

Fabrique de soins au bénéfice des personnes âgées au centre antidiabétique d'Adjamé (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Zoguéhi Arnaud Kevin DAYORO

Université Félix Houphouët Boigny (FHB), Abidjan, Côte d'Ivoire,
Département de Sociologie
Laboratoire Société, Individu, Culture (LASIC)
Groupe de Recherches en Socio-Anthropologie Appliquées à la Santé et au Vieillessement (GRESA)

Auteur correspondant : dayorokevin@yahoo.fr

Article soumis le 07/09/2022 et accepté le 15/12/2022

Résumé : Cette recherche se propose d'étudier la fabrique de soins réalisée par les professionnels de santé en contexte d'assouplissement du régime alimentaire chez les malades âgés, diabétiques, suivis au Centre Antidiabétique (CADA/INSP) d'Adjamé. Des entretiens individuels semi directifs réalisés avec sept (07) professionnels de la santé, volontaires, du CADA/INSP d'Adjamé ont été réalisés, grâce à échantillon de volontaires. Les résultats ont montré l'inventivité thérapeutique des professionnels de santé dans la prise en charge des malades diabétiques âgés. Ils ont aussi mis en relief que les tactiques de soins mobilisées par les professionnels de santé, dans la prise en charge des malades diabétiques âgés se déclinent en trois actions. Ce qui a permis de comprendre que le diabétique âgé déstructure le model déterministe médical de prise en charge. La manipulation du protocole thérapeutique se flexibilise et devient un mécanisme de redéfinition de la relation thérapeute/diabétique âgé qui se mue en relation d'affectivité. Entre rigidité protocolaire et flexibilité relationnelle, le régime alimentaire standard se présente comme un instrument de délégitimation du protocole thérapeutique appliqué aux diabétiques âgés.

Mots clés : fabrique de soins, diabète, personnes âgées, tactiques, Abidjan

Manufacturing care for the benefit of older people at the Adjamé antidiabetic center (Abidjan-Côte d'Ivoire)

Abstract: This research aims to study the fabric of care carried out by health professionals in the context of relaxation of the diet in elderly diabetic patients

followed at the Antidiabetic Center (CADA / INSP) of Adjamé. Individual interviews carried out with seven (07) health professionals, volunteers, from the CADA/INSP of Adjamé were realized. The analysis of the results revealed the therapeutic inventiveness of health professionals in the care of elderly diabetic patients. The care tactics mobilized by health professionals in the care of elderly diabetic patients are divided into three actions: taking into account the singularity of the pathological profile; taking into account the socio-cultural environment of the patient; responsibility of the patient. These different care tactics have made it possible to understand that the elderly diabetic deconstructs the medical deterministic model of care. The manipulation of the therapeutic protocol becomes more flexible and becomes a mechanism for redefining the therapist/elderly diabetic relationship, which is transformed into an affective relationship. Between protocol rigidity and relational flexibility, the standard diet presents itself as an instrument of delegitimization of the therapeutic protocol applied to elderly diabetics.

Keys words : care factory, diabetes, elderly, tactics, Abidjan

Introduction

Le diabète est devenu l'une des principales causes de décès dans la plupart des pays. Cinq millions de personnes sont mortes, des suites du diabète en 2015 (FID, 2017). Une personne meurt du diabète toutes les sept secondes dans le monde, soit plus que le VIH/sida, la tuberculose et la malaria (FID, 2017).

En Côte d'Ivoire, cette pathologie touche généralement les adultes et les personnes âgées. Déjà en 2009, la prévalence du diabète chez les personnes âgées était de 20%. Elle mobilise plusieurs acteurs sociaux dont les médecins à travers les consultations ambulatoires (Abodo, Lokrou, Koffi-Dago et al, 2013). En effet, le Centre Antidiabétique d'Abidjan (CADA), l'un des services spécialisés de l'Institut National de Santé Publique, prend en charge plus de 80% des diabétiques suivis en ambulatoire sur l'ensemble du territoire. Afin de mieux comprendre les réalités de cette maladie chez les personnes âgées en Côte d'Ivoire une enquête exploratoire a été réalisée pour construire l'objet de l'étude. En effet, l'exploration du 03 au 28 mai 2019 au Centre Antidiabétique d'Abidjan sis à Adjamé, a permis de comprendre

que si le régime alimentaire du diabétique est constitué de trois groupes d'aliments qu'il faut strictement respecter pour l'équilibre glycémique, les personnes âgées sont souvent objet de dénutrition lorsqu'elles suivent ce protocole médical.

