. Les recommandations de l'église par rapport à la maladie**

La majorité des participants avait déclaré que les leaders religieux leur recommandaient de maintenir l'état de croyance et la prise assidue des médicaments traditionnels de l'église. Les participants suivants décrivent ces pratiques:

*« Ma croyance me convainc que je serai guéri et que mon église me dit que ma croyance doit me convaincre de ma guérison ... (souple). » (0033A)*

*« Notre église nous demande de prier, car Dieu a la capacité de nous sauver de cette maladie, même si les hommes la considèrent grave. Maman, je ne sais pas d'où est venue cette maladie. » (0036A)*

*« L'église nous recommande de prier et d'espérer que le Dieu qui nous a créés n'avait pas l'intention de nous laisser souffrir interminablement. ... Cette église m'aide par des prières et des médicaments. » (0046A)*

*« La religion nous suggère de suivre le programme de bain ... respectueusement. Je suis engagée à me laver chaque jour, le matin et le soir. Ma maladie provient, selon la prophétie, des soucis et chocs que j'ai emmagasinés durant de longues périodes. L'église m'aide uniquement par la voie des prières et des traitements spirituels. » (0058A).*

#### **4.2.3.9. Conseil des leaders face au diabète**

Dans l'ensemble, les participants avaient déclaré qu'ils recevaient des conseils venant de leurs leaders. Par exemple, selon certains fidèles, les leaders leur conseillaient de suivre un régime adéquat.

*« Oui, si vous arrivez malades, maman dit ce que nous devons avoir comme conduite à tenir et surtout le régime alimentaire. » (0046A)*

Cependant, quelques-uns avaient rapporté qu'ils ne recevaient pas de conseils de leur chef religieux tels que :

*« On n'enseigne pas spécifiquement sur le diabète. » (0049A)*

*« Les chefs ne nous disent pas des choses particulières à propos du diabète. » (0044)*

*« On ne nous enseigne rien à ce sujet. » (0043A)*

*« Non, je n'ai jamais entendu. » (0045A)*

#### **4.2.3.10. Orientation personnelle en cas de crise de diabète**

Les avis étaient partagés entre les différentes orientations en cas de crises telles que certains choisissaient d'aller seulement à l'hôpital en premier ou à l'église et d'autres choisissaient les deux (c.-à-d. l'hôpital d'abord et ensuite l'église ou le contraire l'église et ensuite l'hôpital). La majorité avait évoqué qu'ils se rendaient à d'abord l'église en cas de crise. Les participants racontent que :

*« Si je fais une crise de diabète, je viens d'abord à l'église et ensuite je partirai à l'hôpital. » (0036)*

*« En cas de crise, je me rendrai d'abord à l'église. » (0041)*

Dans les mêmes lignes, un autre participant fidèle dit :

*« Si je fais une crise, je partirai avant tout à l'église parce que c'est Dieu qui guérit même si nous prenons les médicaments, sans sa main puissante, nous n'aurons pas gain de cause. » (0049)*

## 4.2.4. La représentation du diabète selon les croyances individuelles

### 4.2.4.1. La susceptibilité et la gravité perçues

La durée de la maladie pouvait faire en sorte que les gens vont sentir un désir de persévérance en la médecine et un désir de respecter les recommandations prescrites pour leur bien-être. Par contre, selon les récits des participants, peu importe la durée de la maladie, les fidèles diabétiques s'accrochaient à leur croyance et ne percevaient pas la susceptibilité liée aux complications dues au diabète. Aussi, ceux qui n'acceptaient pas le diagnostic du diabète en cherchaient la cause dans les églises qui font des révélations spirituelles.

Donc, ces participants étaient dans le déni de la maladie comme décrivant :

*« J'avais du mal à accepter le résultat étant donné que le diabète est une maladie incurable, insupportable et coûte trop cher et c'était venu brusquement. En plus j'entends dire que c'est une maladie sur laquelle les gens partent se faire injecter tous les jours, et c'est très difficile alors je préfère arrêter avec les perfusions qu'on me faisait. Je ne crois pas à cela et que moi je n'ai pas supporté cette maladie. » (0029)*

*« J'étais malade de la malaria en 2016 et là on a proposé de me perfuser. Avant de le faire, ils ont fait la glycémie et ils ont observé que le taux était à 400. Donc aussi j'étais malade de sucre à part la malaria. Ce résultat paraissait être un mensonge pour moi et je ne l'ai pas accepté. » (0047A)*

D'autres participants avaient soulevé qu'ils ne croyaient pas en la médecine moderne.

*« J'avais été diagnostiquée à l'hôpital en 2017 et j'avais douté du résultat. D'ailleurs, papa dans sa révélation, avait dit que cette maladie est diabolique. » (0043A)*

*« Après le diagnostic, on m'a dit que je souffrais aussi du diabète. Je ne croyais pas au résultat. » (0058A)*

Certains participants étaient diagnostiqués par le prophète en esprit et ils en étaient convaincu de ce diagnostic puisqu'il provenait de leur leader. En voici l'extrait que décrit le participant sur la découverte du diagnostic de son corps par le leader et comment avait-il accepté cette maladie :

*« J'avais la chaleur dans le cœur. À chaque fois, il faut que je verse de l'eau dans mon corps. Au fait, je n'étais pas tranquille. Quand je suis venue à l'église*

*Mbanza ndungidi (Kituadi) on m'a dit que c'était le diabète. Seulement que la prière et l'eau de Nkamba que je prenais. Si vous faites attention à la maladie, elle te prend. » (0045A)*

Elle continue en disant :

*« C'est la responsable de l'église qui avait révélé ma maladie, ce n'était pas à l'hôpital ... oui, c'est dans la prophétie qu'elle m'avait dit cela et j'avais cru que c'était diabolique, il fallait seulement la prière. » (0045A)*

#### **4.2.4.2. Les avantages et les obstacles perçus**

En majorité, les fidèles diabétiques ne percevaient pas les bénéfices de la médecine moderne dans les circonstances intenses et compliquées dans lesquelles ils ont besoin de ce service afin de résoudre rapidement leur problème. Plutôt, ils avaient énuméré les obstacles qui avaient trait à leur maladie. Les raisons de ces obstacles étaient : l'hôpital demandait beaucoup de frais, la maladie ne se guérissait pas à l'hôpital, il fallait s'injecter et faire des choix alimentaires à tout moment, c'était une maladie avec trop de tracasseries, la cause était diabolique. Alors, les participants décidaient d'aller au lieu où ils se sentaient mieux pour trouver un réconfort et une guérison.

Quelques participants racontent :

*« Je faisais mes suivis à l'hôpital une fois par semaine, mais je ne voyais pas un changement. Pour cette fois-ci, on m'a contrôlé quand j'étais à l'église il y a deux semaines. » (0034)*

*« J'ai été diagnostiquée en 2016 et j'avais mal accepté le résultat étant donné que le diabète est une maladie incurable, insupportable et coûte trop cher. » (0029A)*

De plus, les attitudes face aux complications et à l'adhérence au traitement de nos participants s'appliquent à notre cadre théorique dans le sens des désavantages perçus, qui les empêchent de respecter les piliers de la gestion du diabète. La plupart des sujets ne prenaient pas du tout les médicaments modernes contre le diabète, étant donné qu'ils considéraient que le diabète était une maladie diabolique et non physique. Pour eux, la prise des médicaments modernes serait proscrite tandis que les prières et les plantes de l'église guériraient la maladie. Pour une minorité de nos participants, les uns prenaient quand même les médicaments qu'ils ont eu à

garder depuis des années et qu'ils ne prenaient pas à un rythme régulier. Pour d'autres, la fréquence des médicaments modernes était utile, seulement lorsqu'ils ressentaient de forts maux. De même, pour le suivi des complications, la majorité témoignait de ne jamais avoir pensé faire un suivi médical des complications. Aussi, certains ignoraient cet aspect du contrôle des complications et cela paraissait nouveau pour eux. Les autres soulignaient qu'ils faisaient un suivi à l'église par la prophétie.

#### **4.2.4.3. L'auto-efficacité**

Les participants diabétiques avaient exprimé leur auto-efficacité dans le sens de connaître du succès par rapport à leur problème de santé. Bon nombre d'entre eux avaient mentionné avoir constaté une évolution positive de leur maladie en se confiant à leur croyance en Dieu. En ce qui concerne l'évolution de la maladie, les différents éléments qui ont été repérés dans les récits des participants étaient : l'évolution positive, négative ou stationnaire de l'église, de l'hôpital ou les deux et pas d'évolution. La plupart de nos participants soutenaient avoir constaté une avancée positive par rapport à leur religion ou leur croyance spirituelle. Malgré les différents points énumérés, les avis étaient divergents dans le sens où certains n'avaient pas constaté une évolution positive tant pour l'église que pour l'hôpital. Nous dégageons quelques extraits que décrivent les participants.

*« L'esprit agit sans que nous sachions comment..., pour moi, je me sens de mieux en mieux bien depuis que je viens ici. À l'hôpital, on ne me soigne pas. Eux ils s'arrêtent au contrôle, car mes soins sont donnés ici. » (0034)*

*« Ma situation évolue mieux qu'avant, donc il y a espoir à l'église. » (0039)*

Un point divergent se déclare par l'extrait suivant :

*« Je ne constate pas des avancées par rapport à ma santé quand bien même je pars à l'église et à l'hôpital. » (0038)*

#### **4.2.5. Les indicateurs d'action**

Parmi les concepts du cadre théorique, la perception du diabète par l'entourage reflète les indicateurs d'action qui sont des facteurs externes pouvant influencer le comportement individuel.

#### **4.2.5.1. La perception du diabète par l'entourage**

Des avis divergents ont été soulevés par les fidèles diabétiques concernant la perception de leur état de santé par leur entourage. Pour certains, le diabète était considéré comme une maladie grave, contagieuse ou mortelle qui ne se guérissait pas selon la médecine moderne.

Par exemple, un participant explique que :

*« L'entourage était partagé entre ceux qui disaient que le diabète est une maladie contagieuse et mortelle et d'autres qui m'encourageaient à suivre les soins ou traitements traditionnels. » (0029A)*

Un autre participant ajoute que :

*« Les gens trouvent que le diabète est une mauvaise maladie parce que cette maladie est trop exigeante. » (0039A)*

D'autres percevaient le diabète comme une maladie naturelle ou normale comme d'autres maladies. Pour d'autres, le diabète était une maladie diabolique qui avait une origine maléfique (c.-à-d. le mauvais sort) ou mystique. Pour eux, c'était absurde qu'une personne créée par Dieu puisse en tout temps être sous traitement.

*« Mes proches soutiennent tous les jours que cette maladie est satanique pour mon cas. » (0033A)*

*« Cette maladie est d'origine inconnue. Nous croyons plus que ce sont les sorciers parce que les grands-parents n'ont pas souffert de cela. » (0034A)*

#### **4.2.5.2. La perception du traitement par l'entourage**

Les points soulevés au niveau de la perception du traitement étaient soit que l'entourage les encourageait, soit qu'il ne disait rien, ne savait pas qu'ils se faisaient soigner ou qu'ils se questionnaient sur leur traitement. La plupart des participants témoignaient que leur entourage ignorait leurs problèmes de santé tels que :

*« Mes proches ne savent pas comment je me fais soigner. » (0029)*

*« Mes proches ne savent rien de mon cas. » (0043A)*

Par conséquent, il était difficile pour les participants de bénéficier du soutien de leur entourage, car ces derniers considéraient le diabète comme une maladie honteuse. C'était une raison pour laquelle les fidèles ne dévoilaient pas leur problème de santé.

*« Ils ont pitié de moi. Ils se plaignent de l'achat des médicaments à tout moment. » (0040A)*

Malgré cela, quelques-uns encourageaient le processus du traitement tant spirituel que moderne dans le but d'apporter la guérison. Un participant explique :

*« Mes proches m'accompagnent et me soutiennent dans toutes les démarches en faveur de mes traitements. » (0032A)*

Par contre, ce participant continue en disant que ce n'est tous les membres de sa famille qui le soutiennent dans son traitement.

*« La famille éloignée ne m'assiste pas et personne d'entre eux n'arrive ici. » (0032A)*

#### **4.2.5.3. Jugement de la maladie par l'entourage**

La majorité de nos participants soulignait que le jugement face à leur maladie était partagé. La plupart portaient un jugement neutre c'est-à-dire que leur entourage ne disait rien à propos de leur diabète, car ils étaient ignorants de leur maladie.

*« Je ne m'occupe pas de ce que les gens disent c'est pourquoi je ne juge pas aussi leur dire. » (0044)*

*« Face à un entourage qui ne connaît pas mon problème et qui ne me juge pas, je ne réagis pas aussi. » (0047A)*

Une minorité portait un jugement positif c'est-à-dire que l'entourage acceptait la maladie et portait un soutien dans la gestion du diabète. Un participant décrit comment ses proches s'inquiétaient de son diabète et s'impliquaient dans son traitement.

*« Ils se demandent comme il n'y a pas une amélioration malgré la prise des médicaments. Ils souhaitent que les médecins changent les médicaments. » (0041A)*

Tandis que d'autres portaient un jugement négatif (c.-à-d. n'acceptaient pas la maladie des participants). Donc, ces participants ne recevaient pas de support comme le décrit cet extrait :

*« Je ne peux rien, car mon épouse m'a quitté à cause de cette situation. Donc, je mène ma vie. » (0060A)*

### **4.3. Résultats de l'analyse thématique pour les leaders religieux**

Réaliser des discussions auprès des leaders religieux nous a permis de comparer leurs perceptions à celles de nos participants diabétiques afin de dégager la pertinence en matière de la gestion du diabète. Cette population s'applique indirectement à notre cadre théorique puisqu'elle prend en charge les fidèles diabétiques qui se confient à eux pour la guérison et donc peut influencer l'autogestion du diabète de leurs fidèles.

#### **4.3.1. La représentation du diabète par les leaders religieux**

##### **4.3.1.1. Les connaissances des symptômes du diabète**

La majorité des leaders avaient déjà entendu parler du diabète de type 2 et ils avaient des connaissances qui paraissaient insuffisantes sur la maladie. Un tiers était capable de définir le diabète de type 2 ou d'en citer ses symptômes.

Un des leaders mentionne que :

*« Les symptômes sont le teint change, la fatigue, les lèvres rosées. Même si l'esprit ne nous dit encore rien, à partir de ces symptômes je peux me faire une idée de ce dont souffre le malade parce que j'ai déjà vu les effets ou symptômes de la maladie. » (P3 leader administratif, homme)*

Selon d'autres leaders, le diabète était défini comme :

*« C'est le frère du sucre. » (P3 leader titulaire, homme)*

*« ... comme les amis viennent de le dire, la maladie du sucre ou diabète. Depuis nos ancêtres, c'est la maladie dont nous souffrons comme mon prédécesseur vient de le dire. Dans notre corps il y a le sucre et l'amer. Si le sucre augmente, c'est ce qu'on appelle le diabète. » (P7 leader titulaire, homme)*

Certains leaders religieux avaient défini le diabète de type 2 en citant ses complications au lieu de ses symptômes.

*« Je connais que le diabète a beaucoup d'inconvénients. Le diabète donne une vision floue, donne l'impuissance sexuelle, lourdeurs des membres inférieurs, augmente la pression artérielle. » (P7 leader adjoint, homme)*

Aussi, les leaders décrivaient les facteurs de risque du diabète plutôt que ses symptômes et ses conséquences.

*« Les conséquences de la maladie viennent de notre alimentation ; vivres frais, cube magie. ... C'est dans ce cas après le traitement qu'il y a la guérison. » (P3, leader titulaire, homme)*

#### **4.3.1.2. Le mode de survenue du diabète selon les leaders**

Les leaders avaient fait ressortir plusieurs points sur l'origine du diabète. Ils les ont classifiés en trois groupes tels que maladie normale, anormale et héréditaire. Pour la maladie normale, ils ont cité, les aliments, l'émotion ou le stress. Pour la maladie anormale, elle provient d'une force maléfique ou mystérieuse et au niveau de l'hérédité, elle provient de la famille. Les avis des participants convergeaient vers ces trois causes du diabète, mais peu avaient cité l'émotion.

La majorité des leaders avait évoqué que le diabète était en grande partie dû à un mauvais sort, à une mauvaise alimentation et à l'hérédité. Pour la plupart des fidèles diabétiques, ils soulignaient que malgré les multiples causes du diabète, il y a toujours le pouvoir maléfique derrière cela.

Les participants avaient évoqué :

*« Le diabète est surtout une maladie parfois normale suite à l'augmentation du taux de sucre. Parfois aussi une maladie anormale suite à un mauvais sort jeté par quelqu'un d'autre. Le diabète est aussi une maladie héréditaire ou familiale. Il y a donc trois sortes de diabète. Dans le cas du diabète normal, si le patient vient chez nous, nous allons le soigner. Il va respecter le régime ... sera guéri... En cas de diabète anormal c'est-à-dire qui provient du mauvais sort et le diabète héréditaire, c'est l'esprit qui devra faire ce travail de couper les liens afin que la personne soit guérie. » (P7 leader titulaire, homme)*

*« Le diabète est causé par l'hérédité et par les aliments comme les vivres frais. » (P1 leader secrétaire, homme)*

D'autres avaient renchéri en disant :

*« Cette maladie provient des aliments sucrés, des jus en plastique. C'est parce que nous avons remplacé notre alimentation traditionnelle au profit d'une alimentation moderne. » (P2 leader secrétaire, femme)*

*« Ce diabète peut être héréditaire ou peut être causé par une mauvaise alimentation. Le stress peut aussi causer le diabète. » (P4 leader secrétaire, homme)*

*« Certaines lois familiales obscures causent aussi le diabète. » (P3 leader adjoint, homme)*

*« Cette maladie vient de l'excès du sucre dans l'organisme. Cette maladie est parfois causée par des forces obscures. Pour certaines personnes, cela vient des ascendants pour se manifester dans la descendance. » (P1 leader adjoint, homme)*

#### **4.3.1.3. Les connaissances sur les complications du diabète**

La majorité des leaders religieux connaissait les complications liées au diabète de type 2, mais peu savaient si ces complications étaient à court, moyen ou long terme. Néanmoins, une minorité ignorait totalement ces complications ou avait une connaissance erronée de celles-ci.

*« Respecter les conseils et éviter des blessures dans son corps. » (P6 leader adjoint, homme)*

*« Le diabète, si surtout tu ne suis pas bien ton traitement, entraine l'amaigrissement extrême qui à la fin va occasionner d'autres maladies que le sujet ne pouvait pas avoir. Autre condition si tu te blesses, d'autres problèmes vont survenir. La raison pour laquelle il faudra bien suivre le traitement et se donner également à la prière. » (P5 leader secrétaire, femme)*

D'autres mentionnent les conséquences suivantes :

*« Ils sont soumis à un régime alimentaire et ne peuvent pas se blesser. Il ne doit pas faire le rapport sexuel de peur d'être contaminé. » (P4 leader secrétaire, femme)*

*« Les conséquences sont dues au fait que ces gens ne doivent pas se blesser. Les participants attribuent les complications du diabète à une alimentation qui pour eux n'est pas saine. » (P2 leader secrétaire, femme)*

#### **4.3.2. Attitude et pratique face à la gestion du diabète**

Dans les récits des leaders, nous avons fait ressortir plusieurs aspects sur leurs attitudes et pratiques vis-à-vis des personnes diabétiques qui fréquentent leurs églises ou lieux de cérémonies. Sur ce, plusieurs aspects ont été révélés tels qu'interroger l'esprit sur le diagnostic et donner les instructions spirituelles par rapport à la maladie.

#### **4.3.2.1. Questionnement du diagnostic à l'esprit**

La majorité des leaders avait souligné qu'elle recevait beaucoup de cas diabétiques qui étaient traités jusqu'à la guérison. Premièrement, la plupart des leaders soulignaient que le diagnostic était posé grâce à la prophétie dictée par l'esprit.

*« Chez nous généralement c'est l'esprit qui donne le diagnostic des cas de diabète. Physiquement, comme ça, c'est compliqué. » (P1 leader secrétaire, homme)*

*« Nous dans notre religion quand nous accueillons ces malades, ce n'est pas dû généralement à l'excès de sucre et de sel dans l'organisme. Le malade passe toujours par la prophétie pour savoir l'origine de sa maladie. » (P6 leader adjoint, homme)*

Deuxièmement, une minorité des leaders se référaient aux symptômes des fidèles, et ensuite, ils se confiaient en esprit pour recevoir des orientations par Dieu. Donc, quelles que soient les causes de la maladie, la première attitude était d'interroger l'esprit pour détecter la maladie et son origine.

