
Type d'article: Recherche

Entre incorporation biographique du diabète et renoncement aux soins des personnes âgées :Une complexe accommodation des diabétiques affiliés au centre anti diabétique d'Adjame (Côte d'Ivoire)

Between biographical incorporation of diabetes and waiver of elder's care: a complex accommodation for diabetics affiliated to the Adjame anti diabetic center (Côte d'Ivoire)

Zoguéhi Arnaud Kévin DAYORO¹

¹Département de Sociologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan, Côte d'Ivoire

Correspondance : dayorokevin@yahoo.fr ; Tel : +225-015 341 6144

RESUME

Le vieillissement se traduit par la survenue de maladies, telle que, le déficit auditif, la cataracte et les défauts de réfraction, les lombalgies et cervicalgies, l'arthrose, la dépression, la démence, le diabète. Cependant, le non-respect des recommandations thérapeutiques par les patients âgés diabétiques constaté, interpelle. Ce constat soulève la question du renoncement aux soins par les patients âgés diabétiques dans la relation thérapeutique. Avec dix-huit personnes âgées volontaires (sept femmes et onze hommes), âgés de plus de 60 ans, des entretiens ont été réalisés pour saisir la logique de renoncement aux soins offerts aux diabétiques. Ainsi les schèmes de représentation sociale des offres de soins. Les expériences de renoncement des pratiques alternatives de soins ont été questionnées. L'insulinothérapie et le régime alimentaire sont perçus à la fois comme incontournables et contraignants (épuisement physique, financière, relationnelle et psychologique). Par ailleurs, la faible alternative de solidarité face à l'absence des moyens financiers des diabétiques âgés, la pluralisation des itinéraires de soins et la fluctuation identitaire du malade d'un contexte social à un autre a permis de comprendre que le manque de couverture médicale, le refus de l'intégration des sciences sociales, telles que la sociologie et l'absence d'un politique intégrative de l'éducation thérapeutique éclaire la récurrence du phénomène de renoncement.

Mots Clés : Personnes âgées, incorporation biographique, Renoncement, Accommodation, Education thérapeutique, Côte d'Ivoire

ABSTRACT

Aging results in the occurrence of diseases like hearing loss, cataracts and refractive errors, lumbago and neck pain, osteoarthritis, depression, dementia, diabetes. However, the non-compliance with therapeutic recommendations by elderly diabetic patients at home is noted. This observation raises the question of the renunciation of care by elderly diabetic patients in the therapeutic relationship. Eighteen elderly volunteers people (7 women and 11 men), aged over 60, have been interviewed to understand the logic of renouncing the care offered to diabetics. Thus the schemes of social representation of healthcare offer; experiences of

giving up alternative care practices were investigated. Insulin therapy and diet are seen as both essential and restrictive (physical, financial, relational and psychological exhaustion). Moreover, the weak alternative of solidarity in the face of the lack of financial means for elderly diabetics, the pluralization of care routes and the fluctuation of the patient's identity from one social context to another, have made it possible to understand that the lack of coverage insurance, the refusal to integrate the social sciences from below and the absence of an integrative policy for therapeutic education sheds light on the recurrence of the phenomenon of renunciation.

Key Word: elderly, biographical incorporation, renunciation, accommodation, therapeutic education, Côte d'Ivoire

1-Introduction

Les maladies chroniques dans leurs expressions diverses se caractérisent par la durée, l'incurabilité et l'incertitude. Ainsi, le rapport de longue durée qu'elles imposent aux malades les contraints aux processus de « biographisation de la maladie». En d'autres termes, pour, Palmier, 1999, cité par Rossi (2017 p. 22), la maladie fait corps avec le malade car « la maladie n'est pas une simple atteinte physique, mais un bouleversement complet de l'être dans le monde. ». Le malade intègre les douleurs et les contraintes liées à la maladie, les pauses ou moments de répit pour profiter du présent mais aussi rester constant dans la relation thérapeutique. En somme, le malade s'engage à contrôler les discontinuités et les continuités biographiques, dans son rapport à soi et à autrui.

