

Le rapport au « traitement » chez les personnes âgées atteintes de maladies chroniques en Algérie

BENAOUM Fatima Zohra

Introduction

L'objectif de ce travail est de montrer la prégnance et la complexité des logiques élaborées dans la définition et l'évaluation du traitement par les patients âgés. Nous tentons de mettre en évidence l'importance de ce travail d'interprétation et d'évaluation élaboré par le patient âgé vis-à-vis des traitements est leurs prescripteurs.

Le traitement médical est une dimension centrale dans le processus de soins des personnes âgées atteintes de maladies chroniques. Dans la vision médicale le traitement est appréhendé comme un objet strictement technique. Il est défini comme un régulateur du corps organique du patient. Or, le traitement semble être chargé de sens et de significations pour le patient âgé.

Il fait l'objet de multiples interprétations. Le traitement médical est souvent défini comme un moyen pouvant redonner sens à la vie sociale du patient âgé. Il met en exergue le rapport de ce dernier à son corps dans sa dimension organique et plus particulièrement sociale. L'évaluation du traitement à un rôle crucial dans la définition du rapport médecin-patient âgé. En effet, le sens attribué à l'efficacité du traitement est souvent mis en lien aux qualités du prescripteur et de ses compétences.

Le traitement est, avant tout, un objet social. Il ne peut avoir de sens chez le patient âgé que dans le cadre d'un système explicatif qui construit sa valeur. L'adhésion ou non à une thérapie donnée va être le produit de logiques sociales et culturelles multiples et complexes.

Les différentes façons d'évaluer et de définir le traitement montrent bien l'implication active et dynamiques du patient âgées dans le processus de soins.

Dans la perspective interactionniste de (Strauss A 1992), le patient est appréhendé comme un acteur primordial dans le travail médical. Ici, le patient âgé n'est pas considéré comme un simple consommateur passif de soins. Il est un acteur incontournable dans le système de soins. Il peut évaluer, juger et critiquer la qualité de la prestation médicale. En outre, les travaux de (Akrich A 1995) sur le médicament nous ont semblé importants pour appréhender les sens attribués au traitement. Ils montrent bien comment au travers du médicament, se redéfinissent la maladie, le patient et la médecine.

Nous privilégions l'approche qualitative, basée sur des entretiens approfondis, répétés et des observations fines des espaces investis. Notre travail est centré plus particulièrement sur des personnes âgées entre 62 et 82 ans, atteintes de maladies chroniques (hémiplegie, cardiopathie). Nous avons réalisé 18 entretiens approfondis (répétés) d'une durée moyenne de deux heures avec des patients issus de milieux sociaux diversifiés. Les entretiens ont été enregistrés (enregistrement sonore), retranscrits et puis traduits pour être, en fin, analysés.

Au cours de cette présentation nous évoquerons, en premier lieu, le traitement comme un objet producteur de sens et de multiples significations, mettant en exergue des rapports différenciés à l'égard du médicament. En deuxième lieu, nous allons appréhender la prégnance de la charge symbolique du traitement et la complexité de l'acte de prescription d'un traitement.

Le traitement comme obligation

Les patients âgés sont conduits à produire un rapport complexe aux médicaments qui dépasse l'enjeu strictement médical, parce qu'ils régulent leur corps organique et social. Le traitement est défini, en premier lieu, comme un moyen de contrôle de la maladie chronique. Le

patient âgé s'estime dans l'obligation de prendre son traitement pour éviter des complications pouvant surgir dans sa maladie.

Elhadja Rahma est âgée de 70ans. Elle considère le traitement comme un moyen pouvant réduire l'incertitude caractérisant souvent l'évolution de sa maladie chronique (elle est atteinte d'une hypertension depuis 18ans et d'un Rhumatisme cardiaque depuis 8ans). Elle le prend « *pour éviter le pire* » dans sa maladie :

« ...J'en aime pas trop les médicaments, mais J'en prends quand même pour éviter le pire dans ma maladie. Je prends mon traitement pour ne pas avoir des problèmes plus graves plus tard. Surtout pour mon cœur... ».

