



Revue Africaine des Sciences Sociales et de la Santé Publique, Volume 4 (2)
ISSN :1987-071X e-ISSN 1987-1023
Reçu, 6 juin 2022
Accepté, 23 août 2022
Publié, 24 août 2022
<http://www.revue-rasp.org>

Type d'article : Recherche

Habitudes et régimes alimentaires chez les personnes âgées atteintes d'insuffisance rénale chronique suivies à l'hôpital militaire d'Abidjan

Habits and diets in elderly people with chronic renal failure followed at the military hospital of Abidjan

Antoine DROH^{1,2}

¹Ecole Normale Supérieure d'Education Permanente (ENSEP), Institut National de la Jeunesse et des Sports (INJS), Abidjan, Côte d'Ivoire

²Laboratoire d'Etudes et de Recherches Interdisciplinaires en Sciences Sociales (LERISS, Abidjan)

Email : antoinedroh@yahoo.fr, Tél (00225) 05-05-64-91-72

Résumé

L'insuffisance rénale chronique est une maladie grave particulièrement chez le sujet âgé. Le suivi des personnes âgées souffrant de cette pathologie rime parfois avec des contradictions entre régime alimentaire et habitudes alimentaires. L'objectif de l'étude est d'identifier les déterminants liés à l'observance des mesures hygiéno-diététiques recommandées par les praticiens de la médecine moderne. C'est une étude mixte (qualitative et quantitative) qui a mobilisé une grille d'observation, un guide d'entretien et un questionnaire. La sélection des enquêtés s'est faite par la méthode du choix raisonné. Au total 42 enquêtés ont été retenus. Les résultats montrent que les patients âgés atteints d'insuffisance rénale chronique vivent mal l'annonce du diagnostic et adhèrent difficilement aux régimes alimentaires prescrits à cause de leur culture nutritionnelle qui oriente leurs habitudes alimentaires. Une éducation thérapeutique axée sur la prise en compte des aliments de la culture d'origine des sujets malades et l'instauration d'une politique de transplantation rénale pourraient contribuer à améliorer la prise en charge en Côte d'Ivoire.

Mots clés : *culture, habitudes alimentaires, règles hygiéno-diététiques, insuffisance rénale chronique.*

Abstract

Chronic renal failure is a serious disease, particularly in the elderly. The follow-up of elderly people suffering from this pathology sometimes rhymes with contradictions between diet and eating habits. The objective of the study is to identify the determinants linked to the observance of lifestyle and dietary measures recommended by practitioners of modern

medicine. It is a mixed study (qualitative and quantitative) which used an observation grid, an interview guide and a questionnaire. Respondents were selected using the reasoned choice method. A total of 42 respondents were selected. The results show that elderly patients with chronic renal failure do not respond well to the announcement of the diagnosis and have difficulty adhering to the prescribed diets because of their nutritional culture which guides their eating habits. Therapeutic education focused on taking into account foods from the culture of origin of sick subjects and the establishment of a kidney transplant policy could help improve care in Côte d'Ivoire.

Keywords: *culture, eating habits, hygiene and dietary rules, chronic renal failure.*

1. Introduction

La croissance accélérée de la proportion des personnes âgées rime avec l'émergence des maladies chroniques dont l'insuffisance rénale. Cette maladie est le déclin lent et progressif de la fonction des reins. Elle est habituellement la complication d'un trouble de santé grave. À la différence de l'insuffisance rénale aiguë, l'insuffisance rénale chronique s'installe graduellement pendant des semaines, des mois ou des années, à mesure que les reins cessent lentement de fonctionner. C'est une pathologie fréquente et grave, à forts enjeux de santé publique. D'après Diakité F. et *al.* (2018 :229), le nombre de patients insuffisants rénaux chroniques (IRC) ne cesse de croître dans le monde. En 2015, plus de 353 millions de personnes soit 5% de la population mondiale, étaient affectées d'une insuffisance rénale chronique. La prévalence varie d'un pays à un autre et l'accès aux traitements dépend du niveau socio-économique du pays concerné. Devenue la 11ème cause de mortalité globale, la maladie rénale chronique (MRC) cause environ 1,2 millions de décès par an. Par ailleurs, elle occupe le 6ème rang de progression parmi les causes de décès (Ramilitiana et *al.*, 2016 : 10). La prévalence est variable d'un pays à l'autre, mais des études de population aux Etats-Unis, indiquent que la prévalence à tous les stades de la maladie rénale chronique est de 13% et concerne près de 20 millions d'américains (Ramilitiana, *op.cit.*). En France, l'insuffisance rénale chronique terminale concerne plus de 50 000 personnes soit près de 1 ‰, dont 60 % sont en dialyse et 40 % ont un greffon rénal fonctionnel. Son incidence est stable, sauf chez les plus de 75 ans pour lesquels elle ne cesse d'augmenter (Stengel B. et *al.*, 2007 :1811).

Les pays africains n'en sont pas épargnés. En Afrique du Sud, l'incidence était de 10% en 2003. Au Mali, elle est passée graduellement de 1,9 % en 1990 à 8,6% en 1999, à 20,1% en 2005 (Hamed, année 2005 : 17). En Côte d'Ivoire, la prévalence hospitalière varie entre 39 et 52%. Plus grave, le taux de mortalité chez les personnes admises dans un seul service de néphrologie est de 39%, et sur 100 personnes hospitalisées 39 décèdent (Ouattara et *al.*, 2011 :16).

