

Université Abderrahmane-Mira de Bejaïa
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle
En vue d'obtention du diplôme : Master en
psychologie clinique

Thème

Le rôle de la communication médecin-malade sur
l'observance thérapeutique
Etude se dix cas diabétiques à L'EPH de Sidi Aich

Réalisé par : M^{elle} NOURI Hanane

M^{elle} SEKOUCI Dyhia

Encadré par M^r : BENKERROU Fiadh

2015 /2016

Remerciements

Nous tenons à remercier d'abord le bon Dieu qui nous a donné la force , le courage et la patience pour pouvoir mener ce travail.

Nous remercions tout particulièrement notre promoteur M' Benkarrou Fiadh pour l'honneur qu'il nous a fait de nous avoir encadrée , pour l'aide précieux qu'il nous a apportées , pour ses remarques et ses conseils avisées qui nous ont permet de mener ce travail .

Nous tenons également à exprimer nos sincères remerciement aux aux membres de jury d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

Nous remercion également tout le personnel de l'EPH de sidi aich

A toutes personnes ayant participer de près ou de loin à notre formation et à tous ceux qui nous ont apportées leurs soutien et leurs encouragements durant la réalisation de ce travaiei.

Dyhia et Hanane

DEDECACES

***A l'aide de DIEU, ce travail est achevé et j'aimerai bien le dédier
A Mes Parents Tant Aimés***

Ce travail est le couronnement de tous vos efforts, de toutes ces années de sacrifice que vous avez consenti à faire à mon égard.

Même dans les moments où je n'y croyais plus vous m'avez encouragé à poursuivre ce rêve. Aujourd'hui ce jour que vous espériez tant de voir enfin est arrivé.

Mon émotion est grande parce que Dieu m'a permis d'atteindre ce stade et j'espère que ce diplôme va vous combler de joie mais aussi va apporter d'autres moments de bonheur plus intenses encore.

Recevez ma profonde reconnaissance pour tout ce que vous avez fait afin de me permettre de réaliser ce rêve.

Dieu saura vous récompenser au-delà même de vos espérances.

A Ma grande sœur fatma et a son marie Rezak et son cher fils sabre Ayoub
Cher sœur, tu as toujours eu une place très importante dans mon cœur, même si je ne l'ai jamais exprimé. J'apprécie vraiment les qualités que Dieu a mises en toi en tant que sœur ; tu as toujours été une femme plein de ressources.

Je te dédie ce travail pour l'affection que tu as pour moi, pour tes sacrifices à mon égard et pour tes encouragements.

Que Dieu exauce le vœu le plus cher que tu as dans le cœur.

A Mes Frères Halim et Hakim

*Je vous remercie de m'avoir soutenu, ET d'avoir toujours cru en moi.
Recevez ce travail comme l'expression de ma reconnaissance pour tout ce que vous avez*

Fait pour m'aider dans la réalisation de ce travail

A Ma chère sœur Hakima et son mari Massi et ses trois filles : Anais, Anila et Assile

A mes chères Fairouz, Nora, Zahra et Warda

.Que Dieu nous aide à être une famille unie, forte et qu'il nous accorde tous d'obtenir une vie prospère selon ses perspectives.

A mes amis et surtout le méchant

***A mon binôme Dyhia .Merci de m'avoir soutenue pendant toutes ces années.
Que Dieu vous accorde de réussir vos vies selon ses desseins, je vous souhaite tous le bonheur de monde et votre soleil éclaire tant et brille d'amour au quotidien.***

Hanane

Dédicaces

Je dédie ce modeste travail :

A mes très chers parents, aucun hommage ne pourrait être à la hauteur de l'amour dont ils ne cessent de me combler.

Rien au monde ne veut les efforts fournis jour et nuit

Pour mon éducation et mon bien être

Ce travail est le fruit de vos sacrifices que Dieu vous protège.

A mon très cher mari que j'aime énormément et qui ma soutenue tout au long de cette recherche.

Et bien sur a ma très chère sœur : Sylia, mes frères : Youva, missipsa, kouceila et ma cousine Katia.

Sans oublier mon grand père mes beaux parents, mes belle sœurs, mes beau frères et bien sur sans oublier mes oncles et mes tentes

A mon binôme Hanane et mes meilleurs amis : dalila, drifa, Katia et zineb, firouz, nedjwa, sabiha, kahina.

Et je le dédie surtout aux diabétiques de l'établissement hospitalier de sidi aich. Ainsi à toute mes amies de groupe 04 de psychologie clinique.

Dyhia

Remerciements

Nous tenons à remercier d'abord le bon Dieu qui nous a donné la force , le courage et la patience pour pouvoir mener ce travail.

Nous remercions tout particulièrement notre promoteur M' Benkarrou Fiadh pour l'honneur qu'il nous a fait de nous avoir encadrée , pour l'aide précieux qu'il nous a apportées , pour ses remarques et ses conseils avisées qui nous ont permet de mener ce travail .

Nous tenons également à exprimer nos sincères remerciement aux aux membres de jury d'avoir accepté d'évaluer ce travail.

Nous remercion également tout le personnel de l'EPH de sidi aich

A toutes personnes ayant participer de près ou de loin à notre formation et à tous ceux qui nous ont apportées leurs soutien et leurs encouragements durant la réalisation de ce travaiei.

Dyhia et Hanane

DEDECACES

A l'aide de DIEU, ce travail est achevé et j'aimerai bien le dédier

A Mes Parents Tant Aimés

Ce travail est le couronnement de tous vos efforts, de toutes ces années de sacrifice que vous avez consenti à faire à mon égard.

Même dans les moments où je n'y croyais plus vous m'avez encouragé à poursuivre ce rêve. Aujourd'hui ce jour que vous espériez tant de voir enfin est arrivé.

Mon émotion est grande parce que Dieu m'a permis d'atteindre ce stade et j'espère que ce diplôme va vous combler de joie mais aussi va apporter d'autres moments de bonheur plus intenses encore.

Recevez ma profonde reconnaissance pour tout ce que vous avez fait afin de me permettre de réaliser ce rêve.

Dieu saura vous récompenser au-delà même de vos espérances.

A Ma grande sœur fatma et a son marie Rezak et son cher fils sabre Ayoub
Cher sœur, tu as toujours eu une place très importante dans mon cœur, même si je ne l'ai jamais exprimé. J'apprécie vraiment les qualités que Dieu a mises en toi en tant que sœur ; tu as toujours été une femme plein de ressources.

Je te dédie ce travail pour l'affection que tu as pour moi, pour tes sacrifices à mon égard et pour tes encouragements.

Que Dieu exauce le vœu le plus cher que tu as dans le cœur.

A Mes Frères Halim et Hakim

*Je vous remercie de m'avoir soutenu, ET d'avoir toujours cru en moi.
Recevez ce travail comme l'expression de ma reconnaissance pour tout ce que vous avez*

Fait pour m'aider dans la réalisation de ce travail

A Ma chère sœur Hakima et son mari Massi et ses trois filles : Anais, Anila et Assile

A mes chères Fairouz, Nora, Zahra et Warda

.Que Dieu nous aide à être une famille unie, forte et qu'il nous accorde tous d'obtenir une vie prospère selon ses perspectives.

A mes amis et surtout le méchant

A mon binôme Dyhia .Merci de m'avoir soutenue pendant toutes ces années.
Que Dieu vous accorde de réussir vos vies selon ses desseins, je vous souhaite tous le bonheur de monde et votre soleil éclaire tant et brille d'amour au quotidien.

Hanane

Sommaire

Liste des abréviations

Liste des tableaux

Liste des figures

Introduction.....1

Partie théorique

Chapitre I : Le cadre méthodologique de la recherche

- 1- Problématique..... 5
- 2- Hypothèses14
- 3- Les objectifs de l'étude.....14
- 4- Définition et opérationnalisation des concepts clés.....14

Chapitre II : La communication médecin-malade

Préambule.....20

- 1- Définition de la communication en générale.....20
- 2- Les types de la communication.....22
 - 2-1- La communication verbale.....22
 - 2-2- La communication non verbale.....24
- 3- Les différentes explications théoriques du phénomène de la communication.....25
 - 3-1- De point de vue technique.....25
 - 3-2- De point de vue psychologique.....28

4- Définition de la communication médecin-malade.....	33
5- Les différents sens de l'expression relation médecin-malade.....	34
6- Les théories qui définissent la relation médecin-malade.....	35
6-1- La théorie psychanalytique.....	36
6-2- La théorie sociologique.....	37
6-3- La théorie anthropologique.....	38
7- Le travail de médecin : tâche biomédicale et communicationnelle.....	38
8- L'annonce d'une maladie chronique.....	40
9- Les techniques de la communication médecin-malade.....	43
10- Obstacles et erreurs dans la relation médecin-malade.....	45
Conclusion	46

Chapitre III : L'observance thérapeutique chez les diabétiques

Préambule.....	48
1- L'évolution de concept de l'observance thérapeutique.....	48
1-1- Définition de l'observance thérapeutique.....	48
2- Les déterminants de la qualité de l'observance thérapeutique.....	50

2-1-	Les déterminants liés au patient.....	50
2-2-	Les déterminants liés au traitement et aux facteurs démographiques et socio-économiques.....	51
2-3-	Les déterminants liés aux professionnels de la santé.....	53
3-	Les moyens d'évaluation de l'observance thérapeutique....	55
4-	Les méthodes explicatives de l'observance thérapeutique....	56
4-1-	Représentation de la maladie associée à l'observance.....	57
4-1-1-	Définition de la représentation.....	57
4-1-2	La représentation de la maladie.....	57
5-	Modèle d'autorégulation de comportement liés à la maladie.....	58
6-	Le modèle sociocognitive.....	60
6-1-	Sentiment d'efficacité personnelle ou auto-efficacité aperçue.....	61
6-2-	Source de l'efficacité personnelle	62
7-	Autres théories explicatives de l'observance.....	64
7-1-	Le modèle de croyances sur la santé.....	64
7-2-	Modèle de l'action raisonnée ou théorie de comportement planifié.....	64
8-	L'éducation thérapeutique.....	65
	Conclusion.....	66

Chapitre IV : Méthodes et techniques utilisées

Préambule.....	68
----------------	----

1- Présentation de lieu de l'étude.....	68
2- L'échantillon de l'étude.....	70
3- La pré-enquête	72
4- La méthode utilisée.....	73
5- Les techniques utilisées.....	75
6- Les limites de l'étude.....	75

Chapitre V : Analyses, discussion et interprétation des résultats

Préambule.....	78
1- Présentation et analyse des résultats.....	78
2- Discussion et interprétation des résultats.....	109

Conclusion générale.....112

Liste bibliographique

Annexes

Liste des abréviations

BARD : Béhavior, Aims, Room, Dialogue. (C'est un modèle de consultation proposé en 2002 et qui signifie : **Room** : proposer un espace cohérent a la personnalité de médecin ; **Béhavior** : adopter un comportement adéquat ; **Aims** : définir les objectifs de la consultation et les prioriser ; **Dialogue** : adopter un vocabulaire compréhensif).