Or l'homme est pluriel, inscrit dans des cadres sociaux différents qui structurent ses statuts et ses positions sociales et ses avantages sociaux. Mais quand un évènement imprévisible comme le diabète se « biographise le vécu de la maladie affecte l'être dans sa relation à soi, à la sphère familiale, et, plus largement à la sphère sociale. Patoizeau (2008) note d'ailleurs combien, dans leur pratique de médecins généralistes, la prise en compte du vécu du patient par rapport à sa maladie et sa place dans son monde a été clé pour soigner de façon efficace, plutôt que de se cantonner à une approche détachée.

Dans une telle figure, l'adhésion aux offres de soins constitue une alternative qui permet aux malades âgés d'améliorer leur qualité de vie. En effet, ils déploient ses incompétences parfois refoulées par le modèle paternaliste de la relation soin, rendu favorable par l'incertitude de guérison et l'incurabilité du diabète. Ainsi, la compétence perçue par le malade l'autorise à se construire pour « guéri ». En contexte de stabilité glycémique, les diabétiques sont parfois engagés à une relecture de l'offre de soins et renoncent au protocole de soins.

Le renoncement est un type de rapport volontaire de retrait, de contournement des soins nécessaires dans la gestion de la pathologie. Ces soins justifiés au plan médical sont requalifiés moins importants et sont partiellement ou totalement refusés. Pour Després (2013), le phénomène de renoncement des offres de soins hospitalières par les diabétiques âgés interpelle en raison de la fragilité de leur système immunitaire. La qualité de vie qui est menacée l'est autant pour le malade que pour les membres du réseau familial qui socialement deviennent aussi des malades « chroniques » en raison de la co-incorporation biographique de la maladie.

Aussi dans une perspective exploratoire, une enquête est réalisée du 07 mai au 18 juin 2019 au Centre Antidiabétique D'Abidjan (CADA) sis à Adjame. Des entretiens avec sept personnes âgées diabétiques ont relevé leur mauvaise observance face aux prescriptions thérapeutiques, illustrant la pratique du renoncement aux soins. Au CADA, moins de quatre patients sur dix (4/10) ont un diabète équilibré. Or, les services d'éducation thérapeutique accompagnent les malades par des séances de coaching, d'information et recommandent aux accompagnants de veiller sur le suivi des orientations thérapeutiques.

Malgré cette précaution thérapeutique les malades s'obstinent à requalifier le protocole médical et le désapproprier de toute utilité, « à l'ère où la santé constitue la valeur suprême (Hours, 1996, cité par Després, 2015, P 95). Ils entrent dans un jeu identitaire dont la valorisation nécessite de rompre avec le statut de malade et le protocole médical. Celui-ci s'inscrit dans un rapport de « camouflage » de l'identité de malade, car la maladie et les soins sont avant tout d'ordre interactionnel. L'identité du malade est fluctuante et prend sens uniquement dans des situations sociales ou des espaces sociaux. Ainsi, la fluctuation de l'identité peut conduire à la déqualification des soins et même de la maladie. Dans des modèles interactionnels où le statut de diabétiques est moins valorisant, en face d'une catégorie sociale spécifique, le renoncement se précise.

Dans ce type rapport de face, la théorie de face à face d'Erving Goffman (Laberge, 2016) rend compte de la production des identités en fonction des contextes relationnels et permet de comprendre comment les personnes déconstruisent les compétences du médecin et requalifie l'offre de soin avant de décider de son arrêt, de son contournement ou de l'hybridisme thérapeutique. Ce travail de réfutation s'encastre dans un jeu identitaire, entre l'identité de malade (identité réelle) et de non malade (identité perçue et fluctuante). Entre ordre et jeu, contrainte et liberté, comment les malades arrivent-ils à renoncer aux soins, au risque de mettre à mal leur qualité de vie ?

Le contexte relationnel qui produit l'ambivalence identitaire sera questionné pour rendre compte des productions des schèmes de représentation sociale des offres de soins (i), les logiques sociales du renoncement (ii) et les pratiques alternatives de soins. (iii)

2-Matériaux et Méthodes

Le cadre méthodologique de cette recherche qualitative se décline en quatre (04) points notamment : le site et la population ; l'échantillon ; les outils de collectes et les techniques d'analyse des données.

2.1-Site et population

La collecte principale des données a eu lieu au CADA (Centre Anti-Diabétique d'Abidjan). Les personnes âgées diabétiques de 60 ans de sexe féminin et masculin ont été interrogées.