En effet, la personne âgée, dans son processus de vieillissement, connaît une altération biologique et physique de son organisme, qui l'expose à une dénutrition. En conséquence, une insuffisance d'apport nutritionnel peut favoriser la malnutrition protéino-énergétique chez le sujet âgé. (Brocker, Bertoglio, 2013). La prescription d'un régime trop restrictif risque alors de fragiliser le sujet âgé, en aggravant la dénutrition, et de l'exposer à des carences nutritionnelles multiples. Face à la rigidité du protocole médical, des aliments (aliments tolérés, aliments à proscrire, aliments à consommer), se nourrir au quotidien se complexifie.

Aussi dans cette situation dilemmatique, les médecins sont-ils engagés dans diverses expériences d'inventivité d'offre de soins que l'on désigne sociologiquement par le concept de « fabrique de soins ». Sous l'angle de la théorie componentielle, Amabile (1983 cité par Fanny, 2017) affirme que « la motivation intrinsèque est à la fois un élément majeur favorisant la créativité et un facteur que les managers peuvent influencer chez leurs salariés » (Fanny, 2017, p3). En prenant en compte le cadre interactionnel de l'inventivité et l'engagement des acteurs, c'est la théorie des arts de faire (tactiques) De Certeau (1980) cité Proulx (1994) qui rend compte de ce modèle de relation de soin.

De Certeau (1980) met en exergue à la fois l'inventivité et la créativité des pratiques quotidiennes des professionnels de santé. La fabrique de soins renvoie à l'ensemble des pratiques tacticiennes, à la « débrouillardise » de la part du personnel de soins en face des situations imprévues par le déterminisme médical. Ainsi, les rencontres entre les personnes âgées et les médecins, deviennent un cadre social où l'offre de soins engage des pratiques sociales et médicales comme « un art de faire ». (De Certeau, 1980).

Aussi, les médecins, qui d'ordinaire doivent de se soumettre au protocole d'organisation et de construction de l'ordre au CADA/INSP, jouent et se jouent des mécanismes de la « discipline » à des « occasions » où surgissent les « failles de la stratégie » pour s'adonner à de l'innovation, des instants de créativité afin de pallier ces défaillances.

Sous ce rapport, la notion de tactique révèle les insuffisances du protocole thérapeutique des personnes âgées diabétiques et le médecin procède par des « manières de faire » pour adapter le soin à la personne âgée, en face de lui (coup par coup).

En raison de cet ancrage théorique, l'hypothèse sur lequel cette étude se fonde, stipule que les tactiques de soins mobilisées par les professionnels de santé pour équilibrer le diabète des personnes âgées sont liées à la personnalisation des soins développés dans ce service.

Les manipulations du protocole thérapeutique, les failles de ce protocole thérapeutique et l'inventivité thérapeutique des professionnels de santé dans la prise en charge des malades diabétiques âgés sont les articulations qui devront rendre intelligible le processus d'inventivité thérapeutique.

1. Méthodologie

a. Site

Cette étude s'est déroulée dans un service sanitaire appelé Centre Anti Diabétique d'Adjame (CADA), au sein de l'institut national de santé publique (INSP) d'Adjamé. Le centre antidiabétique d'Abidjan fait partie de l'un des services spécialisés de l'Institut National de Santé Publique. Il est spécialisé dans la prise en charge des malades atteints de diabète. Il est situé en Côte d'Ivoire dans la commune d'Adjamé. Plus précisément à côté du camp Gallieni d'Abidjan sur l'axe plateau-Adjamé.

d. La collecte de données

La collecte des données s'est faite dans l'intervalle du 10 septembre au 20 octobre 2020. Elle a commencé par l'observation en situation, réalisée par un infirmier, sociologue. Les résultats ont permis de mieux cadrer, les entretiens.

