



**REVUE SCIENTIFIQUE
SOCIÉTÉS, ÉDUCATION, SANTÉ
ET PATHOLOGIES SOCIALES
(SESPS)**

e-ISSN : 3006-3779

**Numéro 02
DECEMBRE 2024**

www.sesps.leppe.org

**Laboratoire d'Étude et de Prévention
en PsychoÉducation**

**SESPS
email : sesps@leppe.org**

REVUE SCIENTIFIQUE
SOCIÉTÉS, ÉDUCATION, SANTÉ ET PATHOLOGIES SOCIALES
ISSN : 3006-3779 (En ligne)

REVUE SCIENTIFIQUE
SOCIÉTÉS, ÉDUCATION, SANTÉ ET PATHOLOGIES SOCIALES (SESPS)
N° 02 DECEMBRE 2024

INFORMATIONS SUR LA REVUE :

- ISSN : 3006-3779 (En ligne)
- Site Web : www.sesps.leppe.org
- Éditeur : LABORATOIRE D'ETUDES ET DE PREVENTION EN PSYCHOEDUCATION (LEPPE)
- Fréquence de publication : Semestrielle
- Type de ressource : Périodique
- Langue : français
- Pays : Côte d'Ivoire

ADRESSE :

LABORATOIRE D'ETUDES ET DE PREVENTION EN PSYCHOEDUCATION
ECOLE NORMALE SUPERIEURE—ABIDJAN (COTE D'IVOIRE)

22 BP 603 Abidjan 22

infos@leppe.org / www.leppe.org

INDEXATION



<https://reseau-mirabel.info/revue/22101/Societes-Education-Sante-et-Pathologies-Sociales-SESPS>



<https://aurehal.archives-ouvertes.fr/journal/read/id/1024918>



TOGETHER WE REACH THE GOAL

<https://sjifactor.com/passport.php?id=24217>

LIGNE EDITORIALE

Sociétés, Éducation, Santé et Pathologies Sociales est une revue scientifique organisée autour de quatre (04) principales thématiques (Sociétés, Éducation, Santé et Pathologies Sociales) en interaction et à plusieurs combinaisons : Société et Éducation ; Sociétés et Santé ; Société et Pathologies Sociales ; Éducation et Santé ; Éducation et Pathologies Sociales ; Sociétés, Éducation et Santé ; Sociétés, Éducation et Pathologies Sociales ; Éducation, Santé et Pathologies Sociales ; Santé et Pathologies Sociales.

Ces thématiques peuvent être ainsi organisées en principales variables ou facteurs d'étude : variables dépendantes, indépendantes et intermédiaires.

Ces thématiques peuvent aussi prendre plusieurs formes ou orientations : types de société (sociétés contemporaines, sociétés traditionnelles, etc.) types d'éducation (éducation familiale, éducation scolaire, éducation par les pairs, éducation à la santé, éducation communautaire, éducation sexuelle, éducation thérapeutique, etc.) ; types de santé (santé mentale, santé physique, santé communautaire, santé et environnement, santé reproductive, etc.) ; Types de pathologies sociales (dépression, sociopathie, violences, crimes, chômage, révoltes, sinistres, victimisations, harcèlement, paraphilies, troubles de l'identité sexuelle, alcoolisation, alcoolisme, trafic et consommation de drogues et stupéfiants, etc.) Ces pathologies sociales se produisent dans divers milieux de vie (familles, entreprises, institutions, quartiers, etc.) et dans des relations sociales ou interpersonnelles.

En guise de conclusion, la Revue Scientifique Sociétés, Éducation, Santé et Pathologies Sociales est indéniablement une revue pluridisciplinaire et interdisciplinaire dans des domaines divers : psychologie, sciences de l'éducation, sociologie, anthropologie, criminologie, psychanalyse, psychiatrie, médecine légale, communication, éducation spécialisée, géographie de la santé, médecine sociale et préventive, droit, droit de la sécurité et de la protection sociale, droit de l'enfance, droit du travail, etc. Elle est en définitive un cadre d'échanges et de publications scientifiques de théoriciens et professionnels en charge et intéressés par ces problématiques ci-dessus.

Prof. KOUDOU Opadou

COMITE SCIENTIFIQUE ET DE LECTURE

- KOUDOU Opadou, Professeur Titulaire de Psychologie, Ecole Normale Supérieure, Côte d'Ivoire
- GBONGUE Jean Baptiste, Professeur Titulaire des Sciences de l'Éducation, IPNETP, Côte d'Ivoire
- TOLLAH Hyppolite, PHD, Professeur Titulaire, Canada
- BEUGRE Dogo Constant, PHD, Professeur Titulaire, Profession of management and entrepreneurship, College of Business Delaware State University, Canada
- ANON N'guessan, Professeur Titulaire des Sciences de l'Éducation, IREEP / UFHB, Côte d'Ivoire
- NDOUBA Boroba François, Professeur Titulaire de Psychologie, UFHB, Côte d'Ivoire
- ISSA Moumoula, Professeur Titulaire de Psychologie, Université Norbert Zongo, Burkina-Faso
- SAWADOGO François, Professeur Titulaire de Psychologie, Université Norbert Zongo, Burkina-Faso
- DALI Lida Serge, Professeur Titulaire de Sociologie, UFHB, Côte d'Ivoire
- BAKAYOKO Ismaïla, Professeur Titulaire de Psychologie Criminelle, UFHB, Côte d'Ivoire
- DAGO Aka, Professeur Titulaire de Psychologie Clinique et Psychopathologie, UFHB, Côte d'Ivoire
- N'GORAN Koko Lucie, Professeur Titulaire de Sociologie Criminelle, UFHB, Côte d'Ivoire
- PABOUSSOUM Pari, Professeur Titulaire de Psychologie du travail et des organisations, Université de Lomé, Togo
- DJELLE Opely Patrice Aimé, Maître de Conférences en Psychologie de l'Éducation, École Normale Supérieure, Côte d'Ivoire
- SADIA Martin Armand, Maître de Conférences en Psychologie de l'Éducation, Université Alassane Ouattara, Côte d'Ivoire
- ESSIOMLE Yawa Ossi, Maître de Conférences en Psychologie de l'Éducation, École Normale Supérieure, Côte d'Ivoire
- SEKA Yapi Arsène Thierry, Maître de Conférences en Psychologie de l'Éducation et du langage, École Normale Supérieure, Côte d'Ivoire
- INANAN Kouewiwon Gaspard, Maître de Conférences en Sociologie de l'Éducation, École Normale Supérieure, Côte d'Ivoire

