



Connaissances et adhésion aux mesures hygiéno-diététiques chez les patients atteints de diabète de type 2 : étude transversale à l'Hôpital Général de Garoua

Knowledge and adherence to lifestyle and dietary measures among patients with type 2 diabetes: A cross-sectional study at Garoua General Hospital

Hadja Inna AA^{1,2}; Roukayatou M¹; Hassana S¹; Tchameni Sidi C¹; Ibrahima A^{1,3}; Ba Hamadou^{1,4}

Article Original

1. Hôpital Général de Garoua ; Cameroun
2. Département de Médecine et Pharmacopée Traditionnelle ; Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales. Université de Garoua ; Cameroun
3. Département des Sciences Physiologiques et Biochimie ; Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales ; Université de Garoua ; Cameroun
4. Département de Médecine Interne et Spécialités ; Faculté de Médecine et des Sciences Biomédicales ; Université de Yaoundé I ; Cameroun

Auteur Correspondant :

Astasselbe Abba Hadja Inna ;
Hôpital Général de Garoua ; BP
145 Garoua ; hadjainna@yahoo.fr ; Tel : (+237) 698145634

Mots-clés : mesures hygiéno-diététiques, connaissance, adhésion, diabète, Garoua

Key words : Hygiene and dietary measures, knowledge, adherence, diabetes, Garoua

Date de soumission: 20/08/2025

Date d'acceptation: 01/10/2025

RESUME

Introduction : Les mesures hygiéno-diététiques (MHD) représentent une des pierres angulaires de la prise en charge du diabète. Le but de l'étude était d'évaluer les connaissances et l'adhésion aux MHD chez les patients atteints de diabète de type 2 (DT2) à l'Hôpital Général de Garoua.

Méthodologie : il s'agissait d'une étude transversale descriptive sur une période de 5 mois au sein d'une population de patients DT2 reçus en consultation externes de nutrition et ayant donné leur consentement. Les variables sociodémographiques, cliniques, de connaissances et d'adhésion aux MHD ont été recueillies grâce à un questionnaire et analysées par le logiciel Epi Info version 7.2.6.0.

Résultats : Au total, 115 patients étaient inclus majoritairement des hommes (54,7%) et une moyenne d'âge de 49,8 ($\pm 13,8$) ans. La majorité présentait un diabète récent (< 1 an), chroniquement déséquilibré (73,1%) et traité par antidiabétiques oraux (54,7%). Plus de la moitié (53,1%) avaient une mauvaise connaissance des MHD. Environ 30% évaluaient la qualité de leurs repas comme moyenne, tout en consommant sucres rapides et graisses saturées. L'activité physique régulière concernait 60% des patients. Les principaux obstacles étaient le manque de temps (26,1%), de motivation (19,1%) et des difficultés financières (9,5%). Les patients suggéraient un groupe de soutien (45,2%), un suivi médical plus fréquent (37,3%) et une éducation nutritionnelle renforcée (16,5%).

Conclusion : Chez les patients DT2, la connaissance des MHD reste limitée malgré une adhésion correcte, justifiant un renforcement de l'éducation, du soutien psychosocial et du suivi médical.

ABSTRACT

Introduction: Hygiene and dietary measures (HDM) represent one of the cornerstones of diabetes management. The aim of our study was to evaluate the knowledge of and adherence to HDM among patients with type 2 diabetes at the Garoua General Hospital (HGG).

Methods: We conducted a descriptive cross-sectional study over a 5-month period among a population of type 2 diabetes patients attending outpatient nutrition consultations who had provided their consent. Sociodemographic, clinical, knowledge, and adherence variables regarding HDM were collected using a questionnaire and analyzed with Epi Info software version 7.2.6.0.

Results: A total of 115 patients were included, with a male predominance (54.7%) and a mean age of 49.8 \pm 13.8 years. Most patients had recent diabetes (< 1 year), chronically uncontrolled (73.1%), treated with oral antidiabetic drugs (54.7%) and demonstrated good medication adherence (89.5%). Over half of the patients (53.1%) had poor knowledge of HDM but generally adhered to them. About 30% rated their meals as of average quality, while continuing to consume simple sugars and saturated fats. Regular physical activity was reported by 60% of patients. The main barriers to HDM adherence were lack of time (26.1%), lack of motivation (19.1%), and financial difficulties (9.5%). Patients suggested the establishment of support groups (45.2%), more frequent medical follow-up (37.3%), and reinforced nutritional education (16.5%).