Tableau : synthèse des techniques et outils de l'étude

Ordre	Techniques	Période 10 septembre au 20 octobre 2020	Outils	Information recherchées
1	Observation	10, 11, 14 Septembre 2020	Grille d'observation	<ul style="list-style-type: none"> • Contexte de personnalisation du soin • Attitudes, gestuelle /médecin • Formes de négociations
2	entretiens	Entretien 1 : 2 octobre Entretien 2 : 6 octobre Entretien 3 : 9 octobre Entretien 4 : 13 octobre Entretien 5 : 16 octobre Entretien 6 : 17 octobre Entretien 7 : 20 octobre	Guide d'entretien semi directif	<ul style="list-style-type: none"> • Manipulations du protocole thérapeutique par des professionnels de santé du CADA/INSP, • Failles du protocole thérapeutique • Inventivité thérapeutique des professionnels de santé dans la prise en charge des malades diabétiques âgés.

Source: Dayoro Z. Arnaud Kevin, 2022

e. Technique d'analyse des données

La retranscription des données, la thématisation des données et l'élaboration des catégories d'analyse ont été les phases du processus de l'analyse de contenu.

Retranscription des données : Cette opération consiste d'abord à écouter les enregistrements, puis à retranscrire manuellement les uns après les autres, les propos des enquêtés et ensuite, procéder à leur anonymisation. Des codes ont été alors utilisés (Par exemple Assouman²⁵ indique le nom d'emprunt Assouman qui a 25 ans d'expérience de gestion du diabète). Les « gestes », les « expressions du visage » (froncements de sourcils, étonnement manifeste, etc.), les « silences », les « non-dits » (Beaud et Weber, 2003) et les hésitations, sont notées parce que dotées de sens.

- **La thématisation des données**

Cette démarche consiste à collectionner les données en lien étroit avec les objectifs spécifiques de l'étude, trois (03) axes principaux ont été identifiés.

Axe 1 : les manipulations du protocole thérapeutique par des professionnels du CADA/INSP dans les rapports de soins,

Axe 2 : les failles du protocole thérapeutique dans la prise en charge des malades diabétiques âgés.

Axe 3 : l'inventivité thérapeutique des professionnels de santé dans la prise en charge des malades diabétiques âgés.

- **Élaboration des catégories d'analyse**

La catégorisation a consisté à conduire le codage. Ensuite, les sous-ensembles du texte ont pu être repéré et mis en évidence, à l'aide des objectifs spécifiques de l'étude. Enfin, la démarche a consisté à appliquer aux discours de ces acteurs, une analyse de contenu indirecte. (Aktouf, 1987).

2. Résultats

Il s'agit de la déqualification ou la de-standardisation des rapports médecin/malades et des tactiques des médecins, fruit de leurs capacités inventives.

2.1 De la déqualification et de la destandardisation des rapports de soins mécaniques dans la prise en charge des diabétiques âgés

La redéfinition de la relation thérapeute/diabétique âgé, l'adaptation des soins aux malades diabétiques âgés et la restructuration du régime alimentaire standard sont révélateurs du processus de déqualification des mécanismes induits par le caractère incurable du diabète.

a) La redéfinition de la relation thérapeute/diabétique âgé

Le déterminisme thérapeutique qui induit un rapport paternaliste laisse progressivement place à une relation repensée de soin. Les relations asymétriques qui existent entre traitants/traités se sont transformées en relation d'amitiés et de parenté. C'est ce qui transparait dans les propos de M. Christien :

Il faut dire que nous avons dépassé les relations de médecins aux malades avec nos vieux malades diabétiques. Du fait de la chronicité de la maladie, les relations ont changé radicalement pour faire place à de nouvelles interactions. C'est pourquoi nous faisons beaucoup attention maintenant au soins prescrits.

