



**Revue des Sciences humaines
et sociales, Lettres, Langues et
Civilisations**

**ISSN
2958-2814**

Numéro 004, Octobre 2023

**Université Alassane Ouattara
UFR Communication Milieu et Société**

revue.akiri-uao.org



**Revue des Sciences humaines
et sociales, Lettres, Langues et
Civilisations**

**ISSN
2958-2814**

Numéro 004, Octobre 2023

**Université Alassane Ouattara
UFR Communication Milieu et Société**

revue.akiri-uao.org



ISSN 2958-2814

Site web: <https://revue.akiri-uao.org/>

E-mail : revueakiri@gmail.com

Editeur

UFR Communication, Milieu et Société

Université Alassane Ouattara, Bouaké (Côte d'Ivoire)



ISSN 2958-2814

INDEXATIONS INTERNATIONALES

Pour toutes informations sur l'indexation internationale de la revue *AKIRI*, consultez les bases de données ci-dessous :

auré HAL
accès aux données
de référence de HAL

<https://aurehal.archivesouvertes.fr/journal/read/id/398946>

Mir@bel
“(RE)CUEILLIR
LES SAVOIRS”

<https://reseau-mirabel.info/revue/15150/Akiri>

Equipe Editoriale

Coordinateur Général : BRINDOUMI Kouamé Atta Jacob
 Directeur de publication : MAMADOU Bamba
 Rédacteur en chef : KONE Kiyali
 Chargé de diffusion et de marketing : KONE Kpassigué Gilbert
 Webmaster : KOUAKOU Kouadio Sanguen

Comité Scientifique

SEKOU Bamba, Directeur de recherches, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny
 OUATTARA Tiona, Directeur de recherches, IHAAA, Université Félix Houphouët-Boigny
 LATTE Egue Jean-Michel, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 FAYE Ouseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
 GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches, CNRST,
 ALLOU Kouamé René, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
 KAMATE Banhouman André, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
 ASSI-KAUDJHIS Joseph Pierre, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 SANGARE Abou, Professeur titulaire, Université Peleforo Gbon Coulibaly
 SANGARE Souleymane, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 COULIBALY Amara, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 NGAMOUNSIKA Edouard, Professeur titulaire, Université Marien N'gouabi de Brazzaville
 KOUASSI Kouakou Siméon, Professeur titulaire, Université de San-Pedro
 BATCHANA Essohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé
 N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Université Marien N'gouabi de Brazzaville
 DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 NGUE Emmanuel, Maître de conférences, Université de Yaoundé I
 N'GUESSAN Mahomed Boubacar, Professeur titulaire, Université Félix Houphouët-Boigny
 BA Idrissa, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
 KAMARA Adama, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
 SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
 ALLABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny
 DIARRASSOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
 TOPPE Eckra Lath, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
 M'BRA Kouakou Désiré, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara

Comité de Lecture

BATCHANA Essohanam, Professeur titulaire, Université de Lomé
 N'SONSSISA Auguste, Professeur titulaire, Marien N'gouabi de Brazzaville
 CAMARA Moritié, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 FAYE Ousseynou, Professeur titulaire, Université Cheick Anta Diop
 BA Idrissa, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
 BAMBA Mamadou, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 SARR Nissire Mouhamadou, Maître de conférences, Université Cheick Anta Diop
 GOMGNIMBOU Moustapha, Directeur de recherches,
 DEDOMON Claude, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 BRINDOUMI Atta Kouamé Jacob, Professeur titulaire, Université Alassane Ouattara
 DIARRASOUBA Bazoumana, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
 ALABA Djama Ignace, Maître de conférences, Université Alassane Ouattara
 DEDE Jean Charles, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara
 BAMBA Abdoulaye, Maître de conférences, Université Félix Houphouët-Boigny
 SANOGO Lamine Mamadou, Directeur de recherches, CNRST, Ouagadougou
 GOMA-THETHET Roval, Maître-Assistant, Université Marien N'gouabi de Brazzaville
 GBOCHO Roselyne, Maître-Assistante, Université Alassane Ouattara
 SEKA Jean-Baptiste, Maître-Assistant, Université Lorognon Guédé,
 BAKAYOKO Mamadou, Maître-Assistant, Université Alassane Ouattara
 SANOGO Tiantio, Assistante, Institut National Supérieur des Arts et de l'Action Culturelle
 ETTIEN N'doua Etienne, Assistant, Université Félix Houphouët-Boigny
 DJIGUE Sidjé Edwige Françoise, Assistante, Université Alassane Ouattara
 YAO Elisabeth, Assistante, Université Alassane Ouattara

Contacts

Site web: <https://revue.akiri-uao.org/>
 E-mail : revueakiri@gmail.com
 Tél. : + 225 0748045267 / 0708399420/ 0707371291

Indexations internationales :

Auré HAL : <https://aurehal.archivesouvertes.fr/journal/read?id/398946>

Mir@bel : <https://reseau-mirabel.info/revue/15150/Akiri>

PRESENTATION DE LA REVUE AKIRI

Dans un environnement marqué par la croissance, sans cesse, des productions scientifiques, la diffusion et la promotion des acquis de la recherche deviennent un impératif pour les acteurs du monde scientifique. Perçues comme un patrimoine, un héritage à léguer aux générations futures, les productions scientifiques doivent briser les barrières et les frontières afin d'être facilement accessibles à tous.

Ainsi, s'inscrivant dans la dynamique du temps et de l'espace, la revue « **AKIRI** » se présente comme un outil de promotion et de diffusion des résultats des recherches des enseignants-chercheurs et chercheurs des universités et de centres de recherches de Côte d'Ivoire et d'ailleurs. Ce faisant, elle permettra aux enseignants-chercheurs et chercheurs de s'ouvrir davantage sur le monde extérieur à travers la diffusion de leurs productions intellectuelles et scientifiques.