2.2- L'échantillonnage

L'échantillonnage par choix raisonné a été utilisé. Des entretiens libres ont été réalisés avec dix-huit personnes âgées volontaires, dont sept femmes et onze hommes, de 60 ans et plus. 6 femmes et 7 hommes (entre 60 et 69) ; 1 femme et 3 hommes (entre 65 à 69 ans) et 1 homme (de plus de 70 ans ont été interrogés. Les personnes interrogées ont une expérience de gestion de la pathologie qui dure plus de cinq (5 ans).

2.3- Technique et outils de collecte de données

Le guide d'entretien a structuré les entretiens autour des thématiques telles que : représentation des prescriptions médicales chez les diabétiques âgés ; identification des ressources sociales et financières mobilisées dans la prise en charge du diabète ; identification des pratiques sociales de renoncement aux soins des diabétiques âgés.

2.4- Les techniques d'analyse des données

Un enregistreur vocal numérique de marque SONY PX 470 série PX, a été utilisé pour le stockage de données. Le traitement des données s'est décliné en trois opérations successives notamment la retranscription des interviews, l'analyse thématique manuelle et l'élaboration des catégories d'analyse.

3. Résultats

Les données rendent compte des deux résultats majeurs :

- les représentations des offres de soins prescriptions médicales par les diabétiques âgés
- les facteurs sociaux de renoncement aux soins

3.1. Représentations des offres de soins prescriptions médicales par les diabétiques âgés

L'insulinothérapie, les antidiabétiques oraux, le régime alimentaire et la pratique d'activité physique constituent l'essentiel des offres de soins.

3.1.1 Une ambivalence représentationnelle autour de l'insulinothérapie : « C'est une bonne chose, cela nous aide à vivre, mais vraiment..... »

La simultanéité de deux schèmes représentationnels (l'insuline déstructurant le physique et l'insuline nécessaire pour l'équilibre glycémique), à l'égard de l'insulinothérapie fonde une ambivalence représentationnelle. La qualité de vie des diabétiques insulinodépendants est médicalement liée à l'usage constant de l'insuline. Comme l'affirme AT, 67 ans, malade depuis 14 ans, « nous sommes malades, nous sommes mala.....malade, mal en point mais sans l'insuline tu peux faire ? C'est une bonne chose, cela nous aide à vivre, mais vraiment..... ». Ce traitement serait donc à l'origine d'une série d'épuisement de type physique, financier et psychologique.

3.1.1.1. L'insulinothérapie, une nuisance physique

Tous les malades interrogés ont indiqué que ce traitement est difficile à intégrer dans le quotidien, en raison des nuisances que crée la pratique quotidienne de l'injection. Un triple impact a été dévoilé sur les structures musculaires, les nerfs et la peau. Le discours de E3, femme de 60 ans, diabétique depuis 5 ans dévoile cet aspect:

« Ça fatigue les nerfs, insuline là ce n'est pas bon. Quand tu ne fais pas attention et tu piques sur une ancienne place, ça fait très mal, il faut avoir le courage encore pour piquer demain

3.1.1.2. Un traitement à fort engagement financier

L'absence d'une prise en charge du coût de l'insuline contribue à assimiler insuline et dépenses financières. En effet, les diabétiques insulinodépendants sont contraints de faire

une piqûre journalière dont la conservation nécessite un dispositif réfrigérant. Le diabétique se doit de s'injecter une dose d'insuline quotidienne. Cependant, dans la plupart des cas, les patients insulinodépendants, sont des retraités en cessation d'activité, ne disposent pas de ressources nécessaires pour faire face au coût financier de cette thérapie. Ils optent pour des pratiques rudimentaires, pouvant mettre en mal la qualité des injectables. La prise de l'insuline participe au découragement de personnes âgées insulinodépendantes.

3.1.1.3-L'insulinothérapie, un déstructurant psychologique

Les contraintes (épuisement financier et physique) des offres viennent renforcer le schème de représentativité selon lequel la gestion médicale opère comme un déstructurant psychologique qui se décline sous forme de découragement. Ainsi, les malades associent l'insuline au découragement. E7, homme âgé de 69 ans et diabétique depuis 1997 affirme « Ce n'est pas facile. Ça me fatigue, tout le temps se piquer, il faut avoir vraiment le courage, je n'aime pas la piqûre, je préfère les comprimés. Même si je n'aime pas, je suis obligé de l'aimer ».