*« Mais certaines personnes peuvent présenter des symptômes similaires sans que ça soit le diabète. C'est pourquoi quand nous recevons des cas pareils à l'église c'est à travers la prophétie que l'esprit nous donne de la précision sur la maladie du patient. » (P2 leader secrétaire, femme)*

#### **4.3.2.2. Instructions spirituelles dans la pratique**

Au regard de ce point, les leaders avaient une façon de répondre aux attentes spirituelles dictées par l'esprit. Un des leaders avait dit « l'esprit est dictateur » c'est-à-dire il dicte des choses qu'il faut respecter à la lettre. Tous les leaders avaient une même façon de voir les malades en passant par la prophétie, mais ils n'avaient pas la même façon de pratiquer les directives venant de l'esprit. Les différentes directives mentionnées par les leaders étaient le lavage du corps avec l'eau de Nkamba et à l'eau de Ngunza, l'application de sable de Nkamba dans le corps pour chasser ses esprits impurs et les plantes médicinales dictées par l'esprit.

*« ...Parfois avant d'arriver aux médicaments, le malade peut être déjà guéri à travers l'eau de Nkamba et de Ngunza, car deux bouchons de ces eaux peuvent suffire pour sortir quelqu'un du coma diabétique. » (P7 leader secrétaire, homme)*

Les leaders avaient mentionné dans leur récit qu'ils recevaient les directives dictées par l'esprit pour traiter les cas de diabète.

*« Lorsqu'il va passer à la consultation spirituelle ..., le laboratoire ... le papa (l'esprit) voit que la maladie de sucre est là dans son organisme. Le papa dit qu'il a la facilité de la soigner, mais il doit passer d'abord à l'opération spirituelle. Il passe à l'écho. Papa voit le degré de la maladie puis il le fait passer à l'opération. Papa (esprit) va arranger son sucre pour que son pancréas amer puisse dominer pour que tout soit identique lors de l'opération. Par après, on va lui donner les médicaments spirituels. » (P1 leader titulaire, femme)*

Des participants ajoutent :

*« Si la personne vient déjà avec son diagnostic de l'hôpital, nous allons prier puis selon les directives spirituelles, nous allons lui demander d'arrêter avec le traitement de l'hôpital puis continuer avec l'esprit en faisant ce qu'il nous demande. » (P5 leader titulaire, femme)*

*« ...quand nous recevons les gens qui sont malades, nous les conduisons que par l'esprit parce que c'est l'esprit qui détecte que cette personne souffre telle maladie. » (P4 leader titulaire, femme)*

En ce qui concerne les plantes médicinales traditionnelles, les leaders avaient mentionné que l'esprit précisait les noms et indiquait la façon de l'administrer aux personnes diabétiques.

*« Quand nous recevons ce malade, c'est l'esprit qui nous dicte les plantes à donner et la quantité. À part cela, c'est aussi la prière, afin que si cette maladie a été causée par les aliments ou un mauvais sort, vous soyez délivrés. Il y a la guérison après la prise de ces produits parce que cela vient de Dieu. » (P3 leader secrétaire, femme)*

D'autres participants renchérissent en disant :

*« Le malade doit se laver à l'eau de Nkamba. Nous suivons ce malade dans notre permanence à l'église après que l'esprit nous a montré les plantes pour son traitement et lui montrer comment prendre les verres des plantes prescrites. Nous suivons son horaire de repas, la dose et son poids ... Chaque fois à travers nos prières, l'esprit suit son évolution. » (P5 leader secrétaire, femme)*

*« L'esprit nous révèle les noms des produits à donner aux malades et guérit. Nous traitons à base des plantes. La quantité dépend aussi des directives de l'esprit. » (P1 leader secrétaire, femme)*

*« Quand plusieurs personnes viennent à l'église pour par exemple leur problème de santé comme le cas du sucre, ils vont passer en esprit pendant la prière et je veux détecter leurs maladies ensuite j'aurais des orientations pour leur problème de santé individuellement. Donc pour les mêmes maladies, les traitements seront différents pour chaque personne. » (P4 leader titulaire, femme)*

*« Nous faisons la consultation spirituelle à nos fidèles diabétiques. Quelle que soit l'origine spirituelle ou héréditaire, un excès de sucre et de sel, le traitement est toujours spirituel par des plantes traditionnelles. » (P6 leader adjoint, homme)*

### **4.3.3. La perception face au diabète**

Les récits qui ressortent de ce thème étaient la perception sur l'origine de la maladie, la curabilité de la maladie, la solution envisagée et la guérison du malade, la fréquentation d'une formation sanitaire et l'interruption de la formation sanitaire.

#### **4.3.3.1. L'origine de la maladie**

En majorité, les leaders des églises dites prophétiques croyaient à l'existence d'une cause mystérieuse ou maléfique du diabète de type 2.

*« Bin, en bref, le diabète normal provient du régime alimentaire. Lorsque nous mangeons, nous devons chercher à ce que l'amer puisse entrer dans le corps, même les tisanes amères (kongo bololo). Si tu le prends de temps en temps, le diabète ne va pas s'installer. Ce qui est anormal c'est par rapport à la façon dont nous sommes en train de vivre dans ce monde ..., le combat, ça peut être dû à la jalousie au lieu de travail où les amis te jettent un mauvais sort. Cette forme du diabète due au mauvais sort si tu l'amènes à l'hôpital, tu ne seras jamais guéri, car le mauvais sort se jette en esprit. Il vaut mieux aller dans une église spirituelle pour que l'esprit de Dieu anéantisse le mauvais sort pour que tu sois guéri. » (P5 leader titulaire, homme)*

Ensuite, les leaders mentionnaient comment ils distinguaient l'origine du diabète par rapport à l'alimentation ou à la force maléfique.

*« J'allais dire ceci. De mon côté c'est difficile d'explicitier ce qui est spirituel. Cela constitue le secret de Dieu et c'est difficile de le dévoiler. Si on tente de l'expliquer, cela ne va pas traduire exactement le réel. Moi j'ai fait les choses selon les recommandations de Dieu. Parfois, Dieu me révèle des choses que je ne retiens pas, mais si c'est à la maison ma*

*femme m'aide à les retenir. C'est quand j'invoque mes docteurs c'est à eux de me donner la réponse pour faire la distinction de l'origine du diabète. Si c'est spirituel, les docteurs vont me dicter la démarche à suivre ainsi que la durée du traitement. » (P2 leader adjoint, femme)*

#### **4.3.3.2. La curabilité du diabète**

Tous les leaders avaient affirmé que le diabète était guérissable. Les leaders avaient mentionné qu'une fois qu'ils avaient reçu la révélation sur la cause de la maladie et la façon de la prendre en charge, ils aboutissaient à la guérison totale de la maladie.

*« Qu'il y a la guérison après la prise de ces produits parce que cela vient de Dieu. » (P3 leader secrétaire, femme)*

*« Beaucoup se disent que le diabète est incurable, mais nous nous leur redonnons espoir en leur disant que le diabète est guérissable chez nous. Ta foi suffit pour te guérir. » (P4 leader secrétaire, femme)*

Un leader avait décrit un cas où le diabète était seulement guérissable à l'église et non à l'hôpital.

*« J'avais reçu une maman diabétique depuis 17 ans avec des complications de doigts amputés auquel l'hôpital était incapable de résoudre son problème de santé à tel point qu'on lui a demandé de rentrer à domicile. Tellement que je suis sûr de mon Dieu, nous l'avons reçue et traitée par la prière et les plantes médicinales issues par la révélation. Puis, cette maman était guérie. » (P2 leader adjoint, homme)*

#### **4.3.3.3. La solution du diabète**

La majorité avait évoqué dans leurs récits que la première solution pour guérir leur malade était la révélation par l'esprit et la prise en charge spirituelle, quelle que soit l'origine de la maladie. Quand le malade arrive dans leur église, c'est l'esprit qui le reçoit. La plupart des leaders avaient dit que c'était l'esprit qui dictait ce qu'il faut faire et qui les orientait vers les traitements spirituels pour leurs fidèles.

*« Nous suivons ces malades. L'esprit nous donne les produits à prendre et les malades guérissent. Nous les traitons à base des plantes. La quantité dépend aussi des directives de l'esprit. » (P5 leader secrétaire, femme)*

Plusieurs types des prises en charge étaient proposés comme nous l'avons décrit précédemment tels que par le lavage avec de l'eau bénite et du sable béni, par les séances de prière, les plantes médicinales inspirées et les conseils. Cette prise en charge n'était pas la même d'une personne diabétique à une autre. Elle se différenciait en fonction des causes révélées et des symptômes présentés.

*« Particularité chez nous dans les églises prophétiques, nous pouvons recevoir 7 malades diabétiques, mais chacun aura son traitement en fonction de la cause révélée par la prophétie. » (P2 leader adjoint, femme)*

*« Il y a parfois certaines choses qui sont associées au traitement par exemple se laver avec de l'eau de Nkamba pendant 7 jours et c'est en fonction du problème du malade. C'est en fonction des signes que le malade présentait que nous faisons le suivi. » (P2 leader secrétaire, femme)*

*« Parfois avant d'arriver aux médicaments, le malade peut être déjà guéri à travers l'eau de Nkamba et l'eau de Ngunza. Deux ou trois mesures (bouchons) de ces eaux peuvent suffire pour sortir quelqu'un du coma. Nous avons des armes lourdes et légères donc c'est au cas par cas. » (P7 leader secrétaire, homme)*

Les conseils portaient sur la bonne alimentation et un style de vie adéquat, le respect des horaires de repas et la pratique de l'exercice physique. Bien que les leaders reconnussent le rôle des habitudes de vie dans la gestion du diabète, la foi restait une priorité pour guérir cette maladie.

*« Manger des aliments amers, éviter des aliments sucrés pour neutraliser les sucres. La foi c'est ce que nous avons en premier. Si tu n'as pas la foi tu ne pourras pas soigner les malades. Par la foi, on peut guérir le diabète sucré. » (P2 leader adjoint, homme)*

#### **4.3.3.4. Fréquentation de la formation sanitaire**

Tous les leaders avaient souligné qu'ils accordaient l'autorisation à leurs fidèles diabétiques de fréquenter les formations sanitaires selon certaines directives, par exemple uniquement pour le contrôle de la glycémie, en cas de perte de sang, seulement avant de commencer le traitement spirituel ou pour confirmer le diagnostic de l'église (issue de la révélation). Cette dernière directive était justifiée par le fait que les leaders voulaient prouver que la maladie était

guérissable par la prière ou par les plantes selon la révélation de l'esprit, plutôt que par la médecine moderne.

*« Nous n'interdisons pas au malade d'aller à l'hôpital si nous avons déjà résolu le problème spirituel. » (P2 leader titulaire, homme)*

Un leader explique ces deux conditions pour fréquenter la formation sanitaire :

*« Quand on amène le malade souffrant du sucre qui est désespéré du traitement moderne dans notre église, nous lui posons la question depuis quand date son dernier traitement moderne? Si nous constatons que la personne n'a pas l'eau dans son corps ou n'a pas le sang dans son corps, nous allons prier et leur demander de rentrer à l'hôpital pour la perfusion d'abord et pour la transfusion parce qu'à l'hôpital ces processus sont plus rapides que les nôtres. C'est pourquoi on ne fait pas le médicament pour réhydrater et transfuser un malade en cas d'urgence. Mais nous allons insister en donnant des consignes que quand ils se rendent là-bas, c'est seulement pour ces deux actions et pas pour autre chose. Puis, ils vont revenir pour notre traitement à l'église. » (P6 leader titulaire, homme)*

Un autre participant ajoute :

*« Si un malade nous consulte et se plaint que rien ne change pour sa santé, et qu'il a seulement dépensé beaucoup d'argent pour sa maladie ... je veux lui proposer de bénéficier de notre traitement à base des plantes et la prière. Et après plusieurs séances de traitement ... je peux l'envoyer uniquement pour tester son taux de glycémie. » (P6 leader adjoint, homme)*

Peu de leaders acceptaient d'envoyer leurs fidèles suivre un traitement moderne tant pour un suivi médical que pour un contrôle de complications. Seulement après avoir été sûrs d'avoir combattu la cause spirituelle, ils pouvaient s'y rendre pour contrôle. Certains leaders avaient mentionné qu'ils faisaient des suivis à l'église en contrôlant l'évolution de la maladie.

*« Après avoir débuté le traitement, l'esprit donne même le jour de contrôle. Si c'est par exemple au 6<sup>e</sup> jour, le malade se sent faible, il peut encore être interné à l'église. Mais s'il se sent fort on peut lui demander de rentrer à la maison pour poursuivre le traitement de l'église en ambulatoire. Mais généralement ces malades refusent de rentrer à la maison vu l'amélioration de leur état de santé à l'église. Si le malade se sent bien il doit toujours passer au contrôle à l'église pour voir l'évolution de la maladie. » (P4 leader secrétaire, femme)*

#### 4.3.3.5. L'interruption du traitement médical ou du suivi dans une formation sanitaire

La majorité des leaders avait soulevé qu'ils interrompaient le traitement médical pour éviter le mélange des produits, car une combinaison des traitements (médical et traditionnel), n'était pas acceptée. En voici un extrait :

*« On dit que le chien a quatre pattes, mais il doit suivre une seule voie. Si tu veux l'hôpital, tu dois d'abord terminer avec eux avant de commencer avec nous. Tu ne peux pas mélanger parce qu'à la fin tu ne sauras pas d'où est venue la guérison, de l'église ou de l'hôpital. Les malades qui nous consultent sont diabétiques depuis longtemps et viennent de l'hôpital. En venant vers nous ça signifie qu'ils n'ont pas eu des solutions à l'hôpital. » (P2 leader secrétaire, femme)*

Certains leaders avaient confirmé qu'ils avaient interrompu le traitement moderne à leurs fidèles même si ces derniers étaient hospitalisés. Cette décision d'interruption du traitement médical provenait d'un message reçu de l'esprit c'est-à-dire sortir cette personne de l'hôpital afin de poursuivre avec les directives spirituelles au niveau de l'église.

Un leader explique :

*« Oui cela peut arriver selon les directives de la prophétie, surtout pour le diagnostic que nous pensons être diabolique » (P1 leader adjoint, homme)*

## **Chapitre 5 : Discussion**

Selon le cadre conceptuel des croyances en matière de santé, cette étude descriptive interprétative a essayé de comprendre comment les connaissances et les représentations socioculturelles, notamment les croyances religieuses des fidèles des églises dites prophétiques influencent l'autogestion du diabète de type 2. Pour répondre à nos questions de recherche, nous discutons les principaux résultats selon les éléments du cadre théorique des croyances en matière de santé. Ces éléments comprennent les variables modifiables telles que les connaissances et les croyances religieuses qui peuvent influencer les croyances individuelles (capturées par la susceptibilité, la gravité, les avantages et les obstacles perçus, et l'auto-efficacité). Ces éléments ainsi que les indicateurs d'action peuvent à leur tour avoir un impact sur l'autogestion du diabète.

### **5.1. Discussion du choix de l'échantillon**

Les personnes de moins de 65 ans constituent la majorité des participants à l'étude soit 86,4%. Les participants avaient un âge minimal et un âge maximal respectif de 33 et 71 ans soit un âge moyen de 55 ans pour les fidèles et 44 ans pour les leaders. Diop & Diedhiou (2015) avait utilisé la tranche de 40 à 59 ans et Doukouré (2019) de 40 à 60 ans pour leurs études qualitatives sur des patients diabétiques. De même l'agence de la santé publique du Canada avait noté que le diabète se développe généralement chez les adultes de plus de 40 ans (Agence de la santé publique du Canada, 2017). Les âges inférieurs et supérieurs à 65 ans sont ainsi un critère courant pour démarquer les états de santé des patients. Donc, notre étude englobe ce groupe d'âge dû à la haute prévalence du diabète. Néanmoins, cet âge n'avait pas marqué une différence remarquable dans leur perception de la maladie entre les jeunes et les adultes. Bon nombre avaient établi des mêmes réflexions en ce qui concerne l'autogestion de leur maladie et allaient dans le sens d'abonder dans leur croyance comme solution première de leur santé. Les personnes de sexe féminin étaient majoritaires pour notre population d'étude. Comme c'est souvent le cas dans les églises (Rukata, s.d.2002). Nous pouvons décrire que l'âge et le sexe n'ont pas eu d'effet apparents dans notre étude sur l'autogestion du diabète. Cependant,

l'origine ethnique pouvait avoir un effet sur la maladie bien que ce soit un facteur non modifiable, il pouvait être susceptible d'influencer l'individu, car la plupart de nos participants était d'une ethnie kongo, pour la simple raison que les leaders de ses églises incarnent la doctrine du prophète qui possédait cette origine ethnique. L'ethnie et l'environnement peuvent influencer la prévalence du diabète. (Mbanya et al., 2010).

## **5.2. L'autogestion du diabète**

La gestion du diabète implique l'application des mesures hygiéno-diététiques telles que le régime alimentaire, le niveau d'activité physique, la compliance au suivi médical et en l'occurrence le traitement et le suivi des complications.

Le modèle de croyance en matière de santé, qui sert d'appui à notre étude, soulève une gamme de comportements de santé qui s'articule en trois étapes qu'un patient diabétique doit suivre et appliquer. Nous pouvons les classer premièrement en éléments de comportement de la prévention qui s'attèle à la promotion de la santé, pouvant amener à la réduction des complications et des décès, comme l'adoption d'une alimentation saine, une pratique de l'exercice physique et un style de vie adéquat. Deuxièmement, il s'agit de posséder un comportement responsable de la maladie avec un suivi médical basé sur le professionnalisme. Troisièmement, il est requis d'avoir un comportement qui permet de consulter régulièrement les instances appropriées pour toutes sortes d'inquiétudes de santé (Adejoh, 2014).

Les résultats de notre étude montrent que la majorité des participants s'abstenaient de consommer des aliments sucrés au profit des aliments amers. Certains participants ne respectaient pas le régime alimentaire, car ils ne croyaient pas être naturellement malades. Ces résultats s'alignent les résultats de l'étude de Champiot et al. (2016). Ainsi, les participants à son étude ne considéraient pas le diabète comme une « vraie maladie ». Certains soulignaient que leur foi les convainquait de manger tout sans que cela leur cause du tort. D'autres soulevaient le manque de moyens financiers comme obstacle à la réalisation des exigences du régime alimentaire. En même temps, ils le considéraient comme ennuyeux, plein de tracasseries et ils n'avaient pas la liberté de choisir ce qu'ils voulaient manger ce qui est similaire à d'autres études (Champiot & Faure, 2016; Simon, 2017). En revanche, les participants de notre étude

croyaient au bien-fondé du régime alimentaire et que cela pourrait être bénéfique pour leur santé, mais n'observaient pas les directives d'une bonne mesure hygiéno-diététique. Le non-respect du régime alimentaire pourrait être dû au fait que tous les fidèles diabétiques venaient d'une communauté à faible revenu et d'un milieu défavorisé. Or, le contexte de la pauvreté et son impact sur la famille et les amis pourraient influencer le mode vie des adeptes sur l'accès au régime alimentaire. Aussi, cette attitude de non-respect du régime alimentaire pourrait s'expliquer par le manque d'information de nos participants sur la maladie, le manque de sensibilisation sur son importance et leur faible niveau de connaissance. Quand les participants ont un comportement fondé sur un doute, cela peut se traduire par leur façon d'agir devant un problème de santé (Abrahams, Gilson, Levitt, & Dave, 2019; Champiot & Faure, 2016; Simon, 2017; Steinman et al., 2020).

Les fidèles diabétiques étaient conscients de l'apport bénéfique de l'activité physique, mais la plupart des personnes déclaraient ne pas la pratiquer. Cependant, quelques-uns n'avaient pas d'informations ou alors n'intégraient pas le fait que l'activité physique telle que la marche à pied était un facteur bénéfique dans la gestion du diabète. Par contre, d'autres ne trouvaient pas que l'exercice était nécessaire pour leur santé d'autant plus que c'était une maladie d'une source maléfique. Ces résultats reflètent ceux de l'étude d'Adejoh (2014) qui stipulait que plus de la moitié des participants ne connaissaient pas l'effet de l'exercice sur la maladie. Le manque de connaissances des fidèles sur la maladie et la non-vulgarisation des programmes mis en œuvre pour prévenir les complications et le décès dus au diabète pourraient expliquer cette attitude (Rosselet, Labud, Hagon-Traub, & Burnand, 2017). Ceci rejoint une étude thématique qui avait démontré que la façon la plus efficace pour prévenir le diabète était d'encourager les comportements qui assurent la prévention et la promotion de la santé (Brathwaite & Lemonde, 2015). Mais aussi, l'OMS a fait remarquer qu'une éducation thérapeutique est importante pour aider les diabétiques à acquérir les compétences pour bien gérer leur maladie (Chapiot & Faure, 2016; OMS, 2016; Rosselet et al., 2017).