NI : Niveau d'Instruction.

OMS : Organisation Mondiale de la Santé.

ETP : Education Thérapeutique de Patient.

HBM: (Health Belief Model) Model des Croyances sur la Santé.

MEMS: Medication Event Monitoring System.

SRM : (Self-Regulatory Model) Model d'autorégulation liée a la maladie.

TSC : Théorie Sociale Cognitive.

DID : Diabète Insulino-Dépendant.

DNID : Diabète Non Insulino-Dépendant.

AVC : Accident Vasculaire Cérébrale

Liste des tableaux

Tableau n°1 : Représentation des services de l'EPH.

Tableau n°2 : représentation de l'échantillon selon le sexe.

Tableau n°3 : Représentation de l'échantillon selon l'âge.

Tableau n°4 : Représentation de l'échantillon selon la situation matrimoniale.

Liste des figures

Figure n°1 : Schéma de communication de Jakobson.

Figure n°2 : Schéma d'un système de communication selon Claude.E, Shannon et Warren Weaver.

Introduction

La communication est le 10^{ème} des 14 besoins fondamentaux de l'être humain décrit par Virginia Henderson : « communiquer avec autrui c'est exprimer ses émotions, ses besoins, ses craintes et ses sentiments ».

La communication est le vecteur de toute relation. Son étude s'intéresse à l'échange du message entre un émetteur et un récepteur. La communication utilise l'information, en la mettant en forme, et sert la qualité de la relation. Dans le colloque singulier et asymétrique avec son patient, le médecin doit connaître quelques concepts issus des sciences de la communication. C'est un sujet vaste. Nous n'aborderons ici que quelques notions, soulignant l'importance que joue la communication en médecine.

La question de l'observance ne se limite certainement pas au seul respect des prescriptions médicales. Elle met aussi en jeu, le rapport du sujet à sa maladie, à lui-même et aux soignants. Et dans le cas d'une « maladie au long cours » ou « maladie chronique », elle implique, pour perdurer, que le patient adhère véritablement au processus de traitement, qu'il se fasse partenaire de soins. Ce qui suppose qu'il s'arrange d'une forme de double contrainte : vivre avec sa maladie et l'accepter, tout en continuant pourtant à la refuser, en participant activement aux traitements. C'est une tâche difficile, au coût psychique important, et qui requiert une particulière compréhension des soignants, s'ils veulent assumer, sur ce plan aussi, leur rôle d'accompagnement.

La focalisation sur le rôle-clé des médecins dans la variabilité des conduites d'observance n'est pas nouvelle. Pour de nombreux psychologues de santé, c'est la situation de consultation et la forme que prend la communication médecin patient qui est le moment le plus crucial

Introduction

dans la formation de l'observance ou de l'inobservance. Quand le patient n'est pas satisfait des explications qu'il attend, ne comprend pas ce qu'on lui demande, ou ne parvient pas à mémoriser, son insatisfaction est appelée à faire barrière à l'exécution du traitement.

Cette hypothèse cognitive est parallèle aux propositions de la psychologie clinique d'inspiration psychanalytique illustrée et popularisée par Balint et mettant en évidence les mystères transférentiels à travers lesquels le médecin devient médicament : le rapport au traitement est aussi un rapport informationnel et symbolique au médecin et à la médecine. Et le discours du médecin ou la relation qui l'associe au patient entrent pour beaucoup dans les effets observés.

Dans cette optique. Notre but de recherche est d'évaluer « le rôle de la communication médecin-malade sur l'observance thérapeutique chez les diabétiques ».

Pour atteindre notre objectif, nous avons adopté un plan de travail qui comporte les éléments suivants : une partie théorique qui contient trois chapitres : chapitre 01 intitulés le cadre méthodologique de la recherche, chapitre 02 : intitulé la communication médecin-malade, chapitre 03 : et intitulé l'observance thérapeutique.

Et une partie pratique qui contient deux chapitres, le quatrième chapitre intitulés la méthode et les techniques utilisées, et le cinquième chapitre intitulé l'analyse, discussion et interprétations des résultats. Finalement, on termine notre étude par une conclusion générale.

Introduction

1- Problématique

Nous pouvons pas ne peut pas ne pas communiquer, mais bien communique est un déficit difficile (collignon et al 1998).

Communiquer c'est échanger un message d'un émetteur a un récepteur. La communication correspond à « tout moyen verbale ou non verbale utilisé par un individu pour échanger des idées, des émotions, avec un autre individu ». (Brin, Courrier, Lederle, Masy, 2004).

A partir de la nous on va s'intéresser a la communication médecin malade et a l'observance thérapeutique chez diabétiques.

Les publications internationales s'accordent pour déclarer qu'une meilleure communication entre le médecin et le malade développe leur satisfaction respective, la qualité de vie des malades, et le suivi de traitement et les résultats cliniques. De plus l'écoute du malade aux décisions médicale qui le concernent baisse son anxiété et améliore son état moral qui influence sur son état de sa santé. (Fournier, Karzanet, 2007).

La pratique de la médecine dans son sens le plus large implique une relation globale avec le malade, et la qualité de cette relation influence largement sur la gestion des maladies et leur prévention. La relation entre le médecin et le malade est l'un des contrats les plus extraordinaires dans la société et dans l'histoire humaine. Ce contrat est entre deux individus qui se trouvent dans un cadre confidentiel et privé (ex : la consultation médical), c'est un lien intense et remarquable y est forgé dans un but thérapeutique, afin atteindre se but il fait que le médecin se met a la disposition du patient par ses compétences, et que le malade aussi a son tour soit disposer à informer le médecin, et suivre ses indications, a fin

de collaborer au traitement. (Espace d'échange du site IDRES sur la systémique, 2008).

Une bonne communication est fondée sur des aptitudes clairement définies qui présentent des aspects techniques et qui peuvent être traduites en mots et en exercice comme n'importe quelle autre aptitude médicale soit diagnostic ou thérapeutique. La relation médecin malade avant tout et après tout est une relation humaine, la communication est meilleure lorsque elle permet aux deux protagonistes d'être ensemble pour d'atteindre des objectifs bien précis.

Le survenant d'une maladie n'est pas un événement ni choisi ni désiré, cet événement annonce des interventions, des souffrances, des menaces graves parfois vitales c'est-à-dire on ne peut pas prévenir une maladie ni choisir telle ou telle maladie, il suffit juste d'accepter et s'adapter à cette pathologie. (Inter universitaire de pédagogie 2004-2005).

L'annonce du médecin d'une maladie chronique au malade tel que le diabète n'est guère facile. Et à partir de là qu'on trouve que la communication fait partie de la pratique médicale, les tâches communicationnelles du médecin sont très essentielles à la santé et à la satisfaction du malade, cette relation joue un rôle important sur l'observance thérapeutique. Être observant ce n'est pas facile, cette tâche s'annonce difficile particulièrement pour les diabétiques qui suivent des habitudes régulières telles que la prise des médicaments ou l'insuline, ou le suivi du régime alimentaire, tout ça semble être difficile pour le malade notamment sur le plan moral et physique et même sur le plan financier. Dans une situation où l'intervention du médecin est nécessaire afin d'expliquer les objectifs thérapeutiques du traitement et l'intérêt de l'observance et l'importance du respect des règles hygiéno-diététiques.

Les publications sur la question du non respect par le malade du traitement prescrit sont nombreuses et leur nombre doubleront tout les cinq ans. Cette question préoccupe tous les secteurs de la médecine notamment les diabétologues. (Dufoum, et 1994).

On distingue par la que le traitement ne serait être efficace sans l'échange de communication, les paroles et les comportements qui véhiculent cette communication jouent un grand rôle dans le travail du médecin qui mène aussi à démineur la souffrance du malade.

La relation médecin-malade est un rapport unique entre une personne affaiblie par la maladie et un professionnel de santé avec des compétences reconnues. Cette relation impose que chacun des deux individus soient réunis par un entretien. Alors que le malade attend de son médecin une guérison, une réassurance, une immense sécurité et une affection, ce dernier par contre, porte la lourde responsabilité de bien diagnostiquer la maladie tout en acceptant les risques encourus. Entre eux, s'établit donc un échange qui doit passer d'abord par certain attitudes telle que l'écoute, la confiance et l'empathie.

L'importance primordiale du coté relationnel dans le traitement thérapeutique, affirme que beaucoup de médecins et chercheurs se sont rapprochés du champ théorique des sociologues non pas uniquement par des études approfondies des maladies mais aussi sur l'impact de la relation médecin-malade sur la vie thérapeutique et psychique du patient. (Brighet Assous, 1999).

Les modélisations qui ont été élaborées sont partielles et viennent renseigner sur différents sens attribués à cette relation : le sens de relation thérapeutique, celui de relation avec une connotation temporelle

de longue durée et également celui de relation avec une connotation temporelle de nature ponctuelle.

A la présentation de quelques modèles « partiels » illustratifs de la relation médecin-malade, ils ont arriver a distinguer d'une part les « typologies » de consultation élaborées par des chercheurs à partir de l'observation de la pratique, et d'autre part les « modèles professionnels » proposés par les praticiens, promoteurs de nouvelles approches.

(Fournier, Karzanet, 2007).

Pour les tenants de la sociologie dite : «fonctionnaliste », initiée par Parsons dans les années cinquante, il existe un modèle unique de relation médecin-malade, dans laquelle chacun joue un rôle social attendu.

Le médecin est chargé de rétablir l'ordre social menacé par la déviance que représente la maladie ; il doit maîtriser une compétence technique, offrir une prise en charge universelle, ne pas sortir de la spécificité fonctionnelle de son rôle, agir avec une certaine neutralité affective et une orientation vers la collectivité. Le malade a pour devoir de faire légitimer son état déviant, de souhaiter aller mieux, de rechercher une aide compétente ; ses droits sont alors d'être reconnu comme non responsable de son incapacité et d'être exempté de ses responsabilités habituelles. (Fournier, Karzanet, 2007).