AKIRI est une revue à parution trimestrielle de l'Unité de Formation et de Recherches (UFR) : Communication, Milieu et Société (CMS) de l'Université Alassane Ouattara. Elle publie les articles dans le domaine des Sciences humaines et sociales, Lettres, Langues et Civilisations. Sans toutefois être fermée, cette revue privilégie les contributions originales et pertinentes. Les textes doivent tenir compte de l'évolution des disciplines couvertes et respecter la ligne éditoriale de la revue. Ils doivent en outre être originaux et n'avoir pas fait l'objet d'une acceptation pour publication dans une autre revue à comité de lecture.

PROTOCOLE DE REDACTION DE LA REVUE AKIRI

La revue *AKIRI* n'accepte que des articles inédits et originaux dans diverses langues notamment en allemand, en anglais, en espagnol et en Français. Le manuscrit est remis à deux instructeurs, choisis en fonction de leurs compétences dans la discipline. Le secrétariat de la rédaction communique aux auteurs les observations formulées par le comité de lecture ainsi qu'une copie du rapport, si cela est nécessaire. Dans le cas où la publication de l'article est acceptée avec révisions, l'auteur dispose alors d'un délai raisonnable pour remettre la version définitive de son texte au secrétariat de la revue

Structure générale de l'article :

Le projet d'article doit être envoyé sous la forme d'un document Word, police Times New Roman, taille 12 et interligne 1,5 pour le corps de texte (sauf les notes de bas de page qui ont la taille 10 et les citations en retrait de 2 cm à gauche et à droite qui sont présentées en taille 11 avec interligne 1 ou simple). Le texte doit être justifié et ne doit pas excéder 18 pages. Le manuscrit doit comporter une introduction, un développement articulé, une conclusion et une bibliographie.

Présentation de l'article :

- Le titre de l'article (15 mots maximum) doit être clair et concis. De taille 14 pts gras, il doit être centré.
- Juste après le titre, l'auteur doit mentionner son identité (Prénom et NOM en gras et en taille 12), ses adresses (institution, e-mail, pays et téléphones en italique et en taille 11)
- Le résumé (200 mots au maximum) présenté en taille 10 pts ne doit pas être une reproduction de la conclusion du manuscrit. Il est donné à la fois en français et en anglais (abstract). Les mots-clés (05 au maximum, taille 10pts) sont donnés en français et en anglais (key words)
- Le texte doit être subdivisé selon le système décimal et ne doit pas dépasser 3 niveaux exemples : (1. - 1.1. - 1.2. ; 2. - 2.1. -2.2. - 2.3. - 3. - 3.1. - 3.2. etc.)
- Les références des citations sont intégrées au texte comme suit : (L'initial du prénom suivi d'un point, nom de l'auteur avec l'initiale en majuscule, année de publication suivie de deux points, page à laquelle l'information a été prise). Ex : (A. Kouadio, 2000 : 15).
- La pagination en chiffre arabe apparait en haut de page et centrée.
- Les citations courtes de 3 lignes au plus sont mises en guillemet français («... »), mais sans italique.

N.B. : Les caractères majuscules doivent être accentués. Exemple : État, À partir de ...

Références bibliographiques

Ne sont utilisées dans la bibliographie que les références des documents cités. Les références bibliographiques sont présentées par ordre alphabétique des noms d'auteur. Les divers éléments d'une référence bibliographique sont présentés comme suit : NOM et Prénom (s) de l'auteur, Année de publication, zone titre, lieu de publication, zone éditeur, pages (p.) occupées par l'article dans la revue ou l'ouvrage collectif.

Dans la zone titre, le titre d'un article est présenté entre guillemets et celui d'un ouvrage, d'un mémoire ou d'une thèse, d'un rapport, d'une presse écrite est présenté en italique. Dans la zone éditeur, on indique la maison d'édition (pour un ouvrage), le Nom et le numéro/volume de la revue (pour un article). Au cas où un ouvrage est une traduction et/ou une réédition, il faut préciser après le titre le nom du traducteur et/ou l'édition (ex : 2^{nde} éd.).

Les références des sources d'archives, des sources orales et les notes explicatives sont numérotées en série continue et présentées en bas de page.

- Pour les sources orales, réaliser un tableau dont les colonnes comportent un numéro d'ordre, nom et prénoms des informateurs, la date et le lieu de l'entretien, la qualité et la profession des informateurs, son âge ou sa date de naissance et les principaux thèmes abordés au cours des entretiens. Dans ce tableau, les noms des informateurs sont présentés en ordre alphabétique
- Pour les sources d'archives, il faut mentionner en toutes lettres, à la première occurrence, le lieu de conservation des documents suivi de l'abréviation entre parenthèses, la série et l'année. C'est l'abréviation qui est utilisée dans les occurrences suivantes :
Ex. : Abidjan, Archives nationales de Côte d'Ivoire (A.N.C.I), 1EE28, 1899.
- Pour les ouvrages, on note le NOM et le prénom de l'auteur suivis de l'année de publication, du titre de l'ouvrage en italique, du lieu de publication, du nom de la société d'édition et du nombre de page.
Ex : LATTE Egue Jean-Michel, 2018, *L'histoire des Odzukru, peuple du sud de la Côte d'Ivoire, des origines au XIX^e siècle*, Paris, L'Harmattan, 252 p.
- Pour les périodiques, le NOM et le(s) prénom(s) de l'auteur sont suivis de l'année de la publication, du titre de l'article entre guillemets, du nom du périodique en italique, du numéro du volume, du numéro du périodique dans le volume et des pages.
Ex : BAMBA Mamadou, 2022, « Les Dafing dans l'évolution économique et socio-culturelle de Bouaké, 1878-1939 », *NZASSA*, N°8, p.361-372.

NB : Les articles sont la propriété de la revue.