Plus qu'une maladie, l'insuffisance rénale chronique se transforme en drame psychologique et social pour les malades et la société. Ses conséquences socio-économiques sont lourdes et onéreuses et impactent la qualité de vie des malades âgés (Marissal et Saily, 2002 :16-18). D'une manière générale, les patients âgés sont amenés à restreindre leurs activités et leurs pratiques sociales pour pouvoir consacrer une partie de leur temps aux séances de dialyse. La restriction des activités et des pratiques sociales a pour conséquences le changement des rôles

sociaux, la dépendance familiale et l'isolement social (Ribeiro et Suter, 2017 :8-10). L'insuffisance rénale est invalidante et constitue un facteur de risque de morbidité et de surmortalité cardiovasculaire qui font d'elle un lourd fardeau en termes de santé publique et de dépenses chez bon nombre d'individus dans la société ivoirienne. Pour la prise en charge des malades rénaux, l'État ivoirien a mis en place des dispositifs utiles dans les Centres Hospitaliers et Universitaires ainsi que dans certaines structures sanitaires spécialisées dont l'Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA). Concernant ce dernier, il existe en son sein, une unité d'assistance sociale dont le rôle est de veiller à l'accompagnement des patients dans le processus de soins avec un accent particulier sur la prise en charge de la maladie rénale.

Malgré les efforts des autorités sanitaires, les néphrologues affirment rencontrer dans leur pratique quotidienne des difficultés telles que le non-respect du régime, l'apparition fréquente des œdèmes au niveau des membres inférieurs, l'absentéisme des malades aux séances de dialyse et les prises de poids observés chez la plupart des patients. Cette situation qui prend de plus en plus de l'ampleur constitue un véritable problème pour les aidants familiaux et les néphrologues qui sont convaincus que les règles hygiéno-diététiques, l'activité physique et les séances de dialyse, sont importantes pour améliorer l'état de santé des malades. De ce fait, il se pose le problème de savoir pourquoi les personnes âgées atteintes d'insuffisance rénale chronique n'adhèrent-elles pas aux régimes alimentaires prescrits par les médecins ? Sont-elles conscientes qu'un suivi médical rigoureux et régulier est nécessaire pour leur santé ? Par ailleurs, le personnel soignant prend-t-il en compte les données individuelles, sociales et économiques des malades âgés atteints d'Insuffisance Rénale Chronique (IRC) ? L'objectif de l'étude est d'analyser les facteurs de la non observance des prescriptions recommandées par les médecins aux personnes âgées atteintes d'IRC suivies à l'Hôpital Militaire d'Abidjan.

2. Matériels et méthodes

2.1. Choix du champ d'étude

Cette étude s'est déroulée à l'Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA). Ce choix repose sur le fait que cette institution est réputée pour sa rigueur dans le travail et la performance de son plateau technique, en comparaison à celui des autres centres d'hémodialyse. En plus, HMA semble être accessible à toute la population eu égard à sa situation géographique à Abidjan, précisément, au niveau du carrefour Zoo.

2.2. Population à l'étude

La présente réflexion porte sur les facteurs liés à l'observance des prescriptions médicales par les patients âgés atteints d'insuffisance rénale chronique. De ce fait, la population cible est composée essentiellement des personnes âgées malades suivies à l'Hôpital Militaire d'Abidjan (HMA), et du personnel soignant (médecins et infirmiers) exerçant dans le service de néphrologie de cette institution sociale.

2.3 Échantillonnage

Notre étude s'inscrit dans le champ de la gérontologie sociale. Nous avons utilisé la technique du choix raisonné pour la sélection des enquêtés. A cet effet, nous nous sommes intéressé aux malades âgés de 60 ans ou plus ; suivis au moins pendant un (1) an à l'Hôpital

Militaire d'Abidjan pour insuffisance rénale chronique. En effet, 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 : 59). L'étude a duré deux mois ; précisément du 03 février au 5 avril 2021. Les personnes âgées ayant accepté librement de répondre à nos questions ont été interrogées. Soit au total 42 personnes interrogées. Dont deux agents de santé soumis à l'entretien et 40 malades âgés, au questionnaire. Le recueil des données s'est fait dans le strict respect de la confidentialité, de l'éthique et la de dignité des participants.

2.4 Outils de collecte

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 la maladie, de recenser un certain nombre d'écrits en rapport avec le sujet. Quant à l'observation directe, elle a servi à identifier l'organisation de service et à observer les séances de dialyse 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 pour sa part, a permis de recueillir des informations sur la maladie rénale et les mesures hygiéno-diététiques. Enfin, le questionnaire a permis de recueillir auprès des personnes âgées des données sur leurs connaissances et perceptions de la maladie et du régime alimentaire prescrit par les médecins.

2.5. Traitement et analyse des données

Cette étape a été précédée de la retranscription et du dépouillement manuel des données. L'analyse de contenu thématique choisie pour examiner les propos des enquêtés a permis d'isoler les unités signifiantes, abstraites. Cette méthode a mis en évidence les cohérences thématiques inter-entretiens et les systèmes de représentations véhiculés.

Les données 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

3. Résultats

Les données collectées se regroupent autour de quatre axes essentiels : (1) les caractéristiques sociodémographiques des enquêtés, (2) la connaissance de l'insuffisance rénale chronique et le vécu des aînés, (3) la perception des malades sur le régime alimentaire et (4) les facteurs qui sous-tendent l'observance ou non des mesures hygiéno-diététiques recommandées.

3.1 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les variables choisies sont le sexe, le niveau d'instruction, la fonction et la religion pratiquées par les malades.

3.1.1 Sexe

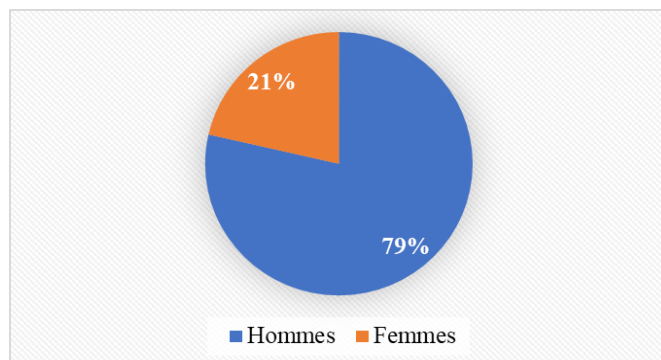


Figure n°1 : Répartition des enquêtés selon le sexe
Source : données de notre enquête (2021)

Selon le graphique, les personnes âgées de sexe masculin sont plus nombreuses (79%) que celles de sexe féminin (21%).