En 1956, Szasz et Hollander complètent la théorie de Parsons en proposant trois styles de relation médecin-malade, selon que le patient est actif ou passif dans la relation, le médecin étant toujours considéré comme actif (activité-passivité, guidance-coopération, participation mutuelle). Ces styles sont considérés comme liés essentiellement aux caractères différenciés des temporalités de maladies (aiguës ou chroniques).

Par la suite, Freidson ajoutera à ceux-ci deux autres modèles, selon que le médecin est passif ou actif (patient guide - médecin coopératif, patient actif – médecin passif). (Fournier, Karzanet, 2007).

En 1992, Emanuel et Emanuel proposent également une analyse de la relation médecin-malade sous l'angle du partage du pouvoir ; ils identifient quatre modèles idéaux-typiques : « informatif », « interprétatif », « délibératif » ou « paternaliste ».

De manière un peu similaire, une revue de littérature récente oriente son analyse sur la manière dont les décisions sont prises au sein des consultations médicales, et propose trois modèles-types : le modèle du patient décideur, le modèle du médecin décideur et le modèle de décision partagée. (Fournier, Karzanet, 2007).

Pour les sociologues « interactionnistes », dans la lignée des travaux d'Eliot Freidson publiés en 1970, les situations sociales sont sans cesse négociées et redéfinies lors des interactions entre le médecin et le malade ; la relation médecin-malade dépend donc des multiples relations que vivent le malade et le médecin (avec l'équipe hospitalière, la famille et les autres proches) en plus de leur interaction duelle. Par ailleurs, l'exercice de la médecine se situe dans un contexte organisé et structuré, qui joue un rôle important : la pratique individuelle d'un médecin libéral, insérée dans la vie de la cité, est dépendante du « client » qu'est le patient, tandis que la pratique à l'intérieur d'une organisation intégrée dans le milieu professionnel (tel que l'hôpital) est essentiellement dépendante des collègues. Le modèle de relation sera également modifié selon que le patient est la cible de techniques de prévention ou de mesures curatives. Pour Freidson, la médecine est devenue progressivement une des formes de réaction des sociétés à la

déviance, une « entreprise morale » qui se substitue au droit et à la religion, dans un contexte d'autonomie et d'autorégulation forte de la profession médicale. (Fournier, Karzanet, 2007).

En 1957, Michael Balint a proposé à ses confrères une approche permettant de reconsidérer leur expérience de tous les jours et d'améliorer la relation médecin-malade, à travers l'introduction d'une réflexion psychanalytique dans la pratique de la médecine générale et au moyen d'une participation périodique à des groupes de réflexion entre pairs.

En dehors de cette approche particulière, la littérature biomédicale (essentiellement d'origine anglo-saxonne et datant des années 1980 et 1990) analyse généralement les consultations à travers 3 à 10 « étapes ou tâches, (qui) vont de la prise de contact initiale à la clôture de la rencontre, en passant par des temps de recueil d'informations, de traduction de la demande, de transmission d'informations, de négociation et de choix avec le patient, de récapitulation des points d'accord ou encore de préparation de la relation à long terme» . Certains modèles se fondent sur des étapes, guide d'observation Calgary Cambridge, modèle de Byrne and Long) ; d'autres modèles sont basés sur des tâches effectuées pendant la consultation (modèle de Pendleton et al.) ; d'autres encore s'appuient sur différentes dimensions de la consultation (modèle « Centré sur le patient » et modèle « BARD »). (Bury, 1988).

La littérature montre qu'une plus grande participation du patient aux décisions médicales, si elle est souhaitée par le patient, améliore sa satisfaction, diminue son anxiété et améliore sa santé. Parmi les «

modèles » décrits, certains favorisent l'implication du patient dans les choix relatifs à sa santé.

Ainsi le modèle de « participation mutuelle » exposé par Szasz et Hollander suppose une forte implication du patient.

De même, pour Emanuel et Emanuel, le « modèle délibératif » apparaît comme idéal. Il comprend les principales étapes suivantes : délivrer de l'information au patient, donner son avis en tant que médecin, enfin soumettre cet avis au débat en veillant à laisser le libre choix au patient.

L'approche « centrée sur le patient » (qui trouve son origine dans les travaux de Balint mais se fonde sur des recherches en sociologie, anthropologie et psychologie médicales plutôt que sur une expérience en psychothérapie) prend en compte l'expérience unique vécue par le patient : le médecin n'est plus amené à établir un diagnostic, mais à créer un espace de travail non directif dans lequel le patient pourra cheminer vers un changement souhaité. (Fournier, Karzanet, 2007).

De la même manière, la démarche de counseling, (née au début du 20^e siècle, aux États-Unis, dans le cadre d'un mouvement de réforme sociale et introduite par Carl Rogers en psychologie clinique dans les années 30), renvoie à une démarche de conseil et d'accompagnement de la personne, qui favorise l'expression de son choix. Elle repose sur des bases d'empathie envers la personne, de respect pour sa vie privée, ses sentiments, son attitude et ses besoins. Elle engage également le soignant à conserver le maximum de neutralité vis-à-vis des démarches abordées et des informations fournies. Parmi les nombreux courants de *counseling* existants, qui se situent à différents niveaux entre une approche autoritaire et une approche passive du médecin, celui qui a montré le plus d'intérêt (en termes de satisfaction et de résultats de santé) est un

counseling à mi-chemin entre ces extrêmes, un style « coopératif », dans lequel la personne, guidée par le médecin, prend les décisions.

(Fournier, Karzanet, 2007).

Par là on distingue dans communication deux styles, le premier est le style coopératif, qui est fondé sur la solidarité (Larousse1992) et qui peut être défini comme : « l'ensemble des actions collectives finalises et développées pour dépasser les propre limite individuelle ». (Terressac et Maggi 1996).le deuxième style est le style directe qui se base sur l'intolérance d'aucune désobéissance en exerçant un pouvoir d'une manière absolue la sévérité, l'intransigeance et la fermeté. Donc il est nécessaire pour les médecins surtout qui traitent le diabète(les diabétologues) se rendent compte du style de communication convenant a chaque personne et a chaque situation, et doivent aussi chercher a travers cette communication à améliorer leur relation avec les malades. Où cette relation médecin-malade se situe au centre des stratégies visant à améliorer l'observance thérapeutique. Pour la majorité des auteurs, la qualité de cette relation médecin-malade est d'une importance cruciale dans l'amélioration de l'observance thérapeutique.

Ainsi ELLIOTT R. a évalué cet aspect du rôle du praticien dans l'observance ; selon les données de la littérature qu'elle a exploité, elle a trouvé que lorsque le patient perçoit une attention de la part de son médecin il y ait une bonne observance d'un pourcentage de (61% contre 35% dans le cas contraire), lorsque le praticien prend en compte les croyances et les perceptions du patient sur sa maladie, ce dernier adhère plus au traitement ; la satisfaction du patient après la consultation quand le vocabulaire du patient et du médecin s'accordent permet d'augmenter le taux de bonne observance (Squier , 1990).

En vue d'améliorer la qualité de la relation médecin-malade le style de cette relation doit passer du mode prescriptif à un mode collaboratif ; promouvoir l'implication du malade dans la prise de décision peut être perçu par le médecin comme un prolongement du temps de consultation. Dans d'autres situations, elle peut être perçue comme une implication émotionnelle du praticien, mais ceci permet au contraire d'augmenter l'observance et démontre la véritable empathie du praticien qui est une clé pour assurer une bonne qualité de la relation médecin-malade (Sauvanet 2005).

Selon GINIES P. pour permettre une communication efficace entre le soignant et le soigné, il faut que le médecin connaisse d'abord sa propre personnalité ainsi que celle du patient ; l'organisation du cabinet, de la salle d'attente mais aussi du secrétariat doivent aussi avoir comme objectif de faciliter cette relation (Ginies, 2008).

CONSOLI S.M (2007) dans son approche de l'amélioration de l'observance utilise le terme d'alliance thérapeutique entre le médecin et le malade ; cette alliance doit être construite sur un principe de réciprocité qui amène chaque partie à faire des concessions.

Lorsque le médecin a un caractère ferme mais reste proche du patient, celui-ci peut le considérer comme un allié qui peut s'opposer quand il le faut tout en cherchant à préserver un lien. Même si des reproches doivent être faits au patient, il est aussi important de le complimenter sur ce qu'il a pu faire. (Consoli, 2007).

De ce fait notre étude vise le rôle de la communication médecin – malade sur l'observance thérapeutique chez les diabétiques, donc la question qui se pose est la suivante :

- Quel est le style de communication le plus approprié, pour atteindre une observance thérapeutique, et ce selon le niveau scolaire des malades?

2- Les hypothèses :

- La communication directe est adéquate avec les diabétiques de niveau d'instruction (A) pour atteindre une observance thérapeutique.
- La communication coopérative est adéquate avec les diabétiques de niveau d'instruction (B) pour atteindre une observance thérapeutique.

3-Les objectifs :

L'objectif de notre étude est de mieux comprendre que la communication médecin –patient joue un rôle sur l'observance thérapeutique chez des personnes atteintes d'une maladie chronique telle que le diabète et aussi d'identifier les deux styles de communication utilisés par les médecins qui peuvent être à l'origine de l'observance des malades.

4- Définition et opérationnalisation des concepts clés:

4-1-Définition de la communication médecin-patient :

Il s'agit d'un processus finalisé et structuré par lequel le personnel de santé partage des connaissances avec un client (malade) pour arriver à une compréhension mutuelle et lui faire adopter des comportements positifs à l'égard des questions de santé. Un processus finalisé signifie que l'échange entre le prestataire et la consultante a un but précis. Il n'est pas une simple discussion ou un flot de bonnes idées. Un fil Conducteur (le fil rouge) parcourt tout l'échange pour l'aider à atteindre ce but précis. Un processus structuré signifie que le prestataire construit une

structure d'échange, il détermine les thèmes jugés prioritaires et il organise le passage d'un thème à l'autre (Coster ,1998).