SOMMAIRE

LANGUES, LETTRES, CIVILISATIONS

Études arabes et islamiques

1. **Les avantages de la pédagogie coranique dans le cursus scolaire des enfants des daara: le cas du « modèle passerelle » à Touba**
Seydou KHOUMA 1-18

Études germaniques

2. **Kooperation zwischen Kolonialverwaltung und Missionsgesellschaften im Rahmen der Schulpolitik in Deutsch-Ostafrika von 1891 bis 1912: Divergenzen und Herausforderungen**
Gnénéfolo Brahim SORO 19-36

Lettres Modernes

3. **La poétique de l'impersonnage ou l'écriture de la marge dans pudeur de José Pliya**
Moussa SIDIBÉ..... 37-46
4. **Comme des flèches de Koulsy Lamko : un désordre dramaturgique engagé**
Aboudou N'golo SORO & Bio Yaoua ADJOU MANI..... 47-59

COMMUNICATION, SCIENCE DU LANGAGE, ARTS ET PATRIMOINE

Sciences du langage et de la communication

5. **Médias locaux et accidents de motos à Korhogo (Côte d'Ivoire) : défis pour une éducation à la sécurité routière**
Mamadou DIARRASSOUBA & Daouda FOFANA..... 60-78
6. **Enjeux et défis de la formation en photojournalisme au Burkina Faso**
Taïrou BANGRE & Aïcha Tamboura-Diawara 79-86

Sciences de l'art et du patrimoine

7. **Dimensions touristique et économique des collections muséales en Côte d'Ivoire**
Serge Arnaud GBOLA 87-102

SCIENCES HUMAINES ET SOCIALES

Géographie

8. **San Pedro (sud-ouest Côte d'Ivoire), une ville aux conditions géomorphologiques à risque d'inondation**
David Yao KOUASSI, Alain Atchiman KONE & Kan Emile KOFFI 103-120
9. **Adaptation des productions agricoles face au changement climatique dans la commune rurale de Mandé au Mali**
Diakaridia SIDIBE, Tenemaka SANOGO & Boukary AYA 121-137

- 10. Évolution démographique et menace de la conservation
de la réserve de LAMTO (Centre de la Côte d'Ivoire)**
Ahou Suzanne N'GORAN..... 138-153

Histoire

- 11. L'activité commerciale à Tiassalé à l'époque coloniale (1892-1937)**
N'guessan Bernard KOUAMÉ 153-171
- 12. Signes gestuels et leurs significations :
le cas des statuets des peuples du jòrò du Burkina Faso**
Adama TOMÉ..... 172-191
- 13. Les Dohoun de Bendêkouassikro 1701 À 1730 :
un sous-groupe baoulé oublié dans le peuplement**
Kouassi Roger DJANGO & Mamadou BAMBA..... 192-206
- 14. La délinquance juvénile à Lomé au Togo (1880-2007)**
Ningui Wéssowa MAYEDA 207-224
- 15. L'Église Protestante Évangélique du Burkina Faso face
à la problématique de l'inculturation, 1978-2015**
Worondjilé HIEN 225-245
- 16. Le Goly, un masque au cœur du patrimoine culturel wan**
Kouadio Alexandre DJAMALA..... 246-262
- 17. L'abstraction dans la peinture contemporaine burkinabè :
de la géométrie à l'amorphie**
Inoussa SALOGO..... 263-278
- 18. Les structures d'organisation des élections en Côte d'Ivoire :
entre quête de crédibilité et gestion de contentieux électoraux (1990-2020)**
Hyacinthe Digbeugby BLEY..... 279-290
- 19. Le scoutisme catholique comme vecteur d'éducation morale
de la jeunesse en Côte d'Ivoire (1937-2003)**
Kpassigué Gilbert KONE..... 291-305
- 20. La question de l'intégration des Afro-iraniens en Iran (3000 ans av. J.C. - 1997)**
Zana KEWO..... 306-322

Archéologie et préhistoire

- 21. Rites et interdits dans la production céramique d'un peuple endogame :
cas des Mangoro de Katiola**
DABLE Paule Edlyne, TOURE Gninin Aïcha & KAZIO Djidjé Jacques..... 323-334
- 22. Éléments de significations de la représentation majeure
du cheval dans l'art rupestre du sahel burkinabé**
Yves Pascal Zossin SANOU..... 335-354

23. Protection du patrimoine archéologique impacté par les travaux de construction du barrage hydroélectrique de Singrobo-Ahouaty (Taabo) Timpoko Hélène KABORÉ-KIÉNON, Arouna YEO, Galla Guy Roland TIÉ BI, Lah Louis TUI & Brou Ehivet Senen BLEDOU.....	355-373
24. Le pagne raphia dida (Sud-ouest Côte d'Ivoire) : entre tradition et modernité GOETI Bi Irié Maxime & ETTIEN N'doua Etienne	374-387
25. Archéologie de la métallurgie du fer sur les vallées du fleuve Sénégal et de la Falémé (800 BC-1600AD) : un bilan des connaissances Adama Harouna ATHIE	388-409
Anthropologie et sociologie	
26. Gestion du patrimoine foncier pour les activités maraîchères en milieu urbain et périurbain de la ville de Ouagadougou (Burkina Faso) YONLI Aminata & ZERBO Roger	410-425
27. Citoyenneté stratifiée : jeu de pouvoir chez les autochtones wan et mona de Côte d'Ivoire TANO A. Bérénice-Carel.....	426-442
28. Femmes et sport de haut niveau en Côte d'Ivoire : cas de l'athlétisme à Abidjan Koffi Roland BINI.....	443-454
29. Itinéraires thérapeutiques des adolescentes pendant la grossesse, l'accouchement et la période post-partum dans cinq régions du Burkina Faso Aïcha TAMBOURA DIAWARA.....	455-468
30. Représentations sociales du bon enseignant et comportements des apprenants pendant l'éducation physique et sportive Moustapha SYLLA & MEITE Zoumana.....	469-487
31. Déterminants de la persistance de l'épidémie de dengue dans le district sanitaire de Cocody-Bingerville Kouakou M'BRA.....	488-506
32. Changement climatique et recompositions socio-agricoles dans la commune rurale de Tounouga (Niger) : un argumentaire sociologique en charge du climato-scepticisme COULIBALY Gninlnan Hervé & KORE Gnandjo Léonce Eric.....	507-519
33. Conflits agriculteurs-éleveurs : Analyse problématique du département de Mankono (Côte d'Ivoire) KAKOU-AGNIMOU Amino Kanou Rébéka	520-537

