

# CONSTRUCTION DE L'ADHESION THERAPEUTIQUE : ETUDE SOCIOLOGIQUE DU RELACHEMENT DU TRAITEMENT CHEZ LES PERSONNES AGEES DIABETIQUES AU CADA-INSP<sup>1</sup>

**KACOU Fato Patrice**

*Chercheur, Institut d'Ethno-Sociologie, Université Félix Houphouët-Boigny, Abidjan - Côte d'Ivoire,  
kacoufato@yahoo.fr*

**KOUAME Amanan Delphine**

*Doctorante en sociologie à l'Université Félix Houphouët-Boigny-  
Côte d'Ivoire  
delphinekouame01@gmail.com*

## Résumé

*Le nombre de personnes diabétiques dans le monde connaît une augmentation constante, tandis que, malgré les recommandations de l'Organisation mondiale de la santé (OMS), des complications liées à la maladie persistent. Dans ce contexte, la présente étude s'est intéressée aux facteurs du relâchement thérapeutique chez les personnes âgées diabétiques. Pour ce faire, l'étude a mobilisé une approche qualitative, fondée sur l'administration d'un guide d'entretien à des personnes âgées atteintes de diabète. Les données recueillies ont fait l'objet d'une analyse de contenu, dans une perspective socio-anthropologique de la santé, de la vieillesse et du vieillissement.*

*Les résultats montrent que plusieurs facteurs contribuent au relâchement thérapeutique. Il s'agit notamment de la précarité matérielle, des contraintes liées aux formes galéniques de certains traitements, de la qualité de la relation médecin-patient, du recours aux médecines parallèles, de la négligence thérapeutique ainsi que du maintien des habitudes alimentaires en dépit des prescriptions diététiques.*

*Afin de favoriser la continuité thérapeutique, il apparaît nécessaire d'intégrer les modèles explicatifs de la maladie dans les dispositifs de prise en charge, et d'articuler les exigences thérapeutiques avec les contraintes liées aux ressources matérielles limitées.*

---

1 CADA-INSP : Centre Anti-Diabétique d'Abidjan de l'Institut National de Santé Publique

**Mots clés**

*Culture, Diabète, Médecine parallèle, Personne âgée, Relâchement thérapeutique, Continuité thérapeutique*

**Summary**

*The number of people living with diabetes worldwide continues to rise, while complications related to the disease persist despite the recommendations of the World Health Organization (WHO). In this context, the present study focused on the factors underlying therapeutic disengagement among elderly diabetic patients.*

*To this end, the study adopted a qualitative approach, based on the administration of an interview guide to older individuals living with diabetes. The data collected were subjected to content analysis within a socio-anthropological perspective on health, aging, and the aging process.*

*The findings reveal that several factors contribute to therapeutic disengagement. These include material insecurity, constraints linked to the galenic forms of certain treatments, the quality of the doctor–patient relationship, recourse to alternative medicine, therapeutic negligence, and the persistence of dietary habits despite prescribed nutritional guidelines.*

*To promote therapeutic continuity, it appears necessary to integrate explanatory models of illness into care systems and to align therapeutic requirements with the constraints imposed by limited material resources.*

**Keywords**

*Culture, Diabetes, Alternative Medicine, Elderly Person, Therapeutic Non-Adherence, Therapeutic Continuity.*

**Introduction**

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), 830 millions de personnes<sup>1</sup> souffrent actuellement du diabète dans le monde, dont environ 210 millions de personnes âgées de 60 et plus avec une prévalence de 20 % à 24 % (NCD-RisC et al., 2024). Cette prévalence demeure élevée en dépit des progrès technologiques et scientifiques réalisés ces dernières années pour améliorer la prise en charge des patients. Si toutes les régions du monde sont

<sup>1</sup> <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>; consulté le 30 octobre 2025

concernées par cette maladie chronique, l'Afrique apparaît particulièrement touchée en raison de conditions de vie déjà précaires. On y recense, en effet, environ 25 millions de personnes diabétiques, dont 18 millions<sup>1</sup> de personnes atteintes d'un diabète non diagnostiqué. Parmi les malades diagnostiqués, seuls 27 % sont effectivement prises en charge dans les structures sanitaires, tandis que le reste semble s'orienter vers les thérapies traditionnelles ou les médecines alternatives<sup>2</sup>. De surcroît, selon K. Ouattara (2025), plus de 43 % des patients suivis dans les centres de santé présentent un abandon ou un relâchement dans leur prise en charge thérapeutique.