SECRETARIAT ET COMITE DE REDACTION

- Alphonse Yapi DIAHOU, Professeur Titulaire, Université de Paris VIII, France.
- Constant DOGO Beugré, PH.D, Department of Management. Delaware State, University-USA.
- Firmin D. KREKRE, Maître-Assistant, Ecole Normale Supérieure
- Lucie N'GORAN Koko, Professeur Titulaire de Sociologie Criminelle, UFR Criminologie, Côte d'Ivoire.
- Marc Le BLANC, Professeur Titulaire, Université de Montréal, Canada.
- Maurice CUSSON, Professeur Titulaire, Université de Montréal, Canada.
- Paulin Gnanagbé GOGOUA, Maître-Assistant, Université de Cocody, Côte d'Ivoire.
- Robert CARIO, Professeur Titulaire, Université de Pau et des pays de l'Andour, France.

RECOMMANDATIONS AUX AUTEURS

1. Auteur 1, Auteur 2

Institution de rattachement

Adresse postale

Adresse électronique

2. Présentation

Le corps de texte est composé en Times New Roman 12, avec un interligne simple ne dépassant pas vingt (20) pages bibliographie y comprise. Un espace de six points est défini après chaque paragraphe, aucun avant. Le style correspondant à un style « normal ». Les paragraphes sont justifiés.

3. Format

La première page du texte propose : un titre ; éventuellement un sous-titre ; le nom du ou des auteurs, ainsi que la mention de leur appartenance institutionnelle, de leur adresse et d'une adresse électronique de contact pour chacun d'entre eux ; un résumé du texte en Times New Roman 11; 3 à 6 mots-clés.

Les marges sont définies de la manière suivante :

– Haut & bas : 1,7 cm

– Gauche & Droite : 1,7 cm

4. Figures et tableaux

Les figures, illustrations et tableaux doivent être incorporés au texte. Les figures et illustrations sont numérotées de 1 à n à l'intérieur de l'article, les tableaux également. Des légendes explicites les accompagnent, composées en Times corps 10 justifiées, sans alinéa, Figure x en romain gras suivi d'un point gras, texte en italique maigre.

5. Soumission des textes

Les textes doivent parvenir à la rédaction sous forme de fichier électronique (en format Word ou RTF) envoyé à sesps@leppe.org. Un accusé de réception électronique suivra la réception du document.

6. Références citées dans le texte

- Ne pas citer les renseignements bibliographiques en entier dans le texte ou en notes infrapaginales. Il suffit d'indiquer, entre parenthèses, le nom de l'auteur suivi de l'année de publication. S'il y a lieu, indiquer les pages auxquelles on se réfère en les faisant précéder d'un deux-points. Ex : (Boileau, 1991 : 312-313).
- Si le nom de l'auteur est déjà mentionné dans le texte, le faire suivre par l'année (et les pages s'il y a lieu) entre parenthèses. Ex : Boileau (1991).
- Lorsqu'un auteur a plus d'un ouvrage publié la même année, les distinguer par les lettres a, b, c, etc., ajoutées à l'année. Ex : (Boileau, 1991a).
- Si plusieurs auteurs sont mentionnés, les indiquer par ordre croissant d'année de publication et les séparer par un point-virgule. Ex : (Fagnan, 1991; Dupuis, 1995; Tardif, 1998).
- Si un ouvrage compte deux auteurs, mentionner les deux noms.
- Si un ouvrage compte plus de deux auteurs, ne mentionner que le premier nom suivi de " et al. " en italique. Ex : (Bourbonnais et al., 1997).
- Les références complètes devront apparaître dans la liste des références, à la fin du texte.

6.1. Liste des références (Bibliographie)

La liste des références doit être présentée à la fin du texte dans une section intitulée “ Références ”.

Lorsque plusieurs références se rapportent à un même auteur, les présenter en ordre croissant d'année de publication.

Lorsque qu'une référence comporte plusieurs auteurs, tous les noms doivent être mentionnés. Ne pas utiliser et al. dans la liste des références.

6.2. Normes à suivre pour la présentation des références (normes de l'APA)

Les noms des auteurs sont saisis en petites capitales.

Livre

Sanders, D.H., Murph, A.F., & Eng, R.J. (1984). Les statistiques, une approche nouvelle. Montréal : McGraw-Hill Éditeurs.

Article

Brillon, Y. (1986). L'opinion publique et les politiques criminelles. *Criminologie*, 19 (1), 227-238.