3.1.2 Niveau d'instruction

Concernant le niveau d'instruction (voir figure 2), il ressort que 50% des enquêtés ont atteint le niveau secondaire, 21% le niveau primaire, 8% le niveau supérieur et 21% autres ne savent ni lire ni écrire.

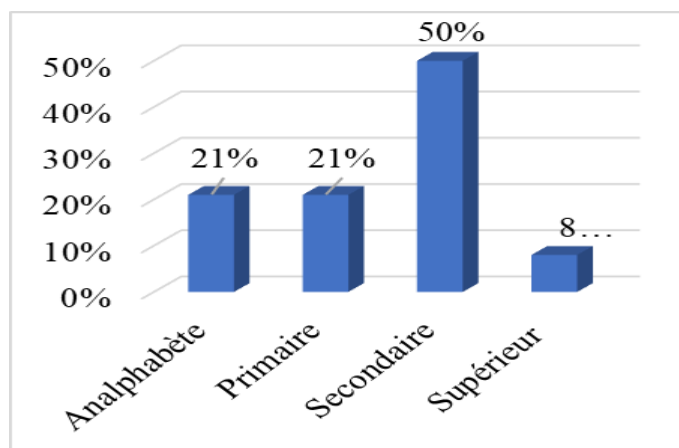


Figure n°2 : Répartition des enquêtés selon leur niveau d'instruction
Source : données de notre enquête (2021)

3.1.3 Profession

Tableau 1 : Répartition des enquêtés selon la profession

Variabes	Valeurs relatives en %
Cultivateur	7
Retraité	42
Commerçant (e)	15
Sans emploi	15

Militaire	7
Homme d'affaire	7
Chauffeur	7
Total	100

Source : données de notre enquête (2021)

Ce tableau 1 met en évidence la réalité selon laquelle la majorité des enquêtés est à la retraite (42%) et une proportion représentant (15%) est sans emploi. Le reste est encore en fonction (commerçant, cultivateur, militaire, homme d'affaire ou chauffeur).

3.1.4 Religion

La figure n°3 révèle que 57% des patients interrogés sont chrétiens, contre 29% qui pratiquent la religion musulmane et 14% sont animistes.

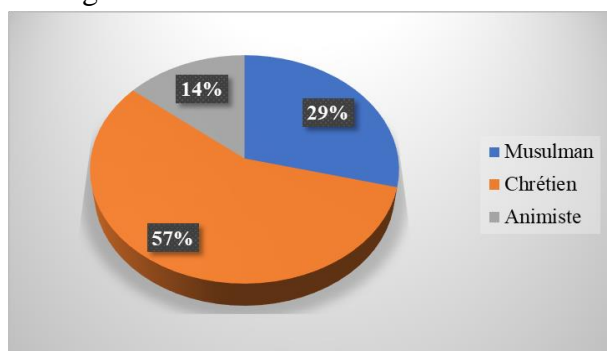


Figure n°3 : Répartition des enquêtés selon la religion

Source : données de notre enquête (2021)

3.2. Connaissance de l'insuffisance rénale chronique et le vécu des aînés

Il est ressorti de l'entretien avec les agents de santé (médecin et infirmier) que l'insuffisance rénale chronique (IRC) est une maladie des reins d'évolution silencieuse et progressive qui détériore la fonction de filtration des reins. Dans sa phase initiale, la maladie évolue de manière dissimulée. Les symptômes sont pratiquement absents. Dans certains cas, ceux qui sont ressentis sont difficiles à reconnaître par les victimes. Cette particularité fait que la maladie peut rester inaperçue jusqu'à des phases avancées. Les aînés interrogés expriment leurs difficultés à reconnaître la maladie rénale à son début et à traduire les signes et les symptômes avec exactitude.

T.S. officier âgé de 74 ans :

« C'est un peu difficile d'expliquer avec précision mon ressentiment. Mais si je me souviens bien, tout a commencé par un excès d'activité physique accompagné de stress. Chaque fois, mon entourage me trouvait importun ce qui me stressait au quotidien. Cela a vraiment duré. J'étais incompris et ma grande fille m'a conduit d'abord à l'hôpital psychiatrique puis ici. Après les examens, le médecin m'a dit que je souffre d'insuffisance rénale ».

La manifestation de la maladie et l'interprétation des symptômes sont presque identiques, en écoutant attentivement les discours des personnes âgées victimes de l'IRC. Elles affirment ne pas reconnaître la maladie au début et sont surprises par le diagnostic.

« Comme vient de vous le dire mon officier, c'est pareil pour moi. Suite à un excès de travail, j'ai senti un malaise qui a bouleversé physiquement ma santé. Je ne savais pas que c'était l'insuffisance rénale. Le diagnostic que le médecin m'a donné a été une atteinte grave de ma santé générale et un grand choc ». Déclare, P.M. âgé de 62 ans.

D'une manière générale, les personnes âgées interrogées, tout comme le personnel de santé, sont unanimes pour reconnaître que les malades cherchent un avis médical seulement quand les symptômes deviennent trop intenses et persistants, produisant une influence négative sur la réalisation des activités de la vie quotidienne. En outre, les types de manifestations de la maladie associés au contexte du parcours de vie (comme l'âge, le niveau socio-culturel), et au style de vie des patients (habitudes perçues comme étant saines et équilibrées), donnent lieu à une interprétation diversifiée de la maladie et de ses causes.

« Au départ, les médecins ont dit que je suis diabétique. Par la suite, on me parle aujourd'hui d'insuffisance rénale. Je trouve cela invraisemblable. J'ai toujours été aux petits soins de la grande famille quand j'étais en activité. Au moment de jouir de ma retraite, voilà ce que je deviens. Qu'est-ce que j'ai fait de mal ? Après le diabète, c'est l'insuffisance rénale. Non, je ne comprends pas ». S'interroge K.H âgé de 68 ans.