Conclusion: Among T2D patients at HGG, knowledge of HDM remains limited despite adequate adherence, highlighting the need to strengthen education, psychosocial support, and medical follow-up.

DOI : <https://doi.org/10.64294/jsd.v4i1.246>

Introduction

Le diabète est une maladie chronique caractérisée par un trouble du métabolisme glucidique et constitue une cause majeure de mortalité, réduisant ainsi l'espérance de vie (1). Au cours de la dernière décennie, la prévalence du diabète sucré a augmenté de manière significative, principalement en raison de la progression continue de l'incidence du diabète de type 2 (2). Selon la Fédération internationale du diabète, environ 589 millions de personnes étaient atteintes de diabète dans le monde en 2024 (1). En raison des transitions socioculturelles liées à l'urbanisation, aux changements de mode de vie et à l'augmentation de l'obésité, l'Afrique n'est pas épargnée par cette hausse d'incidence. En effet, 24,6 millions de personnes y étaient atteintes de diabète en 2024 (1). Le nombre de patients diabétiques au Cameroun en 2023 était estimé à environ 2,5 millions (3).

La prise en charge efficace du diabète de type 2 (DT2) repose sur un triptyque : le traitement médicamenteux, l'activité physique régulière et l'adoption de mesures hygiéno-diététiques (MHD) appropriées (4). Ces dernières englobent notamment la régulation de l'alimentation, la réduction de la sédentarité, la surveillance du poids et l'évitement de comportements à risque tels que la consommation excessive d'alcool ou de drogues. Pourtant, dans la pratique, l'adhésion à ces recommandations demeure limitée, influencée par divers facteurs socioéconomiques, culturels et éducatifs.

Plusieurs études suggèrent que la connaissance des mesures hygiéno-diététiques chez les patients diabétiques est souvent partielle ou inexacte, ce qui compromet leur capacité à gérer efficacement la maladie au quotidien (5–7). D'autre part, même en présence d'une bonne connaissance, l'adhésion effective à ces mesures peut se heurter à des obstacles tels que le coût des aliments recommandés, l'insuffisance du soutien familial ou le manque d'accompagnement par le personnel de santé (5,6,8). Cette mauvaise observance des mesures hygiéno-diététiques est responsable d'un mauvais contrôle glycémique chez les patients atteints de DT2 (9).

Compte tenu du bénéfice incontesté des MHD sur le contrôle glycémique optimal, nous avons entrepris une étude dont l'objectif principal était d'évaluer les connaissances et l'adhésion aux MHD chez les patients atteints de DT2 à l'Hôpital Général de Garoua (HGG).

Méthodologie

Il s'agissait d'une étude transversale descriptive sur une période de cinq mois ; du 1er mars au 31 juillet 2025. Nous avons recruté les participants au sein d'une population de patients reçus en consultations externes de nutrition à l'HGG qui est une structure

sanitaire de référence située dans la capitale de la région du Nord-Cameroun. C'est un hôpital de 1ère catégorie de la pyramide sanitaire du système de santé camerounais. Les consultations de nutrition y sont effectuées tous les jours par une nutritionniste. Étaient inclus dans l'étude tout patient âgé de plus de 18 ans atteint de diabète sucré reçu en consultation externe de nutrition durant la période d'étude et ayant accepté d'y participer. Un consentement oral a été obtenu avant chaque inclusion. Tout patient ayant consulté pour une autre pathologie nutritionnelle que le DT2 était exclu. L'échantillonnage était consécutif, exhaustif et non probabiliste.