En ce qui concerne le suivi médical, les deux tiers des fidèles diabétiques avaient reconnu être dans les irrégularités dans la fréquentation de visites à l'hôpital pour leur bilan sanitaire, dans la prise des médicaments et le fait d'utiliser des ordonnances expirées. En d'autres mots, les

patients diabétiques visitaient leur médecin rarement et à cause de cela ils réutilisaient les mêmes ordonnances en cas de crise. Au niveau du suivi des complications, les fidèles diabétiques n'y faisaient pas allusion, car très peu avaient une connaissance des complications qui survenaient en étant diabétique et la grande majorité n'avait pas un suivi régulier de leur maladie. Souvent, les raisons soulevées pour le non-suivi médical (traitement et complications) étaient les coûts élevés des médicaments, car ils préféraient les thérapies proposées par l'église puisqu'elles coûtaient moins cher. De même que l'étude d'Aikins (2005), les participants ont tendance à l'inaction médicale due au coût élevé de soins médicaux du diabète. Ensuite, d'autres points énumérés étaient l'origine maléfique de la maladie, l'évitement des émotions associées lors de l'annonce des résultats médicaux, l'ignorance des bénéfices du suivi médical pour leur santé et le manque des moyens financiers qui les rendait dans l'incapacité de renouveler leurs ordonnances. Par exemple, Steinman (2020) souligne que les participants qui sont dépourvus de moyens sont incapables de faire un renouvellement de leurs ordonnances. Aussi, les participants diabétiques croyaient que le traitement ne les amenait nullement à la guérison et ne voyaient pas le but de le continuer. De plus, le fait de se faire injecter ou de prendre souvent ces médicaments modernes aggravait la situation, et donc les mettaient en situation de méfiance. Tous ces obstacles constituent un frein pour la bonne gestion du diabète de nos participants.

En ce qui concerne les avis des leaders religieux, ils ont une façon de gérer et d'orienter leurs fidèles diabétiques dans le processus de gestion ou de contrôle du diabète. Premièrement, ils gèrent le diabète d'une façon interrogatoire, c'est-à-dire qu'ils questionnent l'être suprême pour déceler le problème de santé chez ces fidèles par la prière. Deuxièmement, ils vont recevoir une orientation spirituelle pour résoudre le problème de la maladie. Cette orientation prend plusieurs volets, soit elle sera dirigée vers une thérapie spirituelle, soit par des prières, soit en soumettant leurs fidèles à un bain qui contient l'eau bénite, soit par l'application dans leur corps du sable de Nkamba qui contient des vertus spirituelles pour faire partir complètement la maladie (Nkamba est une cité qui se trouve dans l'une des régions de la RDC où habitait le prophète Simon Kimbangu où la succession familiale demeure jusqu'à ce jour. Cette cité est dotée de vertus de spiritualité culturelle et identitaire « sociopolitique »). Les

chefs religieux et les gens qui croient en ce prophète y vont pour se concentrer dans la prière. À leur retour chez eux, ils puisent de l'eau et prennent du sable pour leur servir de guérison aux différents problèmes de santé et d'autres ennuis qui dérangent leur vie. Nous n'avons pas de documentation probante sur ce sujet.

La majorité des leaders avaient souligné l'apport positif du régime alimentaire. Par contre, ils n'avaient pas mentionné l'apport de l'activité physique dans les instructions divines que l'être suprême dictait pour guérir la maladie et en ce qui concerne les suivis médicaux, ils n'y faisaient pas allusion, mais ils envoyaient uniquement leurs adeptes à l'hôpital pour le contrôle de leur glycémie. Une telle conceptualisation erronée prouve des impacts dans la gestion du diabète des adeptes qui vont fréquenter ces églises. Ces attitudes pourraient être dues au niveau d'instruction insuffisant des chefs religieux, l'attachement culturel comme l'une des raisons de cette perception, et le milieu de vie dans lequel ils vivent comme le montrent aussi Coulibaly et al. (2008) dans son étude. Mais souvent, ces églises sont situées dans les zones périphériques dépourvues des informations nécessaires et ces informations ne sont pas suffisamment vulgarisées au niveau de nos populations. Nous rejoignons l'étude de Coulibaly et al. (2020) sur les obstacles à la contraception. Cette étude dénote que la faible sensibilisation pourrait être une barrière qui influe sur le comportement en santé, et dans le sens de la vulgarisation des connaissances en matière du diabète, nous pouvons aussi l'appliquer dans notre étude. Dans le processus de l'autogestion du diabète, le manque d'informations pourrait être dû au fait que le programme de lutte contre le diabète n'est pas bien intégré dans les communautés et cela pourrait être simulé en RDC en général et à Kinshasa en particulier (M. Coulibaly et al., 2020).

Un autre facteur qui pourrait s'associer à la croyance pour influencer la gestion du diabète est le déni de la maladie. Nos résultats ont démontré que la majorité des fidèles était dans le déni de la maladie et qu'elle n'accordait pas d'importance à observer la diète dans le cadre du suivi malgré qu'elle prétendît avoir connaissance de son importance sur leur santé. Ceci s'aligne avec le modèle des croyances en santé (Glanz et al., 2008), car les individus qui n'acceptent pas la maladie ne réalisent pas la gravité de celle-ci et ses complications, et donc ils n'auront pas recours au changement de comportement. En d'autres mots, ces individus auront tendance à ne pas modifier leur régime alimentaire ou leur niveau d'activité physique ni à faire un suivi

médical pour leur traitement et les complications. Aussi, les obstacles perçus, comme le modèle le démontre, constituent une barrière qui engendre une mauvaise gestion de la maladie. Cela pourrait peut-être s'expliquer par la non-acceptation ou le déni du diabète et par une confiance importante en leur croyance et en leur chef religieux qui guérit toutes les maladies. De même, la perception de l'absence des symptômes auprès des fidèles diabétiques ne stimulait pas la gravité perçue de la maladie. En plus, ils ne trouvaient pas de guérison en prenant les médicaments modernes. Contrairement à d'autres études (Champiot & Faure, 2016; Steinman et al., 2020), nos participants n'entrevoyaient pas une perception d'incitation au suivi médical. Cependant, Adejoh (2014) stipule que la perception du suivi des complications incitera les individus à respecter les prescriptions médicales. Ainsi, le manque de confiance dans le traitement moderne est un élément fondamental qui parfois conduit des diabétiques à s'orienter vers des soins impropres. Cela pourrait s'expliquer par le fait que tous nos participants n'avaient pas un travail sûr, étaient du secteur privé, donc qui dépendaient de leur travail pour subvenir à leurs besoins quotidiens. Donc, le moyen financier pourrait s'avérer une barrière pour l'accès aux médicaments coûteux et mener à des soins de substitution. En effet, ces différentes perceptions s'observent dans un sens contraire de l'étude menée au Cambodge, dans laquelle ces participants diabétiques avaient des connaissances sur les recommandations de la gestion de leur maladie et très peu de ses participants avaient souligné l'orientation vers le produit traditionnel (Abrahams et al., 2019; Steinman et al., 2020). Nos résultats sont similaires à ceux de Ntyonga-Pono (2015) qui a montré qu'il y avait de l'irrégularité dans le suivi des traitements par les participants de son étude, suite à la croyance religieuse, mais aussi par manque de moyen financier. De même Coulibaly et al. (2008) soulignent que le recours thérapeutique pourrait dépendre de la représentation des individus et de leur capital culturel.

En dehors des connaissances et des croyances religieuses, nous avons constaté un autre facteur qui pourrait influencer l'autogestion de notre population d'étude qui dépasse les visées de notre cadre théorique. En RDC, les leaders des églises dites prophétiques sont des figures qui jouent un rôle important au niveau de la maladie de leurs fidèles. Donc, les pratiques religieuses de ses leaders sont parmi les éléments qui dépassent le cadre théorique des croyances en matière de santé, car c'est un facteur extérieur qui peut influencer l'autogestion du diabète par

les croyances individuelles. D'autres facteurs environnementaux pourraient s'étendre à travers notre cadre conceptuel tels que l'accessibilité aux soins, l'accessibilité géographiques (variables modifiables) qui peuvent influencer les croyances individuelles et conduire à l'accès restreint des ressources alimentaires diversifiées et adéquates. Dans cette étude, nous avons identifié les perspectives de nos participants sur la gestion du diabète. En général, une bonne gestion de la maladie passe par sa connaissance. Elle requiert une bonne alimentation, une pratique régulière des activités physiques, un style de vie adéquat, un suivi médical régulier et un contrôle régulier des complications. Bref, nos participants semblaient avoir une façon moins bonne de gérer leur maladie qui ne cadre pas avec ces normes de gestion du diabète.

### **5.3. Les connaissances sur le diabète**

Le thème sur la représentation du diabète en fonction des connaissances englobe les aspects liés aux symptômes, aux complications et au mode de survenue de cette maladie auprès des fidèles diabétiques et des leaders religieux.

La majorité des fidèles avait des connaissances insuffisantes sur les symptômes et les complications, et ils ignoraient les causes scientifiques du diabète. Parmi les fidèles ayant ignoré le mode de survenue du diabète, certains ont lié celui-ci au mauvais sort ou aux forces maléfiques, pendant que les autres avaient cité la mauvaise alimentation et l'hérédité. Aussi, certains fidèles diabétiques confondaient les symptômes avec leurs complications ou ne les connaissaient pas du tout. En effet, l'étude de Doukouré (2019) avait montré que les participants ne savaient pas décrire correctement les éléments de la triade des symptômes tels que la polydipsie, la polyurie et la polyphagie. Le manque de connaissance pourrait être attribué à un faible niveau d'éducation, car la plupart de nos participants diabétiques avaient une éducation primaire (soit 39% des fidèles). Ces résultats se rapprochent de ceux de l'étude de Doukouré (2019) qui stipule que le faible taux d'éducation de la population a un impact sur la connaissance des maladies chroniques.

Ensuite, les connaissances des leaders sur le diabète sont importantes, car les fidèles diabétiques dépendent d'eux pour résoudre leur problème de santé. Selon nos résultats, les leaders démontraient des connaissances insuffisantes sur les symptômes du diabète, mais ils les

étiquetaient comme étant des symptômes modernes ou charnels (c.-à-d. qui n'avaient pas trait au spirituel). Plus spécifiquement, ces symptômes servaient seulement à la médecine moderne pour diagnostiquer la maladie. Donc, pour ces églises, les symptômes étaient révélés spirituellement c'est-à-dire que Dieu pouvait révéler des signes et des orientations par la prière. Tous les leaders avaient évoqué que le diabète avait trois origines possibles : l'héréditaire, le normal et l'anormal. Dans leurs déclarations, le diabète normal provenait de la mauvaise alimentation (consommation des aliments importés avec des engrais chimiques, vivres frais) ou de l'hérédité, tandis que le diabète anormal provenait d'un mauvais sort, des attaques du diable ou était en lien avec la sorcellerie. Malgré la distinction sur les origines de diabète par les leaders religieux, ils attribuaient l'ensemble des causes de cette maladie chronique à un effet maléfique parce qu'ils estimaient que Dieu ne pouvait pas laisser une personne souffrir d'une maladie incurable et que toute maladie était liée à une cause. Aussi, le plus haut niveau d'éducation atteint des leaders en majorité était le secondaire soit 47,6%. Le profil des leaders pourrait expliquer leurs représentations de la maladie.

Donc, un manque de connaissances du diabète peut s'appliquer sur les croyances individuelles telles que la susceptibilité et la gravité perçues de la maladie référée dans le modèle des croyances en matière de santé (Adejoh, 2014; Glanz et al., 2008; Mshunqane, Stewart, & Rothberg, 2012). Selon ce modèle, si les patients ne reconnaissent pas les risques, les symptômes ou les complications du diabète, il est moins probable qu'ils changent leur comportement ce qui pourrait affecter leur gestion du diabète à long terme (Glanz et al., 2008). En effet, une étude en Côte d'Ivoire stipule qu'en début de maladie, les participants n'en percevaient pas les dangers, se laissaient emporter par une attitude de distraction et relâchaient les voies médicales (Doukouré, 2019). Une autre étude rapporte que le manque de connaissances et de suivi médical fait en sorte que les participants n'adhèrent pas à leur traitement et recourent à des soins non conventionnels (Alsairafi, Taylor, Smith, & Alattar, 2016). Une insuffisance des connaissances au niveau des leaders pourrait être un obstacle à la gestion du diabète de leurs fidèles (Adejoh, 2014; Ntontolo et al., 2017). Selon une approche quantitative, une étude au Nigéria avait indiqué qu'un faible niveau de connaissances du diabète était associé à une mauvaise gestion de celui-ci (Adejoh, 2014). Cette insuffisance de

connaissances telle que décrite pourrait constituer une barrière dans la gestion du diabète des fidèles, car leurs leaders jouent un rôle important dans leur parcours de la maladie (Adejoh, 2014; Doukouré, 2019; Scarton et al., 2019).

Selon notre étude, la croyance religieuse influence négativement la connaissance de la maladie, ce qui pourrait conduire à une mauvaise gestion du diabète. En d'autres mots, si les patients diabétiques croient à l'origine spirituelle de la maladie, ceci pourrait conduire à une connaissance erronée du diabète. Par exemple, lorsque les participants expriment un déni de la maladie, cela les pousse à chercher d'autres voies pour résoudre leur problème de santé. Ces arguments se rapprochent de l'étude de Ntyonga-Pono (2015) qui démontre que sa population d'étude avait exprimé un déni de leur maladie ce qui les poussait à interrompre le traitement médical.

Bref, il n'y avait pas de divergence entre les fidèles et les leaders dans leur façon d'aborder les éléments des connaissances du diabète. Selon nos résultats, les participants diabétiques et leurs leaders semblaient avoir un niveau de connaissance faible et erroné de la maladie ce qui pourrait influencer la gestion du diabète. Ce manque de connaissance pourrait être attribué à leur niveau d'éducation, à leur forte croyance religieuse, à leur environnement, à leur milieu de vie, à leur appartenance ethnique leur dictant éventuellement leur habitus religieux. Cela étant dit, au niveau des caractéristiques sociodémographiques, nous avons en effet collecté les données sur les appartenances ethniques de chaque participant car, cela constitue un point important. 90% des chefs religieux sont de Mukongo c'est -à-dire d'ethnie Kongo et 87% des adeptes diabétiques également. Il y a non seulement un manque de connaissance du diabète par les personnes diabétiques de cette ethnie, mais aussi un manque d'informations et de données sur cette maladie sur bien des terrains autres que celui-là et comme celui-là (Mbanya et al., 2010; Mense, Mapatano, Mutombo, & Muyer, 2014). Le niveau d'éducation, surtout les connaissances sur le diabète, comment vivre adéquatement et comment prévenir ses complications, est un élément fondamental sur lequel nous devons agir auprès de ces populations vulnérables. Cependant, il n'est pas possible d'agir si suffisamment de connaissances sur ces milieux ne sont pas mises à jour pour agir adéquatement. Notre mémoire est une pierre souhaitant contribuer à cette avancée en Afrique subsaharienne. Des

connaissances sur le diabète qui sont développées dans d'autres régions du monde peuvent aussi contribuer à mieux comprendre nos données. Ainsi, à l'île de la Réunion, au-delà du manque de connaissances ou de l'information, cette manière de gérer le diabète peut-être expliquée par le vécu, par la représentation de la maladie et par les expériences de l'individu (Arulanantham, 2017). Certains participants avaient au moins un niveau de connaissance du diabète, mais s'appuyaient sur leur croyance religieuse pour le réconfort et la quête de la guérison de leur maladie (Arulanantham, 2017). De plus, une étude faite en Tunisie a démontré et confirmé comme celle de Doukouré (2019) que 41% des patients diabétiques n'avaient pas une éducation vis-à-vis de leur maladie puisqu'ils éprouvaient des difficultés à établir un certain niveau de connaissances sur la définition et le mode de survenue du diabète (Ben Abdelaziz et al., 2007). Cette étude suggère que le niveau d'instruction peut avoir un impact sur la perception et la connaissance de la maladie (Ben Abdelaziz et al., 2007).

#### **5.4. L'influence des églises sur l'autogestion du diabète**

Ce thème aborde les différents points en rapport avec les dogmes des églises qui exercent une influence sur l'autogestion du diabète des fidèles des églises dites prophétiques. Nous aborderons les motivations du choix de l'église, la perception du diabète, la non-acceptation de la maladie, la prise en charge de l'église pour le diabète, l'accord de fréquenter la formation sanitaire par le leader, l'interruption du traitement médical par le leader, l'orientation personnelle en cas de crise et le soutien de son entourage.

L'influence des églises est maintenue lorsque les croyances religieuses sont ancrées dans les perceptions des individus. Selon les données recueillies auprès des fidèles, le choix de fréquenter ces églises prophétiques était motivé d'une part par la confiance en leur chef religieux et en leur croyance religieuse ainsi que la recherche de la guérison du diabète. D'autre part, ils étaient convaincus par les opinions des leaders qui croyaient que le diabète est dû aux forces maléfiques, ne se guérit pas à l'hôpital, mais par eux-mêmes grâce à des prières. Donc, les fidèles diabétiques et les leaders choisissaient ces églises pour des raisons de curabilité. Les leaders interrogeaient l'esprit et celui-ci donnait des orientations divines pour des traitements spirituels qui à leur avis étaient incontestables. Aussi, les leaders faisaient des suivis des

complications du diabète des fidèles diabétiques au sein de leur église d'une manière spirituelle. Selon Scheen et Paquot (2012), la société européenne propose de gérer le diabète en intégrant l'approche multifactorielle qui est basée sur le patient en le rendant autonome et en mettant en relief certaines cibles dont l'âge du patient, la durée de son diabète, et l'amélioration du style de vie. Cependant, dans la perception de certains pays africains, quand la maladie s'installe chez l'individu, on voit plus le corps et l'esprit. Le corps malade est celui que l'on soigne à l'hôpital et ce même corps malade est associé à un esprit que le contexte africain croit soigner dans des églises dites prophétiques. Les religions intègrent les différentes cultures de la société ce qui permet le questionnement sur l'origine et sur le traitement du corps. Le corps malade est motivé vers un réconfort spirituel à travers la religion (Laplantine, 2003). Alors, le contexte de la gestion de la maladie est perçu différemment dans les pays d'Afrique subsaharienne.

La perception du diabète implique la considération qu'ont les participants sur l'ampleur de la maladie, son issue mortelle, sa contagiosité, son incurabilité et sa gravité qui les guident vers une décision en autogestion de leur maladie. Cette conception est démontrée différemment par rapport à l'étude d'Adejoh (2014) qui souligne que la gravité perçue stimule les participants à une forte adhésion aux soins médicaux, tandis que dans notre étude, cette gravité les dirige vers la recherche d'une solution spirituelle et des prophètes pour résoudre leur problème de santé. Une autre étude sur les patients diabétiques musulmans démontre que la gravité perçue et la motivation de recouvrer la santé étaient parmi les éléments qui influençaient l'observance du traitement ou la gestion de la maladie (Ndjoumbi, 2009). Vu que le diabète est perçu non guérissable en médecine, l'influence des églises sur la gestion du diabète était quasiment incontestable. Selon notre étude, les fidèles recouraient à ces églises pour la guérison tandis que les leaders pensaient détenir un pouvoir de guérison doté d'une puissance. Cette influence des églises sur la perception du diabète comme maladie chronique pourrait être liée à la prédisposition culturelle chez les participants, à l'incertitude de ne pas pouvoir être guéri en médecine moderne et aux éléments environnementaux tels que la pauvreté (Géry, 2010). Ces éléments poussent les participants vers des églises de guérison pour une thérapie spirituelle qui guérit toutes les maladies. Par exemple, l'étude suggère que les patients trouvent la guérison en thérapie spirituelle par l'influence de la croyance religieuse et par leur prédisposition culturelle

pour une maladie comme le cancer qui paraît incertain (Géry, 2010). Aussi, le sens de la maladie pourrait être une réflexion qui oriente les patients vers les églises dites prophétiques. Dans notre étude les participants percevaient le diabète comme une maladie qui ne se guérissait pas à l'hôpital, mais dans l'étude de Swaleh et Yu (2020), la gravité perçue était considérée simplement comme un problème lié au sucre et un manque de connaissances sur les complications. Les participants de notre étude ne percevaient pas d'avantages médicaux, car leur maladie ne pouvait pas se soigner à l'hôpital et ils cherchaient une guérison totale. Tandis que les avantages perçus du traitement mentionné dans cette étude (Swaleh & Yu, 2020) étaient le nettoyage du corps et la prolongation de la vie.