Chapitre d'un livre

Lasvergnas, I. (1987). La théorie et la compréhension du social. In B. Gauthier (ed.), *Recherche sociale* (111-173). Sillery : Presses de l'Université du Québec.

Sources électroniques

1) Périodique en ligne

Auteur, S. (Année). Titre de l'article. Titre du périodique, VV, NN. Consulté le jour, mois, année, URL. Ex. : Smith, C. A. & Ireland, T. O. (2005). Les conséquences développementales de la maltraitance des filles. *Criminologie*, 38, 1. Consulté le 23 février 2006, <http://www.erudit.org/revue/crimino/2005/v38/n1/011486ar.pdf>.

2) Document en ligne

Auteur, A. (Année). Titre du document. Consulté le jour, mois, année, URL. Ex. : APA Online (2001). *Electronic References*. Consulté le 23 février 2006, <http://www.apastyle.org/electgeneral.htm>.

NB: Les opinions exprimées dans les articles n'engagent que leurs auteurs. La reproduction, même partielle, sous toute forme, est interdite sans autorisation.

SOMMAIRE

<p>ABSENTEISME, MOTIVATION DES ELEVES ET CLIMAT ORGANISATIONNEL EN MILIEU SCOLAIRE URBAIN : UNE ÉTUDE EXPLORATOIRE AU CENTRE D'ÉDUCATION DES ADULTES DE MONTRÉAL (CEAM) Par RASSIDY OYENIRAN</p>	10
<p>AUTORITES TRADITIONNELLES ; UNE ALTERNATIVE SURE POUR UNE COHESION ET UNE PAIX SOCIALE DURABLES EN AFRIQUE : CAS DU PEUPLE AGNI-MOROFOUE DE BONGOUANOU (COTE D'IVOIRE) Par ADOU AGUIRI DENIS & ANET AKESSE SYLVESTRE CESAR</p>	33
<p>ETUDE DIFFERENTIELLE ET CLINIQUE D'UN CAS DE DEPENDANCE ALCOOLIQUE CHRONIQUE EN TRAITEMENT AU CENTRE D'ACCUEIL DE LA CROIX-BLEUE D'ABIDJAN Par KOUAKOU OSSEI & NTJAM MARIE CHANTALE</p>	50
<p>DE L'APPROCHE PATERNALISTE A LA COPRODUCTION DE SOINS (SOIGNANT/SOIGNE) DANS LA RELATION THERAPEUTIQUE AU SERVICE D'ENDOCRINO-DIABETOLOGIE DU CHU DE YOPOUGON Par YAPI SONIA PRISCA CHI YAPI S – DAYORO ZOGUEHI ARNAUD K – ABODO JACKO RHEDDOR – GONDO POUSSY SANDRINE – AMON APO R – DEDOCOTON M</p>	72
<p>INTÉRÊT POUR LES DISCIPLINES SCOLAIRES, SENTIMENT D'AUTO-EFFICACITÉ ET BUTS D'ACCOMPLISSEMENT: CAS DES ÉLÈVES DE LA CLASSE DE 3EME DU DISTRICT D'ABIDJAN EN CÔTE D'IVOIRE. Par ARMEL KOUAME KOUADIO – YVES JUSTIN KOFFI – DORGELES REMI SEHR.....</p>	82
<p>SEXE, NIVEAU DE PARTICIPATION PARENTALE AU SUIVI SCOLAIRE ET PERFORMANCES EN FRANÇAIS ET EN MATHÉMATIQUES CHEZ DES ELEVES DE 6^{ème} DU LYCEE MODERNE D'ISSIA. Par GILCHRIST BRICE DOBLIGNON & ASSANDE GILBERT N'GUESSAN</p>	98
<p>DETERMINANTS DE LA DESISTANCE CHEZ DES JEUNES DEVIANTS ISSUS DU CENTRE ONESIME DE TABOITIEN (COMMUNE DE TIASSALE) Par DJATO KOUASSI BLAISE</p>	111

SUMMARY

ABSENTEEISM, STUDENT MOTIVATION AND ORGANIZATIONAL CLIMATE IN URBAN SCHOOLS: AN EXPLORATORY STUDY AT THE MONTREAL ADULT EDUCATION CENTRE (CEAM) By RASSIDY OYENIRAN	10
TRADITIONAL AUTHORITIES; A SAFE ALTERNATIVE FOR SUSTAINABLE COHESION AND SOCIAL PEACE IN AFRICA: THE CASE OF THE AGNI-MOROFOUE PEOPLE OF BONGOUANOU (IVORY COAST) By ADOU AGUIRI DENIS & ANET AKESSE SYLVESTRE CESAR	33
DIFFERENTIAL AND CLINICAL STUDY OF A CASE OF CHRONIC ALCOHOL DEPENDENCE IN TREATMENT AT THE BLUE CROSS RECEPTION CENTER IN ABIDJAN By KOUAKOU OSSEI & NTJAM MARIE CHANTALE	50
FROM THE PATERNALIST APPROACH TO THE CO-PRODUCTION OF CARE (CARER/CARED FOR) IN THE THERAPEUTIC RELATIONSHIP AT THE ENDOCRINO-DIABETIC DEPARTMENT OF THE YOPOUGON UNIVERSITY HOSPITAL By YAPI SONIA PRISCA CHI YAPI S – DAYORO ZOGUEHI ARNAUD K – ABODO JACKO RHEDDOR – GONDO POUSSY SANDRINE – AMON APO R – DEDOCOTON M	72
INTEREST IN SCHOOL SUBJECTS, SENSE OF SELF-EFFICACY AND ACHIEVEMENT GOALS: CASE OF 3RD GRADE STUDENTS IN THE ABIDJAN DISTRICT IN CÔTE D’IVOIRE. By ARMEL KOUAME KOUADIO – YVES JUSTIN KOFFI – DORGELES REMI SEHR	82
GENDER, LEVEL OF PARENTAL PARTICIPATION IN SCHOOL MONITORING AND PERFORMANCE IN FRENCH AND MATHEMATICS AMONG 6TH GRADE STUDENTS AT THE LYCEE MODERNE D’ISSIA. By GILCHRIST BRICE DOBLIGNON & ASSANDE GILBERT N’GUESSAN	98
DETERMINANTS OF DEISTANCE AMONG YOUNG DEVIANTS FROM THE ONESIME CENTER IN TABOITIEN (TIASSALE COMMUNE) By DJATO KOUASSI BLAISE	111