Le traitement représente un moyen indispensable pour faire face au processus de détérioration du corps, auquel est confronté le patient âgé. Il lui permet de jouer un rôle actif dans la vie quotidienne de la famille et de préserver son autorité et son statut de chef de famille.

Eviter une situation de dépendance est le plus grand souci du patient âgé. Apriori, le traitement représente un rempart contre « le risque dépendance » (Ripon A,1992).

Il figure « parmi les stratégies pour échapper au stigmate de la vieillesse » (Collin J,2003). Cette dernière est souvent perçue comme un processus de détérioration marqué par un état de déficience¹ et d'incapacité conduisant à la dépendance.

Elhadj Taher est âgé de 73 ans. Il souffre d'une hypertension depuis 20 ans, un diabète depuis 14 ans et une hémiparésie depuis un an. La durée et l'expérience de ces maladies lui ont appris à donner de l'importance au traitement. Car, selon lui, sans ce dernier, il serait déjà à la charge des autres:

« ...Je ne veux pas tomber un jour et être à la charge totale des autres...Avec le traitement que je prenais et j'ai eu quand même ce coup (l'hémiparésie), alors j'imagine si je ne me traitais pas ! Je serais déjà mort ...C'est vrai que même maintenant je n'ai pas toutes mes capacités d'avant. Je ne peux pas conduire ni monter les escaliers sans l'aide de quelqu'un, mais [un sourire, il regarde son fils qui assistait à l'entretien et il reprend] je garde toujours le contrôle. Je gère à la maison et j'ai toujours de l'importance... ».

La présence d'une déficience peut réduire relativement le champ des activités du patient âgé. Elle ne peut pas l'empêcher de défendre et de préserver son autonomie.

Les patients âgés vivant des situations de déficience au cours de leurs maladies chroniques, sont souvent engagés dans une stratégie active et participative à la vie sociale (Ripon A,1992). Ils investissent dans le mouvement physique et les activités sociales.

Les propos des patients âgés nous amènent à relativiser la notion de dépendance². Vivre une situation d'incapacité, de déficience ainsi que recourir à autrui ne peut pas toujours signifier être dépendant. La dépendance ne peut pas être appréhendée comme le contraire de

(1) Selon la Classification internationale des handicaps (CIH), proposée par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la déficience et l'incapacité sont définies comme des niveaux ou degrés de handicaps :

« -La déficience (impairment) : est une anomalie qui survient dans la structure d'un organe ou d'un système.

-L'incapacité (disability) : est une manifestation de la déficience à travers la limitation d'une ou de plusieurs fonctions des activités de la personne ». (Pin S, 2005).

(2) La dépendance est souvent définie comme une perte d'autonomie, elle « comprend deux facettes complémentaires et indissociables ; d'un côté l'incapacité, de l'autre le recours à autrui » (Pin S 2005).

l'autonomie. Le patient âgé est dans la possibilité d'exprimer son autonomie³ tout en vivant une situation de dépendance.

Le traitement médical ne représente pas l'unique moyen pour arriver à la « guérison »⁴, selon le patient âgé. Dans sa quête de soins, ce dernier est contraint « de recourir de façon complémentaire et combinée à différents traitements » (Mebtoul M, 1996).

Le recours aux différentes thérapies traditionnelles⁵, qualifié comme un acte irrationnel par le médecin, représente une dimension prégnante et centrale dans la « quête thérapeutique » (Janzen JM 1995) du patient âgé. Et l'usage de ces thérapies n'est nullement contradictoire avec la thérapie biomédicale. En effet, les plantes médicinales sont perçues comme une thérapie complémentaire au traitement médical. Appelées « *médicaments arabes* », elles ne peuvent en aucun cas remplacer les médicaments prescrits par le médecin.

En multipliant les recours thérapeutiques traditionnels, le patient âgé et son entourage tentent de trouver le traitement le plus efficace. Elhadja Yamina, la femme d'Elhadj Elhachemi, l'un de nos enquêtés, affirme avoir tout essayé pour amener son mari à la guérison. Elle était contrainte de le ramener chez un Taleb pour essayer de le guérir de son hémiplégié. Pratiquant la « rokiya » et des séances d'exorcisme, le Taleb est sollicité pour libérer le corps du patient des forces extérieures (le Djinn).