La non-acceptabilité de la maladie par les fidèles était un élément qui les orientait vers ces églises. Le manque de confiance en la médecine moderne était cité parmi ces raisons de la non-acceptabilité ainsi que la non-croyance en la maladie. Toutefois, les leaders des églises percevaient que malgré cette attitude, ils pourraient les accompagner dans la guérison de leur maladie. Cependant, cette réflexion pourrait être due au poids de leur croyance religieuse. D'ailleurs, le concept de manque de confiance envers la médecine moderne était ressorti aussi dans d'autres religions comme l'Islam où les diabétiques croyaient en la guérison spirituelle au lieu de la médecine moderne (Alsairafi et al., 2016). D'autres études au Bangladesh avaient comme objectif de comprendre les croyances et les attitudes des laïcs, les enseignements religieux et les perceptions professionnelles en relation avec la prévention du diabète dans la communauté bangladaise (Grace et al., 2008). Cette étude avait démontré que les chefs religieux avaient été considérablement un appui pendant l'enseignement de l'Islam sur les messages de la prévention du diabète. Malgré cela, certains cliniciens avaient perçu que ces chefs religieux donnaient des informations erronées et fatalistes, bien qu'ils aient également exprimé des inquiétudes concernant leur propre compréhension culturelle limitée. (Grace et al., 2008). Une autre étude sur les patients diabétiques musulmans démontre aussi que la gravité perçue et la motivation de recouvrer la santé étaient parmi les éléments qui influençaient l'observance du traitement ou la gestion de la maladie (Ndjoumbi, 2009).

Au niveau de la prise en charge de l'église, les leaders avaient leur façon de gérer le diabète de leurs fidèles telle que par des prières et des produits de l'église. Les leaders religieux pensaient guérir toutes les maladies par leur croyance via des produits et des pratiques qui provenaient de l'esprit tels que le lavage à l'eau et l'application du sable de Nkamba que les prophètes se procuraient dans le Congo central, une des provinces de la RDC. En ce qui concerne la fréquentation des instances sanitaires, les leaders donnaient leur accord à leurs fidèles de les fréquenter seulement pour contrôler la glycémie et pour un besoin en transfusion rapide qu'ils étaient aussi en mesure de faire au sein de l'église. Dans le souci de démontrer leur capacité spirituelle, ils voulaient faire plus valoir les témoignages. Aussi, les résultats de l'étude montrent que les leaders interrompaient le traitement médical de leurs fidèles diabétiques, car ils pensaient qu'ils étaient désespérés de ce traitement et qu'ils n'étaient pas guéris à l'hôpital. Selon les leaders, c'était le moment où l'esprit pouvait agir étant donné qu'ils n'avaient pas de solutions. L'église était le seul endroit pour trouver l'espoir et la guérison. Donc, ils arrivaient à arrêter ce traitement s'ils étaient dirigés par Dieu. Enfin, les leaders avaient des croyances profanes liées à leur religiosité. Cela rejoint la réflexion de l'étude de Bailly et al. sur des liens entre les croyances religieuses, les spiritualités et la santé, et celle de Mbanya et al. qui démontre que les croyances profanes en matière de santé ont des effets sur le contrôle de la maladie (Bailly et al., 2011; Mbanya et al., 2010).

En cas de crises ou de complications de la maladie, le premier réflexe des participants en majorité était de se référer aux prières à l'église pour recevoir une révélation. Si par malheur la situation ne s'améliorait guère, à ce moment le patient diabétique pourrait recourir à l'hôpital. L'hôpital apparaît comme un endroit pour traiter la crise et la stabiliser afin de pouvoir retourner aux prières de l'église. Pratiquement, les participants diabétiques tombaient dans un cycle vicieux qui pouvait les amener dans des complications graves ou un décès, car ils arrivaient à l'hôpital au stade le plus avancé de leur maladie. Ceci pourrait s'expliquer par la façon qu'ils percevaient ou qu'ils jugeaient la gravité du diabète ainsi que le milieu dans lequel ils vivaient (Ngoboka Kati, 2019). Au Ghana, Aikins (2005) s'était intéressé aux pratiques et aux expériences de la maladie. Il avait rapporté qu'une minorité de ses participants était orientée vers les activités spirituelles pour la recherche de la guérison ainsi qu'à l'inaction médicale à cause de

l'incurabilité de leur maladie et des effets psychosociaux (Aikins, 2005). Bien que quelques-uns recouraient à ces activités au moment de forte crise, certains participants retournaient vers la médecine pour chercher des soins (Aikins, 2005).

Au regard de tous les éléments que nous avons soulignés, les participants diabétiques mentionnaient avoir ressenti une évolution positive de leur santé en suivant les instructions de l'église, telles que les prières et d'autres pratiques dictées par l'esprit. Mais, une minorité ne ressentait pas une avancée tant par l'église que par l'hôpital. Cette conviction pour ceux qui ont constaté une avancée positive pourrait s'expliquer par le fait que c'est le seul endroit d'espoir et de réconfort pour aboutir à la guérison. Aussi, c'est un endroit dans lequel règne un soutien social. En effet, nous avons observé que souvent, les participants étaient orientés vers ces églises par leur entourage ou leurs proches.

L'influence de la croyance sur la maladie a une dimension collective. Elle concerne aussi le soutien que le groupe de croyants de l'église guidé par leur leader apporte au malade. Ce soutien a une très grande ampleur sur la décision de l'acceptation de la gestion du diabète par le fidèle. D'une part, les fidèles recevaient un soutien de leur entourage qui avait un impact sur leur diabète. D'une autre part, ils avaient honte de discuter de leur problème de santé avec leurs proches, alors ils ne pouvaient pas bénéficier de leurs conseils. Par ailleurs, l'entourage avait aussi tendance à avoir une perception profane de la maladie. Certains du moins encourageaient leurs proches dans la suite du traitement de l'église. Ainsi, cela rejoint l'étude de Swaleh et Yu (2020), qui souligne que le pair, le membre de la famille et les églises influencent la gestion du diabète dans la communauté. Le soutien social est un élément important qui pourrait renforcer psychologiquement la personne malade dans le processus de sa gestion de maladie. Selon l'étude de Cimon (2014), la motivation et l'accompagnement de l'entourage étaient des éléments qui pourraient influencer la gestion des patients diabétiques. Cette représentation s'applique au modèle des croyances en matière de santé en termes des signaux d'actions qui dénomment les éléments externes qui peuvent influencer le comportement d'une personne, par exemple l'entourage, les informations, la maladie d'un membre de la famille (Glanz et al., 2008).

À ce titre, les acteurs communautaires, tels que les médecins chef de zone en santé, les animateurs et les relais communautaires pourraient jouer un rôle assez intéressant en atténuant les influences délétères des leaders religieux par des messages de bonnes pratiques en santé et pour le bien être des individus. Cette proposition n'a pas été discuté dans notre travail, car nous n'avons pas interviewé ces acteurs, mais c'est une piste de recherche intéressante pour des futures études.

Donc, la gravité de la maladie pourrait être un facteur déterminant dans le choix de l'orientation de lieux de prise en charge. Comme le souligne Pouhe Nkoma (2015), le choix de l'itinéraire thérapeutique pourrait être influencé par la gravité perçue et les aspects socioculturels. Il propose dans son étude d'agir sur les facteurs socioculturels (Pouhe Nkoma, 2015). Pour notre cas, nous mettons l'accent sur la croyance religieuse pour lutter contre une gestion inadéquate du diabète. La croyance religieuse ou la prière est une variable qui modifie la croyance individuelle, ce qui pourrait jouer un rôle important sur l'autogestion du diabète, tout en se référant au modèle de croyance en santé (Glanz et al., 2008). Les patients ne recouraient pas aux soins modernes, car vilipendés par les messages de guérisons miracles véhiculés au sein de leur église. Cette attitude peut augmenter ainsi leur vulnérabilité à développer des complications du diabète jusqu'à en mourir. Le niveau d'éducation de leur chef religieux n'encourage pas le traitement médical standard et fait en sorte que les patients diabétiques recourent aux églises dites prophétiques. Une étude de Mbanya et al. (2010) avait démontré que la culture et la pauvreté peuvent influencer la gestion du diabète. Baudrant-Boga (2009) avait souligné que les facteurs socioculturels sont des facteurs qui modifient l'observance et entravent la gestion du diabète. La perception sur l'origine de la maladie pourrait être expliquée par des facteurs psychosociaux et environnementaux qui pourraient conduire les participants à une décision contre la médecine moderne (Mabika, 2016). En somme, nos participants avaient grandi dans une culture qui avait façonné leur approche de la maladie et de la guérison. La religion occupe une place importante dans la vie des fidèles, car les propos des leaders religieux s'imposent comme vérité indiscutable et indiscutée. Selon leurs croyances, la religion apporte une solution à tous les problèmes de santé. Enfin, les croyances religieuses sont parmi les

facteurs qui interagissent avec les piliers des croyances individuelles et qui façonnent l'autogestion du diabète.

## **5.5. Forces et limites de l'étude**

### **5.5.1. Forces**

Nous nous sommes basés sur une approche descriptive interprétative qui nous a permis de recueillir nos données ainsi que nos méthodes utilisées. Toutefois, une autre des forces de cette étude est que nous avons observé la réalité subjective de nos participants sur le terrain. Nous avons recueilli des données au niveau de deux échantillons différents tels que les patients fidèles et les leaders religieux. Ceci nous a permis de collecter différentes perspectives en termes de triangulation pour enrichir nos données. Aussi, nous avons obtenu les informations auprès de trois groupes de discussion de leaders jusqu'à la saturation des idées, ce qui augmente la rigueur scientifique de la méthode de cueillette. Nous avons utilisé une approche inductive ce qui nous a permis à ressortir les thèmes à partir des propos des participants. Nous avons aussi réalisé un pré-test du guide d'entrevue dans un sous échantillon pour vérifier la pertinence des questions et pour améliorer celles-ci. Enfin, c'est la première étude descriptive interprétative en RDC qui traite de leviers qui sont susceptibles de jouer un rôle sur l'autogestion du diabète des fidèles tels que les connaissances et les croyances religieuses dans des églises dites prophétiques.

### **5.5.2. Limites**

Une des limites à la recherche était la pandémie COVID-19 et le manque de temps. Si nous pensons refaire cette étude ou des études futures, nous aurons à ajouter certains éléments. En conséquence, nous n'avons pas pu comparer les fidèles diabétiques des églises dites prophétiques à ceux des églises non prophétiques sur les croyances religieuses qui influencent l'autogestion du diabète. Il serait intéressant de penser à cette thématique dans des recherches futures. Aussi, la majorité des fidèles déclaraient avoir observé un impact positif sur l'évolution du diabète au sein de leurs églises par rapport à leurs croyances religieuses. Cependant, nous n'étions pas en mesure de vérifier scientifiquement ces faits étant démunis d'un instrument de

mesure de la glycémie. Une des limites de l'étude est que la codification des entrevues a été fait par une seule personne ce qui n'augmente pas la rigueur scientifique. Le contexte de la pauvreté et son impact sur la famille et l'entourage pourraient influencer la disponibilité alimentaire ce qui modifie le mode vie des adeptes sur le respect du régime alimentaire. Cela constitue également une limite dans notre étude car elle n'a pas été exploré pour apporter un éclairage. Dans le guide d'entrevue, on aurait pu demander les participants sur la disponibilité des aliments et comment ceci affecte leur régime alimentaire. Une des limites de l'étude est que la codification des entrevues a été fait par une seule personne ce qui n'augmente pas la rigueur scientifique.

De plus, cette étude est limitée. Car nous nous sommes concentrés sur une recherche au sujet des églises dites prophétiques de la périphérie de Kinshasa. Nous n'avons donc pas abordé une configuration standardisée de Kinshasa. L'impact des églises prophétiques sur le diabète dans ce contexte standard de la ville serait à investiguer dans des études ultérieures. Nous ne pouvons pas transférer nos résultats à d'autres régions ou pays étant donné que notre échantillon était de 44 participants et qu'il ne serait pas scientifiquement rigoureux de les transposer aux autres églises prophétiques. Nos résultats dépendent notamment de beaucoup de facteurs socioculturels locaux, nationaux et d'ordre ethnique. Donc, nos résultats ne seront potentiellement pas généralisables.

La population de ces communes périphériques étudiées vit un niveau économique pauvre en majorité, un niveau d'instruction faible, avec une difficulté d'accès géographique et la quasi-inaccessibilité aux soins. Le contexte de la pauvreté, son impact sur la famille et l'entourage influence très probablement le mode vie des adeptes et son accès à un régime alimentaire adéquat et diversifiés. Cela constitue également une limite dans notre étude, car elle n'a pas été exploré pour apporter un éclairage sur ce point. Il faudrait donc examiner dans des études futures l'impact de cette pauvreté sur le diabète du type 2. Et notamment quelle capacité ont les gens de s'alimenter.

Nous avons déjà convoqué des études sur les personnes souffrant de diabète de Doukouré (2019) et Diop & Diehiou (2015) et d'autres auxquelles nous avons confronté nos analyses ou qui ont soutenu ces dernières

D'autres cas d'étude présentent des similarités à notre étude, notamment une étude sur des églises évangéliques prophétiques. Elle souligne le rôle prosélyte parfois axé sur la guérison miraculeuse pour recruter des fidèles en utilisant des annonces publicitaires et des affiches. Ces églises vantent les pouvoirs et les dons spirituels qu'elles possèderaient ainsi que leur pouvoir religieux. Tous ces éléments constituent donc un sérieux obstacle à la prise en charge du diabète par la médecine moderne. Les églises prophétiques que nous avons étudiées ne se sont pas compromises dans ce rapport prosélyte publicitaire, elles ne sont pas en train d'évangéliser pour attirer les fidèles, mais elles se manifestent plus à travers des signaux d'action, comme nous l'avons démontré dans le cadre conceptuel. Ces signaux d'action ont aussi une influence dans la gestion du diabète. Mais ces études soulignent de façon intéressante l'apport d'argent que constitue chaque fidèle, ce qui entre nécessairement en considération dans l'emprise que ces religions peuvent avoir sur ceux-ci et l'obstacle potentiel à déléguer la guérison à la médecine moderne. Traditionnellement, cela fait partie des charismes chrétiens et c'est sur des dons charismatiques que se fonderaient les Nouveaux Mouvements Religieux (Dagou, 2017). Toutefois, les données de cette étude concernent des publicités et ne sont donc pas comparables aux données des entretiens que nous avons effectués.

En termes de pratique équivalente ou présentant des similitudes, une étude réalisée hors de l'Afrique subsaharienne, au Maroc, examine l'usage de la phytothérapie, soit des plantes médicinales, pour le traitement du diabète (Eddouks et al., 2007). Cette dernière semble avoir certains rapports avec les églises dites prophétiques qui usent des plantes médicinales pour soigner ses fidèles. Cependant, nous n'avons pas fait le choix d'approfondir la phytothérapie dans notre étude. Nos données ne sont donc pas comparables avec celles de cette étude.

## 5.6. Implications en santé publique

Les perspectives sont de concilier les deux visions, celles des compétences culturelles et la médecine. En Afrique subsaharienne, souvent la maladie n'arrive pas sans cause, c'est-à-dire que tout doit avoir une explication. Nous soulignons que l'approche de la maladie par les leaders et leurs fidèles repose sur une vision holistique et cette vision s'oppose à la perception biomédicale qui est réductionnelle. Ainsi, il y a une nécessité d'intégrer les compétences culturelles dans des parcours académiques pour étudier ces questions en santé publique. Les experts en santé publique ainsi que tous les acteurs en santé devront aussi les acquérir, afin de comprendre les valeurs communautaires qui servent de base aux croyances religieuses. Une attention sera apportée, non seulement aux patients diabétiques au niveau des hôpitaux, mais aussi aux fidèles qui vivent cette maladie ainsi qu'à leur chef religieux qui vilipendent des messages sans doute non probants. Cette attention doit se référer à une éducation particulière de cette sous-population en se focalisant sur les représentations et la gestion du diabète. Aussi, les leaders et leurs adeptes devraient promouvoir et /ou développer des croyances positives pour orienter un état de santé à moindre risque.

Ensuite, il serait important de concevoir des programmes d'éducation et de sensibilisation axés sur les croyances, les attitudes et les perceptions des fidèles diabétiques de ces églises. Par exemple au Nigeria, il y avait des formations offertes sur la sensibilisation au diabète par des experts dans les églises chrétiennes (Chinenye & Ogbera, 2013). Donc, cette formation d'expert avait mis en exergue le jumelage de leur croyance et de la médecine en favorisant le milieu de fréquentation de ces fidèles. Une autre possibilité serait de créer des interventions qui impliquent l'éducation des membres de la famille en termes de connaissances et bonnes pratiques d'autogestion du diabète (Scarton et al., 2019).

Nous mettons l'accent sur le fait que les leaders religieux exercent une influence prépondérante quant à la gestion des maladies de leurs fidèles. Vu que les leaders avaient un niveau d'éducation insuffisant, leur transfert des connaissances pouvait affecter l'autogestion de leurs fidèles. Alors, les leaders devraient être formés, pour à leur tour, être à même d'informer leurs fidèles sur les enjeux de leur maladie, en conciliant à la fois la spiritualité et la médecine. Cela

supposerait de prendre en compte que le revenu de ces chefs religieux provient de leurs fidèles qui croient en leur capacité de les guérir. S'il n'est pas dans l'intérêt du chef religieux de perdre un fidèle pour le confier à l'hôpital, c'est son intérêt charismatique que ce fidèle soit guéri dans son église. Ainsi, si le chef religieux obtient de meilleurs résultats de guérison de ses fidèles par une formation adéquate sur le diabète et en apprenant à coopérer avec l'hôpital sans perdre son prestige d'accompagnement spirituel et charismatique, alors les personnes ayant un diabète pourraient plus aisément bénéficier de soins adéquats. D'autres entités religieuses pourraient être visées, notamment celles prônant la guérison miracle des maladies, car il existe des églises dites charismatiques qui s'occupent de cette maladie, les églises de réveil, les églises protestantes. C'est ainsi que nous suggérons au ministère de l'Intérieur de revoir les critères d'agrément de ces églises afin que ces critères intègrent le parcours scolaire des leaders pour une prise en charge efficace de la maladie.

Les organismes de santé devraient considérer les facteurs socio-culturels tels que les croyances religieuses. Les leaders pourront être un pilier de vulgarisation, et donc en agissant sur eux par des campagnes d'information et de bonnes pratiques en santé, nous pourrions réduire les complications et les décès dus au diabète. Enfin, ils devraient aussi promouvoir davantage les animateurs communautaires dans le processus de sensibilisation de cette sous-population.

D'autre part, une étude a démontré que les difficultés d'observance du traitement diabétique étaient liées à de causes multiples et étaient fonction de certains facteurs tels que le niveau socio-économique bas et le manque d'éducation thérapeutique sur leur maladie. Ceci pousserait la plupart de patients à consulter certains soignants traditionnels ou religieux. Elle confirme la pertinence de nos questions de départ ainsi que nos résultats qui soulignent le recours aux leaders des églises prophétiques pour la gestion du diabète. Cependant, cette dernière présente un écart, ne démontrant pas une implication quelconque chez ces guérisseurs religieux et traditionnels en termes de piste de solution. Cet écart est lié au manque de suivi d'éducation thérapeutique de ces leaders. Ceci pourrait conduire à des implications en santé publique tels que le décès, les complications et les comportements non adéquats (Debussche, Balcou-Debussche, Besançon, & Traore, 2009).

Dans cette étude, les guérisseurs religieux équivalents à ce que nous avons dénommés tantôt les leaders religieux. L'apport important et la recommandation de notre étude se situe dans la formation des leaders religieux de ces églises sur le diabète et ses complications. Ainsi, ils seront en mesure de mieux guider leurs adeptes dans le processus de l'autogestion de cette maladie chronique.



## Chapitre 6 : Conclusion

Bien que plusieurs études scientifiques montrent la place des croyances dans la gestion de maladies chroniques, nous manquons d'informations sur le rôle des croyances dans la gestion du diabète sucré, une maladie dont la prévalence est en augmentation. Cette étude vient un tant soit peu combler ce vide scientifique.

L'autogestion du diabète auprès des populations africaines des églises dites prophétiques s'avère un problème réel de santé publique. Nos résultats indiquent que l'influence des connaissances et des croyances religieuses de ses églises dites prophétiques n'est pas bénéfique dans le processus de l'autogestion du diabète de type 2. Ceci nous amène à répondre aux questions de recherche relatives à l'impact négatif d'une connaissance insuffisante et erronée, et d'une croyance religieuse au sujet de l'autogestion du diabète par des fidèles affiliés à ces églises. De façon descriptive, notre étude souligne qu'il existe un lien entre la religiosité et la santé. Ces liens sont avérés dans le sens que les fidèles recouraient à ces églises, car ils n'acceptaient pas la maladie et n'avaient pas confiance à la médecine moderne, ce qui les incitait à la recherche d'une guérison alternative. Souvent, les participants croyaient à une cause maléfique de la maladie et donc voyaient les pratiques religieuses telles que la prière comme dernière solution à leurs maux. À cet effet, il y a des églises qui prônent la guérison en faisant valoir des thérapies religieuses par lesquelles la population qui les fréquente trouve des solutions à leur problème de santé. La prépondérance accordée à cette thérapie spirituelle est importante. La perception du diabète et sa gestion par nos participants nous permettent de définir des stratégies idoines pour la prévention et la prise en charge holistique par leurs communautés sur le plan social et religieux. Les autorités de la santé publique en RDC devraient cibler particulièrement les réseaux d'affiliation religieuse et d'entraide par des stratégies de sensibilisation, d'information et formation afin de réduire les complications et les décès dus au diabète ainsi que l'adoption de bons comportements face au diabète. En effet, les leaders religieux peuvent constituer un canal important de communication par lequel ces stratégies peuvent passer pour atteindre les fidèles.