Le malade devient un parent (père ou mère) du professionnel de santé. La parenté entre des acteurs change radicalement les interactions entre eux. Le professionnel de santé a désormais la santé de son « parent » sous sa responsabilité. Ce qui l'emmène à manipuler le protocole thérapeutique à la recherche du meilleur soin pour lui. C'est ce qui ressort dans les propos de M. Bernard :

Le régime standard, normalement c'est ce qui est admis. Mais on a, certainement ça doit améliorer son état de santé. Mais on tiendra compte du fait que son bien être est en danger, on tiendra compte du fait que le risque d'hypoglycémie peut avoir

des dommages importants sur cette personne quoi. Ce régime impacte négativement la santé des diabétiques âgés à cause des décès qui pourraient survenir par hypoglycémie et des complications précitées, c'est pourquoi nous touchons au protocole (17 ans d'expérience professionnelle).

b) L'adaptation des soins aux malades diabétiques âgés

La dynamique des relations médecin/personne âgée malade conduit à une réorganisation du système de soin impose aux professionnels de santé, une manipulation du protocole thérapeutique. C'est ce qui transparait dans les propos de M. Bernard, dix-sept ans d'expérience professionnelle :

Le régime standard, normalement c'est ce qui est admis. Mais on a, certainement ça doit améliorer son état de santé. Mais on tiendra compte du fait que son bien être est en danger, on tiendra compte du fait que le risque d'hypoglycémie peut avoir des dommages importants sur cette personne quoi. Ce régime impacte négativement la santé des diabétiques âgés à cause des décès qui pourraient survenir par hypoglycémie et des complications précitées, c'est pourquoi nous touchons au protocole.

Le changement radical des pratiques professionnelles acquises en formation initiale invite le soignant à reconfigurer ses pratiques lui offrant un champ d'action nouveau. Il apprend en situation et son expertise peut lui permettre d'adapter son savoir-faire aux situations qui se présentent à lui dans l'exercice de sa fonction. C'est ce que Madame Géraldine soutient dans son propos suivant :

Nous pratiquons ce métier depuis longtemps, donc nous sommes outillés. Ce n'est pas tout ce que nous faisons qui sont enseignés dans les amphis, non. C'est notre expérience qui est en jeu ici. Sinon, sans savoir-faire, sans expérience professionnelle, l'adaptation serait très difficile, ça sera toujours ainsi (Médecin, 9 ans d'expérience).

Le constat de la limite du déterminisme du protocole médicale face au vieillissement différentiel impliquant des contextes très variables d'une âgées à une autre, la voie de la

destandardisation du protocole est choisie pour sortir des dilemmes.

C) La restructuration du régime alimentaire standard

Les professionnels de santé du CADA/INSP remettent en cause le régime alimentaire standard appliqué aux diabétiques âgés. Ils le qualifient de caduque et le tiennent responsable de l'insuffisance d'éléments nutritionnels protéino-calorique et énergétique dont souffrent les diabétiques âgés. Ils estiment que ce régime alimentaire standard est inadapté aux conditions physiologiques des personnes âgées diabétiques. Ce que relève Madame Elise :

Les raisons sont liées à la fragilité de la personne âgée. Chez le diabétique âgé, il faut craindre l'apparition de l'hypoglycémie. Mais, avec la personne âgée il faut s'attendre à de nombreuses complications. Ce régime aggrave la dénutrition en élément protéino-calorique et énergétique, déjà installée par le processus du vieillissement et l'hypoglycémie.

Il y a donc ici un procès de délégitimation du protocole thérapeutique appliqué aux diabétiques âgés, déjà fragilisés par le processus du vieillissement. Le respect du régime alimentaire standard peut provoquer des troubles nerveux et entraîner une morbidité chez le diabétique âgé. Florent fait le constat suivant :

Ça attire toujours nos attentions parce que lorsqu'on fait la relecture des dossiers on constate qu'on perd des patients sur des trucs vraiment qui pouvaient être gérés de peu.