3.1.2. *Le régime alimentaire : l'incontournable offre dite punitive*

Pour les diabétiques, manger en respectant le protocole médical est acte à la fois curatif et préventif. Mais la non observance du protocole alimentaire fait courir le danger certain de récidive. Ce faisant, l'alimentation subit une requalification.

E7, diabétique depuis 1997 et âgé de 69 ans affirme :

« Je suivais très bien le régime quand j'étais en fonction, depuis que je suis à la retraite je n'arrive pas à suivre, à la retraite les moyens sont limités, suivre le régime c'est très complexe ». Ainsi, certains patients perçoivent le régime comme une punition, car manger au-delà d'être un produit culturel, relationnel, relève d'un choix, et se résignent en invitant "la mort". C'est le cas de E9, 60 ans, diabétique depuis 10 ans qui indique que « régime là c'est compliqué, tout ce que tu dois manger pour nourrir ton corps là, on te dit de ne pas manger tout ça, la mort même est mieux que ça ».

Ces schèmes de représentation sociale structurent déjà les attitudes de renoncement aux soins.

3.2. Facteurs sociaux de renoncement aux soins

Les facteurs explicatifs du renoncement aux soins par les diabétiques insulinodépendants âgés s'enracinent dans la faible alternative solidaire face à l'absence des moyens financiers, la pluralisation des itinéraires de soins, l'épuisement physique et psychologique et le déni de l'identité de malade dans la sociabilité.

3.2.1 - *Faible alternative solidaire face à l'absence des moyens financiers des diabétiques âgés*

La prise en charge du diabète requiert des ressources financières conséquentes, un accompagnement financier qui devrait se traduire par une prise en charge des intrants médicamenteux pour faciliter une appropriation des soins. Les ressources financières sont sollicitées pour la dotation en insuline, l'alimentation adaptée aux diabétiques, les interventions médicales en situation de crise, les co-morbidités comme la néphropathie diabétique, les déficits visuel et auditif, les douleurs chroniques, d'incontinence urinaire et anale, etc.

Pour l'insulinothérapie, l'insulet coûte environ 4000 francs CFA, l'insulatat, 8000, le novomix environ 40000 à 44000 francs CFA (insuline à stylo), le Diamicron (comprimé)

environ 14000 francs CFA. A ces traitements, il faut ajouter la gestion des co-morbidités, telles que les facteurs de risques cardio-vasculaires (hypertension artérielle, hypercholestérolémie, obésité) et les complications infectieuses comme les infections urinaires, la tuberculose, sans oublier les dépenses nécessaires pour une alimentation adaptée. Les patients n'ayant pas de revenus sont obligés d'entretenir des rapports de dépendance. Cette chronicité impose un renouvellement constant des produits médicamenteux. Face à leur incapacité et dans l'hypothétique attente d'un appui financier et d'un capital social, le traitement est interrompu exposant le malade à une élévation de la glycémie et à la survenue des douleurs.

3.2.2 : Le renoncement pour abandon et pluralisation des itinéraires de soins

En situation de contraintes financières, les personnes âgées se ruent vers d'autres traitements jugés efficaces. Ce sont le plus souvent des « médicaments de rue », « des médicaments chinois », « des décoctions de la pharmacopée traditionnelle » (infusions de plantes, des tisanes, etc.). Comme le confirme E5 « *J'essaie de respecter les doses des comprimés, mais en tout cas je mélange un peu, indigénat ; Tu sais quand tu es malade, tu es obligé de taper à toutes les portes hein, des fois la glycémie monte, ça descend, en tout cas on est dedans* » E5,

Bien que cette pharmacopée soit interdite par la biomédecine pour le traitement du diabète, nombre de patients y ont recours. Ce recours thérapeutique qui trouve son fondement dans la représentation de la maladie et de la relation au corps vise pour les patients la guérison totale.

3.2.3 : Le renoncement pour épuisement physique et psychologique

L'épuisement physique et psychologique imposé par l'utilisation de l'injection à insuline a été identifié comme facteur de rupture des relations de soins.