- 34. Conscience sanitaire et inobservance des mesures hygiéno-diététiques par les seniors suivis au centre antidiabétique d'Abidjan**
 Antoine DROH..... 537-549

Criminologie

- 35. Représentations sociales et trajectoires d'usage de drogues chez les élèves de Guiglo dans l'ouest ivoirien**
 Yao François KOUAKOU..... 550-560

- 36. Précarité des conditions des femmes exerçant dans la transformation artisanale de poissons à San Pedro**
 Bi-Claude Évariste ZAN & Soualiho ALADJI..... 561-578

Philosophie

- 37. Analyse du sursaut du panafricanisme au prisme de l'histoire de la philosophie**
 Arinte TOUKO..... 579-594

Sciences juridiques

- 38. Protection du contractant lésé par le recours aux vices du consentement dans le droit malien**
 Djibril TANGARA 595-612

Sciences agronomiques et vétérinaires

- 39. Facteurs déterminant l'intention à adopter la technique de production du lait de soja au Sud du Bénin**
 Souleymane Aboubacrine MAÏGA, Abdoul Kader SIDIBE,
 Ousmane KONIPO, Barthélemy G. HONFOGA, Martin AGBOTON,
 Femi HOUNNOU & Patrice SEWADE..... 613-634

- 40. De la redynamisation à l'amélioration des volumes d'exportation de la gomme arabique au Mali : état des lieux et perspectives**
 Souleymane Aboubacrine MAÏGA, Ousmane KONIPO, Abdoul Kader SIDIBE,
 Abdoul Kader SIDIBE Amadou dit Amobo WAÏGALO &
 Souleymane KOUYATE..... 635-651

Conscience sanitaire et inobservance des mesures hygiéno-diététiques par les seniors suivis au centre antidiabétique d'Abidjan

Antoine DROH

*Ecole Normale Supérieure d'Education Permanente (ENSEP),
Institut National de la Jeunesse et des Sports (INJS),
Abidjan, Côte d'Ivoire,
antoinedroh@yahoo.fr*

Résumé

Les patients atteints de diabète sucré doivent apprendre à vivre avec leur maladie tout au long de la vie. C'est pourquoi, les mesures hygiéno-diététiques représentent un volet important du protocole de leur prise en charge. Cette étude menée à Abidjan, vise à analyser la logique qui explique le sens de la conduite des personnes âgées diabétiques au regard des prescriptions médicales. La réflexion aborde la question par une collecte de données quantitatives et qualitatives auprès de 54 seniors et 6 agents de santé. Les résultats montrent que l'adoption ou non des règles hygiéno-diététiques se heurte aux pesanteurs culturelles d'une part, et à la situation socio-économique des enquêtés d'autre part. En outre, 44% des diabétiques ignorent l'efficacité du traitement hygiéno-diététique. Et en plus, l'absence de spécialistes en gériatrie et gérontologie a été relevée comme un frein majeur à la prise en charge des seniors. Cette situation nécessite l'approfondissement de la réflexion pour un meilleur accompagnement des personnes âgées souffrant de maladies chroniques.

Mots clés : conscience sanitaire - mesures hygiéno-diététiques - seniors diabétiques

Health awareness and non-adherence to hygienic and dietetic measures by seniors followed at the Abidjan anti-diabetic center

Abstract

Patients with diabetes mellitus must learn to live with their disease throughout life. This is why hygienic and dietary measures represent an important part of their treatment protocol. This study, carried out in Abidjan, aims to analyze the logic which explains the meaning of the behavior of elderly diabetics with regard to medical prescriptions. The reflection addresses the question by collecting quantitative and qualitative data from 54 seniors and 6 health workers. The results show that the adoption or not of health and diet rules comes up against cultural constraints on the one hand, and the socio-economic situation of the respondents on the other hand. In addition, 44% of diabetics are unaware of the effectiveness of health and diet treatment. And in addition, the absence of specialists in geriatrics and gerontology has been noted as a major obstacle to the care of seniors. This situation requires further reflection for better support for elderly people suffering from chronic illnesses.

Keywords: health awareness - hygienic-dietary measures - diabetic seniors

Introduction

La population des personnes de plus de 60 ans augmente partout dans le monde. Selon les Nations Unies, leur nombre devrait tripler, passant de 143 millions en 2019 à 426 millions en 2050 (ONU, 2019). Dans l'espace de la Communauté Economique des Etats de l'Afrique de l'Ouest (CEDEAO), cette proportion des personnes âgées passera d'environ 16 millions en 2017 à 53 millions en 2050. Ce vieillissement démographique s'accompagne d'augmentation des besoins et problèmes spécifiques de santé dont le diabète.

En effet, le diabète autrefois rare en Afrique connaît de nos jours une progression rapide à l'image de ce qui se passe dans de nombreux pays industrialisés. Les prévisions épidémiologiques estiment que la prévalence du diabète aura augmenté en 2030 de 98 % en Afrique sub-saharienne (R. L'heveder et T. Nolan, 2013). Cette situation apparaît non seulement comme la conséquence de mutations dans le mode de vie des populations qui abandonnent leurs habitudes de vie traditionnelle lorsqu'elles migrent vers les villes, mais également du vieillissement de la population (C. Jaffiol, 2011). La précarité budgétaire de nombreux pays africains ne leur permet pas de faire face à cette nouvelle épidémie qui ajoute ses effets désastreux à celui des maladies endémo-épidémiques, toujours présentes voire en expansion tel le paludisme, la tuberculose, le VIH, la Covid-19. Cette nouvelle situation du vieillissement démographique, avec ses conséquences, risque de générer à court terme des problèmes financiers insurmontables. Les dépenses de santé pourraient atteindre la quasi-totalité du budget de certains Etats africains.

D'où la nécessité de mener des actions de prévention dans le domaine de la santé de la population, surtout de la population des personnes âgées. La gérontologie préventive dans ce sens viserait à agir auprès des personnes âgées afin de diminuer la probabilité de survenue d'un risque : accident, déficience, ou incapacité voire dépendance. C'est en cela que, B. Forette cité par B. Cassou (2008), en appelait à un changement des mentalités en faveur de la prévention, lorsqu'il disait : « nous pourrions, non seulement espérer "rester ce que nous sommes" le plus longtemps possible, mais probablement nous améliorer » (B. Forette, 1990).