L'ensemble de ces pratiques dialectiques montre que le malade n'est pas toujours encadré dans des modélisations de soin. Le soin fait appel aux soins qui dans la présente analyse, est un cadre d'observation des capacités inventives des médecins.

2.2 De l'inventivité thérapeutique des professionnels de santé dans la prise en charge des diabétiques âgés

La personnalisation des soins au CADA/INSP d'Adjamé passe par la prise en compte de l'adaptation du soin du malade en fonction du profil pathologique du malade, de son environnement

socioculturel et économique du malade et de l'implication et responsabilisation du malade à la gestion de sa maladie. L'adaptation du soin prescrit à chaque malade tient compte de son profil pathologique, de l'environnement socioculturel du malade et responsabilisation du malade à la gestion de sa maladie.

a) De l'adaptation du protocole en fonction du profil pathologique

Les complications que développe le malade et son état général le jour de sa consultation oriente l'adaptation du protocole. Vue sous cet angle, la consultation n'est plus qu'un simple lieu de transmission unilatérale d'une connaissance médicale universelle. Elle devient un lieu d'échange, de partage, et de négociations entre médecin et patient. Le professionnel de santé Florent dit comment il procède :

Moi, j'écoute le malade dans son récit. Par exemple ça peut être un sujet âgé diabétique qui est anorexique, voilà, c'est un cas particulier et ça nécessite une prise en charge qui va être beaucoup plus rapproché à la maison, il faut une proximité et une continuité du traitement, il faut euh voir tout temps s'il va bien, il faut tout, tout stabiliser son traitement afin de trouver les doses qu'il faut. Donc un patient comme ça, il est, et parfois aussi il y'a des patients par exemple qui étaient sous traitement mais à cause du fait qu'il ont pris beaucoup d'âge et puis voilà, le traitement parfois n'est plus nécessaire de mettre le traitement médicamenteux. Si le patient est anxieux ou stressé, il faut le traiter en tenant compte de son stress et de son anxiété et en railler les sources de ce stress. Donc là aussi y'a en ce moment, c'est de voir plus particulièrement le besoin de santé ce jour pour adapter le soin, c'est pourquoi il est important de l'écouter attentivement pour connaître ses attentes et comprendre la manifestation de la maladie pour mieux le prendre en charge. Donc, il faut sérieusement collaborer avec lui.

Il s'agit d'un véritable renversement conceptuel, d'une approche centrée non plus sur le médecin ou la maladie mais sur le patient.

b) De l'adaptation du protocole en fonction de l'environnement socioculturel du malade

Les médecins travaillent à comprendre les croyances culturelles des patients et les utilisent dans le processus de production de réponses face aux besoins spécifiques des malades. Aussi prennent-ils soin de recueillir des informations sur les croyances individuelles auprès du malade mais aussi des aidants familiaux. En effet,

L'environnement du malade est l'élément le plus déterminant dans la prise en charge du diabète. Voyez-vous, le malade vit dans un environnement dans lequel il est né, a grandi et se réalise aujourd'hui. Il avait ses habitudes, ses amis et son comportement avant d'avoir sa maladie. Il est bien attendu que seul parmi ce monde qui en mouvance, il lui sera difficile de respecter certaines prescriptions. Il est donc bon de les connaître pour adapter sa prescription. Sinon, on s'étonne parfois de revoir certains malades dans des états pas bien parce que seulement il refuse de faire le traitement pour des interdits culturels. Mais c'est ça aussi, ils ne sont rien d'autres sans leur culture et il faut composer avec. (Florent, médecin à l'INHP)

Outre, la responsabilité du médecin, celle des malades est engagée.

c) De l'adaptation du protocole en fonction de la responsabilisation du malade à la gestion de sa maladie

La co-responsabilité du patient est engagée dans ce travail de gestion du diabète. Il devient un co-médecin. Cela implique toutefois une éducation thérapeutique comme l'indique ici Géraldine:

La première des choses que je fais avec mes malades, c'est de leur enseigner les signes de l'hypoglycémie qui est souvent asymptomatique chez les diabétiques âgés. Ensuite, je leur montre comment utiliser le glycomètre pour leur permettre de faire leur autocontrôle de manière régulière quand ils sont à l'insuline. Enfin, je termine par des conseils sur l'alimentation, car le diabète tourne autour de ses habitudes alimentaires.