**DE L'APPROCHE PATERNALISTE A LA COPRODUCTION DE SOINS
(SOIGNANT/SOIGNE) DANS LA RELATION THERAPEUTIQUE AU
SERVICE D'ENDOCRINO-DIABETOLOGIE DU CHU DE YOPOUGON**

**FROM THE PATERNALIST APPROACH TO THE CO-PRODUCTION
OF CARE (CAREGIVER / CARE) IN THE THERAPEUTIC
RELATIONSHIP TO THE ENDOCRINO-DIABETOLOGY
DEPARTMENT OF CHU YOPOUGON**

**YAPI SONIA PRISCA CHI YAPI S¹.
DAYORO ZOGUEHI ARNAUD K².
ABODO JACKO RHEDDOR³.
GONDO POUSSY SANDRINE ¹.
AMON APO R¹.
DEDOCOTON M¹**

Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan-Cocody / Groupe de Recherches
en Socio-Anthropologie Appliquées à la Santé et au Vieillessement (GRESA)

Correspondant : Yapi Sonia, sonia.chiyapi@gmail.com

RESUME

La chronicité, l'incertitude de la maladie, les exigences médicales du traitement (achat d'insuline, examens médicaux du diabète) occasionnent parfois le retrait des malades du circuit de soins. Pour maintenir les malades dans la relation thérapeutique, les soignants s'engagent-ils dans des processus de négociation en mettant en exergue la coproduction des soins. Les médecins transcendent l'approche paternaliste pour impliquer le malade dans la production des soins et le suivi médical. Cette étude vise donc à montrer l'enjeu de la coproduction dans la relation des soins. Avec 7 soignants (2 médecins, 2 infirmiers, 2 aides-soignants, 1 nutritionniste) et 30 diabétiques âgés sélectionnés à l'aide de la technique par cas multiples de Pires (1997) au Service d'Endocrinologie-Diabétologie du CHU de Yopougon, des entretiens semi-dirigés ont été réalisés du 02 au 30 Juin 2018. La technique de l'analyse de contenu a été utilisée pour donner sens aux résultats.

Le coût financier du diabète sur de long terme engendre davantage les soignants dans un processus de négociation quant à la production de l'ordonnance. Le soignant interroge le patient sur le mode de traitement adéquat en tenant compte de son capital financier. Aussi, il implique le malade dans les décisions thérapeutiques telles que le passage à un traitement radical

¹ Doctorante

²Professeur Titulaire de Sociologie

³ Maîtres de Conférences Agrégé

(amputation) ou les objectifs thérapeutiques (administration de l'insuline pour une stabilité glycémique). Aussi, les malades âgés « marchandent » autour du type de traitement à administrer et son déroulement (le passage à l'insuline), la durée du séjour d'hospitalisation et l'origine du médecin traitant à cause de leur appartenance ethnique. Les ressources utilisées par les médecins dans ce processus de négociation se déclinent en termes de proximité linguistique (l'usage des langues vernaculaires), usage des pratiques de rapprochement (taper sur l'épaule, tenir la main), mobilisation de l'idéologie de la parenté (identique patronyme, appartenance ethnique) et des alliances à plaisanterie. Globalement, ces stratégies de négociations conduisent à une meilleure participation des malades aux soins. Toutefois, les négociations engagées par les malades autour de l'injection à l'insuline complexifient l'état de santé du diabétique.

La coproduction de soin (soignant- soigné) permet de penser le malade comme acteur de sa maladie. Il ne se contente plus de subir le traitement médical, il peut l'influencer et même participer pour une meilleure adhésion thérapeutique.

Mots Clés : Coproduction du soin, Négociation, relation thérapeutique, adhésion thérapeutique, Abidjan

ABSTRACT

The chronicity, uncertainty of the disease, medical requirements of treatment (purchase of insulin, medical examinations for diabetes) sometimes cause patients to withdraw from the care circuit. To maintain patients in the therapeutic relationship, caregivers engage in negotiation processes by highlighting the co-production of care. Doctors transcend the paternalistic approach to involve the patient in the production of care and medical monitoring. This study therefore aims to show the challenge of co-production in the care relationship.