Quant au médecin interrogé, il confirme pour dire que « L'insuffisance rénale chronique est toujours la conséquence d'une maladie qui détériore progressivement le fonctionnement des reins, les deux causes principales sont le diabète de type 1 comme le diabète de type 2 et l'hypertension artérielle ». C'est pour cela, selon toujours le médecin, que le malade, en plus du régime alimentaire et de la dialyse, peut se voir prescrire des traitements médicamenteux contre le diabète ou l'hypertension artérielle, ce qui donne diverses perceptions sur les recommandations médicales par les malades.

3.3. Perception des patients âgés souffrants d'insuffisance rénale chronique sur le régime alimentaire prescrit

Le thème de perception ici recouvre la manière dont le sujet âgé perçoit la maladie rénale dont il souffre, les prescriptions médicales qui rendent compte de son comportement et les divers facteurs susceptibles d'affecter son bien-être ou son vécu quotidien.

Les données recueillies montrent que les patients âgés atteints d'insuffisance rénale chronique incriminent les médicaments qui leur sont prescrits d'être à l'origine de leur souffrance. Pour eux, ce sont les produits médicamenteux et le régime alimentaire qui ont un véritable impact négatif sur leur vie quotidienne. Quant à la fatigue, à l'incapacité et aux changements du corps, les séances de dialyse sont responsables ; ils expliquent, à ce sujet que ces pratiques n'amènent pas forcément à la guérison. C'est pour cette raison que les traitements sont perçus par les malades comme inefficaces. « J'ai du mal à m'adapter au régime et au traitement, parce qu'ils imposent des restrictions temporelles dues à leur cadence, des restrictions hydriques et alimentaires. Aussi, la fatigue due aux traitements de dialyse provoque des effets sur ma capacité à réaliser mes différentes activités quotidiennes. Tout est désagréable à supporter », affirme L.D., un fonctionnaire à la retraite. Le discours médical préconise la consommation des aliments en se basant sur leurs qualités nutritionnelles. Il laisse apparaître des jugements de valeur dignes de sanctionner certains comportements des malades jugés comme des aberrations par rapport à leur conception scientifique sur les bienfaits des aliments. Cette approche est d'autant plus normative qu'il s'agisse d'un régime prescrit pour

une maladie chronique où il est demandé aux patients qui ont une longue histoire de vie de se conformer à un certain nombre d'exigences alimentaires sans valeur culturelle.

Dans le cas de l'insuffisance rénale chronique, les patients doivent obéir à un certain nombre de règles consistant à consommer moins de sucré, moins de salé et moins d'aliments gras. À cet effet, les enquêtés ont déclaré connaître en partie les aliments autorisés et ceux à éviter pour leur régime. Ces derniers aliments connus et cités par les patients sont les légumes secs, des fruits oléagineux et des fruits riches en potassium (banane, abricot, melon...), les légumes frais et la pomme de terre. Cependant, les sujets hémodialysés limitent la consommation des produits d'origine animale particulièrement la viande rouge, les poissons. Aussi, ils évitent la consommation des aliments à index glycémique élevé (miel, chocolat, boissons...). Concernant les restrictions alimentaires, une patiente témoigne : *« je ne peux pas manger les aliments gras et contenant du potassium comme la banane, la sauce arachide, la sauce graine »*. Un autre patient s'exprimant sur le sujet, affirme en ces termes : *« la fiche de régime qu'on nous donne à l'hôpital résume les aliments autorisés à manger et les aliments interdits qui sont : la banane, le chocolat, l'huile et bien d'autres aliments auxquels je n'ai pas le droit de consommer »*. Le discours des enquêtés montre que ceux-ci ont une nette connaissance des aliments proscrits par le néphrologue, donc incompatibles à leur état de santé.

S'agissant des aliments à manger, les patients disent être autorisés à ne consommer que de la viande de veau, du poulet, du poisson, de l'huile de tournesol ou de soja, les yaourts nature, du pain sans sel, du riz, de la sauce tomate, etc. Ces aliments conseillés doivent être consommés en respectant les modes de préparation et la quantité autorisée par jour. À ce propos, K.M, souligne :

« je peux manger le riz et le poulet. La pomme de terre, je la laisse tremper dans l'eau avant de préparer ». Un autre précise : *« je ne dois pas boire beaucoup d'eau, ni manger les aliments riches en matière grasse. Mais, je suis autorisé à manger du pain, de la tomate »*. Les patients ont bien connaissance des aliments favorables à leur santé. Mais ils trouvent que ce régime n'est pas accessible à leur budget. *« Vous-même, jugez-en. Le marché est très cher, je ne peux pas me permettre de payer l'huile de tournesol, payer mes séances de dialyse et la nourriture pour la famille »*, affirme G.H, un patient de 70 ans.

En dépit de leur niveau de connaissance des aliments proscrits, certains patients ont affirmé suivre le régime selon leurs goûts et désirs, sans tenir compte des recommandations médicales. De manière générale, certains malades âgés enquêtés n'arrivent pas à prendre trois repas par jour, soit par manque d'appétit, soit par oubli, ou pour des raisons financières. Par contre, d'autres estiment que le régime a été conçu pour contribuer à leur santé, donc ils n'ont pas de choix. C'est ce qui ressort des propos de L.P :

« je ne suis pas habituée à manger les matins, mais je fais le régime en suivant les recommandations. Une fois habituée, on s'y adapte. Tout est une question d'acceptation et de volonté. C'est pour ma santé que je fais le régime ». Dans ce même ordre d'idée, K.F affirme : *« je n'ai pas d'appétit mais je m'efforce à manger un peu. C'est pour ma santé que je fais le régime, sinon je vais faire comment ? Les ressources financières font défaut si vous n'avez personne pour vous venir en aide »*.