L'insulinothérapie fonctionnelle favorise une autonomie au diabétique dans la prise en charge de sa maladie. Ce qui lui donne une responsabilité dans la gestion de sa maladie. C'est que le professionnel de santé, Assouman (vingt-cinq ans d'expérience professionnelle) explique dans ses manières de faire dans ce propos :

Tenir compte de l'avis du patient dans la prise de décision de son traitement, moi personnellement, je prends toujours le temps de bien expliquer d'abord pour que le patient comprenne ou nous voudrions en venir par rapport à son état. Je pense bien par expérience lorsque je passe sur cette étape et que le patient comprend bien, il adhère facilement au traitement que je lui donne. C'est pourquoi il faut passer par ça en lui donnant sa part de responsabilité, c'est-à-dire ce que on attend de lui.

Sous ce rapport, les médecins consacrent plus de temps aux malades pour faciliter leur adhésion.

Ces cas spécifiques, en général, on instruit la famille ou l'accompagnateur pour qu'il ait certaines bonnes habitudes de suivi voilà pour que au moins on soit au courant de tout ce qui se passe pour qu'on puisse remédier chaque fois que y a un problème. La prise en charge de ces personnes est purement spécifique. Parce qu'on leur demande de faire des autos contrôles régulièrement voilà pour permettre déjà de modifier, de faire des modifications du traitement après une consultation par exemple (M. Christien, sept ans d'expérience professionnelle).

En effet, lorsque que le malade manque parfois d'être responsabilisé dans l'autogestion du diabète, l'estime de soi sanitaire, se dégrade.

Les professionnels de santé du CADA.INSP d'Adjamé manipulent le protocole thérapeutique dans le but d'assurer une meilleure qualité de soins au diabétique âgé. Les résultats ont conduit à mettre en exergue l'inventivité thérapeutique des professionnels de santé dans la prise en charge des diabétiques âgés, la déqualification et la destandardisation des rapports de soins mécaniques. La discussion qui s'engage à présent va rendre

compte de la signification sociologique des résultats, sa portée scientifique en la confrontant à ceux des prédécesseurs.

3. Discussion

Les analyses des résultats d'entretien ont permis de comprendre que la standardisation des soins rencontre des limites. Face à l'âge des diabétiques (plus de 60 ans), manger devient très complexe et la déqualification de la standardisation ouvre la voie à l'inventivité thérapeutique. Ces deux résultats ouvrent trois points d'analyse et de discussion.

- la redéfinition du lien social et médical face aux besoins en soins des malades, en contexte de chronicité ;
- de nouveaux paradigmes de compétence du gestionnaire de soin ;
- le malade comme acteur de ses propres soins.

3.1 La maladie chronique des personnes âgées au cœur de la redéfinition du social et du médical

Les maladies chroniques constituent des structures de désagrégation du lien social, avec elles, l'existence dans tous ses aspects se trouve affectée, et souvent bouleversée : En insistant sur la relation médicale, il est bon de noter que des interactions entre ces acteurs, se construit une nouvelle relation thérapeute/diabétique basée sur des émotions et des sentiments affectifs qui guident leurs actions. Pour Hane (2011), le médecin ne doit se figer dans son rôle de soignant, il devient un conseiller qui prend en compte les dimensions psychologiques ; le vécu parce que la complexité du parcours de soins peut conduire à une redéfinition des rôles ou à une complémentarité des compétences. Ce glissement de compétence du médecin est décrit par Jaffiol, Godeau et Grosbois (2016) pour qui il faut obligatoirement redéfinir la formation, au fondement des compétences. Il faut négocier et faire du malade un partenaire comme le préconise Baszanger (1986).

Les relations de soins classiques se déconstruisent, soutenus par deux nouveaux paradigmes.