Dans la présente recherche nous prétendons de vérifier l'influence de deux styles de communication, utilisés par les médecins, sur l'observance thérapeutique des malades à savoir : le style directe ; où le médecin s'adresse aux malades d'une façon verticale, hiérarchisée et unilatérale ; d'une manière rigide, tendue et sévère sous forme d'ordres, de consignes, d'interdictions et / ou des exigences de faire ou de ne pas faire telle ou telle chose. Et le style coopératif, est une façon souple, flexible basée sur l'interaction horizontale et bilatérale entre le médecin et le malade sous forme d'échanges d'informations, d'explications et d'illustrations de cas et de situations.

4-2-Définition de l'observance thérapeutique :

Beaucoup de termes sont utilisés pour décrire cette pratique qui consiste à suivre les prescriptions médicamenteuses. Ceux qui sont principalement utilisés sont :

L'observance : c'est l'obéissance à une règle, elle désigne le degré de concordance entre le comportement d'un individu en terme de prise médicamenteuse, de changement de style de vie, et les prescriptions ou recommandations médicales; elle se résume donc en un comportement c'est-à-dire l'acte de suivre un traitement prescrit.

La complaisance : ce terme est parfois utilisé dans la littérature française pour parler de l'observance, c'est un mot anglais dont la traduction en français signifie observance, mais son utilisation dans le vocabulaire français est obsolète parce que ce terme connote une idée de soumission et de conformité à la thérapeutique prescrite et sous-entend la notion de

patients observant et inobservés, alors que l'observance est un terme dynamique dans la durée mais aussi face aux événements de vie rencontrés par les patients au cours du traitement (Nam AKAKPO, 2009).

Et dans notre étude on va vérifier l'observance thérapeutique à partir des indicateurs suivants :

❖ L'observance thérapeutique :

- ✓ Le respect de la posologie (prise des médicaments, respecter le temps et la dose)
- ✓ Suivre et se conformer à un régime alimentaire.
- ✓ Respecter les rendez-vous du médecin.
- ✓ Pratiquer d'une activité physique régulière.
- ✓ Faire ses analyses d'une façon régulière (chaque 3 mois).
- ✓ Mesurer régulièrement son taux de glycémie.

4-3- Définition du non observance :

La non observance thérapeutique est l'absence de concordance entre les comportements des patients et les recommandations des médicales.

Elle concerne tous les gestes du traitement, se livrer a un dépistage, venir aux consultations, prendre les traitements tels qu'ils sont prescrits, surveiller leurs efficacités, accepter des modifications du style de vie, renoncer a des comportements à risques elle intéresse toutes les pathologies surtout les pathologies chroniques. (Reach, 2006).

4-4- Définition du diabète :

Le terme diabète sucré regroupe un ensemble de maladies caractérisées par une hyperglycémie chronique résultant d'un déficit en insuline agissant soit au niveau de sa sécrétion, soit au niveau de son action ou les deux à la fois. Cette hyperglycémie chronique est responsable à la longue de la survenue de complications dégénératives voire même de défaillance de certains organes à savoir : le rein, l'œil, le système nerveux, le cœur et les vaisseaux sanguins (American Diabète Association, 2008).

4-5- Niveau d'instruction :

Dans notre étude nous avons préféré de répartir notre échantillon en deux groupes selon leurs niveau d'instruction où on a :

- Niveau d'instruction (A) : (NI : A) : c'est le groupe des patients qui sont pas capable de lire la notice d'emploi de leur médicament, et qui ne peuvent pas injecter leurs insuline tout seul.

- Niveau d'instruction (B) : (NI : B) : c'est le groupe des patients qui sont la capable de lire la notice d'emploi de leurs médicaments, et qui peuvent injecter leurs insuline tout seul, et qui peuvent même lire l'ordonnance, c'est à dire ses des gens instruits.

Préambule

La réflexion sur la communication médecin-malade est particulièrement importante dans le contexte actuel. Les transformations du système de santé est de (prévalence croissante des maladies chroniques, nouvelles modalités de leur prise en charge, évolution de la démographie des professionnels) et la transformation de la place du malade dans le champ de la santé, en lien avec la conception devenue dominante de l'individu comme autonome et responsable. Cette relation particulière, qui a fait l'objet de nombreuses recherches de la part des médecins et des chercheurs en sciences humaines, est aujourd'hui souvent étudiée sous l'angle des habiletés communicationnelles et relationnelles, autrement dit des compétences qui peuvent être enseignées et apprises par les médecins.

Une revue littérature récente montre qu'une meilleure communication dans la relation médecin-consultant améliore le suivi des traitements, les résultats cliniques et la qualité de vie des patients ; elle améliore également leur satisfaction ainsi que celle des médecins. En outre, une plus grande participation des patients aux décisions médicales qui les concernent diminue leur anxiété et améliore leur santé. (Cécile Fournier, Shandra-Kandranant, 2007).

De ce fait, nous présentons dans ce chapitre suivant quelque généralité portant sur le phénomène de la communication médecin- malade.

1-Définition de la communication

Il existe de nombreuses définitions de la communication. La racine latine du mot communiquer est *commun care*, ce qui signifie : « partager ». (Lavoie, Cormier et al 2010). Communiquer, c'est échanger un message d'un émetteur à un récepteur. La communication correspond à « tout moyen verbal ou non

verbal utilisé par un individu pour échanger des idées, des connaissances, des sentiments, avec un autre individu » (dictionnaire d'orthophonie, 2004).

Le verbe « communiquer » peut avoir plusieurs sens : Faire s'avoir (quelque chose à quelqu'un) ; faire partager ; transmettre; établir la communication avec; en parlant des médias, influencer un public en diffusant une série d'images, d'impressions, etc. par ailleurs on définit la « communication » comme étant : Le fait de communiquer, d'établir une relation avec quel 'un ou quel que chose ; échange d'une information, d'un message entre un sujet émetteur et un sujet récepteur au moyen de signes ; action de communiquer ; ce qui est communiqué ; exposé oral fait devant une société savante ou lors d'un congrès scientifique ; moyen technique par lequel les personnes communiquent; promotion par une entreprise de son image au moyen des procédés médiatique; ce qui relie deux chose ,deux lieux . Le mot « communication » à plusieurs significations, il fait parfois référence aux relations interpersonnelles, mais il peut également s'appliquer aux relations qu'une organisation entretient avec son public.

En 1956, Jacobson a défini la communication comme la transmission d'un message par un destinataire à un destinataire, il propose le schéma suivant :

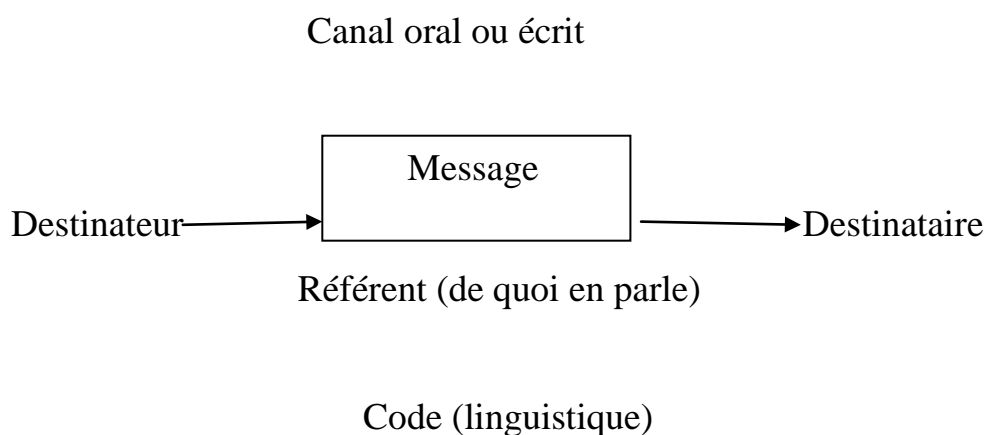


Figure 1 : schéma de communication, de Jacobson.

Ce pendant, ce schéma de communication présente certaines lacunes :

- Le destinataire est passif, le sens est unilatéral;
- La communication non verbale n'est pas prise en compte;
- Il n'y a pas d'adaptation du destinataire au destinataire;
- La langue est un code, il n'y a pas d'interprétation possible le sens est prédéfini.

Selon Bérengère de Negri(1998) « la communication interpersonnelle est l'échange (interaction) en face à face d'information ou d'idées entre deux ou plusieurs personnes. Elle comprend la communication verbale et non verbale. La communication verbale se fait par des mots et la communication non verbale se fait par des gestes, des mimiques, le silence ; elle se traduit par les vêtements que l'on porte, et par les attitudes que l'on prend ».

2-Les types de la communication

La communication est une réalité de chaque jour ; elle survient entre des personnes ou des groupes de façon naturelle, sans qu'il soit nécessaire de l'apprendre, et on pense que la communication est un phénomène naturel. Cependant il s'agit d'un processus complexe qui prend en compte non seulement le contenu de la communication mais aussi comment elle est donnée. Des recherches ont prouvé que la communication non verbale joue un rôle capital dans la communication. (OMS, 2002).

A partir de là nous avons déduit deux types de la communication :

2-1- la communication verbale

La communication verbale se définit comme un échange d'informations entre deux personnes ou plus en utilisant la parole. Avant de comprendre le sens des mots, l'individu est charmé ou irrité par le sens de la voix. Donc la bonne qualité de la voix dépend de : l'équilibre réalisé entre ces trois résonateurs :

Une résonance trop pharyngée donne une voix sourde, caverneuse ; une résonance trop buccale donne une voix rauque, autoritaire ; une résonance nasale donne une voix fluette, nasillarde ; le volume : pour ce faire écouter il faut d'abord se faire entendre, une voix trop faible exige de l'auditeur un effort d'attention tel que peu à peu il finit par ne plus écouter. De la même façon, une voix trop fort qui provoque peut être un début de son intervention est un effet de surprise en vient à fatiguer l'auditoire ; le débit : c'est la vitesse à laquelle l'orateur parle. Un débit lent, calme confère de la gravité aux propos. Un débit précipité signifie agitation, nervosité. Varier les changements de vitesse stimule l'intérêt de l'auditeur ; l'articulation : bien articuler consiste à détacher et enchaîner correctement les syllabes, ce qui donne la netteté à la parole ; et l'accentuation : c'est insister sur une syllabe, c'est changer la hauteur de la voix. En jouant sur ces éléments la personne traduit des sentiments. (William, 1988).

Parmi les techniques de communication verbale on trouve :

-Le reflet (ou la reformulation)

Le reflet est une reformulation du message de l'émetteur. Vous pouvez utiliser le reflet simple et le reflet du sentiment. En utilisant cette technique, vous servez de miroir à l'interlocuteur de façon à l'aider à reconnaître son propre vécu à travers ce qu'il communique.