Ce phénomène a suscité de nombreuses recherches. En pharmacie, F. Goirand et al. (2025) attribuent la diminution du suivi thérapeutique à la forte exposition des patients aux médicaments et à leurs effets indésirables. En psychologie, C. Gay (2024) et ses collaborateurs soulignent l'absence d'un accompagnement personnalisé des patients. Dans la même perspective, J. Ambrosi (1996) soutient que l'adhésion thérapeutique exige l'intégration de la médiation culturelle dans les soins, la santé relevant non seulement de la biomédecine mais aussi de logiques relationnelles et culturelles. Par ailleurs, M.-C. Mbagha (2013) mobilise deux méthodes de mesure – l'une objective et l'autre subjective – pour mettre en évidence les facteurs favorisant la bonne ou la mauvaise observance du traitement antirétroviral. Ses travaux s'inscrivent davantage dans une perspective biologique et psychologique et portent sur d'autres pathologies.

La présente étude, quant à elle, s'intéresse spécifiquement aux personnes âgées diabétiques et adopte une approche socio-anthropologique. Son objectif est de saisir les logiques sociales, culturelles et symboliques qui sous-tendent les relâchements thérapeutiques observés chez les aînés sociaux.

---

<sup>1</sup> <https://idf.org/fr/our-network/regions-and-members/africa/>; consulté le 30 octobre 2025

<sup>2</sup> Médecine chinoise, automédication, etc.

## 1. Méthodologie

Afin de saisir les logiques sociales sous-jacentes au relâchement thérapeutique chez les personnes âgées diabétiques, cette recherche s'est inscrite dans une démarche qualitative. Un guide d'entretien semi-directif a été administré à trois patients âgés de 60 ans et plus, suivis au Centre Anti-Diabétique d'Abidjan de l'Institut National de Santé Publique (CADA-INSP). La sélection des participants a reposé sur un échantillonnage raisonné, permettant de cibler des profils pertinents au regard des objectifs de l'étude. Les enquêtés, tous résidents du district d'Abidjan, ont été inclus en fonction de leur disponibilité lors des rendez-vous de consultation au Centre Anti-Diabétique d'Abidjan de l'Institut National de Santé Publique. Cette stratégie a favorisé l'intégration de l'enquête dans le cadre habituel de suivi médical, réduisant ainsi les contraintes organisationnelles pour les participants et garantissant la spontanéité des échanges.

Les entretiens, d'une durée comprise entre 30 et 35 minutes, ont été réalisés avec le consentement éclairé verbal des participants. L'anonymat et la confidentialité des informations recueillies ont été strictement garantis. La grille d'entretien s'est articulée autour de trois axes principaux :

- les représentations sociales du diabète ;
- les facteurs d'accessibilité aux soins ;
- le rôle de la famille dans le suivi thérapeutique.

Les données ont été soumises à une analyse de contenu, mobilisant les modèles explicatifs de la maladie en œuvre dans la sociologie de la santé, de la vieillesse et du vieillissement. Cette approche a permis de mettre en évidence les mécanismes sociaux, culturels et relationnels influençant les comportements thérapeutiques des personnes âgées diabétiques. C'est dans le cadre de cette approche théorique que sont mobilisés les

concepts permettant d'appréhender et d'analyser l'objet de la présente étude.

Ainsi, les résultats mettent en lumière sept facteurs susceptibles de compromettre l'observance thérapeutique et la continuité des soins :

- la précarité matérielle ;
- le rejet de certaines formes galéniques ou traitements ;
- la faible qualité interactionnelle de la relation médecin-patient ;
- le recours aux médecines parallèles ;
- la perception des consultations médicales comme des routines dénuées d'utilité ;
- les oublis et négligences thérapeutiques ;
- le maintien d'habitudes de vie malgré les prescriptions diététiques et hygiéniques.