3.2 Tacticité et inventivité : de nouveaux paradigmes de compétence des gestionnaires de soin

L'offre de soins structurée par la logique classique diagnostic-soins-guérison n'est plus fonctionnel et les compétences formalisées autour de ce paradigme restent désuètes face un nouveau paradigme de l'offre de soin (diagnostic-soins-gestion), imposé par la maladie chronique. Svandra (2009), démontre qu'il y a une différence entre les deux concepts « soin » et « soins ». En effet, l'auteur estime que le concept « les soins » qui désignent le pluriel, renvoie à la technicité dans le champ hospitalier. « Le soin » est la sollicitude d'une attention particulière à l'autre, une preuve de prévenance, envers l'autre, à savoir « prendre soin » sous ce rapport, le glissement conceptuel (soins pour soin), impose dans la pratique médicale, la tacticité et l'inventivité s'imposent pour les médecins en situation de gestion de soins de longue durée.

Dans un tel cadre la tacticité et inventivité deviennent deux normes qui structurent le rapport des médecins aux malades âgés. Au titre de manière de faire. Penven (2013) estime que l'action créative est possible grâce à des dispositions biologiques que présente les acteurs sociaux, d'où les capacités affectives mobilisées par l'équipe de soins qui lui permet d'exercer en oncologie malgré les situations de dilemme qu'il rencontre. L'amour, la solidarité, la compassion, l'écoute, la vocation, sont désormais quelques valeurs de l'évaluation des compétences. La nécessité d'une éthique communicationnelle contextuée, « le regard », « le ressenti », « le parler » de l'autre, sont également des dimensions de la compétence des médecins en contexte de gestion de pathologie chronique doublée de l'éthique de l'âge. Le changement de paradigme de soin fait du malade le troisième acteur du trépied de soin, un Co thérapeute.

3.3 De la vulgarisation quand le malade devient un Co-thérapeute : au fondement du trépied thérapeutique

Pour Gagnayre et al (2008), le malade est au centre des soins dans l'analyse qu'il porte sur l'éducation thérapeutique. Pour lui, il s'agit d'un processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient. Or le patient est pluriel et sociologiquement chargé des idéologies, des croyances, de savoirs, de savoirs faire qu'il faut circonscrire autour de l'enjeu de l'auto prise en charge. Elle vise à aider les patients et leurs familles à comprendre la maladie et le traitement, coopérer avec les soignants, vivre plus sainement et maintenir ou améliorer leur qualité de vie. Cette compétence est acquise grâce à l'éducation thérapeutique. L'importance de cette ressource est avérée (Le Helloco-Moy, 2016).

Cependant, l'éducation thérapeutique se définit comme une pratique relationnelle (Lacroix, 2007) qui semble être efficace qu'en groupe. Dans le cas du diabète, ce sera le type d'aliment à éviter et les pratiques d'hygiène nécessaires pour la qualité de vie.

Au regard de cet ensemble d'enjeux thérapeutiques des exigences relationnelles éthiques, la formation des soignants à l'éducation thérapeutique reste une exigence. Toutefois, il est aussi possible d'apprendre des malades (Croyère, et Delassus (2009).

3.4 Limite de l'étude

Les pratiques inventives et tecticiennes ne sont pas des postulats. Elles s'adaptent aux individus en fonction de leur profil de santé et social. Les conséquences à long terme, des choix des médecins n'ont pas été analysé(s). Il aurait été pertinent de saisir l'impact de ces pratiques inventives sur la gestion de soin.

CONFLIT D'INTERET : Il n'existe aucun conflit d'intérêt

CONTRIBUTION DES AUTEURS : avoir conçu organisé le travail, et rédigé.

Conclusion

Au terme de ce parcours scripturaire, la posture réflexive exigée, permet de préciser que cette étude essentiellement qualitative, a permis de mettre en exergue en premier, la déqualification et la destandardisation des rapports de soins mécaniques dans la prise en charge des diabétiques âgés et en second, l'inventivité thérapeutique des professionnels de santé des diabétiques âgés. En prenant en compte cette dynamique relationnelle, de nouvelles structures de la compétence sont apparues importantes à la fois pour le médecin et les malades en raison du caractère relationnel du soin. Aussi, la compétence s'évalue-t-elle à la capacité inventive des médecins. Les tactiques employées dans « le parler », « le savoir-faire », « le savoir-être » influencent le choix et l'appropriation d'un protocole non standardisé (stock de connaissances acquises par les malades par les médecins).