Les discours des patients rappellent la prégnance de l'interprétation profane de la maladie dans les choix thérapeutiques adoptés par le patient âgé. Les signes de la maladie sont toujours culturellement représentés. « C'est cette dimension symbolique de la maladie qui aide à comprendre l'efficacité curative que le discours des enquêtés prête volontiers aux thérapies traditionnelles : elles utilisent tous les moyens de l'imaginaire social » (Merzouk M, 1995).

Contrairement à la conception médicale, le régime alimentaire ne représente pas une dimension centrale pour les patients âgés. Il ne figure pas comme une priorité pour équilibrer la maladie chronique.

On oublie souvent que « les personnes savent et aiment jouer avec les règles qu'elles se sont données et qu'elles prennent des risques qui défient souvent les exigences de la raison, à un point tel que leurs comportements, en matière de santé comme dans les autres domaines, d'ailleurs, semblent relever d'une logique qui ne peut être ramenée au seul ordre de la rationalité abstraite » (Bibeau G, 1995).

La dimension sociale de l'alimentation est niée dans une logique strictement médicale, qui impose souvent, des régimes alimentaires en rupture avec les contraintes de la société.

Le patient âgé est souvent contraint de respecter les normes sociales au centre des pratiques alimentaires dans la société. Il semble difficile, au patient âgé, de refuser le repas collectif au cours d'une invitation, parce qu'il prend le risque d'un étiquetage négatif sur sa personne : « il refuse de manger, il se prend pour qui ?...etc.. ».

« Le rapport des patients à l'alimentation ne se réduit pas à un attribut d'ordre strictement sanitaire, nutritionnel ou diététique. Il est caractérisé par sa complexité liée à l'obligation du patient

(3) L'autonomie recouvre « l'aptitude perçue à maîtriser, affronter et prendre des décisions personnelles relatives à sa vie quotidienne dans le respect de ses propres règles et préférences ». (L'Organisation Mondiale de la Santé OMS 2008).

(4) Le patient âgé parle d'une « guérison » de la maladie chronique, la déterminant par la disparition des différents signes gênants de la maladie. Donnant un sens différent à la chronicité.

(5) Ces thérapies traditionnelles sont représentées par deux figures importantes : les thérapies « familiales » reposant sur un savoir profane accumulé dans des expériences sociales antérieures de la maladie et des soins, et des thérapies « traditionnelles » représentées par les « Talebs », les guérisseurs et les marabouts.

de se conformer aux normes sociales dominantes, au risque d'être exclu ou stigmatisé, aux appréciations différentes formulées sur tel ou tel aliment » (Mebtoul M, 2003).

La primauté de la norme sociale dans le rapport au régime alimentaire, met en exergue la prégnance de la dimension sociale dans la gestion de la maladie chronique chez le patient âgé.

En outre, la « sacralisation » de quelques aliments est souvent à l'origine de l'inobservance du régime alimentaire par le patient âgé. Elhadj Djelloul est âgé de 67 ans. Il refuse de suivre les recommandations du médecin le privant du café et des cigarettes. Il « préfère mourir plutôt que d'être privé de café ». Pourtant, il est atteint d'une hypertension et une insuffisance cardiaque.

La sacralisation de certains aliments va conduire le patient âgé à affronter le risque.

S'abstenir de quelques aliments pourrait bien être « une décision individuelle, fondée sur une information ou une norme, mais il faut, pour en apprécier la difficulté, en comprendre les implications relationnelles modelées par la culture du groupe auquel l'individu appartient » (Adam P, Herzlich C. 1994).

Les pratiques alimentaires avant d'être des actes nutritionnels ayant des effets sur la santé de la personne, sont des actes sociaux. L'acte alimentaire est un processus complexe faisant l'objet d'une construction sociale permanente.