-Les questions

L'emploi de questions s'avère souvent le moyen le plus efficace pour maintenir une conversation et obtenir des renseignements. Vous pouvez utiliser des questions ouvertes ou des questions fermées.

- La rétroaction (feedback)

La rétroaction est à la fois un élément essentiel du processus de communication. Est une technique de communication verbale. Pour assurer une communication adéquate, en plus de confirmer la réception du message, le récepteur peut :

- informer l'autre de ses perceptions et de ses sentiments ;
- informer l'autre des émotions que suscite en lui la discussion.

La rétroaction ne doit jamais servir à contraindre l'autre à modifier son comportement, mais bien à décrire la réaction suscitée par le message reçu.

-La validation (ou la clarification)

La validation consiste à vérifier vos perceptions en sollicitant le récepteur. Pour ce faire, vous pouvez utiliser le reflet, les questions et la rétroaction.

En validant vos perceptions, vous pouvez corriger les fausses perceptions avant que la communication devienne confuse et que des mésententes surviennent.

-La synthèse

La synthèse résume l'idée émise par l'émetteur ou ses sentiments. En faisant la synthèse de l'ensemble de la discussion, vous pouvez terminer une conversation, clore le sujet abordé ou faire le point avant d'aller plus loin. (Constantino Landolo, 2006).

2- 2- la communication non verbale

Elle véhicule les messages exprimés par le sourire, le regard, les gestes, la tenue vestimentaire et corporelle. En expliquant ses dernières par :

-Le sourire

Il est primordial dans l'hôtellerie, c'est une marque muette de bienvenue qui calme et valorise le client (Je suis heureux de vous recevoir, soyez le bienvenu...). Il permet de créer un climat de confiance.

Attention, « le sourire commercial » figé et crispé ne donne pas du tout le même résultat. Il faut être naturel et spontané.

-Le regard

Il établit le contact entre deux personnes. Il donne la première impression de sympathie ou non. Regarder un client, c'est le reconnaître même si on ne peut pas s'occuper de lui. Un regard souriant permet de rassurer le client (Je vous ai vu, je fais le maximum pour vous servir.)

- Les gestes

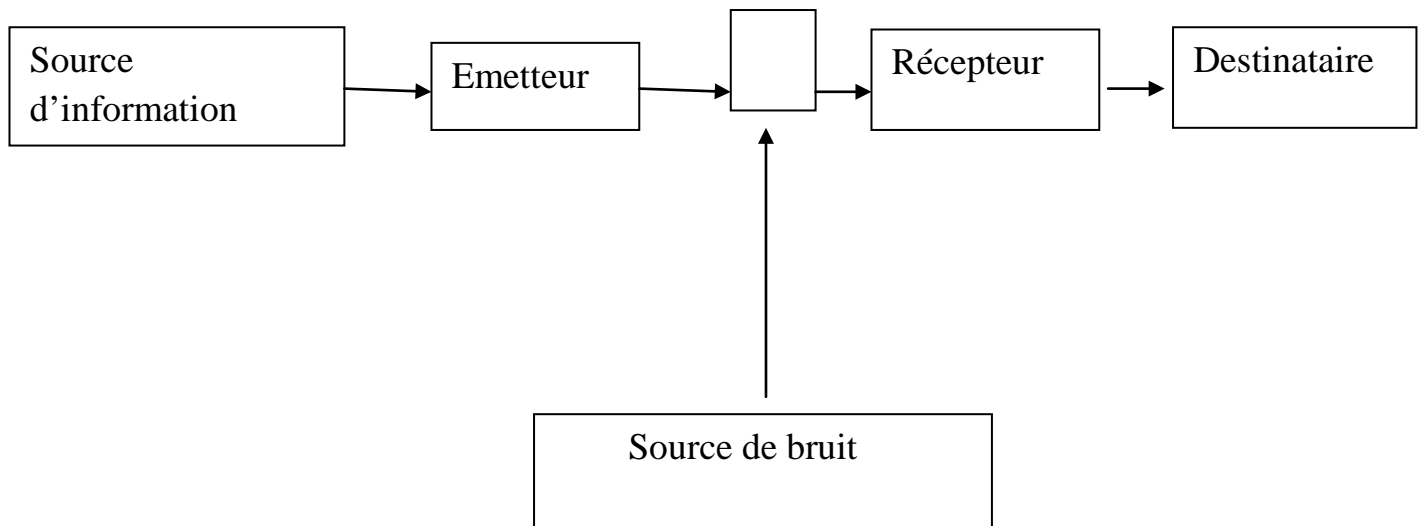
Ils traduisent et renforcent les messages. Ils doivent être naturels, spontanés pour exprimer la conviction et non l'ennui ou l'hésitation.

En accueil, il faut éviter d'avoir les bras croisés et les poings serrés. Il faut préférer les gestes ronds et larges qui signifient une ouverture d'esprit, la disponibilité et la disposition à l'accueil. (Constantino Landono, 2006).

3 – Différent explication théorique du phénomène de la communication**3-1- La communication d'un point de vue technique :**

Les lois de Shannon ce que l'on nomme la théorie moderne de la communication et de l'information, remonte aux premiers travaux de Norbert Wiener et l'un de ses anciennes élèves, devenu ingénieur Claude Elwood Shannon qui écrit avec Warren « The mathematical Theory Of Communication » (1949), instaurant ce qui a été longtemps le dogme du schéma ternaire universellement connu :

Figure 2 : schéma d'un « système de communication », selon Claude E. Shannon et Warren Weaver, en 1949 :



Source :(CLAUDE E. SHANNON ET WARREN WEAVER, 1975).

En effet, Shannon s'écartait fortement des idées de Wiener, puisque son schéma oubliait (volontairement) une caractéristique tenue fondamentale par Wiener, celle du concept de rétroaction (feedback), générant lui-même la suite la théorie systémique. (Michel, 2008).

Le modèle de Shannon présente des avantages, dont : ce modèle va mettre en lumière les facteurs qui vont perturber la transmission d'information (bruit).

Mais aussi des inconvénients, puisque : c'est un schéma simpliste qui ne peut s'appliquer à toutes les situations de la communication. Il ignore la pluralité des récepteurs. Il l'aîse de côté les éléments psychologiques et sociologiques. Il y a absence de boucle de rétroaction. (Dhenin, 2004).

Selon Roman Jakobson ces approches de la communication s'inscrivent dans le droit fil d'une évolution très ancienne commençant entre autre aux 15/16^{ème} siècles avec le passage du sens original latin de « communicare », mettre en

commun, être en relation avec, voire « communier », a celui de transmettre quelque chose. Au courant du 18^{ème} siècle, avec le développement des moyens de transport, de très nombreux textes sont venus préciser l'univers de ce que l'on a ensuite appelé les sciences et les techniques de la communication. Après avoir constitué une sorte de point de passage obligé de toute étude sur la communication, le schéma de Shannon et l'approche hyper – structurale qui lui correspondait dans le champ des sciences sociale ont commencer a être critiqués puis renversés sous la double pression de leur excès de formalisation. (Michel, 2008).

L'approche cybernétique de la communication est née avec l'école de Palo Alto, dont la vocation, était l'explication de la communication interpersonnelle pour des finalités quasi thérapeutique. Toutefois, elle laisse un certain nombre d'axiomes et de modèles dont l'examen mérite une attention. Watzlaxick, Helmick- Beavin et al (1975), définissent les axiomes fondateurs de la cybernétique comme suit : axiome 1 : on ne peut pas ne pas communiquer, car chaque individu se comporte, on ne peut pas ne pas comporter, ne rien faire, ne rien dire, sont des formes de comportements. Comme le comportement a la valeur du message, on ne peut pas ne pas communiquer. Axiome 2 : Toute communication présente deux aspects, le contenu et la relation, le second englobe le premier. En effet, dans une communication il y a un message et un contexte de circulation, axiome 3 : La nature de la relation dépend de la ponctuation des séquences de communication entre les partenaires. En 1981, Rogers et Kincaid proposent un modèle ou la communication est places entre les individus dans une perspective de compréhension mutuelle d'une réalité pour atteindre d'autre bute humains. Ils partent de principe de convergence. S'il y a divergence, il y aura rupture de communication. (Lesavre, 2001).

3-2- La communication d'un point de vue psychologique**3-2-1-La théorie de la psychologie du développement :**

D'une part la place qu'elle accorde aux théories de l'esprit, la conception de la communication développée en psychologie sociale rejoint celle de la psychologie du développement. En effet, celle-ci cherche à cerner les connaissances et les représentations dont l'enfant dispose à l'égard du fonctionnement psychologique général des êtres humains, en précisant dans quelle mesure l'enfant attribue des états mentaux aux personnes, et fait appel, tout au long de son développement, à ces entités mentales pour expliquer et prédire des conduites humaines observables (Astington, 1999 ; Baron- Cohen, 1998). Selon l'hypothèse « conversationnelle » formulée Bruner (1991) et Deleau (1999), les pratiques de la communication langagière faciliteraient l'interprétation d'autrui et référence aux états mentaux, généralement la maîtrise du discours et la compréhension des croyances entretiendraient des rapports de construction mutuelle. (Olry- Louis, Chabrol, 2012).

3-2-2-Les théories cognitives :

La recherche cognitive réunit des chercheurs de nombreuses autres sciences telles que la biologie, la neuropsychiatrie, la psychologie expérimentale et l'épistémologie génétique, la linguistique, la logique, formelle, l'axiomatique mathématique et informatique. En les synthétisant au nom de la théorie systémique, elle cherche à mettre au point une théorie unitaire de la connaissance. Le point de départ, bien que faisant penser à l'introspection, s'en éloigne cependant assez vite pour se consacrer à ce qu'Herbert Simon nomme le « General problem solving » ou résolutions générale des problèmes.

Il s'agit d'étudier comment un être humain s'y prend pour résoudre un problème, à quelle stratégie fait successivement appel et à la manière dont sont

cerveau opère pour prendre sans cesse des décisions en oubliant les mauvaises pistes et en intégrant les variables non prévus . La science cognitive a évidemment le plus grand besoin de psychologie expérimentale, ne serait ce que ces procédures de test et de certification. Mais une fois les observations validées, elle cherche à les formaliser a partir d'un nombre réduit d'instructions ou de connaissances simples. (Michel, 2008).