Mais l'impact de ces tactiques et pratiques inventives sur la qualité de vie des personnes âgées diabétiques reste à évaluer.

Références bibliographiques

ABODO Jacko, LOKROU Adrien, KOFFI-DAGO Pierre et al. (2013). Caractéristiques diabétologiques et gériatriques du sujet diabétique âgé hospitalisé à yopougon. *La Revue Internationale des Sciences Médicale*. PP 64-68.

AKTOUF Omar, 1987, *Méthodologie des sciences sociales et approche qualitative des organisations. Une introduction à la démarche classique et une critique*, Montréal, Les Presses de l'Université du Québec, http://classiques.uqac.ca/contemporains/Aktouf_omar/metho_sc_soc_organisations/metho_sc_soc_organisations. (Consulté le 25 mars 2021).

BASZANGER Isabelle, 1986, Les maladies chroniques et leur ordre négocié, *Revue française de sociologie*, pp. 3-27.

BEAUD Stéphane et WEBER Florence, 1997, Guide de l'enquête de terrain. Produire et analyser des données ethnographiques, Paris, Éditions La Découverte

BROCKER Peter, et BERTOGLIO Jacques, 2013, Les régimes alimentaires chez le sujet âgé : est-ce bien raisonnable ? *Médecine des maladies Métaboliques*, vol. 7, no 2, p. 115-119.

CROYÈRE Nicole, et DELASSUS Eric, 2009, Apprendre « du » malade. Se former à l'éducation thérapeutique. *Ethique & santé*, vol. 6, no 2, p. 80-85.

FANNY Simon, 2016, Teresa Amabile, l'influence de l'environnement social sur la créativité. Les grands auteurs en management de l'innovation et de la créativité, EMS. Consulté le 30 octobre 2022, en ligne : <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-01597607/document>.

FEDERATION INTERNATIONALE DU DIABETE, 2017, ATLAS DU DIABETE DE LA FID. Huitième édition.

HANE Fatoumata, 2011, L'observance des traitements dans le cadre du VIH. Un nouvel enjeu pour la prise en charge, in *Sciences sociales et santé*, 2, Vol 29, pp. 41 à 46.

JAFFIOL Claude, GODEAU Pierre, GROSBOIS Bernard, 2016, Prise en charge des maladies chroniques : Redéfinir et valoriser le rôle du médecin généraliste. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, vol. 200, no 6, pp. 1225-1240.

LAMOUR Patrick et GAGNAYRE Remi, 2008, L'éducation thérapeutique de l'enfant atteint de maladie chronique, et de sa famille. *Archives de pédiatrie*, vol. 15, no 5, p. 744-746.

LE HELLOCO-MOY Gaïta, 2016, Étude des rapports entre corps, maladie chronique et transformation des conduites des patients dans le cas de l'artériopathie et du diabète de type II: une

contribution au domaine de l'éducation thérapeutique du patient. Thèse de doctorat. Université de Bordeaux.

MOSNIER-PUDAR Helen et HOCHBERG-PARER Gislaine, 2008, Éducation thérapeutique, de groupe ou en individuel : que choisir ? Médecine des maladies Métaboliques, vol. 2, no 4, p. 425-431.

PENVEN Alain, 2013, La fabrique du social, croisement des savoirs et apprentissages coopératifs. Socio-logos. Revue de l'association française de sociologie, no 8.

PROULX Serge, 1994, « Une lecture de l'œuvre de Michel de Certeau : L'invention du quotidien, paradigme de l'activité des usagers », in Communication. Information Médias Théories , 15-2 pp. 170-197

SVANDRA, Philippe, 2009, Le care, un travail entre production, action et pensée. Éthique & Santé, vol. 6, no 1, p. 32-36.