Toutefois, les recherches futures devront se baser sur un échantillon plus large et au besoin d'étendre la sphère de recherche dans d'autres communautés religieuses ou dans d'autres communes ou provinces, afin de percevoir l'impact réel que les croyances religieuses peuvent avoir sur la maladie au Congo.

Suite à cette étude, il y a aussi à prendre en compte l'apport holistique dans la prise en charge de diabète du type 2, c'est-à-dire de faire intervenir la dimension multidisciplinaire. Bien que de progrès aient été menés dans la médecine moderne pour résoudre le problème des diabétiques, cette étude démontre un gap existant entre cette médecine et les services accessibles par rapport auquel certaines personnes atteintes du diabète sont désorientées de la médecine et se rendent dans des églises dites prophétiques pour la recherche de la guérison. A notre connaissance, nous n'avons pas trouvé d'études abordant cette thématique au pays. Bien que nous ne puissions pas généraliser notre étude compte tenu de plusieurs facteurs (dont la taille de l'échantillon), elle pourra néanmoins constituer une documentation à de fins de recherche. Plusieurs études ont démontré les raisons du non-recours aux soins du diabète, en interrogeant les diabétiques dans des structures médicales mais, ne l'ont pas fait sur les diabétiques des églises dites prophétiques et sur leurs leaders car elle constitue une population particulière.



- et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien - Application aux patients diabétiques de type 2.* Université Joseph-Fourier - Grenoble I, Retrieved from <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-00488730>
- Bemba, E. L. P., Bopaka, R. G., Ossibi-Ibara, R., Toungou, S. N., Ossale-Abacka, B. K., Okemba-Okombi, F. H., & Mboussa, J. (2017). Facteurs prédictifs associés au statut de perdu de vue au cours du traitement antituberculeux à Brazzaville. *Revue de Pneumologie Clinique*, 73(2), 81-89. doi:<https://doi.org/10.1016/j.pneumo.2016.11.001>
- Ben Abdelaziz, A., Thabet, H., Soltane, I., Gaha, K., Gaha, R., Tlili, H., & Ghannem, H. (2007). [Knowledge of patients with type 2 diabetes about their condition in Sousse, Tunisia]. *East Mediterr Health J*, 13(3), 505-514.
- Berne-Wabern. (2014). *Focus RD Congo: Le système sanitaire à Kinshasa : médicaments et soins du VIH-sida, de l'hypertension artérielle, du diabète de type II et des troubles mentaux.* Retrieved from
- Bourgoignie, J., Sonnet, J., & Dechef, G. (1962). [Clinical study of diabetes mellitus in the Bantu in the region of Leopoldville]. *Ann Soc Belg Med Trop (1920)*, 42, 261-294.
- Brathwaite, A., & Lemonde, M. (2015). *Perceptions of a Culturally Tailored Adapted Program to Prevent Type 2 Diabetes.*
- Braun, V., & Clarke, V. (2006). Using thematic analysis in psychology. *Qualitative Research in Psychology*, 3(2), 77-101. doi:10.1191/1478088706qp063oa
- Brundisini, F., Vanstone, M., Hulan, D., DeJean, D., & Giacomini, M. (2015). Type 2 diabetes patients' and providers' differing perspectives on medication nonadherence: a qualitative meta-synthesis. *BMC Health Serv Res*, 15, 516. doi:10.1186/s12913-015-1174-8
- Champiot, C., & Faure, J. (2016). *Vécus et représentations des patients pris en charge pour un diabète de type 2 : une étude qualitative.* Retrieved from <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01371028>
- Chinenye, S., & Ogbera, O. (2013). Socio-cultural aspects of diabetes mellitus in Nigeria. *Journal of Social Health and Diabetes*, 1(1).
- Cimon, E. (2014). *Facteurs influençant l'autogestion du diabète: perceptions des adultes diabétiques de type 2 insulino-traités.* (Maitrise mémoire). Université du Québec à Chicoutimi, Québec.
- Coulibaly, I., Keita, B., & Kuepie, M. (2008). Les déterminants du recours thérapeutique au Mali : entre facteurs socioculturels, économiques et d'accessibilité géographique. In *Démographie et Cultures (Actes du colloque de Québec, 2008)*: Association Internationale des Démographes de Langue Française.
- Coulibaly, M., Doukouré, D., Kouamé, J., Ayékoé, I. A., Mélédje-Koumi, M. D., Malik, S., . . . Kouadio, L. (2020). Obstacles socioculturels liés à l'utilisation de la contraception moderne en Côte d'Ivoire. *Sante Publique*, 32(4), 389-397. doi:10.3917/spub.204.0389
- Dagou, D. K. (2017). *Nouveaux mouvements religieux et théologie de la prospérité ≠ Abidjan : champ d'action.*
- De Man, J., Aweko, J., Daivadanam, M., Alvesson, H. M., Delobelle, P., Mayega, R. W., . . . Van Olmen, J. (2019). Diabetes self-management in three different income settings: Cross-learning of barriers and opportunities. *PLoS One*, 14(3), e0213530. doi:10.1371/journal.pone.0213530

- Debussche, X., Balcou-Debussche, M., Besançon, S., & Traore, S. A. (2009). Challenges to diabetes self-management in developing countries. *Diabetes Voice*, 54(Special Issue), 12--14. Retrieved from <https://hal.univ-reunion.fr/hal-01227774>
- Diallo, A. M., Lokrou, A., Diallo, M. M., Abodo, J., Dago, K. P., Kouassi, F., . . . Laubhouet, M. D. (2015). Suivi à long terme des patients diabétiques en Afrique sub-saharienne : caractéristiques épidémiologiques et cliniques d'une cohorte ivoirienne. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 9(2), 216-219. doi:[https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(15\)30047-X](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(15)30047-X)
- Diop, S., & Diedhiou, D. (2015). Le diabète sucré en Afrique sub-saharienne : aspects épidémiologiques et socioéconomiques. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 9. doi:10.1016/S1957-2557(15)30030-4
- Doukouré, D. (2019). Représentation de la maladie et parcours de soins des patients diabétiques suivis au Centre Antidiabétique de l'Institut National de Santé Publique (Côte d'Ivoire). *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, 1(2), 14-28.
- Duke, N., & Wigley, W. (2016). Literature review: The self-management of diet, exercise and medicine adherence of people with type 2 diabetes is influenced by their spiritual beliefs. *Journal of Diabetes Nursing*, 20(5), 184-190.
- Dutour, O., Ouertani, M., Fakir, S., Feissel, A., Dutour, A., & Olivier, C. (1989). Aspects Anthropologiques du diabète sucré: Problèmes d'équilibration de la maladie dans une ethnie transplantée. *Ecol Hum*, 11(1), 21-31.
- Eddouks, M., Ouahidi, M. L., Farid, O., Moufid, A., Khalidi, A., & Lemhadri, A. (2007). L'utilisation des plantes médicinales dans le traitement du diabète au Maroc. *Phytothérapie*, 5(4), 194-203. doi:10.1007/s10298-007-0252-4
- Engbretson, J. (2013). Understanding stigma in chronic health conditions: Implications for nursing. *Journal of the American Association of Nurse Practitioners*, 25(10), 545-550. doi:10.1111/1745-7599.12009
- Enquête Target Sarl. (2019). RDC- religion 2019 : Les Congolais croient à une providence divine. Retrieved from <https://www.target-sarl.cd/en/node/873>
- Ezembe, F. (2009). 9. Les représentations de la maladie et du soin. In *L'enfant africain et ses univers* (pp. 211-245). Paris: Karthala.
- Fagbemi, K. A., Azonbakin, S., Adjagba, M., Baba-Moussa, L., & Laleye, A. (2017). Aspects épidémiologiques du diabète de type 1 à la banque d'insuline de Cotonou (Bénin). *International Journal of Biological and Chemical Sciences*, 11(3). doi:10.4314/ijbcs.v11i3.13
- FID. (2017). *Atlas du diabète de la FID, huitième édition*. Retrieved from <https://www.diabete.qc.ca/en/understand-diabetes/resources/useful-documents/atlas/>
- FID. (2019). *Atlas du diabète de la FID, 9ième édition 2019*. Retrieved from <https://www.diabete.qc.ca/fr/comprendre-le-diabete/ressources/documents-utiles/atlas/>
- Géry, Y. (2010). Quels liens entre religieux et santé? *la santé de l'homme*, (406). Retrieved from [https://www.google.com/search?q=la+sant%C3%A9+de+l%27homme+406&rlz=1C1CHBF\\_frCA812CA812&oq=la+sant%C3%A9+de+l%27homme+406&aqs=chrome..69i57j33i160.10764j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8](https://www.google.com/search?q=la+sant%C3%A9+de+l%27homme+406&rlz=1C1CHBF_frCA812CA812&oq=la+sant%C3%A9+de+l%27homme+406&aqs=chrome..69i57j33i160.10764j0j15&sourceid=chrome&ie=UTF-8)

- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education: Theory, research, and practice, 4th ed.* San Francisco, CA, US: Jossey-Bass.
- Grace, C., Begum, R., Subhani, S., Kopelman, P., Greenhalgh, T., & Goenka. (2008). Prevention of Type 2 Diabetes in British Bangladeshis: Qualitative Study of Community, Religious, and Professional Perspectives. *BMJ: British Medical Journal*, 337(7678), 1094-1097. Retrieved from <http://www.jstor.org/stable/20511259>
- Imbert, G. (2008). Vers une étude ethnoépidémiologique du diabète de type 2 et de ses complications. *S.F.S.P*, 20(2), 113-124.
- Jaffiol, C. (2011). Le diabète sucré en Afrique: un enjeu de santé publique. *Académie Nationale de Médecine*. Retrieved from <http://www.academie-medecine.fr/le-diabete-sucre-en-afrique-un-enjeu-de-sante-publique/>
- Janand-Delenne, B., Sevil, S., Rocher, L., & Calemczuk, G. (2010). P22 Précarité, complications et niveau de connaissances sur le diabète dans une population de 125 patients. *Diabetes & Metabolism*, 36, A45. doi:[https://doi.org/10.1016/S1262-3636\(10\)70170-1](https://doi.org/10.1016/S1262-3636(10)70170-1)
- Jeoffrion, C., Dupont, P., Tripodi, D., & Roland-Lévy, C. (2016). Représentations sociales de la maladie : comparaison entre savoirs « experts » et savoirs « profanes ». *L'Encéphale*, 42(3), 226-233. doi:<https://doi.org/10.1016/j.encep.2015.12.007>
- Kamradt, M., Bozorgmehr, K., Krisam, J., Freund, T., Kiel, M., Qreini, M., . . . Ose, D. (2014). Assessing self-management in patients with diabetes mellitus type 2 in Germany: validation of a German version of the Summary of Diabetes Self-Care Activities measure (SDSCA-G). *Health Qual Life Outcomes*, 12, 185. doi:10.1186/s12955-014-0185-1
- Katchunga, P., Malanda, B., Mweze, M., Dupont, B., M'Buyamba-Kabangu, J.-R., Kashongwe, Z., . . . Buyschaert, M. (2012). [Knowledge of the general population about hypertension and diabetes mellitus in South Kivu, Democratic Republic of Congo]. *Revue d'épidémiologie et de santé publique*, 60, 141-147.
- Laplantine, F. (2003). Penser anthropologiquement la religion. *Anthropologie et Sociétés*, 27(1), 11-33. doi:<https://doi.org/10.7202/007000ar>
- Lipton, R. B., Losey, L. M., Giachello, A., Mendez, J., & Girotti, M. H. (1998). Attitudes and issues in treating Latino patients with type 2 diabetes: views of healthcare providers. *Diabetes Educ*, 24(1), 67-71. doi:10.1177/014572179802400109
- Loi N° 004/2001 du 20 Juillet 2001 Portant Dispositions Générales Applicables aux Associations Sans But Lucratif et aux Etablissements d'Utilité Publique, N° 004, L'Assemblée Constituante et Législative-Parlement de Transition de RDC (2001).
- Longo-Mbenza, Beya Efini, Ekwanzala, Vangu Ngoma, Nahimana, D., Mbungu Fuele, . . . Mupepe Mayuku. (2006). *Enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles à Kinshasa, capitale de la RD Congo. Selon l'approche STEPS de l'OMS*. Retrieved from Kinshasa: [https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/STEPS\\_DRC\\_Final.pdf](https://www.who.int/ncds/surveillance/steps/STEPS_DRC_Final.pdf)
- Mabika, L. C. (2016). *Influence des croyances et des représentations du diabète sur l'observance au traitement chez des femmes enceintes : étude comparative*. Université de Lorraine, Retrieved from <https://hal.univ-lorraine.fr/tel-01752251/document>
- Mannoni, P. (2006). *Les représentations sociales: Que sais-je?* Retrieved from <https://www.cairn.info/les-representations-sociales--9782130554578.htm#>

- Mbanya, J., Motala, A., Sobngwi, E., Assah, F., & Enoru, S. (2010). Diabetes in sub-Saharan Africa. *Lancet*, 375(9733), 2254-2266. doi:10.1016/s0140-6736(10)60550-8. (Accession No. 20609971)
- Mense, K., Mapatano, M. A., Mutombo, P. B., & Muyer, M. C. (2014). A case-control study to determine the sources of noncompliance to medical monitoring in diabetic patients in Kinshasa in 2010. [Une étude cas-témoins pour déterminer les facteurs de non-observance du suivi médical chez les patients diabétiques à Kinshasa, en 2010]. *The Pan African medical journal*, 17, 258-258. doi:10.11604/pamj.2014.17.258.2892
- Millogo, G. R. C., Yaméogo, C., Samandoulougou, A., Yaméogo, N. V., Kologo, K. J., Toguyeni, J. Y., & Zabsonré, P. (2015). Diabetes in urban setting in Ouagadougou, Burkina Faso: epidemiological profile and level of perception in the adult population. [Diabète en milieu urbain de Ouagadougou au Burkina Faso: profil épidémiologique et niveau de perception de la population adulte]. *The Pan African medical journal*, 20, 146-146. doi:10.11604/pamj.2015.20.146.3249
- Ministère santé publique RDC. (2016). *Plan national de développement sanitaire 2016-2020 : vers la couverture sanitaire universelle*. Retrieved from [https://www.resilientinstitutionsafrica.org/sites/default/files/2018-09/%5BDRC%5D%20PNDS\\_2016-2020.pdf](https://www.resilientinstitutionsafrica.org/sites/default/files/2018-09/%5BDRC%5D%20PNDS_2016-2020.pdf)
- Mitashi, P., Kabinda, J., & Chenge, F. (2015). *Recommandations de bonnes pratiques cliniques sur le management du diabète type 2*. Retrieved from <https://www.ccsc-rdc.net/>
- Mohamed, H., Al-Lenjawi, B., Amuna, P., Zotor, F., & Elmahdi, H. (2013). Culturally sensitive patient-centred educational programme for self-management of type 2 diabetes: a randomized controlled trial. *Prim Care Diabetes*, 7(3), 199-206. doi:10.1016/j.pcd.2013.05.002
- Mora, N., & Golden, S. H. (2017). Understanding Cultural Influences on Dietary Habits in Asian, Middle Eastern, and Latino Patients with Type 2 Diabetes: A Review of Current Literature and Future Directions. *Curr Diab Rep*, 17(12), 126. doi:10.1007/s11892-017-0952-6
- Mshunqane, N., Stewart, A. V., & Rothberg, A. D. (2012). Type 2 diabetes management: Patient knowledge and health care team perceptions, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 4(1), 392. doi:10.4102/phcfm.v4i1.392
- Mubiala, A. (2019). Prophéties ou culture de l'oïveté dans les églises à Kinshasa. Retrieved from <https://habarirdc.net/propheties-eglises-homme-dieu-oisivete-benediction-chretiens-kinshasa/#content>
- Muyer, M. T., Muls, E., Mapatano, M. A., Makulo, R., Mvitu, M., Kimenyembo, W., . . . Buntinx, F. (2011). Estimating prevalence of diabetes in a Congolese town was feasible. *J Clin Epidemiol*, 64(2), 172-181. doi:10.1016/j.jclinepi.2010.03.014
- Najdi, A., Berraho, M., Bendahhou, K., Obtel, M., Zidouh, A., Errihani, H., & Nejari, C. (2014). Les déterminants du statut@ perdu de vuÖ chez les patients pris en charge pour cancer au Maroc: situation avant le Plan Cancer. *The Pan African medical journal*, 18.
- Ndjombi, C. (2009). *Le patient diabétique musulman: quelle approche culturelle dans les interventions infirmières en Valais? : HES-SO Valais - Filière Soins infirmiers*.
- Newlin Lew, K., Arbauh, N., Banach, P., & Melkus, G. (2015). Diabetes: Christian worldview, medical distrust and self-management. *J Relig Health*, 54(3), 1157-1172. doi:10.1007/s10943-015-0022-9

- Ngoboka Kati, A. (2019). *Qualité de l'observance thérapeutique dans la gestion du Diabète type 2 : Cas des patients suivis à l'Hôpital Provincial Général de Référence de Kinshasa en République Démocratique du Congo*. (MSc). Université catholique de Louvain, Belgique.
- Ntontolo, P., Lukanu, P., Ogunbanjo, G., Fina, J., & LNM., K. (2017). Knowledge of type 2 diabetic patients about their condition in Kimpese Hospital diabetic clinic, Democratic Republic of the Congo. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 9(1), 2071-2928. doi:10.4102/phcfm
- Ntyonga-Pono, M. P. (2015). L'observance du traitement antidiabétique chez les patients diabétiques au Gabon : données préliminaires. *Médecine des Maladies Métaboliques*, 9(2), 198-202. doi:[https://doi.org/10.1016/S1957-2557\(15\)30043-2](https://doi.org/10.1016/S1957-2557(15)30043-2)
- OMS. (2005). *Noncommunicable Diseases and Mental Health Cluster. (2005). WHO STEPS surveillance manual: The WHO STEPwise approach to chronic disease risk factor surveillance / Noncommunicable Diseases and Mental Health, World Health Organization. STEPS : L'approche STEPwise de l'OMS Pour La Surveillance Des Facteurs de Risque Des Maladies Chroniques : Manuel de Surveillance STEPS de l'OMS*. Retrieved from <https://apps.who.int/iris/handle/10665/43376>
- OMS. (2016). *Rapport Mondial sur le diabete*. Retrieved from Suisse: <https://byebyepurees.com/wp-content/uploads/2017/06/OMS-diabe%CC%80te.pdf>
- OMS. (2017). *Stratégie de Coopération de l'OMS avec le pays République Démocratique du Congo 2017-2021*. Retrieved from <https://www.who.int/emergencies/crises/cod/rdc-css-2017-2021.pdf?ua=1>
- OMS. (2020). *World Health Statistics 2020: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. Retrieved from Geneva:
- ONU. (2015). Objectifs de développement durable - Objectif 3: Permettre à tous de vivre en bonne santé et promouvoir le bien-être de tous à tout âge. Retrieved from <https://www.un.org/sustainabledevelopment/fr/health/>
- Pew Research Center. (2012). *The Global Religious Landscape: A Report on the Size and Distribution of the World's Major Religious Groups as of 2010*. Retrieved from Washington, D.C:
- Pomey, M. P., Ghadiri, D. P., Karazivan, P., Fernandez, N., & Clavel, N. (2015). Patients as partners: a qualitative study of patients' engagement in their health care. *PLoS One*, 10(4), e0122499. doi:10.1371/journal.pone.0122499
- Pouhe Nkoma, P. (2015). *Itinéraires thérapeutiques des malades au Cameroun: Les déterminants du recours à l'automédication*. Paper presented at the 7ème Conférence sur la Population Africaine: "Dividende Démographique en Afrique: Perspectives, Opportunités et Défis", Johannesburg, South Africa. <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01339418>
- Proulx, J. (2019). Recherches qualitatives et validités scientifiques. *Recherches qualitatives*, 38(1), 53-70. doi:<https://doi.org/10.7202/1059647ar>
- Provalis Research. (2020). QDA Miner (Version 6) [Logiciel]. Canada. Retrieved from <https://provalisresearch.com/products/qualitative-data-analysis-software/>
- Rosselet, P., Labud, H., Hagon-Traub, I., & Burnand, B. (2017). Education thérapeutique du patient à l'autogestion du diabète - Prise en charge multidisciplinaire du diabète : recommandations pour la pratique clinique. *Rev Med Suisse*, 13(557), 768.