With 7 caregivers (2 doctors, 2 nurses, 2 nursing assistants, 1 nutritionist) and 30 elderly diabetics selected using the multiple case technique of Pires (1997) at the Endocrinology Department of the Yopougon University Hospital, semi-directed interviews were conducted from June 2 to 30, 2018. The content analysis technique was used to give meaning to the results. The long-term financial cost of diabetes further engages caregivers in a negotiation process regarding the production of the prescription. The caregiver questions the patient on the appropriate treatment method, taking into account their financial capital. Also, they involve the patient in therapeutic decisions such as switching to radical treatment (amputation) or therapeutic objectives (administration of insulin for glycemic stability). Also, elderly patients "bargain" over the type of treatment to be administered and its course (switching to insulin), the length of the hospital stay and the origin of the treating physician because of their ethnicity. The resources used by physicians in this negotiation process are expressed in terms of linguistic proximity (use of vernacular languages), use of rapprochement practices (tapping on the shoulder, holding the hand), mobilization of the ideology of kinship (identical surname, ethnicity) and joking alliances. Overall, these negotiation strategies lead to better participation of patients in care. However, the negotiations initiated by patients around insulin injections complicate the health status of diabetics.

The co-production of care (caregiver-patient) allows us to think of the patient as an actor in his illness. He is no longer content to undergo medical treatment, he can influence it and even participate for better therapeutic adherence.

Keywords: Co-production of care, Negotiation, therapeutic relationship, therapeutic adherence, Abidjan

I. Problématique

Le diabète est une maladie chronique dont l'incidence croît rapidement. Selon les dernières estimations de la Fédération Internationale du Diabète (FID/IDF) (Whiting Dr et al., 2011), plus de 382 millions de personnes, soit 8,3% de la population adulte mondiale, sont affectées dans le monde. Plus de 50% ne sont pas au courant de leur diagnostic. Le diabète est responsable de plus 4 millions de morts annuellement, d'1 million d'amputation et de multiples complications invalidantes. D'après les projections de la FID/IDF (Whiting Dr et al., 2011), le nombre de personne touchées par le diabète devrait dépasser les 550 millions d'ici à 2030, dont 76% dans les pays en voie de développement (PVD), faisant de cette pathologie l'une des principale causes d'invalidité et de décès dans le monde. Malheureusement, le continent africain n'est pas en reste, puisque l'on estime qu'il va connaître la progression la plus importante, avec un doublement de la prévalence du diabète, passant de 3,5% à 7% dans les 20 prochaines années (X. Debussche et al., 2015).

En effet, les maladies chroniques, telles que le diabète, sont devenues une priorité sanitaire en Afrique. La menace que représente, le diabète ne fera que croître à mesure de l'intensification de l'urbanisation mais surtout du vieillissement. L'Afrique connaît une augmentation de l'espérance de vie, et donc de l'âge des populations. L'espérance de vie en moyenne en Afrique Sub-saharienne par exemple, devrait passer de 44 ans en 1970 à 52 ans aujourd'hui (Human Development Report, 2010). Cette augmentation accroît d'années en années le nombre de personnes présentes dans les classes d'âge où se développent le plus le diabète.

En outre, l'Afrique Sub-saharienne abrite également un pourcentage très élevé de cas de diabète non diagnostiqué, puisqu'il serait proche de 80%. Les complications sont à l'origine de 344 000 décès, ce qui représente 6,1% de la mortalité toutes causes confondues (FID, 2011). Toutefois, les investissements, la recherche, et les systèmes de santé, répondent difficilement à ce fardeau, et reste essentiellement cibles sur les maladies infectieuses. L'Afrique représente moins de 1% des dépenses mondiales en soins de santé (FID, IDF, 2011).

Bien entendu, la Côte d'Ivoire n'est pas épargnée par cette réalité sociale. En Côte d'Ivoire, la prévalence du diabète a été estimée à 5,7% depuis les travaux de Zmirou en 1979, avec des prévalences élevées de complications chroniques rapportées à partir de plusieurs études de cas (A. Lokrou, 2008 ; A. S. Oga, 2006). Dans cette prévalence, la proportion des sujets âgés diabétiques (plus de 60 ans) est considérablement élevée avec un pourcentage de 21,5%.

Cependant, les ressources medico-sanitaires au niveau de cette tranche d'âge comptent parmi les plus faibles en Côte d'Ivoire. On note un seul gériatre spécialiste en endocrino-diabétologie pour 21,5% de diabétiques âgés. Une seule structure de soins, le service d'Endocrino-Diabétologie du CHU de Yopougon dans la prise en charge biomédicale du diabète du sujet âgé. Cette pénurie restreint sensiblement la capacité de ce pays à fournir à la population des diabétiques âgés des services suffisants, efficaces, et équitables en matière de santé.

Les diabétiques âgés sont sujets à un taux de morbi-mortalité élevé comparativement aux autres catégories de diabétiques (13%) (J. Abodo, 2011). La formation des soignants en endocrino-diabétologie reste insuffisante afin de modifier la qualité des soins du diabétique âgé et d'éviter des risques iatrogéniques ; Car on ne soigne pas un jeune diabétique comme une personne âgée diabétique ; il faut tenir compte des objectifs glycémique et l'aspect physiologique de la personne âgée. Surtout que la maladie chronique n'est pas une banalisation des crises aiguës, elle nécessite une grande expertise, et même un savoir faire beaucoup plus étendu pour les soignants.

Hormis ces difficultés biomédicales, on note des difficultés d'ordres financiers des diabétiques âgés à répondre aux exigences médicales tels l'achat d'insuline, les examens médicaux et ce a long terme etc. Ce fait, contribue souvent les patients âgés à gérer eux même leur pathologie, au retrait du circuit de soins mais aussi à la majoration de morbi-mortalité (S. Yapi, 2017).

Eu égard aux difficultés rencontrées par les soignants, ceux-ci redéfinissent une nouvelle dimension de l'approche thérapeutique. Ils maintiennent les malades dans la relation thérapeutique de négociation par la coproduction des soins. Les médecins transcendent l'approche paternaliste (approche de la médecine de l'aigüe) pour impliquer le malade dans la production des soins et le suivi médical. Cette étude vise donc à montrer l'enjeu de la coproduction dans la relation des soins.