## **2. Résultats**

Face à la maladie, l'homme recourt aux soins dans le but de soulager sa souffrance et d'améliorer son état de santé. Toutefois, l'analyse des données recueillies révèle l'existence de sept facteurs susceptibles de compromettre l'observance et la continuité du suivi des soins.

### ***2. 1. Précarité matérielle et abandon des soins***

On constate que certains patients, en raison de leur lutte quotidienne contre le diabète, une maladie chronique nécessitant une prise en charge continue, sont confrontés à d'importantes difficultés financières. Ces contraintes limitent leur capacité à acheter les médicaments prescrits, à financer leurs déplacements pour les consultations médicales et à se procurer les aliments indispensables au respect du régime alimentaire recommandé. Dans ce contexte, les impératifs de survie économique prennent souvent le dessus sur les exigences thérapeutiques. Les patients

sont alors amenés à reléguer la maladie au second plan et à adopter des comportements similaires à ceux des personnes non atteintes, au risque de compromettre leur prise en charge et d'aggraver leur état de santé. C'est dans ce sens qu'un enquêté a déclaré :

*« Le manque d'argent agit directement sur ma capacité à suivre le traitement. En effet, il m'arrive de ne pas disposer des ressources nécessaires alors que, chaque mois, je dois payer les médicaments. Certains coûtent plus de 15 000 FCFA<sup>1</sup> par mois, et il est impératif de les prendre quotidiennement. Ainsi, lorsque je n'ai pas les moyens, je suis contraint d'interrompre le traitement pendant une semaine. Dès que je parviens à réunir l'argent, je reprends l'achat et la prise des médicaments. »*

Les propos de cet enquêté révèlent que l'insuffisance des ressources financières constitue un obstacle majeur à la continuité des soins. Cette réalité est également soulignée par un autre patient qui affirme :

*« Comme je suis sous comprimés, le médecin m'avait prescrit une prise matin, midi et soir. Cependant, il m'arrive de ne pas être disponible à ces moments, notamment lorsque je pars travailler. Il arrive alors que j'oublie de prendre les comprimés aux heures indiquées. Face à cette difficulté, le médecin m'a conseillé de réduire la posologie à deux prises quotidiennes, le matin et le soir. Depuis, je respecte ce schéma thérapeutique. ».*

Autrement dit, le patient privilégie les exigences de son activité professionnelle au détriment de sa santé. La recherche de revenus apparaît comme une nécessité plus urgente que le respect des prescriptions médicales, bien que l'amélioration de

---

<sup>1</sup> 15 000 FCFA correspondent à 26,26 dollars américains

son état de santé constitue une condition essentielle pour garantir de meilleures performances au travail et une stabilité professionnelle à long terme. L'amélioration des conditions matérielles d'existence ne suffit pas à expliquer l'adhésion thérapeutique. Elle soulève également la question des préférences des patients à l'égard de certaines formes pharmaceutiques.

## ***2. 2. Rejet de certaines formes galéniques ou de certains traitements***

Dans la pratique médicale, une même molécule peut être administrée sous différentes formes pharmaceutiques. En fonction de l'état de santé du patient et, dans la mesure du possible, de ses préférences, le médecin choisit la forme galénique la plus adaptée lors de la prescription. Toutefois, les données de l'enquête révèlent que certains patients manifestent une réticence à l'égard de certaines formes galéniques, notamment les comprimés, ce qui peut compromettre l'observance thérapeutique.

Cette situation est illustrée par les propos d'un enquêté qui déclare : « *Concernant les comprimés, hier je l'ai expliqué au médecin. Il m'a alors conseillé d'arrêter le traitement, et j'ai suivi sa recommandation en cessant la prise.* »

Dans le même ordre d'idées, un autre patient affirme :

*« Hier, après avoir pris les médicaments, j'ai commencé à transpirer, je n'ai pas pu dormir et j'ai ressenti des palpitations. Lorsque je suis revenu consulter, le médecin m'a dit : " il faut arrêter. Cela fait longtemps que nous aurions dû changer. Va vérifier ta glycémie et nous adapterons le traitement." Pour ma part, comme cela ne m'intéresse pas beaucoup, je me dis que le jour où*

*je serai prêt, j'irai faire le contrôle. Madame, il ne faut pas trop poser de questions. ».*

Les réactions exprimées par ces deux patients mettent en évidence les difficultés qu'ils rencontrent dans l'observance du traitement prescrit. Ces difficultés peuvent être liées à une mauvaise tolérance des médicaments, à des effets indésirables ressentis ou encore à une inadéquation perçue entre le traitement et leur état de santé. De telles situations sont susceptibles d'entraîner une interruption ou une modification du suivi thérapeutique, compromettant ainsi l'efficacité de la prise en charge. Toute chose qui peut fragiliser la relation thérapeutique et remettre en question la confiance mutuelle entre le médecin et le patient.