Les données ont été collectées grâce à un questionnaire électronique préétabli, confectionné à l'aide du logiciel Epi info version 7.2.6.0. Les variables sociodémographiques, cliniques, de connaissances et d'adhésion aux MHD ont été récoltées. Les variables étaient les données sociodémographiques (l'âge et le sexe), les données cliniques (l'histoire du diabète, la durée, les traitements en cours, la fréquence de la prise des médicaments, l'équilibre du diabète, l'observance thérapeutique), la connaissance des MHD liées au diabète (le type de MHD diabétique connue par le patient, les connaissances étaient bonnes si le patient donnait plus de 3 bonnes réponses et mauvaises s'il donnait moins de 3 bonnes réponses), l'adhésion aux MHD (le respect du plan alimentaire prescrit, la qualité des repas pris, la fréquence de la consommation en aliments riches en sucres rapides et graisses saturées, la fréquence de pratique de l'activité physique, les difficultés à adhérer aux MHD et le soutien dans le parcours de soins), les obstacles au respect des MHD suggestions d'amélioration de l'adhésion.

Les données ont été saisies et analysées par le logiciel Epi info version 7.2.6.0. Les effectifs et les fréquences ont été calculés pour toutes les variables qualitatives. La moyenne [écart type (ET)] et la médiane [intervalle interquartile (IIQ)] ont été utilisées pour caractériser les variables quantitatives selon que la distribution des données était normale ou pas respectivement.

Résultats

Au total, 115 patients reçus en consultations de nutrition durant la période de l'étude ont été inclus dans l'étude. La population d'étude était constituée de 63 hommes (54,7%) et de 52 femmes (45,3%) (Figure 1). La moyenne (\pm ET) d'âge était de 49,8 (\pm 13,8) ans. La majorité des patients (35,6%) avait un diabète évoluant depuis moins d'un an ; 39 patients depuis plus de 5 ans (33,9%) et 35 patients entre 1 et 5 ans (30,4%). La majorité des patients (73,1%) avaient un déséquilibre hyperglycémique marqué par une HbA1c récente $>7\%$. Le traitement antidiabétique le plus utilisé était les antidiabétiques oraux chez 63 patients (54,7%) ; suivit d'un traitement

mixte (insuline+ADO) chez 29 patients (25,3%) ; puis l'insulinothérapie chez 10 patients (8,7%) et 13 patients (11,3%) étaient traités par MHD seules. Concernant l'observance thérapeutique, 103 patients (89,5%) ont rapporté toujours prendre leur traitement tel que prescrit par le médecin (Tableau I).

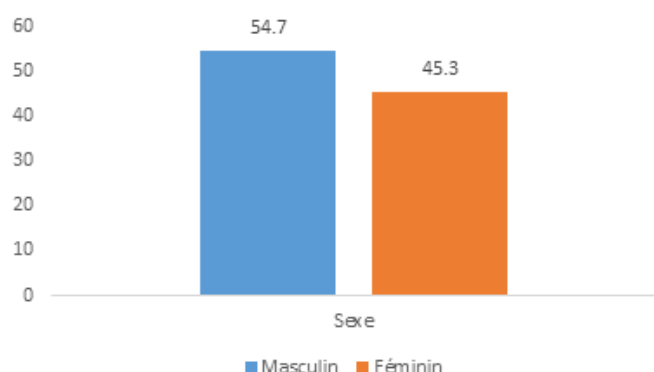


Figure 1 : répartition de la population d'étude selon le sexe des participants

Tableau I : histoire du diabète

Variables	Effectif (N=115)	Fréquence (%)
Durée du diabète		
<1 an	41	35,6
1-5 ans	35	30,4
>5 ans	39	33,9
Traitement antidiabétique		
MHD seules	13	11,3
ADO	63	54,7
Insuline	10	8,7
Mixte	29	25,3

Soixante-un patients inclus avaient une mauvaise connaissance des MHD (53,1%) et 54 (46,9%) une bonne connaissance des MHD (Figure 2). Les MHD les plus connues par ordre de fréquence étaient : l'arrêt des sucres rapides (91,3%), la pratique de l'activité physique régulière (73,1%), la réduction de la consommation de graisses saturées (42,6%), la réduction pondérale (35,6%), la réduction de la consommation d'alcool (14,8%) et l'arrêt du tabac (2,6%).