- Rukata, A. (s.d.). La problématique du genre en République Démocratique du Congo (RDC)/Zaire. Retrieved from <https://codesria.org/IMG/pdf/RUKATA.pdf>
- Saldaña, J. (2013). *The Coding Manual for Qualitative Researchers*. In J. Seaman (Ed.), (Second edition ed.). Retrieved from <http://emotrab.ufba.br/wp-content/uploads/2020/09/Saldana-2013-TheCodingManualforQualitativeResearchers.pdf>
- Scarton, L., Velazquez, I., O'Neal, L. J., Iyerm, S., Cannady, T., Choate, A., . . . Wilkie, D. J. (2019). Developing a culturally tailored multigenerational intervention to prevent and manage type 2 diabetes in American Indian families living in rural settings: Findings from a focus group study. *Res Nurs Health, 42*(3), 226-233. doi:10.1002/nur.21941
- Scheen, A. J., & Paquot, N. (2012). Type 2 diabetes: journey in the heart of a complex disease. *Rev Med Liege, 67*(5-6), 326-331.
- Simon, A. (2017). *Les croyances et les représentations des patients diabétiques de type 2 : une revue de la littérature*. Université de Lorraine, Retrieved from <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01932182>
- Sohal, T., Sohal, P., King-Shier, K. M., & Khan, N. A. (2015). Barriers and Facilitators for Type-2 Diabetes Management in South Asians: A Systematic Review. *PLoS One, 10*(9), e0136202. doi:10.1371/journal.pone.0136202
- Spanakis, E. K., & Golden, S. H. (2013). Race/ethnic difference in diabetes and diabetic complications. *Curr Diab Rep, 13*(6), 814-823. doi:10.1007/s11892-013-0421-9
- Steinman, L., Heang, H., van Pelt, M., Ide, N., Cui, H., Rao, M., . . . Fitzpatrick, A. (2020). Facilitators and Barriers to Chronic Disease Self-Management and Mobile Health Interventions for People Living With Diabetes and Hypertension in Cambodia: Qualitative Study. *JMIR mHealth and uHealth, 8*(4), e13536-e13536. doi:10.2196/13536
- Swaleh, R. M., & Yu, C. (2020). "A Touch of Sugar": A Qualitative Study of the Impact of Health Beliefs on Type 1 and 2 Diabetes Self-Management Among Black Canadian Adults. *Can J Diabetes*. doi:10.1016/j.jcjd.2020.12.002
- Traore, S., Guira, O., TiÉno, H., Sagna, Y., Bognounou, R., Zoungrana, L., . . . Drabo, Y. J. (2019). *Le diabÉte gestationnel en mÉdecine interne ≠ Ouagadougou (Burkina Faso)*.
- Tshikongo, A. K., Kyandabike, R. K., Tompa, B. K., Kasongo, J. K., Mbikayi, D. M., Bwalya, Y. K., . . . Otshudi, A. L. (2015). Aspects of the prevalence of diabetes in the Democratic Republic of Congo : Results from a retrospective survey in Katanga province. *International Education and Research Journal, 1*, 10-13.



## **Annexes**

### **Annexe I : Discours des leaders religieux à ses fidèles**

« Je vous transmets un message concernant le recrutement de participants pour une étude de recherche réalisée par la chercheuse, étudiante à la maîtrise en santé publique à l'Université de Montréal au Canada. Son projet de recherche vise à comprendre comment les connaissances et les représentations socioculturelles influencent la façon dont vous vivez cette maladie (du diabète de type 2) dans le contexte de vos pratiques et croyances religieuses. Des entrevues individuelles d'une durée d'environ 30 à 45 minutes seront réalisées dans lesquelles vous pourrez partager vos expériences en ce qui concerne la gestion du diabète. Vous serez compensé pour vos frais de déplacement. Si vous êtes intéressés à y participer veuillez laisser vos noms auprès du leader et vous pouvez voir la chercheuse à la fin de la cérémonie. Vous serez par la suite contactée par l'étudiante responsable de ce projet. »

## Annexe II : Les guides d'entrevue

Université de Montréal

École de Santé publique

Département de Médecine sociale et préventive

*Sujet : Autogestion du diabète de type 2 : Influence des connaissances et caractéristiques socioculturelles des diabétiques fidèles des églises dites prophétiques à Kinshasa en République Démocratique du Congo*

Entrevue individuelle	
Date de l'entrevue	
Heure de début	
Nom de l'animateur	
Nom du preneur de notes	
Lieu de l'entrevue	
Catégorie participante	
Numéro et/ou sobriqué du participant	_____
Heure de la fin	
Résultat	1. Entrevue achevée
	2. Entrevue interrompue

## **INTRODUCTION**

Bonjour à tous (tes) ! Soyez les bienvenu(e)s à notre entretien

Merci infiniment d'avoir répondu à notre invitation, de disposer de votre temps et de vos occupations pour participer à cette discussion.

Mon nom \_\_\_\_\_ je serais l'animateur/modérateur de cette session. Je suis assisté par \_\_\_\_\_, qui a la charge de prendre notes.

Le but de cet entretien est de connaître le niveau des connaissances des diabétiques fidèles des églises dites prophétiques à Kinshasa et de comprendre comment gèrent-ils leur maladie par rapport à leurs croyances religieuses.

Nous vous avons invité, car nous pensons que, votre partage d'expérience sera d'une grande importance. Vous avez été choisi par convenance, en fonction de quelques critères particuliers.

Notre entrevue, si vous le permettez, sera enregistrée pour nous permettre de mieux tirer profit de vos contributions. Tout ce qui sera dit aujourd'hui reste anonyme, et nous vous rassurons que votre nom ne soit cité aucunement.

Voici les principes de notre entrevue :

- Commencer toujours à rappeler votre nom en pseudonyme (sobriqué) pour faciliter la personne qui prend note
- Il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses au contraire les différents points de vue sont les bienvenus.
- Vous avez le droit de vous retirer de l'entrevue à tout moment.

Avez-vous une question pour moi avant de commencer ?

### **Guides pour les fidèles diabétiques (entrevue individuelle)**

1. Depuis combien de temps fréquentez-vous cette église ?
2. Quelle fonction y exercez-vous ? Pourquoi fréquentez-vous cette église, quelle est l'importance ou la place de cette église dans votre vie?
3. Pouvez-vous me parler de votre maladie du diabète

Fouilles :

- A quel moment étiez-vous diagnostiqué ? Avez-vous accepté le diagnostic ?
- Pouvez-vous me dire un mot sur les symptômes du diabète ?
- Que savez-vous des complications du diabète ?
- Connaissez-vous le mode de survenue du diabète ?
- Comment votre état de santé a-t-il évolué ?

4. Comment gérez-vous votre diabète au quotidien ?

Fouilles :

- De quoi est fait votre régime alimentaire ? Pensez-vous que votre régime peut normaliser votre glycémie ?
- Exercez-vous une activité physique ? Pensez-vous qu'elle est importante ?
- A quelle fréquence faites-vous dépister ? Pourquoi ?
- Prenez-vous des médicaments de façon régulière ? Pourquoi ?
- Que faites-vous quand vous observez des complications du diabète ?

5. Que pense votre environnement (famille, ami, communauté, tribu) de votre maladie ?

Fouilles:

- Aux yeux de votre entourage, le diabète est-il une maladie grave? Pourquoi ?
- Selon votre entourage, quelle est l'origine de cette maladie ?
- Que pensent vos proches du traitement de votre maladie ?
- Comment réagissez-vous au jugement de votre entourage ?

6. Que recommande votre religion par rapport à la maladie ? Quelles sont les croyances de votre religion en rapport avec le diabète ? selon vous pourquoi êtes -vous malade, comment l'église vous aide à vivre cette maladie

Fouilles :

- Pensez-vous que le diabète est curable ?
- Votre religion vous permet-il d'aller dans une formation sanitaire ? que pense votre pasteur de formation sanitaire, est-il d'accord que vous y aller.

- Comment votre religion prend-elle en charge la pathologie du diabète ?
  - Comment la religion vous aide-t-elle à combattre la maladie ?
7. Vous est-il arrivé que l'un de vos leaders religieux vous demande d'interrompre le traitement médical ? Si oui, quel était votre réaction ?
  8. Quel conseil recevez-vous de vos chefs religieux par rapport au diabète ?
  9. En cas de crise diabétique, vous pensez trouver une aide assortie auprès de qui ? de quelle institution ?

Nous sommes à la fin de notre discussion, y a-t-il des points que nous n'avons pas abordés, mais dont vous aimeriez discuter ?

Je vous remercie de votre participation !

**Université de Montréal**

**École de Santé publique**

**Département de Médecine sociale et préventive**

**Sujet :** *Autogestion du diabète de type 2 : Influence des connaissances et caractéristiques socioculturelles des diabétiques fidèles des églises dites prophétiques à Kinshasa en République Démocratique du Congo*

<b>Groupe de discussion</b>		
Date de la discussion		
Heure de début		
Nom de l'animateur		
Nom du preneur de notes		
Lieu de discussion		
Catégorie participante		
Nombre de participants groupe de discussion	_____	
Participants	Noms en sobriqué/ Numéro	Prénom / sobriqué /numéro
	1.	
	2.	
	3.	
	4.	
	5.	
	6.	
Heure de la fin		
Résultat	1. discussion achevée	
	2. discussion interrompue	

## INTRODUCTION

Bonjour à tous (tes) ! Soyez les bienvenu(e)s à notre groupe de discussion

Merci infiniment d'avoir répondu à notre invitation, de disposer de votre temps et de vos occupations pour participer à cette discussion.

Mon nom \_\_\_\_\_ je serais l'animateur/modérateur de cette session. Je suis assisté par \_\_\_\_\_, qui a la charge de prendre notes.

Le but de cet entretien est de connaître le niveau des connaissances des diabétiques fidèles des églises dites prophétiques à Kinshasa et de comprendre comment gèrent-ils leur maladie par rapport à leurs croyances religieuses.

Nous vous avons invité, car nous pensons que, votre partage d'expérience sera d'une grande importance. Vous avez été choisi par convenance, en fonction de quelques critères particuliers.

Notre discussion sera interactive et se veut encourager tout le monde à participer et à réagir sur un avis émis par l'autre. Cependant le modérateur, que je suis, se garde le pouvoir de donner la parole et d'interrompre un participant. La discussion sera enregistrée pour nous permettre de mieux tirer profit de vos contributions. Tout ce qui sera dit aujourd'hui reste anonyme, et nous vous rassurons que votre nom ne soit cité aucunement.

Nous demanderons à tous de respecter les avis ou exemples privés des uns des autres et de ne pas partager au retour à leur maison.

Voici les principes de discussion :

Commencer toujours à rappeler votre nom en pseudonyme (sobriqué) pour faciliter la personne qui prend note :

- Parler l'un après l'autre / n'ayez pas de conversation à coté ;
- Donner la chance aux autres de parler ;
- Il n'y a pas de bonne ou de mauvaises réponses au contraire les différents points de vue sont les bienvenus ;
- Nous vous prions de commenter ou de partager vos réactions et désagréments avec respect des avis des autres ;
- Vous avez le droit de vous retirer de la discussion à tout moment.

Avez-vous une question pour moi avant de commencer ?

Nous allons faire le tour de ronde, chacun va se présenter, dire son nom.

### **Guides pour les leaders religieux (groupe de discussion)**

1. Avez-vous déjà entendu parler du diabète et de ses complications ? Que pensez-vous de cette maladie (origine, mode de survenue) ? comment gérer vous diabète au sein de votre église
2. Est-il bon d'arrêter le traitement médical chez un diabétique ? Pourquoi ?
3. Que pense votre religion par rapport à cette maladie du diabète ?
4. Vous est-il déjà arrivé de discuter avec l'un de vos fidèles diabétiques ? Si oui, en tant que leader religieux, quel message prêchez-vous à ces fidèles ?
5. Quelle est la gestion du diabète selon vos croyances religieuses ? Votre religion peut-elle guérir le diabète ?
6. Votre religion prend-elle en charge les malades diabétiques ? En quoi consiste cette prise en charge ? Existe-t-il un traitement du diabète dans votre religion ?
7. Pensez-vous que vos prédications influencent la vie de vos fidèles ? Quel rôle jouez-vous dans la vie de vos fidèles diabétiques ?
8. Quels sont les conseils que vous prodiguez pour permettre la bonne gestion du diabète chez vos fidèles ?
9. Si un de vos fidèles décide de ne plus poursuivre son traitement que feriez-vous ?

Nous sommes à la fin de notre discussion, y a-t-il des points que nous n'avons pas abordés, mais dont vous aimeriez discuter ?

Je vous remercie de votre participation !

## Annexe III : Dictionnaire de codification

Tableau A1. Grille d'extraction et définition des thèmes

Thèmes	Définition et description des extraits inclus dans ces thèmes
Analyse globale des entrevues individuelles et de groupe de discussion	
Description de la fréquentation des églises	Les participants devraient donner la période à laquelle ils ont commencé à fréquenter cette église.
Importance de cette fréquentation	Les participants décrivent le choix de cette motivation de pouvoir adhérer dans ces églises.
Fonction au sein de cette église	Nous voulons savoir si les fidèles diabétiques ont été en fonction dans cette église avant ou pendant leur moment de maladie.
L'histoire des fidèles sur leur diabète	Nous voulons comprendre la survenue, la découverte de leur maladie et la période à laquelle ils ont été diagnostiqués du diabète, leur conception générale de leur maladie
L'acceptation de la maladie	Nous voulons comprendre si nos fidèles diabétiques avaient accepté leur maladie, en ce qui concerne la gravité perçue lors du diagnostic.
La connaissance des symptômes du diabète	Nous voulons connaître si les fidèles connaissaient les symptômes de la maladie en matière de polydipsie, polyphagie, polyurie et autres signes du diabète tels que la fatigue et autres
La connaissance des complications qu'engendre le diagnostic	Nous attendions à ce que les fidèles nous citent les complications qui pourront subvenir pendant leur maladie du diabète.
La connaissance du mode de survenue du	Nous voulons comprendre si nos participants

diabète et l'origine du diabète	connaissaient le mode de survenue et l'origine du diabète dans leur corps.
La connaissance sur l'évolution de leur maladie depuis qu'ils sont adeptes dans cette église.	Nous voulons comparer auprès de nos participants, s'il y avait une évolution par le fait de se confier à l'hôpital ou à l'église
La gestion du diabète au quotidien	Nous voulons connaître comment nos participants gèrent leur diabète chaque jour.
Par rapport au régime alimentaire	Nous voulons découvrir les habiletés que les fidèles de ses églises possédaient vis-à-vis de leur régime alimentaire, et, s'ils manifestaient, son importance dans la gestion de leur maladie
Par rapport aux activités physiques	Nous voulons découvrir les habiletés que les fidèles de ses églises possédaient face à des exercices physiques, et, s'ils manifestaient, son importance dans la gestion de leur maladie.
Par rapport aux suivis réguliers de traitement et des complications	Les fidèles prennent-ils les médicaments régulièrement et font-ils le contrôle sur des complications?
Par rapport à la prise régulière des médicaments.	Nous connaître, la fréquence dans la prise des médicaments modernes
L'adoption du comportement pendant les complications du diabète.	Quelle attitude ont les fidèles diabétiques pendant le moment de complication de leur maladie
La pensée de l'entourage (famille, ami, tribut, communauté) au malade	Ce thème renferme les perceptions que se fait l'entourage de fidèles diabétiques sur le diabète en matière de la gravité, de l'origine, du traitement
Conception de la maladie par rapport à l'entourage	En ce qui concerne la gravité de la maladie, comment, l'entourage la perçoit.
L'origine de la maladie par rapport à	Selon l'entourage en quoi pourrait être l'origine de

l'entourage	leur maladie
Le soutien de l'entourage face au traitement du malade	Les fidèles reçoivent-ils du soutien vis-à-vis de leur entourage pour leur traitement ? (Soutien moral, financier ...)
Les réactions du malade face aux jugements de son entourage.	Comment les fidèles diabétiques réagissent face à leur entourage
Les recommandations de l'église face au malade souffrant du diabète	Parmi les recommandations que l'église donne à ses fidèles, nous voulons ressortir s'ils recevaient celles de se rendre à l'hôpital en première intention.
Les perceptions selon les croyances religieuses concernant le diabète.	Selon leur croyance en quoi pourrait être l'origine de leur maladie
La provenance ou la source de la maladie	Nous voulons explorer les différentes origines de la maladie que nos participants avaient comme connaissance
De quelle façon l'église vous aide-t-elle à vivre la maladie	La proposition de l'église à ces fidèles pour mieux vivre avec la maladie
La connaissance sur la curabilité et l'incurabilité de la maladie.	Nous voulons connaître si les participants perçoivent que le diabète se guérit ou pas.
La religion accepte de se rendre à la formation sanitaire	Si les leaders leur permettent de se rendre à l'hôpital ou centre de santé pour les suivis médicaux
La prise en charge de l'église du diabète	Nous voulons savoir, de quelle façon, l'église prend en charge les fidèles diabétiques
La façon dont la religion vous aide à combattre votre maladie	Nous voulons ressortir les méthodes ou toutes les manières que la religion met à la disposition des fidèles pour combattre leur maladie.
Interruption du traitement médical par le leader	S'il est déjà arrivé que les leaders leur demandent d'interrompre le traitement médical en faveur des produits traditionnels de l'église
Les conseils des leaders à leur fidèle pour le	Les fidèles reçoivent-ils des conseils à l'église ou de

diabète.	leur leader concernant la conduite à tenir de leur maladie?
Sollicitation de l'aide assortie pour la santé	Auprès de qui ils reçoivent en premier de l'aide pour résoudre le problème de leur santé en cas de crise
De quelle entité sollicitent-elles un recours en cas de crise de votre maladie	À quelle entité, les fidèles vont-ils recourir en premier pour résoudre le problème de leur santé.

## Annexe IV : L'arbre de codification

L'Arbre de codification ci-dessous illustre les codes qui ont été analysés et fusionnés lors de l'analyse pour chacun des thèmes : Connaissances sur le diabète sucré, gestion du diabète, perception de l'entourage sur cette maladie et l'influence de l'église sur le diabète.