Le philosophe et le psychologue William James en 1890 a écrit : « *Un homme a autant de soi sociaux qu'il y a de groupes distincts de personnes dont l'opinion lui importe* ». Cette conception de l'interactivité du feedback sélectif, n'est pas qu'une reprise moderne des conseils que Léonard de Vinci (1977) donnait a ses disciples : « *Ecoute toujours avec patience l'opinion d'autrui, en essayant de bien comprendre si ton censeur a raison ou non de te blâmer : si tu penses que c'est oui, corrige ton œuvre, sinon, fais semblant de ne pas l'avoir entendu. Enfin, si le censeur est une personne que tu estime, explique-lui pourquoi il se trompe* ». On trouve a presque cinq siècle d'écarte une attitude commune de repérage des « opinions qui importent », preuve que la rétroaction est infiniment complexe et ne pourrait se ramener a un schéma télégraphique même élargie et fortement amendé dans le sens d'un « interactionnisme » de plus en plus accepté .(Balle,1986) in (Michel , 2008).

3-2-3-Les théories sociales de la communication

La littérature des enceins a ouvert la voie des théories de la communication avec Aristote qui met au point une méthode pour réaliser ses discours. Cette méthode comprend (05) phases : *L'invention* : consiste a rassembler et organiser les éléments d'informations susceptibles d'aider a défendre une cause, des témoignages, des preuves scientifiques. Cette phase correspond aux études de marché, aux sondages et a tous moyens qui permettent aujourd'hui de mieux connaitre l'interlocuteur.

La disposition : il s'agit, de la juste suite des arguments, selon une logique afin de convaincre. A titre d'exemple, on commence souvent à l'époque par l'exorde, façon d'interpeller a foule par une question qui l'intéresse. *L'élocution* : le style les symboles, les effets. Dans ce format se développe un style direct au mode le plus souvent impératif (ramassez, gardez) ; *L'action* : il s'agit de la performance propre, au temps d'Aristote de la prise de en parole en public ; et la *mémorisation* : c'était le mode d'enregistrement des événements, qui concerne la mémoire. Cette approche rhétorique trouve une suite dans les approches apparus après la guerre notamment, Shannon qui écrit la théorie mathématique de la communication, et se trouve être d'avenage une théorie de l'information, car qui est dit ou échangé n'est pas important, mais ce qui compte c'est la mesure de ce qui pourrait être transporté. Il s'agit en fait du plus petit choix de message que l'on peut faire quand on veut communiquer. Ce modèle considère le récepteur comme cible passive, modèle de communication autoritaire, il n'intègre en relation le contenu du message on peut l'interpréter d'une manière suivante : Qui a dit, Quoi, Comment, a Qui, avec Quel Effet. (Lesavre, 2001).

3-2-4-La théorie sociocognitive de la communication

La communication est conçue non comme simple transmission mais comme une négociation de la référence, ce qui le produit à réexaminer << le statu des acteurs, de leurs liens des actes de langues échangé et des résultats des faits communicatifs>>. (Ghiglione 1997, p.227). Il entend bien, d'autre part, combler ce qui pouvait apparaitre comme une psychologie purement sociale de la communication par l'exploration des dimensions cognitives d'un sujet socialement inscrit qui traite de l'information, produit des énonces et interagit en référence a certain fins. (Olry- Louis, 2011).

Toute théorie sociocognitive de la communication devrait nécessairement englober : l'énonciation qui, en exposant la place du sujet, vise le réel même du langage (Barthes, 1994). L'interlocution, dans la mesure où l'homme passe par les mots d'autrui, même pour se regarder lui-même (Bakhtine, 1984), la cognition et l'action puisque, loin de se réduire à coder des messages ou à énoncer / interpréter des propositions sur le monde, l'acte de la communication revient la plus part du temps à agir sur des réalités physiques et sociales. Dans une telle conception praxéologique de la communication, les locuteurs sont appréhendés en tant qu'acteurs sociaux animés d'intention de désirs et de croyances en même temps que les discours sont vus comme hautement finalisés. (Boutet, 2010 ; Filliettaz et Bronckart, 2005 ; Vernant, 1997) in (Olry – Louis, 2011)

3-2-5-La théorie de la psychologie sociale de la communication

Comme Marcel Bromberg le rappelle dans sa contribution, il existe peu d'activités sociales qui ne soient pas concernées par le langage. Si celui-ci nous permet d'agir sur le monde, il nous fait aussi et surtout tenter de partager nos pensées avec autrui. L'étude de son usage est donc fondamentale pour la psychologie ; l'enjeu étant de comprendre comment l'on utilise le langage en situation de communication. De ce point de vue, il faut souligner ici l'impotence qu'a revêtu dans ce champ, l'approche de Ghiglione, dont l'originalité a consisté, dès les années soixante-dix, à considérer le *l'engage*, non pas un phénomène transparent, un simple miroir en quelque sorte, mais plutôt comme une source de questionnement. Quelles sont les spécificités des situations de communication dans lesquelles se déploie ? Quelle relation unissent les activités cognitives du sujet communiquant et son langage ? Comment et avec quelle efficacité les échanges interlocutoires sont-ils réglés ? Quelles sont les principales questions qu'il a proposées, avec d'autres, à la communauté

scientifique. C'est dans ce cadre que peut d'écrire toute communication verbale, l'on s'est peu à peu mis à reconnaître l'importance des *mécanismes inférentiels* au coté des mécanismes de décodage plus classiquement établis. (Olry- Louis, Chabrol, 2012).

3-2-6-La théorie pragmatique de la communication

Le point de vue pragmatique considère que le langage est un acte doté d'une certaine force (illocutoire perlocutoire) orientée vers l'interlocuteur, force qui est d'une part témoignerait de l'intention langagière du sujet parlant et d'autre part obligerait l'interlocuteur à avoir, a son tour, un comportement langagier conforme au caractéristiques de cette force. En cela le langage est lui-même est une action puisque il exprime d'une façon directe (Fermer la porte) ou indirecte (Il fait chaud). Ce point de vue, dont Austin et Searle ont été les promoteurs (...) fonde le langage en acte. On remarquera qu'ici le rapport entre le langage et l'action est un rapport de fusion de l'un dans l'autre ... « Il n'y a pas langage au service de l'action ni action comme productrice de langage, mais langage en action ou langage- action ». (Charaudeau, 2004) in (Orly Louis et Chabrol ,2012).

Cette orientation « pragmatique » a donné lieu à plusieurs interprétations. Elle a d'abord une pragmatique sémantique cognitive monologique, ancrée dans la langue, de ce développé. Se focalisant sur l'analyse de l'intentionnalité du locuteur, de la force illocutoire de ses actes et des conditions préparatoires de leur réussite, elle cherche a rendre compte de l'intercompréhension des interlocuteurs selon les tables de vérité renouvelées. A celle –ci a souvent été opposée d'une pragmatique du discours situationnelle qui inclurait les conditions sociales les représentations du type d'activité et du contexte des actes de paroles. A visée plus interactionnelle, cette dernière serrait particulièrement attentive a montrer comment, a travers leurs actions et réaction, les

interlocuteurs procèdent a une régulation communicationnelle intersubjective de leur enjeux (Ghiglione et Chabrol, 2000)

4 - Définition de la Communication médecin-malade

« C'est un processus finalisé et structuré par lequel le personnel de sante partage les connaissances avec un malade pour arriver à une compréhension mutuelle afin de lui faire adopter des comportements positifs a l'égard des questions de sante ». (Coster, B .1998)

On trouve que la communication présente deux aspects : le contenu et la relation

« La communication médecin malade est un échange entre deux est plusieurs personnes, cette communication le médecin la pratique tout le temps principalement avec le malade ou avec la communauté » (Nagri, B. Note de cour.1999)

« La communication médecin malade est une relation humaine, déponente de nombreuses facteurs individuels et socioculturelle. Elle est faite d'attente et d'espérance mutuelle qui agissent de façon consciente et inconsciente. Ce n'est ni une relation amicale ,ni familiale, ni commerciale, c'est une relation de confiance qui s'inscrit dans le cadre de pratique éthique soumis ou code de déontologie médicale .Elle est aussi une relation asymétrique ,elle nait de la demande d'un patient souffrant adressé a un médecin ayant le s'avoir sur la maladie ,elle tend à poser le malade comme sujet passif ici le médecin doit prendre la responsabilité de la démarche de soin . Cette relation médecin malade est spécifique car elle a pour le premier objet le corps du malade mais la parole comme premier moyen thérapeutique, source d'incompréhension et d'erreurs elle est également dépendante de processus d'idéalisation réciproque : le patient idéalise le médecin comme connaisseur et expert ; le médecin idéalise

le patient comme ce lui qui correspondra a la prise en échange qu'il préconise »
([http // :Www. Edition –ellipses.fr](http://www.edition-ellipses.fr), 17-03-2016 a 23 :23).

5- Les différent sens de l'expression relation médecin -malade

Si on tente de cerner davantage la notion de la relation médecin – malade, on est face a une difficulté de taille, car l'expression relation médecin –malade est polysémique.son sens prend en effet une connotation différente, selon le contexte :

5-1-Relation thérapeutique si on considère le sens thérapeutique de l'expression relation médecin –malade, on peut déterminer trois caractéristiques essentielles de la relation interpersonnelle :

5 -1-1 La confiance elle est la première caractéristique essentielle de toute la relation qui comporte des visés thérapeutique. Dans la relation médecin malade, la confiance initiale repose essentiellement sur le caractère professionnel, de cette relation. En effet, lorsqu'un malade consulte un médecin pour la première fois, la confiance qu'il lui accorde se base sure quatre postules sont les suivant :

- Le médecin possède la compétence et les connaissances naisséssaire a l'exercice de la médecine ;
- Le médecin traitera avec discrétion les informations fournis par le malade, en les considérants comme strictement confidentielles.
- Le médecin maintiendra un cadre professionnel et une distance appropriée à la situation, malgré le caractère intime de l'examen médical
- Le médecin agira avec bienveillance, en proposant au malade des choix dans la seule recherche du mieux –être de ce dernier.