II. METHODOLOGIE

II.1 Démarche méthodologique

Elle précise le lieu d'enquête, la population, l'échantillonnage et les caractéristiques de l'échantillon, les techniques de collecte des données et de l'analyse des résultats.

II.1.1 Lieu d'enquête et population

L'enquête de terrain se déroule au Service d'Endocrino-Diabétologie du Centre Hospitalier Universitaire de Yopougon (Abidjan/Côte d'Ivoire). Les principales raisons qui motivent ce choix sont :

- Les travaux que connaît le service d'Endocrinologie Diabétologie (SED) du Centre Hospitalier et Universitaire (CHU) de Yopougon avec ses performances techniques telles que les infrastructures (service de consultations et hospitalisations) et équipements et matériels (matériel de consultations et d'hospitalisations) peuvent améliorer la prise en charge des patients en général et les personnes âgées en particulier.
- C'est la seule structure hospitalière et universitaire spécialisée dans la prise en charge biomédicale du diabète en général et particulièrement du diabète chez le sujet âgé avec la présence d'une Unité de soins et de Recherches (USR) de Gériatrie et de Gérontologie

Endocriniennes et Métaboliques ayant à la tête un spécialiste en endocrino-diabétologie formé à la prise en charge du diabète du sujet âgé.

Les acteurs sociaux définis pour l'étude sont 7 soignants et 30 diabétiques âgés.

II.1.2 Echantillonnage et caractéristiques de l'échantillon

Le choix des enquêtés s'est fait autour des critères inclusifs suivants :

- Les médecins endocrino-diabétologues, infirmiers, aides-soignants, nutritionnistes compétents⁴ et ayant une ancienneté d'au moins 3 ans⁵ dans le service d'endocrino-diabétologie m'ont été désignés.
- Les diabétiques âgés de 60 ans et plus ayant bénéficiés d'un dossier de suivi diabétique (dossier d'hospitalisation ou de consultation) au sein de ce service dépassant 3 ans et une durée d'expérience du diabète d'au moins deux (2) ans ont été retenus pour l'étude.

Cet échantillon a été construit à l'aide de technique par cas multiples de Pires. 25 diabétiques âgés et leurs principaux aidants familiaux. Par ailleurs, elle prend en compte le sexe, dont 17 hommes (68%) et 8 femmes (32%). Au niveau du statut socioprofessionnel, il y avait, 1 (4%) des patients qui étaient sans emploi, 4 (16%) qui avaient une profession et 20 (80%) retraités.

II.1.3 Outil de collecte de données

Pour cette étude, les outils de collecte pour chaque personnes ressources c'est à dire les soignants et les diabétiques âgés, il s'agit respectivement de :

-Grille d'observation

Cette grille vise à analyser les interactions qui se produisent entre soignant et diabétique âgé sur les soins médicaux (consultations, soins podologiques des diabétiques âgés, prises de constantes). Une prise de notes à faire l'identification des personnes ressources, date et heure des rencontres et des lieux. Il s'agit d'une observation directe de la consultation réservée uniquement aux patients diabétiques et aussi l'observation des séances d'Education

⁴ Compétences relationnelles (communication, d'écoute active) ; compétences pédagogiques et d'animation (prendre en considération son vécu et son traitement) ; compétences organisationnelles (savoir identifier les besoins du patient, choisir des outils adaptés au patient) ; compétences biomédicales et de soins (apprendre aux patients à gérer leur traitement mais aussi éduquer et conseiller). (Définition tirée des entretiens avec les soignants)

⁵ Le travail de gestion de la maladie, (la « trajectoire ») s'inscrit dans un processus temporel souvent long et linéaire selon Strauss et Juliet Corbin (1988)

Thérapeutique (ET). L'observation participante a concerné les visites médicales des patients hospitalisés, les réunions de staffs discutant des dossiers des patients, les séances collectives et individuelles d'éducation du patient, les consultations de diabétologie.

-Guide d'entretien

L'entretien semi-directif a été utilisé. Le dialogue avec les différents professionnels de santé (diabétologues, diététicienne, infirmières, aides-soignants...) a permis de cerner leurs préoccupations et repérer notamment leurs points de vue sur les différentes problématiques qui nous intéressent.

II.1.4 Techniques d'analyses des résultats

En raison de l'approche qualitative de l'étude, le dépouillement a suivi le processus suivant :

- i)** retranscription et élaboration des fiches avec des codes pouvant identifier la retranscription des entretiens des différents enquêtés;
- ii)** regroupement des entretiens par thématique et par entretien;
- iii)** construction des catégories d'analyse et des unités de signification.

III Résultats

Les données analysées ont permis de dire que la production de soins entre soignant et diabétique âgé se construit dans un processus de négociation, de marchandage, d'accord. Cette négociation tourne autour de la production de l'ordonnance, du type de traitement et leurs fréquences, du choix des objectifs glycémiques. Toutefois, l'enquête a pu mettre en exergue les ressources utilisées par les acteurs afin de négocier les soins.

3 1-Différents objets de négociations

❖ Production d'ordonnance

L'espace thérapeutique est bien plus qu'un espace de mise en œuvre de savoirs scientifiques et techniques. Pour soigner, il importe de considérer que chaque personne rencontrée est à la fois totalement biologique et totalement sociale. De ce fait, dans la production de l'ordonnance, étant donnée que le coût financier du traitement du diabète est exorbitant sur de long terme, le soignant interroge le patient sur le mode de traitement adéquat. Il s'agit ici, de prescrire un médicament moins cher, pour le malade afin qu'il puisse poursuivre le traitement contre la maladie.