Cela est d'autant plus important qu'un vieillissement en bonne santé jusqu'à un âge avancé est un objectif recherché par un grand nombre de personnes aujourd'hui (Barondess, 2008). Ainsi, l'accroissement de l'espérance de vie en cours dans le monde s'accompagne d'une augmentation du temps vécu sans incapacité pour les hommes comme pour les femmes dans les pays développés.

En France, l'espérance de vie a progressé de près de 60 ans depuis 1750 et atteint aujourd'hui 79,0 ans pour les hommes et 85,1 ans pour les femmes (Ined, 2015). On assiste ainsi, selon B. Frédéric à une augmentation de l'âge modal au décès qui s'est matérialisée pendant plusieurs années par une compression de la mortalité, c'est-à-dire une réduction de la dispersion des âges au décès, au-delà de l'âge modal de 85 ans (B. Frédéric., 2016). Ainsi, la France compte aujourd'hui 20 669 centenaires et plus de 738 603 nonagénaires, alors qu'en 1950, les centenaires n'étaient que 200 et les nonagénaires 35 000 (M. Allard. et JM. Robine 1990). Le fondement important de ce progrès humain est une variable fortement liée à une autre qui est la quête de la longévité. Ces deux variables interpellent aussi bien les sciences sociales que les sciences biomédicales.

Par conscience sanitaire, il faut entendre l'estime et le souci de soi qui se manifestent dans le rapport de l'être humain à sa santé, sachant que pour tout sujet normalement constitué et socialisé, la vie est une valeur inaliénable parce que précieuse : tout être humain veille à sa santé, mais avec les ressources de son milieu (D. Séri,2016).

Cette conscience pousse l'humain à œuvrer pour l'amélioration de l'hygiène de vie, des conditions de travail, de l'habitat, de l'environnement physique en général et de l'accès à des soins efficaces aussi bien préventifs, curatifs que promotionnels ; tout ceci, dans le souci de faire reculer les limites de la mort donc l'allongement de la durée de vie. La conscience sanitaire constitue alors un déterminant majeur de longévité.

Eu égard à cela, le gouvernement ivoirien a fait son cheval de bataille l'amélioration constante du système de soins en faveur des patients souffrants de maladies métaboliques : création du Programme National de Lutte Contre les Maladies Métaboliques, diversification des services de diabétologie sur le territoire national, subvention des produits antidiabétiques. À côté de cet effort, le CADA a mis en place un service chargé d'éducation thérapeutique des malades, une équipe chargée d'organiser la pratique d'activités physiques régulières et un service de nutrition à l'intention des malades diabétiques.

Aussi paradoxal que cela puisse paraître, des personnes âgées dépositaires de la sagesse dans l'imaginaire populaire, et d'un parcours de vie riche d'expérience n'observent pas les mesures hygiéno-diététiques prescrites par les diabétologues. Sont-elles habitées par l'instinct de conservation, ou tout simplement parce qu'elles ne savent pas qu'elles courent des risques pour leur santé ? Et pourtant certains patients diabétiques suivis dans ce service reviennent

dans un état de santé critique lié aux complications de la maladie et d'autres succombent à ces complications (ED. Clémence, 2020).

Cette situation, suscite la question centrale suivante : quelles sont les facteurs explicatifs de l'inobservance des mesures hygiéno-diététiques par les personnes âgées diabétiques suivies au Centre Antidiabétique d'Abidjan ?

Dans ces conditions, les patients diabétiques âgés pensent-ils que les règles hygiéno-diététiques recommandées sont-elles trop contraignantes ? Autrement, quels sont les facteurs explicatifs de cette situation ? Ou quels sont les limites, voire les inconvénients de ces mesures, pour ce groupe d'âge ? Telles sont les questions abordées dans cette étude étant entendu que l'objectif poursuivi est d'identifier les facteurs explicatifs à cette posture.

1. Méthodologie

L'étude s'est déroulée à l'Institut National de Santé Publique (INSP), précisément au Centre Antidiabétique d'Abidjan (CADA), qui est le premier centre spécialisé de référence dans la prise en charge des diabétiques en Côte d'Ivoire. Il a beaucoup plus d'expérience en la matière et d'un accès facile à la population. Il prend en charge plus de 80% des diabétiques en consultation ambulatoire, sur l'ensemble du territoire ivoirien.

La présente réflexion porte sur la relation entre la conscience sanitaire et l'inobservance des recommandations médicales par les seniors diabétiques. De ce fait, la population cible est composée essentiellement des personnes âgées diabétiques suivies au CADA, et du personnel soignant (médecins et infirmiers) exerçant dans le service.

Cette étude s'inscrit dans le champ de la gérontologie sociale. Nous avons utilisé la technique du choix raisonné pour la sélection des enquêtés. À cet effet, nous avons interrogé les seniors diabétiques âgés de 60 ans et plus suivis au moins pendant deux (2) ans au CADA. Le seuil retenu pour définir la population de personnes âgées varie selon les auteurs et les époques. Pour éviter toute confusion en la matière, nous avons fait le choix de cette tranche d'âge en nous fondant sur la définition des aînés selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS, 2002, p.59). Les personnes ayant accepté librement de répondre à nos questions ont été interrogées. Soit au total soixante (60) personnes interrogées dont six (6) agents de santé soumis à l'entretien, et cinquante-quatre (54) malades âgés, au questionnaire. Le recueil des données s'est fait dans le strict respect de la confidentialité, de l'éthique et de la dignité des participants. L'étude a duré trois (03) mois, précisément du 03 janvier au 30 mars 2023.

Un ensemble d'outils et techniques d'enquête a été utilisé comme support essentiel dans le recueil d'informations. Ce sont : la recherche documentaire, les techniques d'observation directe et l'entretien. La recherche documentaire a permis d'approfondir les connaissances sur le diabète du sujet âgé, de recenser un certain nombre d'écrits en rapport avec la thématique. Quant à l'observation directe, elle a servi à identifier l'organisation de service et à observer les séances d'éducation thérapeutique à partir d'une grille d'observation.