5-1-2 L'acceptation de l'autre c'est la deuxième caractéristique de la relation thérapeutique elle repose sur une bonne communication interpersonnelle. L'acceptation de l'autre devrait être multiple et son importance ressort davantage lorsqu'il y a des différences de culture ou de génération entre le médecin et son malade .Pour le praticien, ce n'est pas une approbation inconditionnelle des comportements du patient, mais plutôt un souci d'écoute et de compréhension de la personne, une prise en compte de ses souffrances et de sa vulnérabilité , même lorsque celles-ci sont peu manifestes ,et une volonté de maintenir la relation interpersonnelle au –de la des incompréhension et des divergence possible .pour le patient , l'acceptation de l'autre implique d'entrer dans l'univers de la médecine et d'en accepter les règles , ce qui oblige souvent a devoir subir des manipulation ou des intervention douloureuse ou agressante et a accepter une perte relative d'intimité .dans le cadre normatif d'une relation professionnelle ,l'ajustement a l'univers de l'autre et une compréhension mutuelle sont difficilement envisageable en l'absence d'une communication interpersonnelle adéquate entre le médecin et son malade.

5-1-3 La capacité d'influence C'est la troisième caractéristique inhérente aux relations a visées thérapeutique parce que elle fait appel a une compétence, a une expertise particulière qui amène le malade a consulter et , ultimement ,, a accepter l'influence que le médecin exerce dans ce contexte . Pour le praticien, la capacité d'influencé est évidemment liée a son expertise de médecin (établir un diagnostique, proposé un plan d'investigation et de traitement, poser l'acte médical approprié). (Claude Richard et marie Thérèse Lussier ,2005).

6- Les théories qui définissent la relation médecin malade

Il existe différent théories courantes décrivant d'une part comment déroulent les situations de communication entre humain et, d'autre part

comment les individus s'impliquent mutuellement. Ces théories peuvent être distinguées en deux catégories :

D'une part les théories qui considèrent la communication comme un processus d'échange entre AB et d'autre part, celle qui envisagent la communication comme un processus qui engage les différents protagonistes d'un mouvement commun ou la participation individuelle n'est que déficiente identifiable. La communication relevant de la première catégorie est comparable à un match de tennis : les partenaires de l'interaction se tiennent comme des joueurs de tennis de chaque côté du filet et échangent des balles qui consistent en des expressions verbales et des messages non verbaux. La communication s'inscrivant dans la seconde catégorie revient plutôt à l'atmosphère entourant cette interaction sans que celle-ci puisse être attribuée à une personne en particulier elle correspondrait à ce que l'on peut ressentir en tant que spectateur. ([Http/ Www. Edition. Ellipses. Fr](http://www.edition.ellipses.fr)).

Nous avons aussi d'autres théories comme :

6-1-1 La théorie psychanalytique

La théorie psychanalytique tend à expliquer le non dit de la relation médecin malade. Le non dit des émotions d'origine sociale, on trouve que les sociétés civilisées ont évacuée l'émotion de la vie quotidienne.

On trouve en premier lieu dans cette théorie il y a le non dit camouflé : il correspond au secret honteux, la peur du jugement de l'autre.

Comme il y a aussi le non dit implicite : il est constitué par le cadre et le rituel de la consultation, il est le reflet des conventions sociales qui président à la relation médecin malade.

Enfin on a le non dit tabou « le tabou est ce que ne peut être dit, touché au fait ». Les principaux tabous de la société moderne sont liés à la sexualité et la mort. Ces non dit restent volontaire et sont fonction des interdites culturels, familiaux, sociaux et religieux.

La théorie psychanalytique a expliqué le non dit et son expression physique ou mentale. Elle est basée sur l'analyse des symptômes et sa signification. Ici le symptôme n'est pas seulement indice de maladie mais elle est considérée comme un signifiant. Le symptôme signifiant garde le devenir de souffrance ancienne.

Dans le vocabulaire de la psychanalyse on constate que les malades développent ce qu'on appelle « le transfère ». Ici le malade investit des sentiments envers le médecin, dans toute relation thérapeutique il existe une dimension transférentielle.

On a aussi « l'inconscient » : il est considéré qu'il existe en chacun une part méconnue part nous même. Cette notion permet de comprendre sois d'admettre combien peut être variée la volonte de maitrise et de toute puissance dans la relation médecin malade.

6-1-2 La théorie sociologique

Il est indispensable de concevoir la rencontre du malade et du médecin hors d'un contexte sociale. La maladie est une construction au bout d'un dialogue mais une constriction qui dépasse le dialogue puisque derrière la maladie il y a tout les représentations collectives des troubles et derrière le médecin il y a des systèmes appris dans les livres et dans les écoles. On ne distingue que le dialogue entre deux segments de la société plus qu'entre deux être. Les sociologues perçoivent la relation médecin malade avant tout en termes de pouvoir et de contrôle, le modèle actuel est basé sur la participation mutuelle et la négociation de consensus. On ne peut nier d'ailleurs que le contexte social de

la relation entre le malade et le praticien soit en train de changer : l'orientation de plus en plus consumériste des malades, demande accrue de participation au processus thérapeutique, contestation du système de soin.

6-1-3 La théorie anthropologique

La première idée maîtresse de cette théorie est que quel que soit l'épisode de maladie en question le malade et son entourage s'en font une représentation particulière. Comment la maladie est apparue, ce qui a pu la causer, pourquoi elle affecte ce sujet personnellement, quelle sera sa courbe probable, quel type de traitement et le plus approprié ? bien entendu le malade n'a pas de réponse à toutes ces questions. Car il n'a pas toujours les idées claires de la représentation de la maladie en partie subconsciente. Mais il y a des modèles explicatifs qui lui viennent à la fois de son expérience passée des histoires de maladies vécues dans son entourage, des schémas qui prévalent dans son groupe culturel vont modeler son comportement face à la maladie par exemple demander plusieurs avis médicaux, prendre la vis d'un guérisseur, hostilité vis-à-vis des médicaments. (Arlet Philippe .2001).

7- Le travail du médecin : tâche biomédicale et communicationnelle

Le travail du médecin est complexe et implique des tâches de différente nature :

Les tâches biomédicales concernant le diagnostic et le traitement.

Les tâches communicationnelles résidant :

Dans la réalisation de certaines conditions de base (rencontrer le patient de personne à personne à personne, nouer avec lui une relation de partenariat et se référant au principe éthique régissant la pratique médicale) ; dans des attitudes relationnelles plus spécifiques : faire preuve de respect, de sincérité d'empathie et promouvoir une reconnaissance réciproque. Un entretien de qualité est une communication efficace ne son pas le fruit du hasard. Le talent ne suffit pas à

crée un bon interlocuteur, le médecin doit connaître quelle sont les aptitudes et les méthodes qui lui permettent de mieux comprendre son interlocuteur et d'en être mieux compris. Une bonne communication est fondée sur des aptitudes, clairement définies qui présentant des aspects techniques ou thérapeutiques.

On a aussi la tâche communicationnelle et fonctionnelle de la thérapie, c'est une communication intégrante de la pratique médicale. Les tâches communicationnelles du médecin sont essentielles à la promotion de la santé et à la satisfaction du patient et du médecin.

L'importance de la communication médecin malade et son impacte sur le diagnostic, l'adhérence thérapeutique et la satisfaction des deux partenaires de cette relation sont désormais documentés par de nombreuses recherches et expériences. Etablir un diagnostic proposer un traitement constitue le principal objectif de la pratique médicale. Mais le travail du médecin peut se révéler inefficace s'il n'est pas intégré dans une véritable relation avec le patient.

Selon la commission centrale d'éthique médicale de l'Académie suisse des sciences médicales, c'est au médecin que revient la responsabilité d'instaurer et gérer le partenariat dans la relation.

Il ya aussi deux aspects de la communication : le contenu et la relation. Une communication efficace implique que chacun des partenaires comprenne l'autre et se sente à son tour compris, or tout entretien entre être humaine est caractérisé à la fois par son contenu et par la relation qui s'établit. Une communication efficace réclame dès l'heure une compréhension du message verbal et du style relationnel qui le module.

Ce résultat n'est atteint que lorsque les deux aspects du message échangé, contenu et élément relationnel ou émotionnel, sont en harmonie. (Espace d'échange du site IDRES sur la systémique ,2008).

8-l'annonce d'une maladie chronique

Il arrive régulièrement dans l'activité du médecin praticien d'avoir annoncée de mauvaises nouvelles à un malade ou à l'entourage d'un malade (sa famille, ses proches). Dans tous les cas le médecin praticien doit apprendre à s'exprimer de manière adaptée tant sur le plan verbal que sur le plan de la conduite générale. Cette partie de la relation médecin-malade représentée par l'annonce d'une maladie grave va dépendre bien sûr de type de l'annonce et de l'état dans lequel se trouve le malade ou son entourage au moment de cette annonce. (Delpla Pierre –André, Juillet, 2001).

L'annonce d'une maladie chronique engendre un traumatisme psychologique indépendant de toute souffrance psychique. Elle peut réveiller des blessures et des souffrances anciennes amenant à un double traumatisme, la souffrance psychique induit par l'annonce peut induire des troubles de l'humeur, du comportement, de l'anxiété, une inhibition, une perte d'intérêt pour le monde extérieur, cette souffrance peut également se manifester sous forme d'angoisse avec un ressenti physique de douleur corporelle intense.

([Http : // www. Edition-ellipses .Fr](http://www.edition-ellipses.fr)).

La connaissance croise les expériences émotionnelles intimes du malade, de traduits par un vécu en rapport avec les potentiels différant chez chacun. Ce processus explique le décalage entre la parole qui peut être donnée par le médecin et ce qu'entendra le malade.

Il n'est pas de manière idéale d'annoncer une maladie chronique.

- Le savoir du patient : pour faire l'annonce, le médecin doit d'abord être à l'écoute afin de savoir ce que le patient dit au sujet de sa souffrance :
 - ce qu'il sait ou croit savoir : ce qui a déjà été expliqué, ce que le patient a eu ou entendu au sujet de sa maladie.

- ce que le patient comprend de son s'avoir sur sa maladie et ses conséquences sur sa vie.

- l'attitude et l'état émotionnel du patient (ses peurs, les mots qui évitent, ce qu'il sait mais ne dit pas)

- Le premier temps de l'annonce oblige le médecin à une lecture des informations verbale et non verbale (geste attitude de patient)

-Le besoin d'information : il est important de parvenir à définir en fonction de s'avoir du patient, la qualité de l'information que va donner le médecin. Il faut appréhender ce que le patient est en capacité d'entendre tant dans la qualité que dans la spécificités des annonces.

- L'annonce se fait de façon directe, en entretien et de façon empathique.