3.2.3.1. L'épuisement physique

L'épuisement physique fait référence aux effets secondaires des traitements du diabète sur le corps. Ainsi, plusieurs patients se sont plaints de l'insulinothérapie. En effet, l'usage répété des seringues pour des injections laisse des séquelles cutanées à long terme. Ces séquelles sont matérialisées par des déformations de la peau, des lipodystrophies provoquées par la répétition des injections au même endroit.

Cela entraîne des boursoufflures puis une mauvaise résorption de l'insuline et un déséquilibre du diabète. Ainsi, notons des douleurs au niveau des bras, du ventre et des cuisses. Ces douleurs empêchent les malades de se déplacer correctement et de se mouvoir.

3.3.2.2. L'épuisement psychologique

Les patients se trouvent désemparés, épuisés psychologiquement face à une pathologie chronique dont la gestion implique autant les ressources financières, physiques, relationnelles que psychologiques. Face à cette série d'exigence, le manque qu'entraîne leur dépendance partielle ou totale, les soumet à une pression psychologique. En conséquence, bien de malades comme E9 et E11 renoncent aux soins, et font le choix des comportements à risque.

E9 « *C'est trop dur de suivre tout, souvent c'est difficile de prendre tous les jours les comprimés, surtout de suivre correctement le régime. Souvent je ne trouve pas les* »

médicaments en pharmacie, donc je profite je ne prends pas un moment, jusqu'en et après je m'en vais payer. Ce n'est pas facile dès ! Je suis fatiguée, je n'en peux plus, Soupirs »
E11, « Il y'a des fois, je ne prends pas parce que je suis fatiguée. Des fois je déconne, je triche, on dit de ne pas manger sauce graine, sauce arachide, foutou, tout ça là mais je triche. C'est pas facile, ce que tu aimes, on te dit de ne pas manger »

3.3. « Fluctuation », « camouflage » et « déni » de l'identité de malade dans la sociabilité, comme motif de renoncement

L'identité sociale, l'identité personnelle et l'identité de soi s'entremêlent pour donner sens au vécu des malades et imposer la redéfinition de l'acte thérapeutique. En effet, l'injection ne se sait pas de la même manière dans tous les systèmes relationnels et le statut de diabétique ne se dévoile pas dans toutes les formes de sociabilité. Les propos suivants illustrent cette situation.

« Nous sommes allés aux funérailles. On nous a invités à manger la soupe de cabri, du vin, moi je ne mangeais pas et ils m'ont demandé et j'ai dit que je suis diabétique. Mon cousin qui mangeait déjà a dit qu'il était aussi diabétique mais qu'il mangeait tout. Donc notre hôte a dit que si je ne veux pas manger de partir (...) », E3..

Le renouement des liens de sociabilité conduit à la non-observance du protocole alimentaire. Dans le sens où les sociabilités dans les groupes se font autour du « manger », la dynamique du groupe prédomine ainsi sur les normes médicales associées à leur état de santé.

« Parfois quand je vais à des sorties, j'essaie de tricher un peu (...) je sais ce qu'il faut faire. Je sors avec mon insuline à Bic et lorsque je sens que j'ai exagéré un peu, je me pique avec mon insuline (...) je suis obligé, car il faut plaisir aux gens »

4- Discussion des résultats

Le renoncement par abandon ou pluralisation des itinéraire de soins ; le renoncement par épuisement physique et psychologique ; la « fluctuation », le « camouflage » et le « déni » de l'identité de malade dans la sociabilité, ont été inscrit au motif du renoncement. L'analyse de ces résultats permet d'aborder l'enjeu des ressources sociales et financières dans la prise en charge du diabète ; le renoncement sous le prisme du décloisement épistémologique du malade, de l'accompagnement des malades et de leurs proches ou l'enjeu d'une éducation thérapeutique comme élément de prévention et /ou de gestion.