### ***2. 3. Déficit dans la relation médecin-patient et rupture thérapeutique***

Les données recueillies montrent que la qualité de la relation médecin-patient constitue un facteur important dans la continuité des soins. Une relation empreinte de confiance, d'écoute et de respect mutuel favorise l'adhésion du patient aux recommandations médicales, tandis qu'une relation conflictuelle ou insatisfaisante peut compromettre l'observance thérapeutique et entraîner l'abandon du traitement. Cette situation est illustrée par les propos d'un enquêté qui déclare :

*« Dans la nuit, j'ai bu de l'eau en continu jusqu'au matin, convaincu que c'était mon diabète qui me fatiguait. J'ai pris un taxi depuis Marcory pour venir consulter, et l'infirmier major m'a diagnostiqué un coma diabétique. Il m'a expliqué que, lorsqu'on est diabétique, la fatigue peut conduire directement au coma. Ses propos m'ont effrayé et je lui ai dit que je n'avais pas apprécié cette manière de m'annoncer les choses. Après cela, j'ai pris une voiture pour*

*venir vous voir. À présent, nous sommes d'accord tous les deux. ».*

À travers son discours, le patient met en évidence l'importance d'une communication médicale fondée sur l'écoute, l'encouragement et la confiance. Il semble considérer qu'un discours centré sur les risques et les complications peut générer de la peur, fragiliser davantage son état psychologique et favoriser le recours à des thérapeutiques parallèles perçues comme plus rassurantes ou plus adaptées à ses attentes.

## **2. 4. Recours aux médecines parallèles**

Les facteurs précédemment évoqués conduisent les patients à recourir aux médecines parallèles ou alternatives, telles que l'automédication ou la médecine traditionnelle. Certains, dans ce choix, abandonnent les soins proposés par la médecine moderne. À l'inverse, certains enquêtés ne perçoivent pas les pratiques alternatives et la médecine conventionnelle comme mutuellement exclusives, mais cherchent plutôt à les articuler dans une logique de complémentarité, comme l'illustre ce témoignage :

*« Je suis mon traitement avec sérieux. Je suis même allé jusqu'au Ghana, je vais vous expliquer. Là-bas, j'ai constaté que les praticiens sont très compétents. Le monsieur qui m'a reçu m'a donné des médicaments que je prépare et que je bois. J'associe la médecine traditionnelle et la médecine moderne ».*

Chez le patient, l'articulation entre médecine traditionnelle et médecine moderne peut contribuer à renforcer l'efficacité de la prise en charge et à accroître les perspectives de guérison. Dans ce contexte, les consultations de contrôle risquent d'être considérées comme moins indispensables par certains patients.

## **2. 5. Visites médicales perçues comme routines inutiles et chronicité de la maladie et sentiment de guérison**

Le diabète, en tant que maladie chronique, impose aux patients un suivi médical régulier à travers des consultations périodiques. Toutefois, la fréquence de ces rendez-vous, associée à la répétition des épisodes de rechute, tend à engendrer chez certains patients une forme de banalisation du suivi médical. Cette perception les conduit parfois à différer leurs consultations ou à interrompre temporairement leur traitement lorsqu'ils estiment que leur état de santé s'est amélioré. Cette attitude traduit une appropriation subjective de la maladie et de sa prise en charge, comme l'illustre le témoignage suivant d'un patient suivi dans un centre antidiabétique:

*« Pour ma part, je ne suis plus vraiment impliqué dans leur traitement, car cela fait dix-sept ans que je vis avec cette situation. Il m'arrive de passer un mois, parfois deux, sans prendre mes médicaments. Lorsque ma glycémie augmente, la nuit je dois uriner trois à quatre fois. Dès que je recommence le traitement, avec un comprimé par jour, au bout de trois jours je constate une amélioration, puis j'arrête à nouveau. En réalité, je jongle avec ce traitement. »*

Le caractère chronique du diabète conduit certains patients à développer, au fil du temps, des savoirs expérientiels et des compétences pratiques dans la gestion de leur maladie. Cette familiarité avec les symptômes et les modalités de prise en charge renforce chez eux le sentiment de maîtriser leur état de santé et les amène parfois à recourir à l'automédication ou à ajuster eux-mêmes leur traitement. Dans certains cas, l'absence prolongée de manifestations cliniques est interprétée comme un signe de guérison, ce qui favorise un relâchement de l'observance thérapeutique et du suivi médical. Dès lors, les

consultations médicales ne sont plus perçues comme une nécessité, mais comme une démarche facultative dont l'utilité est remise en question. Plus encore, l'analyse met en évidence chez certains patients des situations d'oubli et de négligence thérapeutique susceptibles de compromettre la continuité de la prise en charge.

## **2. 6. Oubli et négligence thérapeutique**

L'enquête met en évidence que, malgré plusieurs années de vie avec la maladie, certains patients déclarent ne pas toujours respecter les soins prescrits, invoquant fréquemment des oublis. Cette situation soulève une interrogation quant à la nature réelle de ces manquements : relèvent-ils d'un oubli involontaire ou traduisent-ils une forme de relâchement dans l'observance thérapeutique ? En effet, l'ancienneté de la maladie et la répétition des gestes liés à la prise en charge devraient, en principe, favoriser l'intériorisation de routines thérapeutiques et l'adoption d'habitudes durables en matière de prise médicamenteuse. Dès lors, ces « oublis » peuvent également être appréhendés comme l'expression d'une lassitude thérapeutique, d'une banalisation de la maladie ou d'une moindre perception des risques associés à l'interruption des soins. C'est à cette interrogation qu'un enquêté tente d'apporter une réponse à travers les propos suivants :

*« Il m'arrive également d'oublier la prise de mon traitement. Parfois, je ne me souviens plus si j'ai pris le comprimé ou non. Face à ce doute, je préfère m'abstenir afin d'éviter une double prise, car les médicaments sont puissants. Dans ces cas-là, je suspends la prise et je reprends normalement le lendemain. »*

L'analyse du discours de cet enquêté met en évidence deux réalités étroitement liées : la conscience de ses oublis thérapeutiques et l'incertitude entourant la prise effective de ses

médicaments. Cette situation de doute influence son comportement thérapeutique dans la mesure où, face à l'impossibilité de confirmer ou d'infirmer la prise antérieure du traitement, il préfère s'abstenir de le reprendre afin d'éviter un risque perçu de surdosage. Ce comportement, qui traduit une prise de distance progressive vis-à-vis des prescriptions médicales, s'observe également dans les habitudes alimentaires.

## **2. 7. *Habitudes alimentaires persistantes face au régime***

Chez les patients diabétiques, l'observance thérapeutique ne se limite pas à la prise régulière des médicaments ; elle implique également le respect de prescriptions alimentaires souvent contraignantes. Toutefois, l'ancrage des habitudes alimentaires et des pratiques culturelles rend difficile l'adoption durable des restrictions recommandées. Confrontés à cette tension entre exigences médicales et habitudes de vie, certains patients développent des stratégies de justification ou de minimisation de leurs écarts alimentaires. Ils tendent ainsi à dissimuler certaines consommations ou à en relativiser l'importance en affirmant n'avoir absorbé qu'une quantité négligeable d'aliments déconseillés. Le témoignage suivant illustre cette forme de négociation quotidienne avec les prescriptions médicales :

*« Il m'arrive aussi de ressentir l'envie de consommer certains aliments qui m'ont pourtant été déconseillés. Lorsque mes sœurs sont présentes, elles me rappellent de ne pas y toucher. Malgré cela, il m'arrive de céder à la tentation : je prends une très petite portion, juste pour satisfaire mon envie. Toutefois, je veille à ne pas en abuser. »*

Une lecture attentive du discours de l'enquêté montre une forme de déresponsabilisation dans la transgression des prescriptions alimentaires. Les notions de « envies » et de « tentations » sont mobilisées pour justifier la consommation d'aliments proscrits et en atténuer la portée volontaire. Néanmoins, la modération

dont il fait preuve dans les quantités ingérées témoigne d'une conscience des risques associés à cette pratique et d'une volonté de maintenir un certain contrôle sur son comportement alimentaire.