Médecin diabétologue (16 ans d'expérience professionnelle au SED) affirme : « *Le novomix est trop cher pour la patiente hospitalisée. A la fin elle aura des difficultés financières pour poursuivre le traitement ; il faudrait que l'on change par un autre médicament générique* »

❖ Type de traitement du diabète et leurs fréquences

La compétence du médecin lui permet à lui seul de choisir le type de médicament et leur fréquences d'administration. Toutefois, celui-ci après avoir expliqué au malade le traitement possibles et leur conséquence sur son état de santé, il laisse aussi au patient d'apprécier. En outre, tous les deux interagissent sur le coût du médicament, le type de médicament et les horaires de prise de médicament.

Un médecin diabétologue s'exprime en ces termes « *Désolé madame, on ne pas ce médicament, et l'heure de la prise, sinon vous risquerez d'avoir une hypoglycémie tout le temps ; alors que cela n'est pas bon vu votre âge* »

❖ Choix des objectifs thérapeutiques

Face à certaines situations thérapeutiques (amputation des pieds ou des orteils), les logiques des soignants se dissocient des logiques des patients ; Dans ce cas, le fait de connaître l'importance de l'appartenance culturelle du patient peut favoriser non seulement la confiance, mais aussi, un taux d'acceptation du diagnostic et un meilleur respect du traitement.

« *Je comprends que vous êtes le chef du village, vu l'avancée de votre plaie, il faut que l'on vu ampute du pied au risque de perdre toute votre jambe* » (Médecin diabétologue, 17 ans d'expérience professionnelle au SED)

3-2-Ressources de négociations

❖ Proximité linguistique

Le soignant sollicite sa langue vernaculaire lorsque le malade est de la même région que lui afin de parvenir à une négociation des objectifs thérapeutiques prédéfinis L'aspect culturel selon les enquêtés joue un grand rôle dans les ressources de négociations. En fonction de l'origine ou de la proximité linguistique qu'il a avec le patient, certaines décisions thérapeutiques sont acceptées.

❖ Usage des pratiques de rapprochement

La salutation ou la tape à l'épaule du patient est une ressource utilisée par les soignants dans la rencontre thérapeutique, ainsi qu'à son enjeu dans la poursuite du traitement. Saisir la main du patient vise à établir une relation de confiance et permet par la suite une collaboration dans les soins.

❖ Alliances à plaisanterie

L'alliance à plaisanterie en termes d'humour est un moyen afin de permettre une compliance au traitement médical. Cela permet de surprendre le patient, de dédramatiser le contexte médical et de permettre un échange facile. (Exemple : Topkè, esclave en langue Dida de la Côte d'Ivoire).

4-Discussions des résultats

La médecine de l'aigüe repose sur un modèle biomédical réductionniste visant à rechercher, puis corriger, le défaut identifié au niveau moléculaire, cellulaire, ou organique, par une thérapeutique, qu'elle soit médicamenteuse, chirurgicale, ou interventionnelle. De ce fait que dans les années 1950, le sociologue T. Parsons élabore le premier modèle théorique de la relation médecin-malade, il lui permet de parler d'un rôle de malade (et d'un rôle de médecin). Le malade est exempté des ses responsabilités sociales (de père, de travailleurs, de citoyen, etc.) à condition de remplir son rôle de malade, c'est à dire de faire ce qui est attendu de lui, guérir, de faire preuve d'une confiance active dans le médecin. E. Zolesio (2012) dans ses écrits nous montre en effet, la socialisation à l'exercice de la chirurgie médicale conduit ces professionnels de l'art chirurgical à n'avoir souvent aucune attirance pour la relation avec le patient, voire à denier toute empathie à son égard. Sur ce terrain, ils assurent juste « un service », consacrant l'essentiel de leurs efforts à se distancier de leurs malades et des membres de la famille qui les accompagnent.

Les maladies chroniques ne répondent pas à ce paradigme, le diagnostic ne posant en général pas de problème, et le traitement reposant en grande partie sur le changement de comportement. Il s'agit dans les faits, de passer d'une médecine d'organes à une médecine holistique prenant en compte tous les éléments du mode vie, alimentation, activités physiques, sommeil, travail, relations sociales et familiales.

Comme le montre P. Ory et E. Bautzer (2003) dans leur écrit sur la relation entre le kinésithérapeute et son patient. Si le professionnel cherche bien sûr auprès du patient leurs informations qui pourront contribuer à établir le diagnostic, il élargit cette quête au delà de la construction d'un tableau clinique afin de mieux connaître celui qu'il reçoit et ses attentes dans le but de solliciter à propos sa coopération. , il faut une écoute de la personne souffrante, la prise en compte de son histoire, de son mode de vie. La participation d'un patient-sujet, membre actif du processus de soin, est requise. Il cherche ainsi non seulement à améliorer son état fonctionnel, mais aussi à affiner sa rééducation.

Il est pour cela nécessaire de changer de paradigme dans les soins des maladies chroniques et de rompre avec la vision classique de la médecine ou l'on a d'un cote le médecin qui sait, détient le pouvoir et ordonne et, de l'autre cote, le patient qui ne sait pas subit et se doit d'être observant, pour passer a un modèle ou la personne malade, à risque au mieux, toujours en bonne santé

devient acteur de ses soins à travers un véritable partenariat avec le médecin, tout en gagnant en autonomie.