Il est important de souligner que « le traitement à vie et le respect scrupuleux des règles médicales ne sont pas acceptés ou appliqués dans leur intégralité » par les patients âgés » (Mebtoul M, 2003). Ces derniers sont conduits, en partant de leur expérience sociale, à déployer leur propre logique dans la prise en charge de leur maladie chronique.

N'étant pas un objet strictement technique, le traitement médical est producteur de multiples significations symboliques lors de la rencontre entre médecin et patient âgé. « Peu d'expériences humaines ont une puissance symbolique aussi manifeste que les actes ordinaires de prescrire et d'ingérer des médicaments (Pellegrino E D, 1976).

La charge symbolique du traitement : rapports à la prescription

L'acte de prescrire un traitement est loin d'être un acte banal, qui se limite à une simple application de concepts théoriques et d'expériences empiriques à un cas particulier. « Il fait l'objet de plusieurs interprétations et le médicament apparaît comme l'expression de la sollicitude du médecin et de sa compétence » (Desclaux A, Lévy J-J, 2003). En effet, la compétence du médecin va être mise en valeur à travers l'acte de prescrire. Ce dernier, est un facteur déterminant dans la construction des rapports entre d'une part, le patient et le médecin et d'autre part, entre le patient et le traitement prescrit. Toutefois « si le médicament est bel et bien présent en fin de consultation lors de la prescription ou represcription, il s'agit le plus souvent d'un geste silencieux » (Collin J, 2002).

Insatisfaite de la prescription opérée par le médecin dans « *le silence total* », Elhadja Khadra a décidé de ne pas prendre le traitement prescrit par le praticien consulté pour des problèmes respiratoires. Elle est veuve depuis 5 ans. Elle est âgée de 76 ans. Elle souffre d'une hypertension et d'une insuffisance cardiaque depuis 08 ans :

« Je n'oublierai jamais ce médecin !... Quand il était en train de me prescrire le médicament, il ne m'a rien dit. Absolument rien, c'était le silence total. Même pas une petite explication comment prendre le médicament et tout... Alors je ne l'ai même pas acheté et j'ai vu un autre médecin... ».

Le patient âgé tient à être informé à propos de sa maladie et surtout du traitement qu'il va prendre. L'absence d'explications concernant la prescription médicale va créer un sentiment d'incertitude et de non-valorisation de cette dernière chez le patient âgé.

L'appréciation du traitement va être largement tributaire du comportement du prescripteur au cours de la consultation. Les comportements et l'attitude du médecin lors de la consultation médicale peuvent remettre en cause la valeur du traitement prescrit.

L'interprétation du patient âgé ne concerne pas uniquement l'acte technique. Mais c'est surtout la façon dont le médecin instaure la relation sociale qui est l'objet d'une évaluation critique, opérée par le patient âgé.

Au moment de la prescription, le praticien est observé attentivement par le patient âgé. Les gestes, les mots et l'attitude du prescripteur sont restitués d'une façon significative pour être réinterprétés. Elhadj Mohamed était très attentif au comportement du médecin au moment de la prescription du traitement. Il décrit cette « *manière de prescrire* » d'une façon très fine. Il est âgé de 83 ans :

« ...Il était très hésitant quand il me prescrivait le traitement...Il hésitait à chaque fois qu'il allait marquer un médicament sur la feuille ...Et il hésitait pour longtemps moment en plus...Ça se voyait bien qu'il n'était pas sûr de ce qu'il prescrivait et qu'il n'était pas compétent...Bien sûr, je n'ai pas acheté son traitement et j'ai essayé de voir un autre médecin... ».

« En relevant les sens attribués par le patient à un traitement donné, on retrouve de nouveau la prégnance de son système interprétatif » (Mebtoul M, 1997), lui permettant d'évaluer le médicament sur le plan symbolique. L'efficacité est au cœur du processus d'évaluation d'un traitement donné. Appréhendée en fonction de la maladie en soi dans la vision médicale, elle a tendance à prendre une signification plus riche pour le patient âgé.

Conclusion

Le traitement est loin d'être un objet strictement technique. Il implique des interprétations signifiantes. Il est avant tout un objet social. Le traitement ne peut avoir de sens chez le patient âgé que dans le cadre d'un système explicatif qui construit sa valeur. Il apparaît bien que l'adhésion ou non à une thérapie donnée va être le produit de logiques sociales et culturelles multiples et complexes.