4.1-De l'enjeu de la couverture assurantielle au grand âge et des ressources sociales et dans la prise en charge du diabète

Il est nécessaire de disposer de ressources sociales et financières pour une prise en charge optimale du diabète. Les acteurs familiaux ou l'entourage social sont sollicitées. En effet, cette solidarité mécanique au sens durkheimienne du terme, trouve son explication dans la Co-pathologisation de ces derniers. Pour Gennart, Vannotti et Zellweger et al (2001), la maladie chronique, loin d'affecter le seul patient qui la porte, peut atteindre bien plus encore la famille du patient. La famille entière qui est « touchée » par la maladie et contrainte de faire face à la perturbation qu'elle constitue. Ridde et Blanchet (2008, p 2) démontrent dans les pays à faible revenus que « Dix à trente pour cent de la population du continent n'auraient pas accès aux soins pour des raisons budgétaires ». L'indigence, la pauvreté ont toujours conduit la réflexion de l'accès aux soins. Aligon et Grignon (1999) qui ont analysé l'accès

aux soins des plus démunis et les dépenses de santé non remboursées, argumentent pour signifier que les dépenses sont supportées par les plus pauvres (Idem 1999, P 213).

Ces travaux dévoilent les inégalités sociales d'accès aux soins. C'est pourquoi, Dourgnon, Jusot et Fantin (2012), estiment que payer nuit à la santé. Pour Ousseynou, Makhtar, et Faye (2016) c'est parce que le paiement direct des soins a toujours constitué l'obstacle majeur à l'accès aux services de santé de la population en grande majorité démunie que le Sénégal a initié le Plan Sésam « dont l'objectif principal est d'assurer aux personnes âgées de 60 ans et plus sans couverture sociale une gratuité des soins à tous les niveaux de la pyramide sanitaire » (Ousseynou, 2016, P 92). Cette gratuité des soins aiderait surtout les personnes âgées dépendantes à garder l'espoir d'une longévité sans incapacité physique.

Toutefois, Samb et Ridde (2012) insistent sur la gratuité sélective. Ils rendent compte d'une expérience au Burkina Faso qui est focalisée sur les indigents qui sont choisis par les communautés elles-mêmes. Ceci a l'avantage de maintenir la solidarité collective et familiale.

Les valeurs familiales demeurent encore vivaces autour du malade dans sa gestion des pathologies. Bien que des mutations sociales soient visibles, la ressource sociale de type familial demeure incontournable. En effet, la manière dont le système familial gère et « s'approprie » la maladie de l'un de ses membres n'est pas neutre par rapport à l'évolution clinique du patient lui-même, mais agit de façon directe sur le départage de ses vulnérabilités et de ses ressources. En revanche, Lin (1982) es ressources sociales sont des biens possédés par un individu et accessibles au travers de liens directs et indirects. Pour l'auteur, l'utilisation des ressources est temporelle et permettent d'atteindre un but précis. **4.2.: Pour une alternance protocolaire de soin : vers une légitimation d'incorporation des sciences sociales par « le bas »**

Les ambivalences dans les rapports aux offres de soins dévoilent l'intérêt de la relecture du substrat épistémologique de la science médicale dans son ensemble et de la gériatrie en particulier dont l'objectif est de spécifier son offre aux bénéfices des personnes âgées malades. Les pratiques de renoncement sont révélatrices des limites de la standardisation des offres médicales de soins. En effet, la gériatrie n'est rien d'autre qu'une application de la médecine qui ne fait pas de distinction entre le malade âgé et la personne âgée malade. La maladie transcende le corps et exprime des significations sociales (Augé et Herzlich, 1983). Ce signifiant prend sens dans l'interaction constante que le malade développe avec son entourage sociale, le médecin et lui-même. Il s'agit du vécu de la pathologie en tant que perceptions et observations répétées et mémorisées dans le temps (Aubenque, 1979 ; Jodelet, 2007, cité par Beloni, 2019) mais aussi en tant qu'expérience située lui permettant de produire des préconstruits cognitifs et des pratiques qui lui permettent de donner sens à cet ensemble d'expériences.

Sous ce rapport, les tactiques restent ainsi importantes au processus de soins des personnes âgées intégrant les ressources sociales, financières, culturelles (savoir et savoir-faire) aussi l'éducation thérapeutique reste nécessaire.