Toutefois, les études de Moliner, Rateau et Cohen-Scali (2002) montrent une autre réaction dans le traitement du cancer chez les patients et les médecins. Comme le souligne Philippe Bataille (2003), l'interrogation majeure des malades du cancer est leur survie face à la maladie. Les enjeux autour de la guérison sont révélateurs, pour les patients, de leur volonté se battre contre la maladie (Byrne et al. 2002). Volonté qui s'ancre, sur l'efficacité « perçue » et/ou « souhaitée » du traitement par chimiothérapie.

La neutralité affective, qui permet la régulation de l'investissement émotionnel, est un élément-clé de la pratique professionnelle médicale (Freidson, 1984) et demeure dominante dans l'idéologie et la formation médicale actuelle (Morin, Obadia et Moatti, 1997 ; Pellegrino, 1985). Dans cette mise à distance du soignant, accompagnée par la mise en œuvre d'une attitude technique de soin, se joue également la défense de l'implication subjective qui accompagne la relation soignant-soigné (Morasz, 2002).

Aussi, au-delà de cet aspect de la réalité sociale des soins dans le traitement du cancer, il existe d'autres formes évidentes qui empêchent les soignants coopérer avec les malades. Il s'agit de sexisme, racisme, l'homophobie et autres types de discrimination, nous relate ainsi le texte de M. Cognet (2004). Elle propose d'éventuelles explications de quelques une de ces dérives au sein des services de santé. Pour cet auteur la difficulté à écouter et à entendre la protestation des patients, en particulier est à l'encontre de l'impératif thérapeutique. Mais encore, la perte du sens du semblable en dépit des différences dans l'altérité sont liées à l'effondrement d'un ordre symbolique qui soutenait la légitimité de l'action soignante en lui donnant une dimension quasi sacrée. (Cf le texte de Margerite Cognet, 137-140)

Conclusion

La coproduction de soin (soignant- soigné) permet de penser le malade comme acteur de sa maladie. Il ne se contente plus de subir le traitement médical, il peut l'influencer et même participer pour une meilleure adhésion thérapeutique.

Bibliographie

ABODO Jacko, Les aspects du diabète du sujet âgé dans le service d'Endocrinologie-Diabétologie du CHU de Yopougon. Mem CES Endocrinologie Métabolisme Nutrition. Abidjan ; 34p

BATAILLE Philippe, *un cancer et la vie. Les malades face a la maladie*, paris, balland, collection « voix et regards », 359 p. Collection : Psychothérapies, Dunod Parution.

DEBUSSCHE, BALCOU-DESSUCHE, La Hausse de Lalouviere, S. Besançon, M. Roddier, J. Rastami , Favoriser l'accès à l'éducation et réduire les inégalités : analyse d'interventions menées en Afrique et dans l'océan Indien : Médecine des maladies métaboliques-Mars 2015, Vol 9-N°2

FEDERATION Internationale du Diabète, 2011

FREIDSON Eliot, 1984, La profession médicale, Paris, Payot, ("Médecine et sociétés")
LOKROU Adrien, ABODO Jacko, Dago PK, et al. Les unités de soins et de recherche : des outils intégrés pour l'optimisation de la prise en charge des complications du diabète en Côte d'Ivoire : Médecine Métaboliques 2008 ; 2 :438-42

COGNET Marguerite, 2004, Quant l'infirmière est noire. Les soins de service de santé dans un contexte raciste, Face à face (<http://faceaface.revues.org/344>)

MOLINER, Pascal., RATEAU, Patrick et COHEN-SCALI, Valérie, 2002, Les représentations sociales : pratiques des études de terrain. Grenoble (France) : Presses Universitaires de Grenoble.

MORASZ Laurent, 2002, Comprendre la violence en psychiatrie Approche clinique et thérapeutique

OGA, TEBI, AKA et al. Le diabète sucré diagnostiqué en Côte d'Ivoire : des particularités épidémiologiques. Med Trop (Marseille) 2006 :66 :241-6

ORY Paul et BAUTZER Eliane, 2003, Diagnostic kinesitherapique. Les conditions d'une coproduction », Recherche et Formation, n°42, p.35-50

PARSONS Talcott, 1951, The socila system, Glencoe, III, Free Press

WHITING DR, GUARIGATA Wei, SHAW J., IDF diabetes atlas: global estimates of the prevalence of diabetes for 2011 and 2030. Diabetes Res Clin Pract 2011; 94:311-21

YAPI Sonia, Précarité Institutionnelle de l'offre de soin des diabétiques âgés vulnérables et mécanisme de réponses du service d'Endocrino-Diabétologie du CHU de Yopougon, Thèse. Abidjan ; 2017

ZMIROU D. Epidémiologique du diabète en Côte d'Ivoire. Thèse de médecine, Faculté de médecine de Grenoble, Université Joseph Fourinier ; 1979, N° 1217, 349 pages.

ZOLESIO Emmanuelle, 2012, La relation chirurgie-patient. "J'ai pas fait parleuse", Sciences Sociales et santé, Vol. 30, p.75-98

**REVUE SCIENTIFIQUE
SOCIÉTÉS, ÉDUCATION, SANTÉ ET
PATHOLOGIES SOCIALES (SESPS)**

Revue Semestrielle

ISSN : 3006-3779 (en ligne)

N° 02 - Décembre - 2024

Laboratoire d'Etudes et de Prévention en Psycho-Education

Ecole Normale Supérieure – Abidjan

www.leppe.org / infos@leppe.org