### **3. Discussion**

L'analyse des données collectées permet d'organiser la discussion autour de trois axes principaux : d'abord les représentations sociales du diabète et leurs effets sur les logiques de relâchement thérapeutique, ensuite la conciliation des exigences thérapeutiques avec les contraintes liées aux ressources matérielles disponibles et enfin, la santé numérique au service de l'observance thérapeutique

#### ***3. 1. Représentations du diabète et logiques de relâchement thérapeutique***

Il importe de rappeler que la prise en charge étudiée concerne des personnes âgées évoluant dans un contexte socioculturel africain. Dans nombre de sociétés africaines, la gériatrie demeure encore insuffisamment développée et les maladies sont souvent interprétées à travers des systèmes locaux de représentation et d'explication de la maladie comme l'atteste Y. L. Yao (2021). Le diabète, à l'instar d'autres maladies métaboliques chroniques, est fréquemment perçu comme une maladie de civilisation, associée aux transformations des modes de vie et à l'adoption de pratiques alimentaires et comportementales inspirées des sociétés occidentales (F. Laplantine, 2003).

Parallèlement à cette interprétation, certaines représentations populaires attribuent la survenue ou la persistance de la maladie à des causes sociales, symboliques ou surnaturelles. Dans cette perspective, la maladie peut être comprise comme l'expression d'un déséquilibre dans les rapports avec les normes culturelles,

les ancêtres ou d'autres entités invisibles (Memel-Fotê, 1998). Ces systèmes de croyances influencent les itinéraires thérapeutiques des patients et les conduisent parfois à recourir à la médecine traditionnelle en complément ou en substitution de la médecine biomédicale (M. Augé et al., 2000).

Ces représentations participent à la construction de logiques susceptibles d'expliquer certains comportements de relâchement thérapeutique. En effet, lorsque la maladie est interprétée comme la manifestation d'un désordre d'ordre spirituel ou social, la guérison est davantage attendue de l'intervention des guérisseurs traditionnels et des remèdes prescrits dans ce cadre que du respect continu des prescriptions biomédicales. Dès lors, l'amélioration temporaire de l'état de santé peut être interprétée comme une guérison effective, conduisant certains patients à interrompre leur traitement ou à réduire la fréquence des consultations médicales.

Dans ce contexte, l'observance thérapeutique, l'adoption d'un régime alimentaire adapté et la pratique régulière d'activités physiques ne sont pas toujours perçues comme les principaux déterminants de l'amélioration de l'état de santé. Cette situation explique que certains patients diabétiques utilisent le terme de « guérison » lorsqu'ils constatent une régression momentanée des symptômes ou lorsqu'ils attribuent leur mieux-être aux soins traditionnels reçus.

Ces attitudes traduisent également une connaissance parfois insuffisante des spécificités des maladies chroniques (M. Bury, 1982). Contrairement aux maladies aiguës (D. Le Breton, 2012), qui peuvent être guéries après un traitement de courte durée, le diabète nécessite une prise en charge continue et un suivi régulier tout au long de la vie (A. Kleinman, 2020). L'éducation thérapeutique (X. de La Tribonnière, 2023) apparaît ainsi comme un enjeu majeur pour permettre aux patients de mieux comprendre la nature chronique de leur maladie, les risques associés à l'interruption des soins et l'importance du maintien

durable des mesures thérapeutiques prescrites. Il apparaît nécessaire de concilier l'impératif de continuité thérapeutique avec les contraintes économiques et matérielles auxquelles sont confrontés les patients.