S'agissant de l'entretien, il a été réalisé à l'aide d'un guide d'entretien qui a permis de recueillir des informations sur le diabète et les mesures hygiéno-diététiques. Enfin, le questionnaire a permis de recueillir les caractéristiques sociodémographiques des personnes âgées, leurs connaissances sur le diabète et les mesures hygiéno-diététiques.

Les données de l'entretien ont été saisies, retranscrites sur ordinateurs, traitées et analysées à l'aide de l'analyse thématique de contenu (Negura, 2006 ; Bardin, 2013). Elle a permis de disséquer les discours, les idées et d'établir des liens entre eux afin d'appréhender ce qu'ils révèlent de communs et de divergents. Quant aux données quantitatives, elles ont été traitées avec le logiciel SPSS. Cela a abouti aux résultats ci-après.

2. Résultats

Avant de traiter de la question de la conscience sanitaire des enquêtés, il convient d'établir leur profil sociodémographique. Les variables choisies sont le sexe, l'âge, la religion, la situation matrimoniale, la charge sociale des malades et le niveau d'instruction.

2.1. Caractéristiques sociodémographiques

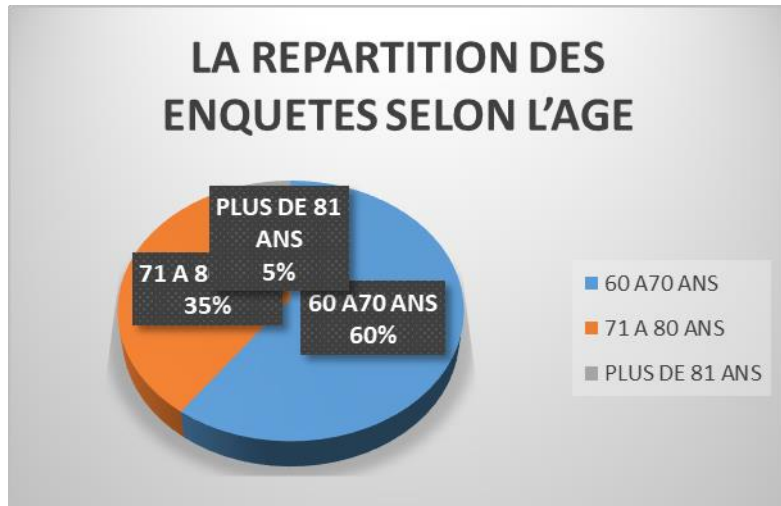
Les caractéristiques sociodémographiques de personnes enquêtées sont réparties selon le genre, l'âge, la situation matrimoniale, la religion et le nombre de personnes en charge.

2.1.1. Sexe



La distribution des enquêtés selon le genre sur cette figure, montre qu'il y'a autant d'hommes que de femmes interrogées dans le cadre de cette étude, soit 50% de sexe masculin et 50% de sexe féminin.

2.1.2. Âge



Parmi les personnes interrogées, 60% avaient un âge compris entre 60 et 70 ans, 35% entre 71 et 80 ans et 5% seulement ont atteint au moins 80 ans.

2.1.3. Situation matrimoniale

Figure 3 : Répartition des enquêtés selon la situation matrimoniale

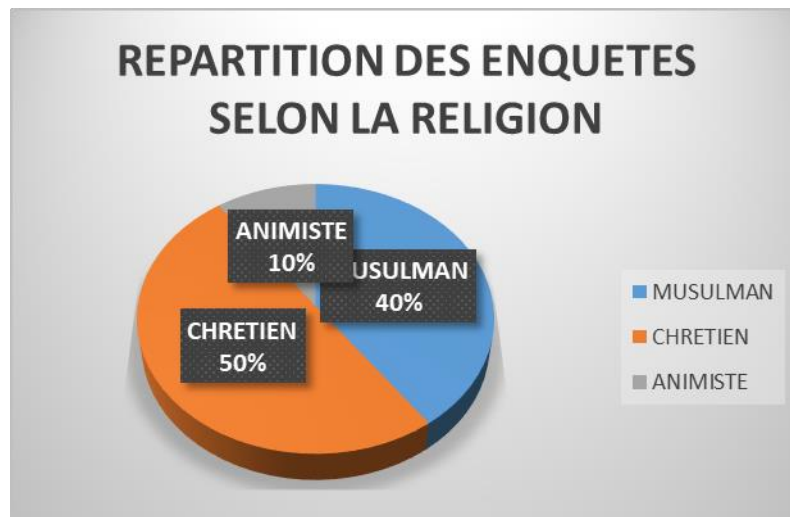


Source : notre enquête du 03 janvier au 30 mars 2023

Les données sur la situation matrimoniale révèlent que 35% des personnes âgées enquêtées vivent légalement en couple, 25% en concubinage, 15% divorcées, 15% veuves et 10% déclarent avoir rompu le lien conjugal et vivent seules (célibataires).

2.1.4. Religion

Figure 4 : Répartition des enquêtés selon la religion pratiquée

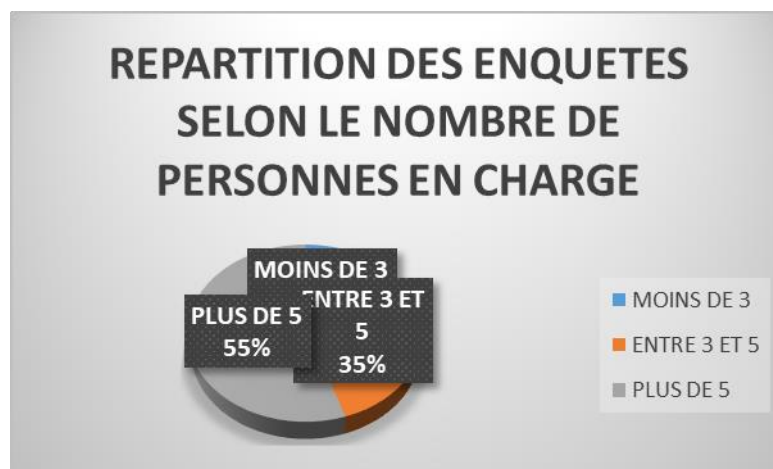


Source : notre enquête du 03 janvier au 30 mars 2023

Au regard de ce camembert, il ressort que la moitié des personnes interrogées, soit 50% pratiquent le christianisme, 40% l'Islam et 10% animistes.