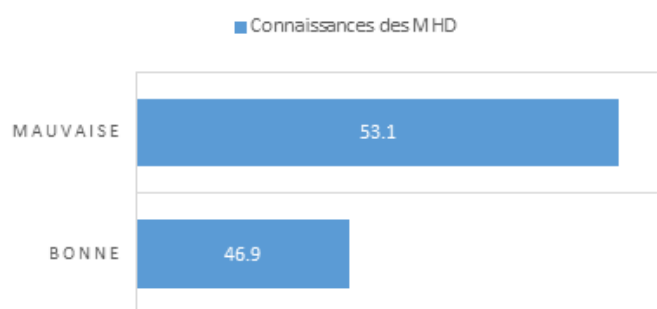


Figure 2 : niveaux de connaissance des MHD

La majorité des patients de l'étude (54,7%) affirmaient souvent respecter le plan alimentaire prescrit par le personnel soignant. Concernant la qualité des repas

: 63 patients (54,7%) les jugeaient moyenne ; 35 (30,4%) bonne ; 15 (13,1%) mauvaise et 2 (1,7%) très bonne (Tableau II). Les patients ont rapporté malgré leur pathologie continuer la consommation de sucres rapides et de graisses saturées.

Tableau II : qualité des repas

Qualité des repas	Effectif (N=115)	Fréquence (%)
Très bonne	2	1,7
Bonne	35	30,4
Moyenne	63	54,7
Mauvaise	15	13,1

La majorité des patients de notre étude (60%) affirmaient pratiquer une activité physique régulière entre 1e et 3 fois/semaine en dépit du manque de motivation dans 58,2% des cas. Soixante pour cent des patients disent parfois ressentir de l'anxiété dans la gestion du diabète.

Les principaux obstacles à l'adhésion aux MHD identifiés étaient : le manque de temps (26,1%), le manque de motivations (19,1%) et les difficultés financières (9,5%). Les principales suggestions formulées par les patients étaient la création d'un groupe de soutien (45,2%), un suivi plus fréquent par les praticiens (37,3%) et une éducation nutritionnelle supplémentaire (16,5%) (Tableau III).

Tableau III : obstacles à l'adhésion aux MHD et suggestions

Variables	Effectif (N=115)	Fréquence (%)
Obstacles à l'adhésion aux MHD		
Manque de temps	30	26,1
Manque de motivations	22	19,1
Difficultés financières	11	9,5
Suggestions		
Groupe de soutien	52	45,2
Suivi plus fréquent par les praticiens	43	37,3
Education nutritionnelle supplémentaire	19	16,5

Discussion

Notre étude dont le but était d'évaluer les connaissances et l'adhésion aux MHD des patients atteints de DT2 à l'HGG a porté sur 115 patients avec une prédominance masculine (54,7%) et une moyenne (\pm ET) d'âge de 49,8 (\pm 13,8) ans. Un diabète récent (<1 an), chroniquement déséquilibré (73,1%) et traité par ADO avec une bonne observance médicamenteuse (89,5 %) était retrouvé. Plus de la moitié (53,1%) avaient une mauvaise connaissance des MHD mais y adhéraient dans la majorité. Trente pour cent jugent leurs repas de qualité moyenne, tout en consommant sucres rapides et graisses saturées. L'activité physique régulière concernait 60% des patients. Les obstacles principaux aux MHD étaient :

le manque de temps (26,1%), de motivation (19,1%) et des difficultés financières (9,5%). Les patients suggéraient un groupe de soutien (45,2 %), un suivi médical plus fréquent (37,3 %) et une éducation nutritionnelle renforcée (16,5 %) pour améliorer leur adhésion aux MHD.

La prédominance masculine, l'âge moyen de 49 ans, le traitement par ADO et le déséquilibre hyperglycémique prédominant sont en accord avec les résultats de Hadja Inna et al. sur une étude des caractéristiques des patients atteints de diabète sucré dans la même structure sanitaire (2). Cette similarité suggère que le profil épidémiologique et clinique des patients atteints de DT2 dans cet hôpital est relativement stable au fil du temps, ce qui pourrait refléter des déterminants communs, tels que les habitudes alimentaires locales, le mode de vie, ou encore les conditions socio-économiques de la population concernée.