### ***3. 2. Concilier les exigences thérapeutiques avec des ressources matérielles limitées***

En outre, il ressort des discours recueillis que la condition de personne âgée n'est pas suffisamment prise en compte dans l'analyse de l'observance thérapeutique. Les enquêtés évoluent dans un contexte marqué par une forte vulnérabilité socio-économique. En effet, les personnes âgées sont souvent confrontées à la faiblesse des pensions de retraite, à l'absence de dispositifs de protection sociale suffisamment développés et au coût élevé des soins de santé ( P. Farmer , 2004). À ces difficultés s'ajoutent, pour certains, l'obligation de poursuivre des activités professionnelles physiquement éprouvantes, la dépendance à l'égard de la solidarité familiale ou encore le recours à une alimentation peu coûteuse, mais souvent inadaptée à leur état de santé.

Dans un tel contexte, les comportements interprétés comme un manque d'observance apparaissent davantage comme des stratégies d'adaptation aux contraintes quotidiennes. Les patients développent ainsi diverses formes de négociation avec les prescriptions médicales (A. Kleinman, 1981) : report de la prise des médicaments, réduction des prises prescrites ou interruption temporaire du traitement jusqu'à la réapparition des symptômes. Ces pratiques traduisent moins un rejet des recommandations médicales qu'une tentative de concilier les exigences thérapeutiques avec des ressources matérielles limitées.

Cette situation expose néanmoins les patients âgés à un risque accru de complications liées au diabète, notamment en raison de l'irrégularité du suivi thérapeutique et du contrôle glycémique

(L. Lohan, 2022). Elle met en évidence la nécessité d'appréhender l'observance non seulement sous l'angle biomédical, mais également à travers les réalités sociales, économiques et familiales dans lesquelles évoluent les patients. Dès lors, une prise en charge efficace du diabète chez les personnes âgées ne saurait se limiter à la seule prescription médicale. Elle suppose également la prise en considération des conditions matérielles d'existence des patients, de leurs ressources économiques, de leur environnement familial ainsi que des contraintes sociales qui influencent leurs comportements de santé. Une telle approche permettrait de développer des interventions davantage adaptées à leur vécu et de favoriser une meilleure observance thérapeutique.

### ***3. 3. Santé numérique au service de l'observance thérapeutique***

Les enquêtes évoquent fréquemment l'oubli comme facteur de relâchement thérapeutique. Toutefois, cet oubli peut aussi être interprété comme un faux-fuyant, traduisant la volonté implicite des patients de se soustraire aux soins ou d'exprimer leur lassitude face à une maladie qui les maintient dans une dépendance chronique aux médicaments. Qu'il s'agisse d'un oubli involontaire ou d'une justification stratégique, cette attitude révèle une tension entre la contrainte médicale et la quête d'autonomie du malade. Dans cette perspective, il apparaît nécessaire de mettre en œuvre des mécanismes de rappel qui réactivent la conscience thérapeutique des patients, en particulier des personnes âgées. L'intégration de la santé digitale dans la prise en charge constitue une piste majeure. La médecine numérique, telle que conceptualisée par J. Béranger et al. (2021), peut être mobilisée pour rappeler les heures de traitement, notifier les rendez-vous médicaux et renforcer l'éducation sanitaire. L'essor de la santé digitale doit être particulièrement encouragé dans les pays en développement, confrontés à des

contraintes d'accessibilité géographique et à un ratio médecin-population très faible, notamment en ce qui concerne les spécialités. Elle représente une opportunité de pallier les déficits structurels et de promouvoir une observance thérapeutique durable.

## **Conclusion**

En résumé, plusieurs facteurs concourent à expliquer le relâchement thérapeutique observé chez les patients âgés diabétiques. Celui-ci est susceptible d'entraîner des complications graves et d'accélérer la détérioration de leur état de santé. Toutefois, la prise en compte des modèles explicatifs de la maladie dans les dispositifs de prise en charge, ainsi que l'articulation des exigences thérapeutiques avec les contraintes liées aux ressources matérielles limitées, pourraient contribuer à améliorer la continuité du suivi thérapeutique.

Face à la gravité du diabète et aux multiples conséquences qu'il engendre sur la santé des personnes âgées, il devient impératif de promouvoir, dans les contextes africains en général et en Côte d'Ivoire en particulier, des dispositifs de prise en charge spécifiquement adaptés à cette population. Une telle approche devrait prendre en compte non seulement les aspects médicaux de la maladie, mais également ses dimensions sociales et économiques, dans une perspective de prise en charge holistique et durable.