Néanmoins, certains enquêtés procèdent à une réorganisation de leur régime en fonction de leurs ressources et de leur goût tout en limitant au mieux les interdits. Cet enquêté traduit cela à travers cette déclaration : *« les temps sont durs, donc j'adapte les dépenses en fonction de*

mes moyens financiers. Aussi, j'essaie d'éviter les aliments qui me sont interdits ». Un autre témoigne en ces termes : « Je fais un peu de tricherie, je ne respecte pas leur régime parce que ce n'est pas du tout facile de suivre le régime. La nourriture est trop fade ».

Les repas constituent des moments privilégiés et de plaisir dans la vie quotidienne des personnes âgées. Ce penchant pour la nourriture, F.G, âgée de 76 ans l'exprime à travers ces mots : *« J'aime manger et bien manger. J'aime me faire plaisir et faire plaisir aux autres. Il m'est difficile de bannir complètement de mon alimentation certains aliments fortement symboliques à l'exemple de l'igname. Mais à cause du régime tout semble être chamboulé ».*

Un régime prescrit pour une maladie chronique où il est demandé aux malades de se conformer à un certain nombre d'exigences est vu comme une punition voire une corvée ayant des répercussions sur leur état physique et relationnel. En comparant leur mode de vie passé au vécu présent, certains expriment un sentiment de regret, de peine, de pénitence que ce régime coercitif leur inflige. Cette représentation du régime se justifie dans les propos des patients en ces termes : *« C'est un régime basé sur la culture occidentale. Il n'a pas de goût, le choix des aliments est restreint. Ça me fait mal de ne pas pouvoir manger comme avant, rien qu'en suivant le régime, je suis devenu squelettique ».* Une autre enquêtée, H.B, indique : *« Ce n'est vraiment pas facile, je suis fatiguée de manger les mêmes choses, c'est presque une punition ».*

À cet effet, le niveau de connaissance des personnes âgées sur l'observance des règles hygiéno-diététiques et les risques de ne pas s'alimenter convenablement se lit clairement dans les propos de T. Q, 77 ans :

« je connais bien les raisons pour lesquelles les médecins nous recommandent ce type de régime. Ils ont fait des études pour ça. Même les médicaments qu'ils nous prescrivent sont en fonction de notre état de santé. Ce qui est déplorable, c'est que le personnel de santé ne tient pas compte souvent de notre situation habituelle, notre vieillesse et nos ressources financières pour nous accompagner. Un régime strict prescrit sur un bout de papier ou visualisé sur un écran, est pour le vieillard que je suis, comme une condamnation ».

En effet, l'éducation thérapeutique sous forme de communication individuelle, qui devrait être faite dans l'accompagnement des malades âgés est remplacée par la sensibilisation sanitaire. Ce que les malades âgés regrettent à travers diverses formes de discours : *« nous sommes tous âgés et souffrants. La répercussion de la maladie sur notre état vieillissant, notre affaiblissement fonctionnel et notre isolement progressif de la société, nous font souffrir énormément. Mais cela est complètement occulté dans la prise en charge médicale. On fait de nous comme des enfants ».*

La lecture de ces discours est saisie à la lumière de la théorie de l'action raisonnée de (M. Fishbein et I. Ajzen 1975, p.302), qui stipule que le comportement d'une personne serait déterminé par son intention comportementale. Alors avant d'agir, l'être humain considère les implications de ses actions et en fonction de cela, il décide ou non de s'engager. À l'analyse de cette action raisonnée, la personne est capable d'agir sur sa santé si elle possède un minimum de connaissances en la matière. Le corps médical doit en tenir compte dans sa communication. Le malade âgé attend beaucoup de se sentir écouté comme un adulte, ayant ses volontés de faire le choix entre ce qui est bon ou mauvais. En effet, communiquer avec la personne âgée tient compte de son statut social, ses habitudes alimentaires et donc de sa

culture. Ce qui constitue un facteur déterminant au respect ou non du régime alimentaire recommandé.

Pour d'autres patients, le régime ne contribue en aucun cas à l'amélioration de leur état de santé. À cet effet, ils expliquent qu'une réorganisation de leur régime est nécessaire en limitant au mieux les aliments interdits dans leur consommation. Sur ce point précis, les propos de W.E, âgé de 67 ans sont édifiants : « *Le régime doit tenir compte non seulement de la maladie mais surtout du malade que nous sommes* ».

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

La survenue de la maladie rénale conduit au besoin d'articuler la gestion de la maladie et des incapacités qu'elle provoque avec la gestion des activités quotidiennes. Pour les patients atteints d'insuffisance rénale chronique, ce sont les mesures hygiéno-diététiques et la dialyse qui conduisent au besoin de réorganiser la vie quotidienne. Les données montrent que lorsque les patients doivent suivre les traitements d'hémodialyse trois fois par semaine, ils ne prévoient pas d'activités le jour du traitement. Une fois le traitement terminé, le temps est consacré au repos. Témoignage de R.B., 71 ans :

« *le moral est toujours bas, on a une fatigue qui est assez conséquente, donc le jour de l'hémodialyse on ne prévoit jamais rien, ni d'alimentation, ni de rendez-vous, ni quoi que ce soit* ». L'insuffisance rénale chronique engendre beaucoup de dépense notamment les coûts liés aux médicaments, à la dialyse et surtout ceux relatifs aux prescriptions alimentaires. Cette dernière est encore plus onéreuse en ce sens que le régime est très sélectif et le prix des aliments élevé, soutient la veuve T.S. âgée de 66 ans.

De cette déclaration, l'on note que le facteur financier est un véritable handicap dans la mise en pratique du régime. Les conditions socioéconomiques d'une part, les dépenses en santé d'autre part, constituent des problèmes d'accessibilité ou non aux prescriptions pour bon nombre de patients âgés. Presque tous les malades interrogés ont dénoncé la cherté du régime. C'est le cas de ce militaire qui précise :

« *la maladie des reins est très couteuse, les dépenses sont lourdes à supporter. La plupart des produits que je consomme, ma femme les achète sur les grandes surfaces et par moment au marché. Certains parmi eux sont souvent indisponibles à cause des pénuries ou des saisons* ».