La majorité des patients de notre étude avait une mauvaise connaissance des MHD. Kaaga et al. à Lomé au Togo retrouvait des résultats similaires (71%) dans une population de patients diabétiques de type 2 (5), ce qui témoigne d'un déficit d'information et/ou de formation sur ces mesures dans plusieurs contextes africains. Par contre, l'adhésion aux MHD était meilleure dans notre étude (54,7%) comparée aux résultats de Houguig et al. au Maroc (41%) (6), à ceux de Lawani Semiyu à Bamako (69%) (7) et à ceux de Kaaga et al. à Lomé au Togo (71%) (5). Cette différence pourrait s'expliquer par le profil particulier de notre population, caractérisée par un diabète récent, évoluant depuis moins d'un an, ce qui semble les rendre plus enclins à suivre scrupuleusement les recommandations hygiéno-diététiques prescrites par les praticiens, probablement en raison d'une plus grande motivation initiale, d'une perception plus forte des risques à court terme et d'un engagement thérapeutique encore intact.

L'activité physique régulière était pratiquée par la majorité des patients dans 60% des cas, cela est similaire aux données de la littérature (5–7). Connaissant le bénéfice incontesté de l'activité physique sur le métabolisme glucidique ; notamment par l'amélioration de la sensibilité à l'insuline, la réduction de la glycémie et la prévention des complications cardiovasculaires ; sa pratique régulière demeure un pilier fondamental de la prise en charge non médicamenteuse du diabète (4). En plus de ses effets métaboliques, l'activité physique contribue à un meilleur contrôle pondéral, à l'amélioration de la qualité de vie et au maintien de la motivation thérapeutique, ce qui en fait un élément indispensable dans toute stratégie globale de gestion du diabète.

Les principaux obstacles à l'adhésion aux MHD identifiés étaient : le manque de temps (26,1%), le

manque de motivations (19,1%) et les difficultés financières (9,5%). Ces contraintes reflètent à la fois des facteurs personnels, liés à l'organisation et à l'engagement individuel, et des facteurs socio-économiques, qui peuvent limiter l'accès à une alimentation équilibrée ou à des activités physiques adaptées. Kaaga et al. à Lomé au Togo retrouvaient les difficultés financières et la lassitude comme obstacles à l'adhésion aux MHD (5) soulignant que, dans divers contextes africains, les barrières à la mise en œuvre durable des mesures hygiéno-diététiques relèvent autant de la disponibilité des ressources que du maintien de la motivation sur le long terme.

En réponse à ces difficultés, les patients de notre étude ont formulé plusieurs suggestions : la création d'un groupe de soutien (45,2%), un suivi plus fréquent par les praticiens (37,3%) et une éducation nutritionnelle supplémentaire (16,5%). Ces suggestions apparaissent directement liées aux obstacles identifiés : la mise en place d'un groupe de soutien pourrait favoriser l'échange d'expériences, le partage de bonnes pratiques et le maintien de la motivation, tandis qu'un suivi médical plus rapproché permettrait un ajustement précoce des mesures thérapeutiques et une meilleure évaluation de l'adhésion. Enfin, un renforcement de l'éducation nutritionnelle contribuerait à améliorer les connaissances sur les MHD et à lever certaines idées reçues, facilitant ainsi l'intégration durable de ces mesures dans le quotidien des patients.

Forces et limites de l'étude

Notre étude présente comme forces la collecte directe de données auprès des patients suivis en consultation de nutrition, le recueil des données concernant à la fois la connaissance et l'adhésion aux mesures hygiéno-diététiques, ainsi que l'analyse détaillée des obstacles et suggestions des participants, offrant une vision complète de la gestion non médicamenteuse du diabète. Cependant, certaines limites doivent être soulignées : il s'agit d'une étude transversale menée dans un seul centre hospitalier, ce qui limite la généralisation des résultats à l'ensemble de la population diabétique de la région. De plus, l'auto-déclaration des comportements alimentaires et d'activité physique peut introduire un biais de désirabilité sociale et affecter la précision des données recueillies.