4.3. Accompagnement des malades et de leurs proches ou l'enjeu d'une éducation thérapeutique comme élément de prévention et /ou de gestion

La méconnaissance des gestes simples et efficaces réduit bien d'aidant au rôle d'aide à la mobilité physique. Cette situation pose avec acuité l'intérêt d'une éducation thérapeutique autant des diabétiques insulinodépendants que des proches aidants dans la perspective d'une

gestion optimale des soins à domicile. L'éducation thérapeutique est une approche humaniste centrée sur le patient, ses besoins et ses ressources. Elle est proposée non seulement pour aider le patient à comprendre sa maladie et son traitement mais aussi pour l'aider à devenir autonome. La mise en pratique à long terme dépend de sa « motivation » à se traiter. Pour Golay, Lagger et Giordan, (2009), cité par Crozet (2010), l'éducation thérapeutique propose des moyens psychopédagogiques « propres à motiver le patient » pour que celui-ci se prenne en charge et modifie ses comportements sur le long terme. Ducas J. (2012), pense que « l'éducation thérapeutique du patient (ETP) vise à donner au malade des connaissances, des savoir-faire et des attitudes lui permettant de mieux gérer son traitement, de prévenir certaines complications, de s'adapter à des situations nouvelles et d'améliorer sa qualité de vie ». La même idée est reprise par Konan, Benie, Kivits et al (2019) pour qui « L'éducation thérapeutique du patient (ETP), ou éducation du patient, répond plus spécifiquement aux besoins et attentes des patients vivant avec une maladie chronique, afin qu'elles restaurent ou maintiennent la meilleure autonomie et qualité de vie *possible* ».

L'éducation thérapeutique, est nécessaire à la motivation et à l'acquisition, par le patient, de connaissances, de compétences et d'attitudes appropriées pour faire face à la maladie.

L'éducation thérapeutique (ETP) s'avère nécessaire et indispensable pour le diabétique en ce sens qu'elle contribue à prévenir les complications qui y sont associées.

CONCLUSION

Le phénomène de renoncement des offres de soins hospitalières par les diabétiques âgées interpelle en raison de la fragilité de leur système immunitaire. La qualité de vie qui est menacée l'est autant pour le malade que pour les réseaux familiaux qui socialement deviennent aussi des malades « chroniques » en raison de la co-incorporation biographique de la maladie. La récurrence des pratiques de renoncement aux offres de soins par les diabétiques a permis de comprendre que l'accompagnement médical des personnes âgées gagnerait à se décloisonner des modélisations purement médicales car, les propriétés anthropologiques sont autant déterminant dans la compréhension du phénomène. En effet, lorsque le caractère chronique redéfinit le malade en tant que co-thérapeute, il offre à ce dernier la capacité de décider. Ainsi, lorsque le malade, co-thérapeute se rend compte que les actes médicaux sont jugés néfastes les schèmes de représentativité des offres de soins, les contextes sociaux dans lequel l'individu se déploie et rendent fluctuante son identité de malade.

Remerciements

Nous sommes extrêmement reconnaissants aux personnes âgées qui ont accepté de participer à l'étude ainsi que les médecins du Centre AntiDiabetique d'Abidjan, le CADA.

Conflits d'intérêts

Aucun conflit d'intérêt à déclarer.

REFERENCE BIBLIOGRAPHIQUE

Aligon, A., Grignon, M. (1999). Dépenses de santé non remboursées et accès aux soins des plus démunis. Revue semestrielle du GRATICE Groupe de Recherche et d'Analyse des Théories Institutions et Conventions Economiques. *Les Cahiers du Gratice*, n°15, 213-242.

Auge, M., Herzlich, C., (dir). (1983). *Le sens du mal, anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*. Paris France : Editions des Archives Contemporaines.

Beloni, P. (2019). *Des représentations sociales de la vieillesse aux expériences vécues : impact sur l'accompagnement dans les structures d'hébergement pour personnes âgées*. Médecine humaine et pathologie. Université de Limoges, Français. ffNNT : 2019LIMO0037ff. fftel-02416460f

Catherine, C., Boegner, C., Fassier, M., Bonte, F. P., Mohammed, R. (2013). Solidarité diabète : patients et professionnels, partenaires dans l'éducation thérapeutique de personnes diabétiques en situation de précarité. *Santé Publique*, s2(HS2), 225-233. doi:10.3917/spub.133.0225.