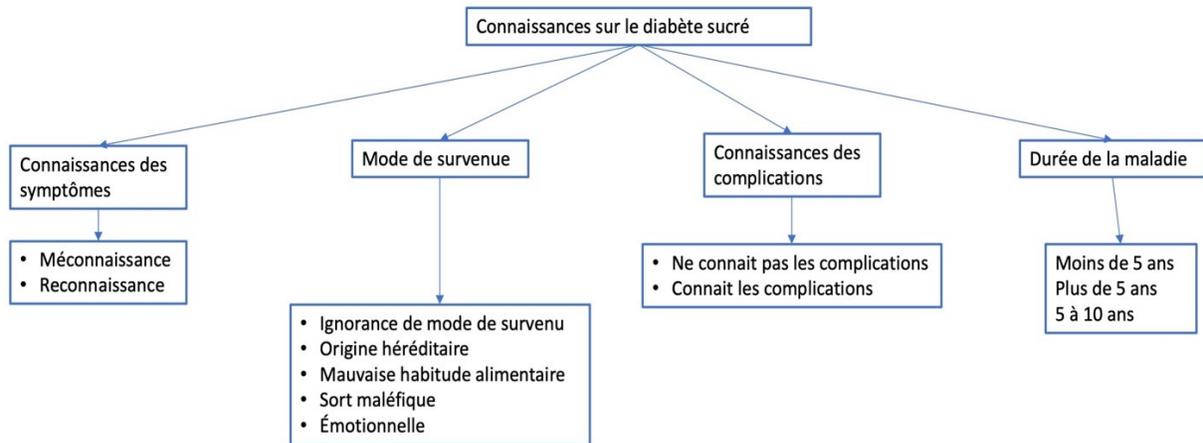


Figure 2. Arbre de codification du thème des connaissances sur le diabète

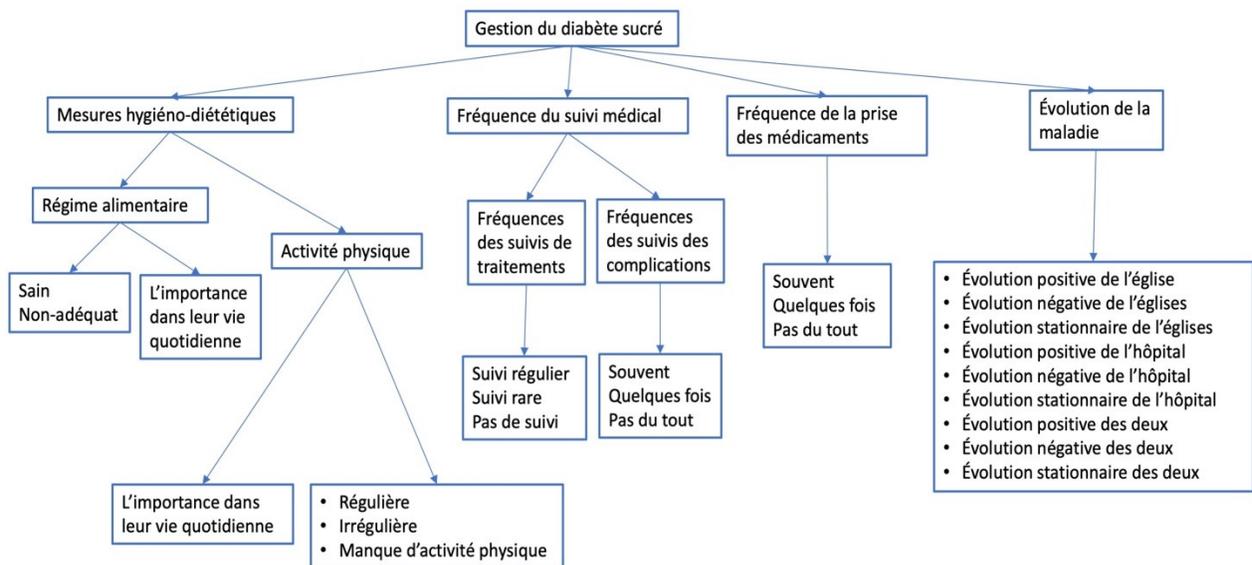


Figure 3. Arbre de codification du thème de gestion du diabète

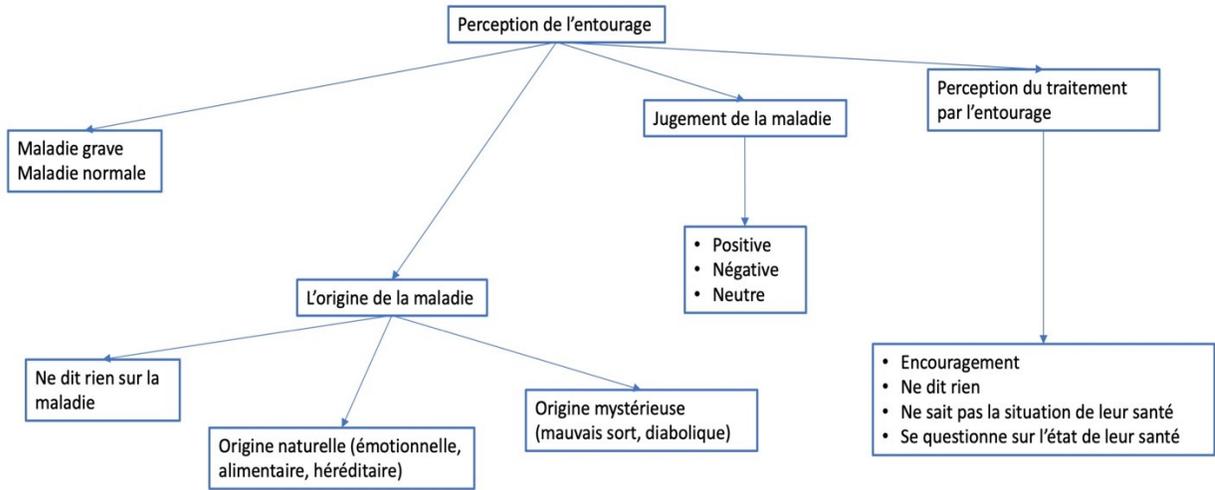


Figure 4. Arbre de codification du thème de perception de l'entourage du diabète

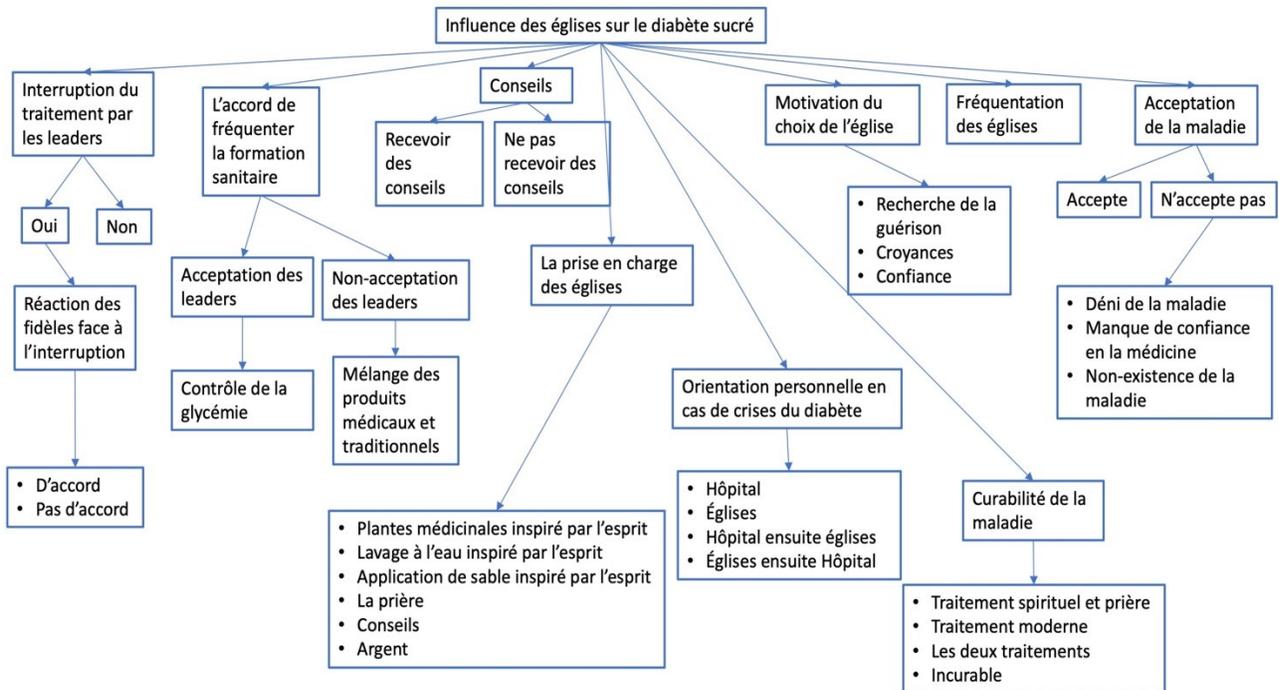


Figure 5. Arbre de codification du thème de l'influence des églises sur le diabète sucré

## Annexe V : Formulaire de consentement

### FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

#### Concerne l'entretien individuel

##### Titre du projet de recherche :

**Autogestion du diabète de type 2 : Influence des connaissances et des caractéristiques socioculturelles des patients fidèles des églises dites prophétiques à Kinshasa (RDC)**

Étudiant -Chercheur :

**Nadine MASAMBA LULENDO**

Étudiante en maîtrise, option générale

Département de Médecine sociale et préventive

Université de Montréal/École de Santé publique

Courriel : [nadine.lulendo.masamba@umontreal.ca](mailto:nadine.lulendo.masamba@umontreal.ca)

Directeur de recherche :

**Barthélemy KUATE DEFO,**

Professeur titulaire

Département de Médecine sociale et préventive

Département de Démographie

Université de Montréal/ École de Santé publique

Courriel : [bathelemy.kuate.defo@umontreal.ca](mailto:bathelemy.kuate.defo@umontreal.ca)

Cette recherche est financée par le Programme canadien de Bourses pour la Francophonie (PCBF)

No de projet au CERSES :20-148-P

Vous êtes invité (e) à participer à ce projet de recherche parce que vos opinions vont nous permettre de connaître ce que les personnes atteintes du diabète ont comme connaissance en faveur ou contre la gestion de leur maladie en étant affiliées dans une église prophétique. Les participants pour cette recherche proviennent de six zones de santé où se trouvent ces églises. Les résultats de cette étude pourront être utilisés pour apporter un éclairage aux stratégies de prévention des complications et de décès dus au diabète en République Démocratique du Congo.

Veillez s'il vous plait prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation à cette recherche avant d'accepter d'y participer. Nous sommes disponibles à répondre à toutes les questions que vous jugerez utiles pour votre compréhension. Si cela ne vous dérange pas, nous pouvons lire pour vous cela ne nous inquiétera nullement.

## **A) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS**

### **1. Objectifs de la recherche**

Le diabète constitue un problème majeur de santé publique en République Démocratique du Congo (RDC). Des études dans certains pays africains montrent une proportion importante des complications et des perdus de vue parmi les diabétiques suivis. Ceci dénote une mauvaise autogestion du diabète. Parmi les raisons des perdus de vue figurent les croyances religieuses. Aucune étude dans le contexte de la RDC n'a cherché à comprendre les facteurs culturels et religieux qui mettent en mal l'autogestion du diabète de type 2 en général, et spécifiquement auprès des fidèles malades qui sont affiliés aux églises prophétiques. Ces fidèles peuvent parfois constituer une sous-population qui recourt peu aux formations hospitalières et pourront constituer un groupe à haut risque.

Ce projet vise à comprendre comment les connaissances et les représentations socioculturelles influencent l'autogestion du diabète de type 2 dans le contexte des pratiques et des croyances religieuses des fidèles des églises dites prophétiques.

### **2. Participation à la recherche**

Nous souhaitons avoir un entretien face à face avec vous. Votre participation consistera à partager votre expérience en ce qui concerne la gestion du diabète. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; au contraire, vos différents points de vue sont les bienvenus. Des thèmes suivants seront abordés lors de cet entretien : les opinions sur la gestion du diabète, le rôle des croyances religieuses, et l'influence de ce que prêchent les chefs religieux sur l'adhésion aux soins du diabète. La discussion sera tenue dans un endroit en dehors de l'église et durera environ 30 à 45 minutes. La séance sera enregistrée pour permettre à l'équipe de recherche de mieux tirer profit de vos contributions. Tout ce qui sera dit aujourd'hui reste anonyme, et nous vous rassurons que votre nom ne soit cité aucunement. Vous nous donnerez vos noms de pseudonymes (sobriquet). Vous avez le droit de vous retirer de cet entretien à tout moment. La participation à l'étude est volontaire et ne s'entache d'aucun lien contre votre travail, église, communauté et votre famille.

### **3. Enregistrements audio/vidéo**

Afin de faciliter l'analyse des données, acceptez-vous que notre entrevue soit enregistrée ?

Oui  Non

### **4. Risques et inconvénients**

Cette étude présente peu de risque majeur pour vous. Il est possible cependant que certaines questions puissent raviver des souvenirs. Vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue. Un autre inconvénient peut être celui du fait d'avoir accepté de consentir de votre temps pour cette fin. Vos réponses seront transcrites en verbatim et ensuite analysées à l'aide d'un logiciel QDAMINER d'une version 6.02. Nous

penserons vous faire un retour de résultats en initiant des conférences, de sketch, pourquoi pas des films pour mieux cerner l'importance de cette étude.

## **5. Avantages et bénéfices**

Il n'y a pas d'avantages et bénéfices directs particuliers pour vous à participer à ce projet. Vos réponses nous seront de grande utilité parce que vous contribuerez à l'amélioration de connaissances et de la gestion du diabète dans le contexte de votre milieu en mettant en place des stratégies de prévention des complications et de décès dus au diabète.

## **6. Confidentialité des renseignements recueillis**

La confidentialité sera garantie. Les données seront collectées de manière à respecter la dignité humaine et l'équité. Vos noms seront remplacés par des pseudonymes ou par un identifiant alphanumérique. Les renseignements recueillis seront envoyés et gardés dans une drive du serveur de l'université. Le verbatim sera rédigé avec un identifiant alphanumérique. Seule la chercheuse sera en mesure d'établir un lien avec les personnes concernées puisqu'elle a été en contact avec vous pendant ces entretiens. L'équipe de recherche sera tenue au secret professionnel.

Les enregistrements transcrits seront détruits, ainsi que toutes vos informations personnelles, sept ans (7ans) après la fin du projet. Vos noms n'apparaîtront pas aux résultats pour que vous ne soyez pas identifiés.

## **7. Compensation**

Aucune compensation financière n'est programmée, car c'est une recherche dans le cadre des études. Mais, vos frais de déplacement pour participer à l'étude vous seront remboursés d'un montant de 10 dollars américains équivalent à 20.000 FC.

## **8. Participation volontaire et Droit de retrait**

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans pouvoir fournir des explications, mais vous pouvez informer l'équipe de recherche et ce, par un simple avis verbal. Quand bien même vous vous retirez, nous ne pouvons pas effacer vos propos recueillis puisque nous les aurons intégrés dans nos analyses.

## **9. Utilisation secondaire des données**

Les données recueillies dans le cadre de ce projet ne seront pas utilisées à des fins secondaires.

## **10. Responsabilité**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncerez à aucun de vos droits ni de vous libérez des chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

## **11. Diffusion des résultats**

Nous envisageons trois niveaux de diffusion des résultats et partage, car ils s'avèrent importants dans le but de contribuer à l'amélioration de la gestion et de connaissance du diabète de type 2. Celle-ci se fera par une série des conférences à l'intention des leaders religieux et fidèles diabétiques des églises dites prophétiques de Kinshasa, par des sketches et par de films pour captiver nos populations. Pour la communauté scientifique, elle se fera par des publications dans la revue scientifique *Social Science and Medecine*. Et enfin, également Il y aura un retour aux autorités sanitaires du pays, pour les conscientiser de cette sous-population et pour adopter des approches multidimensionnelles et multidisciplinaires.

### **Personnes-ressources**

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Nadine MASAMBA LULENDO au numéro de téléphone nous allons prévoir le numéro du pays lors de la descente du terrain ou à l'adresse courriel [nadine.lulendo.masamba@umontreal.ca](mailto:nadine.lulendo.masamba@umontreal.ca).

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en Sciences et en Santé (CERSES) :

Courriel : [cerses@umontreal.ca](mailto:cerses@umontreal.ca)

Contact : 514 341-6111 #2604

Site Web : <https://recherche.umontreal.ca/responsabilite-en-recherche/ethique-humaine/comites/cerses/#c70895>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone 514 343-2100, de 9h à 17h ou en communiquant par courriel à l'adresse [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca) (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques qui concernent les entrevues ou le projet de recherche au niveau du pays hôte, vous pouvez contacter le comité d'éthique de l'école de Santé publique de Kinshasa.

Courriel : [espsec\\_unikin@yahoo.fr](mailto:espsec_unikin@yahoo.fr)

Site Web : [www.espkinshasa.net](http://www.espkinshasa.net)

## **B) CONSENTEMENT / ASSENTIMENT pour mineur**

### **Déclaration du participant**

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.

- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.
- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Signature du Témoin : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

#### **Engagement du chercheur responsable**

J'ai expliqué au participant les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu autant que je sache aux questions posées et je me suis assurée de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui avait convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Signature du chercheur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## FORMULAIRE D'INFORMATION ET DE CONSENTEMENT

### Concerne le groupe de discussion

#### Titre du projet de recherche :

**Autogestion du diabète de type 2 : Influence des connaissances et des caractéristiques socioculturelles des patients fidèles des églises dites prophétiques à Kinshasa (RDC)**

Étudiante : Chercheuse

**Nadine MASAMBA LULENDO**

Étudiante en maîtrise, option générale

Département de médecine sociale et préventive

Université de Montréal/École de Santé publique

Courriel : [nadine.lulendo.masamba@umontreal.ca](mailto:nadine.lulendo.masamba@umontreal.ca)

Directeur de recherche :

**Barthélemy KUATE DEFO,**

Professeur titulaire

Département de médecine sociale et préventive

Département de démographie

Université de Montréal/ École de Santé publique

Courriel : [bathelemy.kuate.defo@umontreal.ca](mailto:bathelemy.kuate.defo@umontreal.ca)

Cette recherche est financée par le Programme canadien de Bourses pour la francophonie (PCBF)

No de projet au CERSES :20-148-P

Vous êtes invité (e) à participer à ce projet de recherche parce que vos opinions vont nous permettre de connaître ce que vous avez comme connaissance en faveur ou contre la gestion de la maladie au sein de votre église tel que le diabète. Les participants pour cette recherche proviendront de six zones de santé où se trouvent ses églises. Les résultats de cette étude pourront être utilisés pour apporter un éclairage aux stratégies de prévention des complications et de décès dus au diabète en République Démocratique du Congo.

Veillez s'il vous plait prendre le temps de lire ce document présentant les conditions de participation à cette recherche avant d'accepter d'y participer. Nous sommes disponibles à répondre à toutes les questions que vous jugerez utiles pour votre compréhension. Si cela ne vous dérange pas, nous pouvons lire pour vous et cela ne nous inquiétera nullement.

## **B) RENSEIGNEMENTS AUX PARTICIPANTS**

### **12. Objectifs de la recherche**

Le diabète constitue un problème majeur de santé publique en République Démocratique du Congo (RDC). Des études dans certains pays africains montrent une proportion importante des complications et des perdus de vue parmi les diabétiques suivis. Ceci dénote une mauvaise

autogestion du diabète. Parmi les raisons des perdus de vue figurent les croyances religieuses. Aucune étude dans le contexte de la RDC n'a cherché à comprendre les facteurs culturels et religieux qui mettent en mal l'autogestion du diabète de type 2 en général, et spécifiquement auprès des fidèles malades qui sont affiliés aux églises prophétiques. Ces fidèles peuvent parfois constituer une sous-population qui recourent peu aux formations hospitalières et pourront être constitué un groupe à haut risque.

Ce projet vise à comprendre comment les connaissances et les représentations socioculturelles influencent l'autogestion du diabète de type 2 dans le contexte des pratiques et des croyances religieuses des fidèles des églises dites prophétiques.

### **13. Participation à la recherche**

Nous souhaitons avoir un partage avec vous. Votre participation consistera à partager vos expériences en ce qui concerne la gestion du diabète dans un groupe de 6 à 12 personnes où chacun doit s'exprimer librement à tour de rôle. Il n'y a pas de bonnes ou de mauvaises réponses; au contraire, les différents points de vue sont les bienvenus. Des thèmes suivants seront abordés lors de ces discussions de groupes :de recueillir vos opinions sur la gestion du diabète, le rôle que vous jouez sur vos fidèles souffrant du diabète, et l'influence des églises sur l'autogestion de diabètes du diabète, votre religion peut -elle guérir le diabète et comment gérez-vous le diabétique dans votre église, etc. La discussion sera tenue dans un endroit en dehors de l'église et durera en moyenne une heure. La séance sera enregistrée pour permettre à l'équipe de recherche de mieux tirer profit de vos contributions. Tout ce qui sera dit aujourd'hui reste anonyme, et nous vous rassurons que votre nom ne soit cité aucunement. Vous nous donnerez vos noms de pseudonymes (sobriquet). Vous avez le droit de vous retirer de la discussion à tout moment. La participation à l'étude est volontaire et ne s'entache d'aucun lien contre votre travail, église, communauté et votre famille.

### **14. Enregistrements audio/vidéo**

Afin de faciliter l'analyse des données, acceptez-vous que notre entrevue soit enregistrée ?

Oui  non

### **15. Risques et inconvénients**

Cette étude présente peu de risque majeur pour vous. Vous pouvez à tout moment refuser de répondre à une question ou même mettre fin à l'entrevue. Un autre inconvénient peut être celui du fait d'avoir accepté de consentir de votre temps pour cette fin. Vos réponses seront transcrites en verbatim et ensuite analysées à l'aide d'un logiciel QDA Miner d'une version 6.02. Nous penserons vous faire un retour de résultats en instaurant des conférences, de sketch, et certainement des films pour mieux cerner l'importance de cette étude.

### **16. Avantages et bénéfices**

Il n'y a pas d'avantages et bénéfices directs particuliers pour vous à participer à ce projet. Vos réponses nous seront de grande utilité parce que vous contribuerez à l'amélioration de

connaissances et de la gestion du diabète dans le contexte de votre milieu en mettant en place des stratégies de prévention liées à des complications et de décès dus au diabète.

#### **17. Confidentialité des renseignements recueillis**

La confidentialité sera garantie. Les données seront collectées de manière à respecter la dignité humaine et l'équité. Les noms des participants seront remplacés par des pseudonymes ou par un identifiant alphanumérique. Les renseignements recueillis seront gardés. Les renseignements recueillis seront envoyés et gardés dans une drive du serveur de l'université. Le verbatim sera rédigé avec un identifiant alphanumérique. Seule la chercheuse sera en mesure d'établir un lien avec les personnes concernées puisqu'elle a été en contact avec vous pendant ces entretiens. L'équipe de recherche sera tenue au secret professionnel.

Les enregistrements transcrits seront détruits, ainsi que toutes vos informations personnelles, sept ans (7ans) après la fin du projet. Vos noms n'apparaîtront pas aux résultats pour que vous ne soyez pas identifiés.