L'enjeu social réside dans le maintien d'un bon état de santé des personnes diabétiques grâce à la continuité du suivi thérapeutique, permettant ainsi de prévenir les rechutes, de limiter les complications liées à la maladie et d'améliorer leur qualité de vie.

## Références bibliographiques

- **AMBROSI Jean**, 1996. *La médiation thérapeutique. Suivi de Vocabulaire de la médiation – De l'intelligence sauvage*, L'Harmattan, Paris.
- **AUGÉ Marc et HERZLICH Claudine**, 2000. *Le sens du mal : Anthropologie, histoire, sociologie de la maladie*, Archives Contemporaines, Paris.
- **BÉRANGER Jérôme, RIZOULIÈRES Roland**, 2021. *La révolution digitale dans le système de santé*, ISTE éditions, Londres.
- **BURY Michael**, 1982, « Chronic Illness as Biographical Disruption », *Sociology of Health & Illness*, Vol. 4, N°2, pp. 167-182.
- **FARMER Paul**, 2004. *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*, University of California Press, Berkeley.
- **GAY Christian et COLOMBANI Marianne**, 2024. *Manuel de psychoéducation : troubles bipolaires – Disposer de toutes les informations, stabiliser la maladie, améliorer le suivi thérapeutique*, Dunod, Paris.
- **GOIRAND Françoise et STANKE-LABESQUE Françoise**, 2025. *Suivi thérapeutique pharmacologique : pour la personnalisation des traitements médicamenteux*, Elsevier Masson, Paris.
- **KLEINMAN Arthur**, 1981. *Patients and Healers in the Context of Culture: An Exploration of the Borderland Between Anthropology, Medicine, and Psychiatry*, University of California Press, Berkeley.
- **KLEINMAN Arthur**, 2020. *The Illness Narratives: Suffering, Healing, and the Human Condition*, Basic Books, New York.
- **LA TRIBONNIÈRE Xavier de**, 2023. *Pratiquer l'éducation thérapeutique*, Elsevier Masson, Paris.

- **LAPLANTINE François**, 2003, « Anthropologie des systèmes de représentations de la maladie : de quelques recherches menées dans la France contemporaine réexaminées à la lumière d'une expérience brésilienne », in JODELET Denise (dir.), *Les représentations sociales*, Presses Universitaires de France, Paris, pp. 295-318.
- **LE BRETON David**, 2012. *Anthropologie de la douleur*, Sciences Humaines Éditions, Auxerre.
- **LOHAN Laura**, 2022. *Observatoire des problèmes liés aux médicaments chez les personnes âgées et/ou vivant avec un diabète*, Thèse de doctorat, Université de Montpellier, Montpellier.
- **MBAGA Marie Christine**, 2013. *Observance thérapeutique des antirétroviraux : comparaison de deux méthodes de mesure, objective et subjective chez les patients suivis au CHU du Point G, Bamako (Mali)*, Université Européenne, Sarrebruck.
- **MEMEL-FOTÉ Harris**, 1998. *Les représentations de la santé et de la maladie chez les Ivoiriens*, L'Harmattan, Paris.
- **NCD RISK FACTOR COLLABORATION (NCD-RisC) et WORLD HEALTH ORGANIZATION**, 2024, « Global Trends in Diabetes Prevalence and Treatment from 1990 to 2022: A Pooled Analysis of 1,108 Population-Based Studies of 141 Million Participants », *The Lancet*, Vol. 404, N°10467, pp. 2077-2093.
- **OUATTARA Kalilou**, 2025, « Problématique du décrochage thérapeutique chez les diabétiques suivis au Centre Anti-diabétique d'Abidjan (CADA) », *Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique*, Vol. 7, N°2, pp. 129-146.
- **YAO Léopold Yao**, 2021. *Représentations étiologiques de la maladie et pratiques préventives et thérapeutiques en Afrique. Tome 3 : Étiologies culturelles et mode de traitement de la maladie : hypothèses explicatives, suggestions théoriques et disciplines scientifiques émergentes*, L'Harmattan, Paris.