2.1.5. Personnes en charge

Figure 5 : Répartition des enquêtés selon le nombre d'enfants en charge



Source : notre enquête du 03 janvier au 30 mars 2023

55% des personnes enquêtées ont plus de 5 enfants en charge, 35% ont entre 3 et 5 en charge et 10%, moins de 3 enfants en charge. Il s'agit des enfants qui sont socialement dépendants.

S'agissant du niveau d'instruction, l'étude a noté que 51,70% des enquêtés sont sans instruction scolaire. Par contre, 48,30% savent lire et écrire. Ces derniers sont répartis entre le cycle primaire (16,30%), le cycle secondaire (21,90%) et le cycle supérieur (10%).

Ces données traduisent clairement que quasiment un diabétique sur deux est lettré. Il a donc toutes les chances d'accéder directement au contenu des messages éducatifs livrés lors des séances d'éducation.

2.2. Connaissance des seniors sur la maladie et les mesures hygiéno-diététiques

La totalité des enquêtés affirme que le diabète provoque une élévation du taux de glycémie et déclare également connaître en Français le nom de la maladie dont elle souffre. Tous ont régulièrement prononcé : « la maladie dont je souffre s'appelle diabète. Il s'agit de l'élévation du taux de sucre dans le sang ». Cette nosologie découle de la biomédecine qui elle-même est l'émanation de la culture occidentale. Si bien que la majorité des enquêtés (80 %) avoue ne pas connaître le nom de la maladie en langue maternelle. Par contre, 20% des diabétiques affirment avoir une connaissance du nom de la maladie dans leur langue maternelle. Mais à l'analyse de leur propos, il s'agit bien d'une récupération en langue locale du mot diabète, à partir de sa déclinaison dans la culture occidentale : « maladie du sucre ». Si bien que l'étiologie de la maladie est diversement exprimée. Quand certains enquêtés mettent en cause la consommation abusive de glucide, d'autres incriminent les sorciers :

Cette maladie est causée par les aliments sucrés. Après le décès de mon mari, j'ai commencé à faire le commerce du miel mais aussi à le consommer. Depuis, j'ai commencé à beaucoup pisser. Arrivé ici, le docteur m'a dit que c'est le diabète ; c'est parce que je mange beaucoup les choses sucrées que j'ai contracté la maladie. Je pense aussi au miel sucré (**Veuve T., 70 ans**)

A contrario, un autre enquêté attribue la cause de son mal aux sorciers. Le diabète n'est pas une maladie simple, ça peut être un sort lancé par un parent proche, je veux parler de problème de la sorcellerie dans la famille. Moi, mon frère est mort de diabète, c'est un sort lancé contre nous. (**Monsieur Z., 76 ans**)

Ces conceptions sur l'étiologie du diabète orientent chaque malade à se déterminer quant à la reconnaissance du bien fait du traitement hygiéno-diététique : Une maladie dont les causes sont multiples, il faut chercher le traitement auprès de ceux qui connaissent les plantes médicinales. Les conseils de type : ne pas manger tel aliment ou il faut marcher beaucoup, ne sont pas thérapeutiques dans ce cas. (**P.M, 70 ans**)

Cet avis est partagé par près de 44% des malades diabétiques enquêtés.

2.3. Déterminants de l'observance ou non des mesures hygiéno-diététiques recommandées par les praticiens de la médecine

La survenue du diabète et l'annonce du diagnostic est une période qui déstabilise le patient âgé. L'articulation de la maladie et les recommandations médicales qui en découlent avec la gestion des activités quotidiennes sont pénibles pour le malade âgé. Les données montrent que lorsque le diabétique voit son rendez-vous s'approcher, il est angoissé. Ils ne prévoient plus d'autres activités dans l'attente du jour comme en témoignage **H. L., âgé de 65 ans** : « Je suis toujours inquiet quand je dois rencontrer le médecin. Surtout quand je vais faire le contrôle de la glycémie. Est-elle montée encore ou non ? Va-t-il me recommander autre chose ? On ne prévoit jamais rien, ce jour de rendez-vous ».

Par ailleurs, la personne âgée étant le plus souvent polypathologique, le diabétologue ne s'intéresse qu'à sa seule pathologie qui est le diabète. Du coup, le vieillard malade est condamné à retourner chez lui sans recevoir de soins pour les autres maladies dont il est pourtant porteur. La non prise en compte de tous ses problèmes de santé dans un établissement sanitaire le contraint à chercher recours à la médecine traditionnelle qui propose plusieurs remèdes à moindre coût. A cet effet, nous avons recueilli ce qui suit : « En plus du diabète, je suis hypertendu et je souffre aussi d'arthrose. Pour ces trois maladies, je dois voir trois spécialistes dans des services différents. Quels moyens j'ai pour respecter chaque prescription ? » affirme **P.S, 81 ans**

Le vieillissement a pour corollaire l'apparition des pathologies chroniques qui nécessitent non seulement des frais financiers énormes mais surtout des soins spécifiques et adaptés prodigués par des spécialistes que sont les gériatres et les gérontologues. Ce que les seniors diabétiques regrettent. « Nous les seniors, nous sommes laissés pour compte. Nous n'avons ni de sécurité sociale, ni de spécialiste pour prendre en charge les maladies dont nous souffrons, comme cela se voit ailleurs dans le monde. Les enfants ont des pédiatres et les vieux ? » **Y.P. 64 ans.**

En dehors d'avoir les spécialistes du vieillissement, les enquêtés ont décrié le coût onéreux des denrées alimentaires sur le marché. « Le régime est très sélectif et le prix des aliments est très élevé sur le marché », soutient la veuve **G.C. âgée de 64 ans.**

Presque tous les enquêtés ont dénoncé la cherté du régime alimentaire et l'absence de gériatre dans le service.