Cette veuve sans emploi n'en dit pas le contraire lorsqu'elle affirme :

« *le marché est devenu cher et les prix des produits ne sont jamais fixes, ce qui impacte sérieusement sur le respect du régime alimentaire* ». Abordant dans la même veine d'idée, ce retraité indique : « *je fais de mon mieux mais c'est cher pour moi le régime. Déjà qu'il n'y en a pas assez pour toutes les autres dépenses* ».

En effet, les malades âgés atteints de l'insuffisance rénale chronique font face à des dépenses supplémentaires relatives au régime alimentaire auquel ils sont soumis. Le traitement de la maladie rénale chronique étant à vie, il nécessite des ressources mobilisées en permanence pour assurer la continuité du traitement tant médicamenteux qu'hygiéno-diététique. De plus, les patients n'ont pas de ressources allouées exclusivement aux dépenses réservées au régime diététique. Les facteurs socio-économiques tels que le faible soutien social et un statut socio-économique inférieur ont été soulignés avec acuité : Y.N âgée de 70 ans « *je suis veuve depuis 20 ans, mon mari est décédé j'avais 50 ans. Les enfants jusqu'ici, c'est un seul qui travaille.*

Il a sa famille, et ses problèmes. Mes ressources financières sont très limitées et mes enfants ne réussissent pas à subvenir à leurs besoins et à satisfaire les miens ».

L'enquête montre que chez les aînés atteints d'IRC, le goût et la diversité dans le choix des aliments sont les éléments déterminants à leur totale adhérence au régime prescrit par le néphrologue. En effet, compte tenu de la maladie et des effets du vieillissement sur leur organisme, les restrictions alimentaires sont particulièrement mal supportées. Ceci étant, les malades disent être frustrés et se plaignent de ne pouvoir effectuer de choix alimentaire qui respecte leur goût, leur culture et leurs habitudes de vie. Mais bien au contraire, ils se voient imposer un régime basé sur la consommation de produits comme le lait, le poulet, l'aubergine etc... qu'ils qualifient de régime occidental. Ainsi, les discours recueillis auprès d'un cultivateur et d'un retraité confirment cette réalité. Le premier affirme :

« je préfère manger ma nourriture que j'ai connue depuis toujours, c'est-à-dire mon foutou, ma sauce, parce que leur régime est sans goût ». Quant au second, il soutient : « je mange la nourriture que ma femme prépare, parce que ces plats au moins sont pleins de poudre de champignons et ne me posent pas de problème de mastication ; et les aliments du terroir sont d'un goût excellent. Ce n'est pas la même chose que le régime médical ».

Le choix des aliments, en fonction de l'état du vieillissement de l'appareil digestif, joue un rôle prépondérant dans la réussite du régime de ces malades âgés. Trouver un régime qui leur permette de se nourrir convenablement avec des choix variés et tenant compte de leur état ferait moins d'opposition au régime. Une commerçante âgée de 69 ans en témoigne par ces mots : *« je ne sais même plus quoi manger, les plats sont limités. Du coup, on mange difficilement tous les jours les mêmes choses qui ne correspondent pas à mon âge ».* Cette autre enquêtée soutient : *« il n'y a rien de bon à manger dans leur régime. Je n'ai plus de dents. C'est toujours les mêmes plats ».*

En outre, l'environnement social représenté principalement par l'entourage immédiat influe considérablement sur l'alimentation des malades. La dimension symbolique, imaginaire des aliments se révèle aussi comme un aspect fondamental dans la relation qui s'instaure entre le malade âgé souffrant d'IRC et son entourage. Il s'agit de voir comment le malade se comporte dans sa quête de guérison. Soit, il va opter pour l'isolement, soit adopter un comportement qualifié de « normal » en renvoyant ainsi une image conforme aux attentes des autres membres de son entourage et de la société. En effet, certains enquêtés ont avoué ne pas faire part de leur état de santé, ni du régime auquel ils sont soumis lorsqu'ils se trouvent avec la notabilité du quartier ou du village. Ils se permettent de consommer les mets proposés pour éviter les gênes. Et à la maison, lorsqu'ils doivent manger les mets préparés par leurs épouses, ils ne demandent pas une modification de préparation pour éviter que la saveur du repas soit perdue pour les autres membres de la famille. C'est le cas de E.T qui affirme :

« quand ma femme prépare, je veux que les plats soient bien faits. Même si je suis au régime, je ne peux pas obliger mes propres enfants et les autres à manger la même nourriture de pénitence ». Cet autre témoignage de K.L est révélateur de l'influence de l'entourage sur le malade. Celui-ci soutient : *« quand je vais rendre visite aux amis du quartier, je ne fais pas savoir ma maladie et mon régime. Je mange ce qu'on me propose pour faire plaisir à mes proches. Mais moi seul, je sais ce que je suis et vis. Mon souhait aujourd'hui, c'est que l'Etat nous aide et ouvre les centres de transplantation rénale comme cela existe dans les pays émergents ou développés ».*

Selon un agent de santé du service de néphrologie, l'observance est déterminée par plusieurs facteurs. A ce propos, il révèle que : *« le malade et son entourage peuvent se retrouver dans des situations d'inconfort vis-à-vis de la thérapie médicale ou des mesures hygiéno-diététiques prescrites. En effet, à l'hospitalisation, un patient peut adhérer au régime hyposodé recommandé par son médecin traitant et adopter un comportement traduisant une bonne observance thérapeutique en mangeant son repas sans sel. Cependant, de retour à domicile, il se peut qu'il n'agisse plus de la même façon. On comprend que de nombreux facteurs peuvent entrer en ligne de compte. Par exemple, le soutien social, l'anxiété ou encore l'évaluation des coûts et des bénéfices du traitement ».*

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

4. Discussion

4.1 Caractéristiques sociodémographiques des enquêtés

Les personnes âgées du sexe masculin atteintes d'insuffisance rénale chronique représentaient 79% de notre échantillon contre 21% de sexe féminin. Cette prédominance masculine a été retrouvée dans le service de néphrologie du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo par Ramilitiana et *al.* (2016 : 8). Concernant le niveau d'instruction, nos données s'éloignent de celles de Baudelot et *al.* (2016 : 23-51). Dans leurs travaux, les auteurs affirment que la totalité de leur population enquêtée sait lire et écrire alors dans notre travail, 21% des personnes âgées sont illettrées. Celles qui ont atteint le niveau supérieur ne représentent que 08% contre 26% dans les travaux de ces auteurs.