Conclusion

Chez les patients DT2 suivis à l'HGG, la connaissance des MHD reste insuffisante malgré une bonne observance thérapeutique et une adhésion relativement élevée. Les obstacles identifiés et les suggestions formulées appellent à renforcer l'éducation nutritionnelle, le soutien psychosocial et le suivi médical afin d'optimiser la prise en charge non médicamenteuse.

Conflit d'intérêt : Nous ne déclarons aucun conflit d'intérêt dans la réalisation de ce travail.

Contribution des auteurs : Recueil des données : RM ; HIAA ; HS ; TSC. Analyse des données : HIAA. Rédaction du manuscrit : HIAA, HS, TSC, IA. Validation du manuscrit : Tous les auteurs

Références

1. Magliano DJ, Boyko EJ, Genitsaridi I, Piemonte L, Riley P, Salpea P, éditeurs. IDF Diabetes Atlas 2025 [Internet]. 11^e éd. Bruxelles : International Diabetes Federation; 2025 [cité 9 avr 2025]. Disponible sur: <https://diabetesatlas.org/resources/idf-diabetes-atlas-2025/>
2. Inna AAH, Ibrahima A, Boli A, Djeugoue P, Deunga R, Aminou DS, et al. Le diabète sucré en milieu hospitalier dans le Nord du Cameroun : aspects épidémiocliniques, paracliniques et thérapeutiques. 2024;25.
3. Ministère de la Santé Publique du Cameroun. Lutte contre le diabète au Cameroun : riposte collective contre le tueur silencieux [Internet]. 2024 [cited 2024 Jun 23]. Available from: <https://www.minsante.cm/site/?q=fr/content/lutte-contre-le-diab%C3%A8te-au-cameroun-riposte-collective-contre-le-tueur-silencieux>
4. Piquet C. Mesures hygiéno-diététiques dans le diabète et freins à leur adhésion. Actual Pharm [Internet]. 2023 Jan 1 [cited 2025 Feb 7];62(622):25 7. Available from: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0515370022004220>
5. Kaaga YL, Kodjok K, Kogoe R, Djalogue L, Nemi D, Balaka A, et al. Connaissances et pratiques des mesures hygiéno-diététiques chez les diabétiques suivis dans le service de médecine interne du CHU Sylvanus Olympio. J Rech Sci L'Université Lomé [Internet]. 2022 [cited 2025 May 27];24(3 4):405 13. Available from: <https://www.ajol.info/index.php/jrsul/article/view/242740>
6. Houguig K, Ouzennou N, Rayadi M, Rkha S. Observance of hygiene and dietary rules and the associated factors among diabetic subjects in Essaouira Province, Morocco: a cross-sectional study. Pan Afr Med J [Internet]. 2022 [cited 2025 Feb 7];41. Available from: <https://www.panafrican-med-journal.com/content/article/41/22/full>
7. Lawani S. Évaluation du niveau de connaissance et adhésion aux mesures hygiéno-diététiques des patients diabétiques de type 2 suivi à l'hôpital "Mère-Enfant" le Luxembourg en 2023 [Internet] [thesis]. Université des Sciences, des Techniques et des Technologies de Bamako; 2024 [cited 2025 May 27]. Available from: <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/13834>
8. Bekele H, Asefa A, Getachew B, Belete AM. Barriers and strategies to lifestyle and dietary pattern interventions for prevention and management of type-2 diabetes in Africa: systematic review. J Diabetes Res [Internet]. 2020 Jul 11 [cited 2025 Feb 19];2020:7948712. Available from: <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC7374199/>
9. American Diabetes Association Professional Practice Committee : ElSayed NA, McCoy RG, Aleppo G, Balapattabi K, Beverly EA, Briggs Early KB et al. 5. Facilitating positive health behaviors and well-being to improve health outcomes: Standards of care in diabetes—2025. Diabetes Care [Internet]. 2024 Dec 9 [cited 2025 May 27];48(Supplement_1):S86 127. Available from: <https://doi.org/10.2337/dc25-S005>