De ces déclarations, l'on note que les conditions socioéconomiques d'une part, les dépenses en santé d'autre part, et l'absence de gériatres et gérontologues à même de répondre efficacement aux problèmes liés à la vieillesse et à la prise en charge de la polyopathie des personnes âgées, constituent des difficultés au respect des prescriptions des diabétologues.

S'agissant de la conscience qu'ils ont de leur état de santé, ils affirment tous en être bien conscients. C'est la raison pour laquelle ils cherchent les solutions partout, en vue de retrouver la guérison. Sur ce point, le personnel interrogé dit le contraire :

Nous pensons que les pesanteurs culturelles ont pris le dessus sur l'estime que ces aînés ont pour leur état de santé. C'est vrai que le marché est cher, mais ce qu'on dépense chez les guérisseurs traditionnels peut servir à acheter les aliments surtout que notre pays regorge des ressources alimentaires demandées. **T. D. 65 ans**

Il ressort de ces propos de spécialiste de la santé que le malade ne comprend pas les raisons qui motivent le régime diabétique. Il semble qu'il ne maîtrise pas le régime alimentaire et ne le pratique pas. Il est soutenu par un autre senior dans ces propos.

Pour apprécier la portée de nos résultats, nous allons les confronter à ceux obtenus par d'autres chercheurs.

3. Discussion des résultats

3.1. Caractéristiques sociodémographiques

Les enquêtés de sexe masculin atteints de diabète représentaient 50% de notre échantillon. Il en est de même pour le genre féminin. Ceci n'est pas comparable au résultat du travail réalisé par A. BA (2019) sur l'évaluation des connaissances des diabétiques sur les mesures hygiéno-diététiques. Dans ce travail, les patients de sexe masculin ont été le plus prédominant (59%) avec un sexe ratio 1,44 en faveur des hommes.

S'agissant du niveau d'instruction, nos données s'éloignent de celles de C. Baudelot et al. (2016). Dans leurs travaux, les auteurs affirment que la totalité de leur population soumise sait lire et écrire. Alors que dans notre travail, 51,70% des enquêtés sont illettrés.

3.2. Connaissance des seniors sur la maladie et les mesures hygiéno-diététiques

Dans notre population d'étude la totalité de nos patients (100%) définit le diabète comme une élévation du taux de sucre dans le sang. Ce résultat est au-dessus de celui de A. BA (2019) où seulement 53% des enquêtés définissent le diabète comme une hyperglycémie. Par contre, les patients interrogés (64%) reconnaissent que les mesures hygiéno-diététiques sont essentielles dans le traitement et la surveillance du diabétique et de façon positive, elles améliorent l'état

de santé. Ces données ne sont pas superposables à celles que nous avons retrouvées. En effet, le poids des pesanteurs culturelles recueillies chez nos enquêtés et leurs conditions socio-économiques, font que près de 54% de nos diabétiques enquêtés, ignorent les effets positifs de ces mesures (alimentation et activités physiques) sur leur santé et leur état de vieillesse.

3.3. Déterminants de l'observance ou non des mesures hygiéno-diététiques recommandées par les praticiens de la médecine

En plus du poids culturel et du coût élevé des denrées alimentaires qui ont été évoqués comme barrières à l'observance des recommandations médicales, nos résultats ajoutent l'inexistence des spécialistes à même de prendre en charge de façon professionnelle les questions de santé relatives aux statuts de vieilles personnes malades. Les difficultés alimentaires identifiées comme obstacles au respect des conseils des professionnels ont été évoquées chez A. BA (2019). Toutefois, ce chercheur indique que l'absence de la pratique d'activité physique constitue pour 55% des principales difficultés retrouvées chez les diabétiques dans l'application des conseils élaborés par les médecins.

Conclusion

La croissance rapide de la prévalence du diabète sucré dans les pays en développement est liée aux nouveaux comportements de vie moderne et au déficit réel de la production d'insuline chez les personnes âgées. Pour soutenir l'allongement de l'espérance de vie sans incapacité dans ces pays, particulièrement en Côte d'Ivoire, la mesure essentielle se trouve au niveau de la conscience sanitaire des populations et la mise en place des disciplines scientifiques dédiées spécifiquement à la prise en charge des séniors. Un tel résultat est atteignable si le dispositif institutionnel en cours dans le développement durable du capital humain en fait sien.

Références bibliographiques

ALLARD Michel et ROBINE Jean-Marie, 2000, *Les centenaires français : étude de la Fondation IPSEN, 1990-2000 : rapport final*. Serdi.

BA Abdouramane, 2019, *Evaluation des connaissances des patients diabétiques sur les mesures hygiéno-diététiques* (Doctoral dissertation).

BALARD Frédéric, 2016, La longévité : temps de vie supplémentaire ou vie hors du temps ? *Gérontologie et société*, 38(3), p.133-150.

BAUDELLOT Christian CAILLÉ Yvanie GODECHOT Olivier *et al.*, 2016, Maladies rénales et inégalités sociales d'accès à la greffe en France. *Population*, 71(1), 23-51.

CASSOU Bernard, (2008), Prévenir les maladies et promouvoir la santé des personnes âgées. *Gérontologie et société*, 31(2), p.11-22.

FORETTE Bernard, 1990, La prévention a-t-elle un avenir ? *Gérontologie et société*, 15-20

JAFFIOL Claude, 2011, Le diabète sucré en Afrique : un enjeu de santé publique. *Bulletin de l'Académie nationale de médecine*, 195(6), 1239-1254.

L'HEVEDER Ronan et NOLAN Tim, 2013, International diabetes federation. *Diabetes research and clinical practice*, 101(3), p.349-351.

SERI Dédy, 2016, Pratiques à risque pour la santé et conscience sanitaire des populations en Afrique subsaharienne : cas de la Côte d'Ivoire.