L'efficacité du traitement fait l'objet d'une construction culturelle. Le traitement est un objet social porteur de significations multiples, qui peuvent se prêter à des réinterprétations diverses en fonction des contextes (Nichter M, Vuckovic N, 1994).

Le processus d'évaluations de prestations médicales, se prolonge dans la prescription du traitement et l'évaluation des médicaments prescrits. Il met en exergue de différentes figures de médecins. Il est à souligner que le traitement figure parmi les plus importants éléments intervenant dans la définition profane du « bon médecin ». En effet, le patient âgé à sa propre façon pour définir le « bon médecin ».

Références bibliographiques :

1. Strauss A.1992La trame de la négociation, sociologie et interactionnisme textes présentés par Baszanger, Paris, édit, L'Harmattan.
2. Akrich M.1995« Petite anthropologie du médicament »,Thechnique et médicament . Les objets de la médecine. Paris, N°25-26, Janvier-décembre, édit, La Maison des Sciences de l'Homme, P 129-157.
3. Ripon A. 1992, Eléments de gérontologie sociale, Toulouse, édit, Privat.
4. Collin J. 2003, « Médicament et vieillesse. Trois cas de figure ». in Desclaux A, Lévy J-J (eds), Anthropologie et Sociétés, Cultures et médicaments, 27,2, édit l'Harmattan. P 119-137.
5. Pin S. 2005, «Personnes âgées : prise en charge et accompagnement. Prévention et vieillissement : éléments de réflexion sur les programmes de prévention et de promotion de la santé à destination des personnes âgées », in Chauvin P, Parizot I, Revet S, (eds), Santé et expériences de soins, de

- l'individu à l'environnement social, Paris, édit, Librairie Vuibert. P15-37.
6. Mebtoul M, Cook J, Grangaud J P, Tursz A. 1996, « La santé de l'enfant: les sens des pratiques médicales », Journal Algérien de Médecine, (JAM), volume 06, N°03, Mai-Juin.P163-165.
 7. Janzen John M, avec la collaboration du Dr Arkininstall W. 1995, La quête de la thérapie au bas-zair, Paris, édit, Karthala.
 8. Merzouk M. 1995, « Pratiques et croyances médicales en Algérie, Etude de quelque itinéraires thérapeutiques ». Cah. Socio. Démo. Méd, 35^{ème} année, N°2, Avril-Septembre. P85-95.
 9. Bibeau G.1995, « Préface », « Pari sur le virage anthropologique de la santé publique », in : Masse R. Culture et santé publique, (10)16.édit Gaëtan Morin.
 10. Mebtoul M.2003,« Les significations attribuées par les médecins et les patients à la prise en charge du diabète (Algérie)», in : Cresson G, Drulhe M, schweyer F X, (éds),Coopérations, Conflits et Concurrences dans le système de santé, Rennes, édit, ENSP. P 251-268.
 11. Adam P, Herzlich C.1994,Sociologie de la maladie et de la Médecine, Paris,édit, Nathan.
 12. Pellegrino ED.1976,« Prescribing and Drug Ingestion: Symbols and Substances », Drug, Intelligence and Clinical Pharmacy, 10. P 624-630.
 13. Desclaux A , Lévy J-J. 2003, « Cultures et médicaments. Ancien objet ou nouveau courant en anthropologie médicale ? », in : Desclaux A Lévy J-J,(eds), Anthropologie et Sociétés, Cultures et médicaments, 27, 2, édit, l'Harmattan. P05-19.
 14. Mebtoul M, Berriche A, Grangaud JP. 1997, « Significations du pluralisme thérapeutique dans la société Algérienne », in : Abou S, Haddad K,(eds), la diversité linguistique et culturelle et les enjeux du développement, Paris, édit, AUPELF-UREF. P221-232.
 15. Nichter M, Vuckovic N. 1994, «Agenda for an Anthropology of pharmaceutical practice », Social Science and Médecine, 39, 11. P 1509-1525.