Crozet, C., (2010). « Alain Golay, Grégoire Lagger, André Giordan. Comment motiver le patient à changer ? », *Recherches & éducations* [En ligne], 3 | septembre 2010, mis en ligne le 24 décembre 2012, consulté le 26 août 2022. URL : <http://journals.openedition.org/rechercheseducations/586> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/rechercheseducations.586>

Després, C. (2012). « Le renoncement aux soins pour raisons financières. Analyse socio-anthropologique », *DREES, Série Études et Recherche*, n°119, mars, 14 -15.

Després, C., (2015). Mettre sa santé en péril : analyse anthropologique des renoncements aux soins. *Le sujet dans la cité* , *Actuels* N° 4, 93-109

Dourgnon, P., Jusot, F., Fantin, R. (2102). « Payer nuit gravement à la santé : une étude de l'impact du renoncement financier aux soins sur l'état de santé ». *Économie publique/Public economics* [En ligne], 28-29 | 1-2, mis en ligne le 20 décembre 2012, consulté le 31 mai 2021. URL : <http://journals.openedition.org/economiepublique/8851> ; DOI : <https://doi.org/10.4000/economiepublique.8851>.

Ducos, J. (2012). L'offre d'éducation thérapeutique pour diabétiques adultes en Île-de-France : Un défi à l'équité. *Pratiques et Organisation des Soins*, vol. 43(1), 1-7. doi:10.3917/pos.431.0001.

Gennart, M., Vannotti, M., Zellweger, J-P., (2001), « la maladie chronique : une atteinte à l'histoire des familles ». *Médecine & Hygiène « Thérapie Familiale »*, 3 Vol. 22, 231-250.

Konan, Y.E., Benie, J. V. B., Kivits j. Tanguy, M., (2019). Éducation thérapeutique du patient en Côte d'Ivoire (Afrique de l'Ouest) : Enjeux et défis face à l'indifférence, *Duc Ther Patient/Ther Patient Educ*, Volume 11, Number 2,

Lin, N. (1995). « Les ressources sociales : une théorie du capital social ». *Revue française de sociologie*, 36-4. Analyses de réseaux et structures relationnelles. Etudes réunies et présentées par Emmanuel Lazega, 685-704; doi : 10.2307/3322451.

Palmier, J-M. (1999). « La maladie n'est pas une simple atteinte physique, mais un bouleversement complet de l'être dans le monde. », cité par Rossi, S. (2017). Récits de personnes atteintes du cancer : de l'expérience de la maladie à la connaissance partagée, *Le sujet dans la cité* 2017/1 (Actuels N° 6).

Patoizeau F épouse Descleves, (Sous la direction de Duriez, N.), (2008), *l'apport du dispositif thérapeutique des constellations familiales à l'amélioration de symptômes de maladies chroniques*. Mémoire de recherche, Psychologie Clinique et Psycho-Pathologique. Institut d'enseignement à distance de l'université PARIS 8.

Pudar, H.M. (2007). Éducation thérapeutique du patient et diabète de type 2 : que nous apprend la littérature ? *Médecine des Maladies Métaboliques*, Volume 1, Issue 3, Septembre 2007

Ridde, V., Blanchet, K. (2008). « Vers la gratuité des soins en Afrique ? ». *Humanitaire* [En ligne], 19 | mis en ligne le 14 octobre 2009, consulté le 31 mai 2021. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/480>.

Samb, O. M., Ridde, V. (2012). Comment assurer l'efficacité de la gratuité sélective des soins au Burkina Faso ? L'implication des populations dans la sélection des bénéficiaires. *Afrique contemporaine*, volume 3, 33- 48.

Samb, O. M, Belaid, L., Ridde, V., (2013). « Burkina Faso : la gratuité des soins aux dépens de la relation entre les femmes et les soignants ? », *Humanitaire* [En ligne], 35 | 2013, mis en ligne le 08 janvier 2014, consulté le 31 mai 2021. URL : <http://journals.openedition.org/humanitaire/2256>

© 2022 DAYORO, License *Bamako Institute for Research and Development Studies Press*. Ceci est un article en accès libre sous la licence the Creative Commons Attribution License (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0>)

Note de l'éditeur

Bamako Institute for Research and Development Studies Press reste neutre en ce qui concerne les revendications juridictionnelles dans les publications des cartes/maps et affiliations institutionnelles.