Par votre participation et par respect pour la participation de chaque personne, vous vous engagez également à une entière et totale confidentialité par rapport aux propos échangés dans le cadre de ce groupe de discussion.

#### **18. Compensation**

Aucune compensation financière n'est programmée, car c'est une recherche dans le cadre des études. Mais, vos frais de déplacement pour participer à l'étude vous seront remboursés d'une hauteur de 10 dollars américains équivalents à 20.000 FC, ou nous penserons mettre à votre disposition un autobus pour vous chercher dans un endroit bien indiqué pour éviter le retard.

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

Vous êtes libre d'accepter ou de refuser de participer à cette recherche. Vous pouvez vous retirer de cette étude à n'importe quel moment, sans pouvoir fournir des explications, mais vous pouvez informer l'équipe de recherche, et ce, par un simple avis verbal. Quand bien même vous vous retirez, nous ne pouvons pas effacer vos propos recueillis puisque nous les aurons intégrés dans nos analyses.

#### **20. Utilisation secondaire des données**

Les données recueillies dans le cadre de ce projet ne seront pas utilisées à des fins secondaires.

#### **21. Responsabilité**

En acceptant de participer à cette étude, vous ne renoncerez à aucun de vos droits ni de vous libérez des chercheurs ou l'établissement de leurs responsabilités civiles et professionnelles.

#### **22. Diffusion des résultats**

Nous envisageons trois niveaux de diffusion des résultats et partage, car ils s'avèrent importants dans le but de contribuer à l'amélioration de la gestion et de connaissance du diabète de type 2. Celle-ci se fera par une série des conférences à l'intention des leaders religieux et fidèles diabétiques des églises dites prophétiques de Kinshasa qui se fera par des sketches et par de films pour captiver nos populations. Pour la communauté scientifique, elle se fera par des publications dans la revue scientifique *Social Science and Medecine* et enfin, également il y aura un retour aux autorités sanitaires du pays, pour les conscientiser de cette sous-population et pour adopter des approches multidimensionnelles et multidisciplinaires.

### **Personnes-ressources**

Pour toute question relative à l'étude, ou pour vous retirer de la recherche, veuillez communiquer avec Nadine MASAMBA LULENDO au numéro de téléphone ou à l'adresse courriel [nadine.lulendo.masamba@umontreal.ca](mailto:nadine.lulendo.masamba@umontreal.ca)

Pour toute préoccupation sur vos droits ou sur les responsabilités des chercheurs concernant votre participation à ce projet, vous pouvez contacter le Comité d'éthique de la recherche en Sciences et en Santé (CERSES) :

Courriel : [cerses@umontreal.ca](mailto:cerses@umontreal.ca)

Contact : 514 341-6111 #2604

Site Web : <https://recherche.umontreal.ca/responsabilite-en-recherche/ethique-humaine/comites/cerses/#c70895>.

Toute plainte relative à votre participation à cette recherche peut être adressée à l'ombudsman de l'Université de Montréal en appelant au numéro de téléphone 514 343-2100, de 9h à 17h ou en communiquant par courriel à l'adresse [ombudsman@umontreal.ca](mailto:ombudsman@umontreal.ca) (**l'ombudsman accepte les appels à frais virés**).

Si vous avez des questions sur les aspects scientifiques qui concernent les entrevues ou le projet de recherche au niveau du pays hôte, vous pouvez contacter le comité d'éthique de l'école de Santé publique de Kinshasa.

Courriel : [espsec\\_unikin@yahoo.fr](mailto:espsec_unikin@yahoo.fr)

Site Web : [www.espkinshasa.net](http://www.espkinshasa.net)

## **B) CONSENTEMENT / ASSENTIMENT pour mineur**

### **Déclaration du participant**

- Je comprends que je peux prendre mon temps pour réfléchir avant de donner mon accord ou non à participer à la recherche.
- Je peux poser des questions à l'équipe de recherche et exiger des réponses satisfaisantes.
- Je comprends qu'en participant à ce projet de recherche, je ne renonce à aucun de mes droits ni ne dégage les chercheurs de leurs responsabilités.

- J'ai pris connaissance du présent formulaire d'information et de consentement et j'accepte de participer au projet de recherche.

Signature du participant : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

### **Engagement du chercheur responsable**

J'ai expliqué au participant les conditions de participation au projet de recherche. J'ai répondu autant que je sache aux questions et je me suis assurée de la compréhension du participant. Je m'engage, avec l'équipe de recherche, à respecter ce qui avait convenu au présent formulaire d'information et de consentement.

Nom : \_\_\_\_\_

Prénom : \_\_\_\_\_

Signature du chercheur : \_\_\_\_\_

Date : \_\_\_\_\_

## Annexe VI : Les approbations éthiques



Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)

12 janvier 2021

Objet: Approbation éthique – Autogestion du diabète du type 2 : Influence des connaissances et des caractéristiques socioculturelles des patients fidèles des églises dites prophétiques à Kinshasa (RDC)

Mme Nadine Masamba Lulendo,

Le Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES) a étudié le projet de recherche susmentionné et a délivré le certificat d'éthique demandé suite à la satisfaction des exigences précédemment émises. Vous trouverez ci-joint une copie numérisée de votre certificat. Nous vous invitons à faire suivre ce document au technicien en gestion de dossiers étudiants (TGDE) de votre département.

Notez qu'il y apparaît une mention relative à un suivi annuel et que le certificat comporte une date de fin de validité. En effet, afin de répondre aux exigences éthiques en vigueur au Canada et à l'Université de Montréal, nous devons exercer un suivi annuel auprès des chercheurs et étudiants-chercheurs.

De manière à rendre ce processus le plus simple possible, nous avons élaboré un court questionnaire qui vous permettra à la fois de satisfaire aux exigences du suivi et de nous faire part de vos commentaires et de vos besoins en matière d'éthique en cours de recherche. Ce questionnaire de suivi devra être rempli annuellement jusqu'à la fin du projet et pourra nous être retourné par courriel. La validité de l'approbation éthique est conditionnelle à ce suivi. Sur réception du dernier rapport de suivi en fin de projet, votre dossier sera clos.

Il est entendu que cela ne modifie en rien l'obligation pour le chercheur, tel qu'indiqué sur le certificat d'éthique, de signaler au CERSES tout incident grave dès qu'il survient ou de lui faire part de tout changement anticipé au protocole de recherche.

Nous vous prions d'agréer, Madame, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Christine Grou, présidente  
Comité d'éthique de la recherche en sciences et en santé (CERSES)  
Université de Montréal

c.c. Gestion des certificats, BRDV  
Barthélemy Kuste Defo, professeur titulaire, ESPUM - Département de médecine sociale et préventive

p.j. Certificat #CERSES-20-148-P

adresse postale  
C.P. 6128, succ. Centre-ville  
Montréal QC H3C 3J7

adresse civile  
3333, Queen Mary  
Local 320-3  
Montréal QC H3V 1A2

Téléphone : 514-343-6111 poste 2604  
cersek@umontreal.ca  
www.cersek.umontreal.ca



Kinshasa, le 09 septembre 2020.

**Mme Nadine MASAMBA LULENDO**  
Investigateur principal  
Maîtrise en Santé Publique/Recherche  
**UNIVERSITE DE MONTRÉAL**

**Objet** : Approbation du protocole de l'étude intitulée :  
« Autogestion du diabète du type 2 : Influence des connaissances  
et caractéristiques socioculturelles des patients fidèles des églises dites  
prophétiques à Kinshasa (RDC) ».

Madame l'Investigateur principal,

Le Bureau du Comité d'Ethique de l'Ecole de Santé Publique de l'Université de Kinshasa a minutieusement examiné votre protocole dont l'intitulé est repris en marge et nous vous en remercions.

Vu que votre étude n'expose pas les participants aux risques graves et intègre les principes éthiques relatifs au respect de la personne et à la confidentialité, le Bureau du Comité d'Ethique approuve le protocole et autorise la mise en œuvre de l'étude pour la période allant du 10 septembre 2020 au 09 septembre 2021.

Cependant, sur le plan méthodologique, le Bureau du

Comité d'Ethique recommande de:

- Réaliser trois focus groupes de 6 à 12 personnes aussi bien lors du prétest que pendant l'étude proprement dite dont, un pour les femmes, un pour les hommes et un pour les chefs religieux.
- Dire clairement comment vous allez obtenir les données fiables. C'est-à-dire, expliquez comment vous allez réunir les participants venant des différentes églises pour participer à ces trois focus groupes ; dites aussi comment vous allez prendre contact individuellement avec chaque participant avant de le réunir avec les autres. Un exemplaire du protocole amendé, contenant toutes ces explications, doit être envoyé au bureau du Comité d'Ethique. Bien plus, il est porté à votre connaissance que toute modification apportée au protocole devra au préalable obtenir l'approbation du Comité d'Ethique et tout incident devra lui être notifié sans délai.

Veillez agréer, Madame l'Investigateur principal,

l'expression de notre fraternelle collaboration.



Prof. BONGOPASI MOKE SANGOL

Vice-Président du Comité d'Ethique

## Annexe VII : Plan de mitigation



### AIDE-MÉMOIRE POUR LA PLANIFICATION ET LA MITIGATION DES RISQUES

#### Séjour de mobilité individuel

Prénom : NADINE LULENDO	Nom : MASAMBA
Matricule : 20119328	Courriel : nadine.lulendo.masamba@umontreal.ca
Faculté : École de Santé Publique/Études supérieures et postdoc	Département/école/centre de recherche : Département de Médecine Sociale et préventive
Type de séjour (programme d'échanges, stage, recherche, cotutelle, etc.) : Recherche	Milieu d'accueil: République Démocratique du Congo
Date de départ prévue : 25décembre	Date de retour prévue : 27 Février 2021
Contact d'urgence dans le pays d'accueil :	Nom, prénom : MASAMBA NADINE LULENDO No. de téléphone :
Personne-ressource en contact avec l'étudiant ou l'étudiante dans le milieu d'accueil (responsable d'échange, superviseur de stage ou de recherche) :	Nom, prénom : KUATE DEFO BARTHÉLEMY Titre : Professeur Titulaire Courriel : barthelemy.kuate.defo@umontreal.ca No. de téléphone :

Vous entamez vos préparatifs pour séjourner à l'étranger dans le cadre d'un projet d'études ou de recherche. La réalité de la crise sanitaire de la COVID-19 est différente d'un pays à l'autre et il est à prévoir qu'elle pourrait évoluer à un rythme différent dans votre pays d'accueil. Il s'avère donc important de bien vous renseigner, d'anticiper les situations qui pourraient se produire et de prévoir des solutions afin de minimiser les impacts sur votre séjour. Le présent aide-mémoire vous aidera à élaborer un plan de mitigation et un plan de quarantaine détaillés qui s'arrimeront à l'Attestation de reconnaissance de risque que vous avez signée.

Nous vous conseillons de prendre connaissance de l'ensemble des points suivants et de compléter chacune des questions. Transmettez ensuite ce document à [internationalcovid19@umontreal.ca](mailto:internationalcovid19@umontreal.ca) dans les meilleurs délais avant votre départ. Il est par ailleurs recommandé d'imprimer votre plan personnalisé et de l'avoir en votre possession pour toute la durée de votre séjour. Il pourra aussi être utilisé pour répondre aux possibles questions des douaniers à l'aéroport ou à la frontière.

#### Assurance médicale de voyage

Il est essentiel de vous procurer une assurance médicale de voyage qui couvre les soins médicaux d'urgence liés à la COVID-19. Le nombre de compagnies d'assurances qui offrent un tel service est toutefois limité. Vous devrez donc vous attarder rapidement à contacter des compagnies et à poser les bonnes questions afin de vous assurer d'avoir une couverture complète et appropriée pour votre destination. Notez que si vous décidez de demeurer à l'étranger plus longtemps que prévu et que vous souhaitez prolonger la couverture médicale, la compagnie d'assurances peut accepter ou refuser la prolongation, selon l'état de la situation au moment où la demande est faite. Pour prévenir une telle situation, il pourrait être utile de vous procurer une assurance pour une période plus longue que la véritable durée prévue du séjour. Certaines compagnies autorisent le remboursement des jours payés en trop une fois de retour, sous certaines conditions.

Questions clés à poser à la compagnie d'assurances (pour une liste plus exhaustive, consulter la section *Assurances* du [Guide de l'étudiant.e migrant.eur.trice](#)) :

- Quelle est la durée de validité de l'assurance? Est-il possible de la prolonger une fois à destination si le séjour est prolongé? Si oui, y a-t-il des conditions particulières à respecter?
- Y a-t-il des restrictions à la couverture médicale en cas de conditions de santé préexistantes?
- Quelle est la valeur de la couverture de l'assurance médicale?
- Pouvez-vous obtenir une brochure qui explique clairement les détails de la couverture d'assurance en cas de maladie ainsi que les modalités à suivre pour faire une réclamation?

Je confirme que le produit d'assurances auquel j'ai souscrit offre une protection pour les soins médicaux d'urgence en cas de contraction de la maladie à coronavirus.

#### Planifier son déplacement et son arrivée dans le pays de destination

##### Transport international

Plusieurs compagnies de transport exigent que les personnes qui voyagent se soumettent à une vérification de leur état de santé avant l'embarquement. Si l'exploitant constate qu'un passager ou qu'une passagère présente des symptômes de la COVID-19, l'exploitant pourrait lui interdire l'embarquement pour une période de 14 jours ou jusqu'à ce que la personne soumette un certificat médical confirmant que ses symptômes ne sont pas liés à la COVID-19. Les compagnies de transport peuvent exiger la possession d'un masque non médical ou d'un couvre-visage sans quoi les passagers et passagères pourraient ne pas être autorisés à poursuivre leur voyage.

Je connais les exigences de la compagnie aérienne avec laquelle je voyagerai.

##### Exigences d'entrée et de sortie par pays

Dans les circonstances actuelles de la pandémie de COVID-19, plusieurs gouvernements ont mis en place des mesures et restrictions que les personnes autorisées à entrer sur le territoire doivent respecter à leur arrivée dans le pays. Le non-respect des consignes peut constituer une infraction à la loi passible d'amendes, de peines d'emprisonnement ou d'expulsion du pays. Quelles sont les exigences d'entrée et de sortie du ou des pays que vous visiterez (règles de quarantaine, présentation d'un certificat médical, couvre-feu, règles de confinement ou de distanciation, etc.)? Des recommandations sont-elles émises par votre milieu d'accueil à cet égard? Décrivez-les en vous référant au site gouvernemental officiel du ou des pays que vous visiterez.

Réponse pour le pays d'accueil : Règle de mise en quarantaine, présentation d'un certificat médical à l'arrivée et à la sortie du pays d'accueil, le port de masque ou du couvre visage, la distanciation sociale en enfin le couvre feu.)

Présence de symptômes de maladie ou contact avec une personne qui a reçu un diagnostic positif à la COVID-19

Détaillez votre plan si cette situation se produit à la veille de votre départ et retarde ou compromet votre projet.

Si cela arrivé, et comme étant une personne contact, je me serai mise en quarantaine pour pouvoir vérifier mon état de santé par des services appropriés de santé. Ensuite reprogrammé le voyage en cas d'un résultat positif.

#### Anticiper différents scénarios dans le ou les pays de destination

##### Plan de quarantaine

###### Transport au lieu d'hébergement en cas d'obligation de mise en quarantaine

En cas d'obligation de mise en quarantaine, il est important de noter que vous n'aurez probablement pas le droit d'utiliser le transport en commun (autobus ou métro) ni de vous arrêter durant votre trajet vers votre lieu de d'hébergement. Comment prévoyez-vous vous déplacer de l'aéroport à votre logement?

Au cas ou il y aurai une obligation de quarantaine, mes déplacements seront assurés par un véhicule privé.

#### Logement

Si une quarantaine est requise, votre pays d'accueil pourrait imposer un endroit où toutes les personnes qui voyagent devront s'isoler durant la période requise. Sinon, vous devrez trouver un logement pour la durée de votre quarantaine avant votre déplacement à l'étranger. Précisez quelles sont les dispositions qui seront mises en place pour assurer votre logement durant cette période (réservation à l'avance de l'hébergement, se rendre chez une connaissance, etc.).

Si une quarantaine est requise, étant ressortissante du pays d'accueil, et dans le respect des mesures sanitaires prises ici sur place, une chambre me sera aménagée en famille ou les professionnelles passeront de temps en temps pour assurer mon suivi.

#### Fermeture des résidences étudiantes

Si vous comptiez demeurer dans une résidence étudiante et qu'un retour vers le confinement entraîne sa fermeture, quelles seront vos options de rechange pour vous relocaliser rapidement et de façon sécuritaire?

Non, une résidence étudiante au pays ne s'applique pour mon cas. Je demeure dans mon toit conjugal donc dans ma famille.

#### Approvisionnement en nourriture

Dans le cas où les règles de quarantaine interdiraient de vous rendre dans les commerces à votre arrivée, quelles mesures comptez-vous prendre pour équiper votre nouveau logement des articles essentiels à votre subsistance (nourriture, médicaments, produits ménagers, meubles, etc.)?

Dans ce cas, je ferai recours à mon époux ou un membre de ma famille en RDC qui est mon pays d'accueil pour m'aider aux différentes courses me concernant tels que la nourriture, médicaments, et autres

#### Présence de symptômes de maladie ou contact avec une personne qui a reçu un diagnostic positif à la COVID-19

Détaillez votre plan si cette situation se produit dans votre pays d'accueil et identifiez les ressources et/ou services de santé à contacter.

Donc si cela se produisait, je ferai appel aux services spécialisés à travers un numéro vert mis pour faire ces appels. Nous avons des zones de santé qui sont proches de la population, et sont appuyées par des relais communautaires. Tout est chapeauté par l'institut nationale de recherche biomédicale (INRB).

#### Interruption de la session d'études, du stage ou du séjour de recherche à l'étranger

Advenant un retour vers le confinement à destination et l'interruption de vos cours, de votre stage ou de votre activité de recherche en présentiel, de quels outils technologiques disposerez-vous et quelles mesures mettrez-vous en place pour vous permettre de mener à terme votre projet d'études à distance?

C'est un risque majeur étant donné que la population de mon étude ne maîtrise pas l'usage de l'outil informatique, en dehors du téléphone qui pourrait être mise à profit en cas de besoin. Quoique que certains participants pourraient ne pas posséder de cet outil mais ça peut être une solution.

#### Fonds de dépannage

Il est possible que vous ayez à encourir des dépenses supplémentaires si vous vous retrouvez dans des situations imprévues (ex : vous devez rentrer d'urgence chez vous et le prix des billets d'avion a augmenté considérablement, le service aérien est interrompu et vous devez rester à destination plus longtemps que prévu puisqu'il n'y a plus de vols de retour, etc.) Quelles sont les ressources à votre disposition pour vous permettre de faire face à de tels imprévus (économies, assurances voyages, etc.)?

J'ai mon billet de retour que mon programme de bourse a déjà prévu. Mon Programme de bourses prendra des dispositions si jamais il y aura des imprévus pendant mon séjour.

Retour au Canada

Présence de symptômes de maladie ou contact avec une personne qui a reçu un diagnostic positif à la COVID-19  
Détaillez votre plan si cette situation se produit à la veille de votre retour (transport, hébergement, nourriture, etc.).

si cela arrivé,et comme étant une personne contact,je me serai mise en quarantaine pour pouvoir vérifier mon état de santé par des services appropriés de santé. Ensuite reprogrammé le voyage en cas d'un résultat positif.

En cas d'obligation de mise en quarantaine à votre retour en sol canadien, veuillez détailler votre plan de transport, d'hébergement, d'approvisionnement en nourriture et les arrangements pris pour poursuivre votre session en confinement (le cas échéant).

Je ferai appel à un Uber ou un membre de ma famille ou une connaissance qui pourra m'aider en transport de l'aéroport vers mon domicile où je vis seule.

Je demanderai une aide à un membre de ma famille de pouvoir m'aider à pouvoir faire des provisions pour moi durant la période requise du confinement et de quarantaine. Mes échanges avec l'université et mon directeur

Déclaration de l'étudiant(e) participant au séjour de mobilité

Je soussigné(e), Masamba lulendo Nadine, déclare ce qui suit :

a) Je m'engage à respecter toutes les mesures de mitigation (susmentionnées) pour réduire les risques inhérents à ce séjour de mobilité et à vérifier régulièrement la mise à jour des différentes mesures prises par les gouvernements concernant la COVID-19;

b) Je confirme que les renseignements fournis dans le présent aide-mémoire sont, à ma connaissance, exacts et complets.

Date : le 14 Janvier2021

MASAMBA LUENDO NADINE

Nom de l'étudiant ou de l'étudiante en lettres moulées

MASAMBA LULENDO NADINE

Signature de l'étudiant ou de l'étudiante