4.2. Connaissance de l'insuffisance rénale chronique et vécu des aînés

Il ressort de l'analyse des résultats que l'ensemble des patients âgés interrogés éprouve des difficultés à reconnaître les signes et symptômes de l'insuffisance rénale chronique à la phase initiale. Ce résultat est superposable à celui de la littérature générale qui stipule que la maladie des reins évolue de façon silencieuse et dissimulée dans sa phase initiale et que les symptômes sont pratiquement absents ; Corazza et Yaman (2016 :9).

Il en est de même dans l'étude de Arborio (2019 :171) sur le thème : « Quand diagnostiquer fait parler ». L'auteur a révélé que les premières alertes du patient et de son entourage ne sont pas suffisamment considérées par le médecin. Face à ce déficit, les mères interrogées construisent un rapport à l'identification essentiellement ancrée dans l'expérience et relayée par le récit. Ce qui n'est pas sans effet sur les modalités de la prise en charge.

L'annonce du diagnostic est brutale et vécue difficilement par les malades. Nos résultats révèlent les propos de type : " je suis surprise par cette façon d'annoncer brutalement le diagnostic". Ce résultat n'est pas conforme à celui de : (Ziegler, 2016 : 57). En effet, dans ses investigations auprès des patients souffrants de maladie rénale chronique, la chercheuse a trouvé que les patients interrogés dans les structures néphrologiques de Lorraine (France), bénéficient d'abord d'une consultation médicale d'annonce et ensuite d'une consultation paramédicale d'accompagnement pour les aider. Ici, les patients supportent leur situation et formulent leur choix du traitement en adéquation avec leur mode de vie et situation médicale.

La recherche étiologique de l'insuffisance rénale chronique constitue une étape difficile de la prise en charge des malades en Côte d'Ivoire. Notre enquête révèle que la biopsie rénale est rarement réalisée ainsi que les bilans immunologiques. Cette difficulté explique, en grande partie, les causes indéterminées de la maladie par les soignants. Cela est approuvé dans d'autres études africaines qui révèlent que les causes inconnues se situent entre 29,2% et 62% contre 07,25% sur le continent européen (Ramilitiana et *al.*, Op.cit.).

4.3. Perception des patients âgés souffrants d'insuffisance rénale chronique sur le régime alimentaire prescrit

Dans leur perception, nos enquêtés déplorent l'absence d'éducation thérapeutique dans le service et l'expriment avec amertume : « c'est regrettable qu'on ne tienne pas compte de notre âge pour communiquer avec nous. Tout est fait à la hâte comme si nous étions de la même génération ». Ces propos recueillis rejoignent ceux de Ziegler (op.cit.) qui stipule que « l'éducation du patient ne peut se réduire à la transmission d'informations. Il est nécessaire de créer une alliance thérapeutique entre l'équipe médicale et le patient pour assurer une prise en charge optimale. Cette prise en charge passe par une approche globale et la participation active du patient. Le patient doit être acteur de sa santé, sa participation aux choix le concernant est cruciale pour une meilleure adhésion au traitement. »

Dans une étude similaire, Moscoviz (2017 :28) relève que les mesures hygiéno-diététiques sont directement corrélées à l'information et l'éducation du patient par son médecin. Si bien que dans 54% des cas, elles deviennent effectives au cours de la première année de traitement.

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

Nos données dans ce sens montrent que la majorité des enquêtés n'observe pas les recommandations thérapeutiques conseillées par le néphrologue. Ce résultat est comparable à celui de Mhammedi et *al.* (2019 : 257) qui, dans leur travail sur l'observance thérapeutique intitulé : "un autre défi à relever chez l'hémodialysé chronique", ont trouvé qu'il existe généralement une mauvaise observance thérapeutique dans la plupart des maladies chroniques. Quant aux résultats trouvés par Rchouk et *al.* (2015), on note que 34 % des malades interrogés sont de bons observants, 23% ont une bonne observance, 37% ont une mauvaise observance thérapeutique et 43% une observance partielle.

Les raisons évoquées par nos enquêtés pour expliquer leur comportement sont d'ordre financier, culturel et social : « souvent le problème financier s'impose à toi en plus de cela, tu apparais bizarre et exclu dans ta communauté avec ce régime alimentaire ». Ce sentiment de bizarrerie et d'exclusion que nous avons noté, se retrouve pareillement dans l'Étude sur la mise en scène d'une insuffisance rénale réalisée par (Sousa et *al.*, 2017 : 53-67). Leurs données mettent en évidence que « les changements dans la vie des patients souffrant d'insuffisance rénale chronique, sont particulièrement gênants, car ils se sentent différents des autres et exclus ».

Nos résultats corroborent également à la réflexion de (Trémolières J., 1978 :377). Selon cet auteur, pour qu'un aliment soit reconnu par le « mangeur » ou le groupe social auquel il appartient, il ne suffit pas qu'il possède des qualités nutritionnelles. Pour lui, les aliments acquièrent au sein des repas une mystérieuse valeur symbolique, évocatrice de réconfort, qui

est l'un des facteurs de leur acceptabilité par le mangeur. Ainsi, les aliments procurent du plaisir. Plaisir lié à l'appréciation des mets mais aussi plaisir des repas pris avec l'entourage.

5. Conclusion

L'objectif de l'étude est d'analyser les facteurs de non observance des prescriptions recommandées par les médecins aux personnes âgées atteintes d'IRC suivies à l'Hôpital Militaire d'Abidjan. Les résultats ont montré que les sujets âgés restent attachés à leur culture nutritionnelle et vivent difficilement le régime alimentaire qui leur est prescrit par le corps médical. La gestion de l'insuffisance rénale chronique chez les personnes âgées nécessite donc une collaboration étroite entre les soignants, le patient et l'entourage du malade ; d'autant plus qu'à des stades préterminaux, il est difficile de prendre et faire appliquer une décision d'un choix thérapeutique fondé sur un régime alimentaire rigoureux. L'anticipation dans le traitement, l'articulation entre culture et régime alimentaire chez le sujet âgé pourraient contribuer à une meilleure prise en charge.

Remerciements

Nous ne pourrions rédiger cet article sans remercier tous ceux qui ont contribué à sa réalisation. En particulier les aînés qui marquent notre parcours et le personnel de l'Hôpital Militaire d'Abidjan.

Conflit d'intérêt : l'auteur déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

Références bibliographiques

- Agence de la biomédecine (2019). *Réseau Epidémiologie, Information, Néphrologie*, Rapport annuel, p. 390. https://www.francerein.org/wpcontent/uploads/2022/03/rapport_rein_pdf, Consulté le 14 février 2022
- Ahmed M. A. (2005). *Problématique de la prise en charge des insuffisants rénaux chroniques en dialyse à l'hôpital du point G*, Thèse de Doctorat en médecine, Université de Bamako, Faculté de médecine de pharmacie et d'odontostomatologie, p. 91
- Arborio S. (2019). Quand diagnostiquer fait parler. La « relation diagnostique » dans le syndrome de West. *Questions de communication*, (35), 171-193, <http://journals.openedition.org>, consulté le 22 avril 2022
- Baudelot C., Caillé, Y., Godechot, O., & Mercier S. (2016). Maladies rénales et inégalités sociales d'accès à la greffe en France. *Population*, 71(1), 23-51
- Corazza J. C., & Yaman, D. (2016). *Insuffisance rénale chronique et qualité de vie : quel type d'accompagnement infirmier pour un patient adulte ?* Doctoral dissertation, Haute Ecole de la Santé La Source
- Diakitè F., Traoré M., Baldé M., Bah A., Chérif I., Fanchakbo P., & Kaba M. (2018). Hyperkaliémie : manifestations cliniques et électriques chez les insuffisants rénaux chroniques en pré-dialyse au service de néphrologie du CHU de Donka, *Revue internationale science médicale*, 20 (3), 229-233
- Fishbein M. & Ajzen I. (1975). *Belief, attitude, intention and behavior: an introduction to theory and research*. Boston, Massachusetts, États-Unis, Addison-Wesley, p.578
- Marissal J. P., & Saily J. C. (2002). Éléments de problématique économique dans le domaine de l'épuration extra-rénale. *Santé publique*, 14(2), 107-119.

- Mhammedi S. A., Hamdi F., Benabdelhak M., Bentata Y. & Haddiya I. (2019). L'observance thérapeutique : un autre défi à relever chez l'hémodialysé chronique. *Pan African Medical Journal*, 33(28), doi: 10.11604/pamj.2019.33.28.9448
- Organisation Mondiale de la Santé (2002). Vieillir en restant actif, *Cadre d'orientation*, Genève, 59 p, <http://apps.who.int/iris>, consulté le 10 juillet 2022
- Ouattara B., Kra, O., Yao H., Kadjo K., & Niamkey E. K. (2011). Particularités de l'insuffisance rénale chronique chez des patients adultes noirs hospitalisés dans le service de médecine interne du CHU de Treichville. *Néphrologie & Thérapeutique*, 7(7), 531-534
- Ramilitiana B., Ranivoharisoa E. M., Dodo M., Razafimandimby E., & Randriamarotia W. F. (2016). Une étude rétrospective sur l'incidence de l'insuffisance rénale chronique dans le service de Médecine Interne et Néphrologie du Centre Hospitalier Universitaire d'Antananarivo, *Pan African Medical Journal*, 23(1), doi 10.11604/pamj.2016.23.141.88, consulté le 12 mai 2021.
- Rchouk M., Seck S. M., Ka E. H. F., Cissé M. M., Lemrabott A. T., Niang A., & Diouf B. (2015). Évaluation de l'observance thérapeutique chez les hémodialysés à l'hôpital Aristide-Le Dantec de Dakar. *Néphrologie & Thérapeutique*, 11(5), 303-304
- Ribeiro C., & Suter C. (2017). *Vivre avec une insuffisance rénale chronique : Résultats d'une étude sociologique*. Université de Neuchâtel, FLSH, Institut de sociologie, p. 32
- Rosenstock I. M., Strecher V. J., & Becker M. H. (1988). Social learning theory and the health belief model. *Health education quarterly*, 15(2), 175-183
- Sousa M. P. D., Dias C. A. G. D.M., Fecury A. A., Dendasck C. V., Oliveira C. M. D. O. & Oliveira E. D. (2017). Étude sur la mise en scène d'une insuffisance rénale. *Magazine scientifique multidisciplinaire du Centre du savoir*, Edition spéciale de la Santé, 4(2), 53-67
- Stengel B., Couchoud C., Helmer C., Loos-Ayav C., & Kessler M. (2007). Epidémiologie de l'insuffisance rénale chronique en France. *La Presse Médicale*, 36(12), 1811-1821
- Tremolieres J. (1978). *Partager le pain*, Paris, Éditions Robert Laffont, p. 377
- Ziegler A. (2016). *Annonce de la suppléance rénale et accompagnement des patients insuffisants rénaux chroniques : Etat des lieux des dispositifs mis en place dans les structures néphrologiques de Lorraine*, Mémoire de master 2 de santé publique et environnement, P. 57, <http://docnum.univ-lorraine.fr>, consulté le 26 avril 2022.

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

Note de l'éditeur

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