- Le premier temps est la recherche de ce que le patient veut s'avoir sur sa maladie et l'estimation de ses besoins à connaître le pronostic.

- Dans les fait le patient oscille souvent entre une position de dénégation (refus du patient nécessaire pour s'habituer à sa condition et à une forme de désespoir), c'est une position de demande complète d'information (qui peut briser un espoir chez le patient qui le cherche le plus souvent).

- Il est cependant impensable de tenir à une annonce simple du nom de la maladie, l'annonce est une démarche progressive quelque soit le désir du patient, dans un contexte de bienveillances et d'écoute de la part de soignant.

- Quelque soit la attitude de patient, il faudra la respecter à fin de lui permettre de s'habituer au diagnostique.

- Le médecin devra mettre en perspective la place du traitement dans cette annonce afin de ne pas rompre la relation la relation médecin –malade, ce qui compromettrait les chances de suivre le malade.

- La communication de l'information par le médecin

- La communication d'information du médecin à son patient est codifiée par les règles de bonne pratique (CF la loi du 4 mars 2002).

- Le médecin peut réussir à annoncer une maladie chronique s'il a une idée précise des objectifs à atteindre au cours de cette annonce, il peut avoir pour objectif l'annonce du diagnostic, la position concomitante d'une réponse thérapeutique, l'évocation de ses bénéfices en terme pronostic et la proposition d'un soutien.

- l'entretien doit être mené sagement mais en validant les objectifs, le début de cette annonce peut s'appuyer sur la verbalisation de ses objectifs ex : *« je vais vous parler de votre maladie, de ses symptômes, des traitements possibles puis nous discuterons de tout cela, de l'avenir et je répondrai à vos questions »*.

- la suite de l'annonce doit permettre d'abonder dans le sens du patient lorsqu'il a raison, de se baser sur ses propos et ses réactions pour avancer dans les objectifs à atteindre, il faut éveiller un sentiment de confiance et de réassurance chez le patient et les données médicales

- Proposition thérapeutique et suivi

- La fin de l'entretien est marquée par un résumé de celui-ci et débouche sur une position de projet thérapeutique, synthèse de l'annonce de la maladie et du vécu du malade.

C'est un projet de soin hiérarchisé, qui tient compte de la connaissance médicale comme des besoins de malade, qui ne peut être complètement défini à cet instant mais présenté comme souple et adaptable, il scelle un contrat moral entre le malade et son médecin, contrat qui peut être renégocié régulièrement, il ménage une place aux éléments non communicables au patient du fait de son

état ou de la nécessité de bilans complémentaire , il s'appuie sur le consentement éclairé du patient a la démarche de soin proposée . (Http // www. Edition-ellipses .Fr).

9- Les techniques de communication médecin malade

Certain médecin on une aptitude inné pour communiquer efficacement cependant, bien communiquer sur le plans professionnel est un art qui s'apprend et se développe par la maitrise de différant techniques éprouvés et par la prise de conscience de l'impacte des différant comportement. Tout médecin gagne à faire un travail de développement personnel, a apprendre ses propre valeurs, ses peurs ses souffrances, ses émotions ses motivations bien sur reconnaître ses limites car si en prenant d'abord soin de lui qu'il peut écouter ses malades (MeriamNciri, Décembre ,2009).

A partir de la on résume les techniques de la communication médecin malade qui sont suit :

- **L'écoute active**

« C'est une façon d'écouter où le récepteur montre son attention par le biais de techniques verbales et non verbales appropriées. »

Voici quelques techniques simples d'écoute active

- **Les questions de clarification**

On les pose pour obtenir des renseignements complémentaires et pour aider à explorer tous les aspects d'un problème, par exemple.

« Est-ce que vous pouvez expliquer ce que vous voulez dire », « Qu'est-ce que vous voulez dire.

- **L'empathie**

L'empathie est probablement l'une des attitudes qui a le plus d'effet sur le résultat de la communication (Fränkel, 1994; northouse et northouse ,1998) .elle joue un rôle primordial dans l'établissement de la relation de confiance entre médecin et malade. Quand on parle d'empathie, une image revient constamment : celle de la compréhension de l'autre. L'empathie consiste à comprendre et accepter le point de vue de l'autre. Dans le cadre de relation médecin malade, elle facilite le partage de l'information puisque le malade sent qu'on ne le juge pas et qu'on l'écoute réellement.

- **La reformulation**

On l'utilise pour s'assurer que nous pensons et interprétons de la même manière que l'autre personne. Elle sert à montrer que l'on écoute et qu'on comprend ce qu'on nous dit. Elle permet d'encourager la personne à analyser d'autres aspects de leurs problèmes et d'en discuter.

- **La paraphrase**

Elle consiste à renvoyer à l'autre l'image de son propre discours d'une façon exacte sans rien y ajouter. Elle invite souvent l'autre personne à parler encore du sujet évoqué.

« *Si je comprends bien, vous avez l'intention de ...* »

- **La réponse aux sentiments ou le résumé des sentiments**

Cette technique consiste à récapituler, à condenser et à éclaircir ce que l'autre dit dans le domaine émotionnel.

Le patient : « hier matin, deux prises de sang ; hier soir, une radio ; ce matin, une nouvelle radio, et quoi encore? » ; l'infirmier : « vous êtes excédé par les examens qu'exige votre hospitalisation ».

- **Démontrer de l'intérêt**

Cela consiste à encourager la personne à continuer de parler, à lui montrer que vous êtes intéressé par ce qu'elle raconte.

Comment ? En lui serrant la main, en se présentant, en l'invitant à s'asseoir, en parlant le même langage que lui, en ne l'interrompant pas, en souriant, en le regardant, en ne parlant qu'à lui et pas à d'autres personnes, en montrant qu'on l'écoute par un hochement de tête.

- **Le résumé, la récapitulation**

Il est utilisé pour résumer la discussion et servir de base pour une discussion ultérieure.

« *Si on résume ce que vous avez dit...* », « *Voici les idées principales que vous avez exprimées* »

- **La réflexion**

On l'utilise pour montrer qu'on comprend ce que l'autre personne ressent au sujet de ce qu'il dit. On l'utilise pour aider ce dernier à évaluer et à modérer ses propres sentiments. Il faut mettre en mot les émotions de l'autre personne.

« *Vous sentez que...* », « *Je comprends votre frustration* » (Antananarivo. Apporopop, 1997).

9. Obstacles et erreurs dans la communication médecin-malade

La communication entre médecin et malade est très souvent entravée, incomplète ou déformée. Il en résulte les malentendus et équivoques qui ont une incidence négative sur le diagnostic et le traitement, ainsi que sur l'état psychologique de malade et sur ses relations avec le médecin. En outre, même l'observation des prescriptions médicales par le malade est conditionnée, tout au moins partiellement, par la compétence de communication du médecin.

9.1 Les causes d'erreurs :

- l'atmosphère émotionnelle de la communication des fois les médecins ont des sentiments positifs ou négatifs en varie leurs malades ou le contraire.
- la différence des connaissances parce que les médecins ont un niveau très élevé contrairement aux malades.
- l'ambiguïté de langage (le jargon médicale du médecin) (Constantino Landolo, 2006)

Conclusion du chapitre

En guise de conclusion, retenons que la relation- médecin malade constitue une pierre angulaire qui améliore le suivi et le résultat du traitement. Pour donner un consentement éclairé, le médecin sans se dédouaner de son rôle devra expliquer au patient sa maladie en adaptant son langage à celui du patient. Le savoir médical du médecin doit être utilisé rationnellement afin de trouver une solution appropriée aux souffrances du malade.

En conclusion, la communication médecin malade, reste un outil et un moyen important à considérer, du fait que toutes relations entre ces protagonistes dépendent de cette communication.

Préambule :

Il y a plus de 2500 ans, Hypocrite disait : « les malades mentent souvent lorsqu'ils disent prendre leurs médicaments », pour souligner l'importance de la notion d'observance il avait également affirmé : « dans toutes les maladies, la présence d'esprit et la bonne volonté à prendre ce qui est administré annoncent un avenir heureux, le contraire est un mauvais signe ». Pourtant ce n'est que récemment que la prise de conscience sur l'importance cruciale de l'observance thérapeutique s'est faite. En effet ce terme est né dans le champ médical anglo-saxon en 1975 sous l'appellation « compliance » pour désigner et remplacer l'expression fuite du patient.

1. L'évolution du concept de l'observance thérapeutique**1.1.Définitions**

En langue française la traduction la plus correcte de « compliance » est le terme de l'observance thérapeutique. Le terme d'adhérence est également utilisé en anglais et en français.

Dans la littérature anglo-saxonne le terme « compliance » est communément défini comme la mesure dans laquelle le comportement adopté par une personne, en termes de traitement médicamenteux, alimentation, style ou hygiène de vie coïncide avec les conseils médicaux et de santé. (Cavelle .Battisti).

Que veut dire « être observant » et quelles sont les explications inhérentes à l'évolution de la sémantique concernant ce comportement de santé ? L'histoire de ce concept débute dès Hypocrite puis est mentionnée dans la littérature scientifique dès 1882, lors de l'apparition de la tuberculose, maladie contagieuse pour laquelle les patients devaient être observant en éternuant dans une pochette afin de diminuer le risque de propagation de la maladie.

Selon la définition fondatrice de « Haynes (1979) » la notion d'observance thérapeutique se définit comme « l'importance avec laquelle les comportements (en terme de prise de médicament, de suivi de régime ou de changement de mode de vie) d'un individu coïncident avec les conseils médicaux ou de santé ». (Gustav Nicolas Fischer.2002,).

Selon la définition opérationnelle créée par C. Tourette-Turgis et son équipe, l'observance thérapeutique désigne « la capacité d'une personne à prendre un traitement selon une prescription donnée. Ces capacités sont influencées positivement ou négativement par des cofacteurs cognitifs, émotionnels, sociaux et comportementaux qui interagissent entre eux » l'inobservance thérapeutique se définira donc comme l'absence de concordance entre les comportements des patients et les recommandations médicales (Moreau A, Queneau).

L'observance au traitement est composite et comprend au moins trois versants essentiels

- a.** *L'observance au suivi médical en général*, c'est-à-dire la capacité du patient à se rendre au rendez-vous pour la prescription et le contrôle de traitement ; elle est souvent considérée comme un facteur prédictif des deux autres composantes
- b.** *L'observance aux règles hygiéno-diététiques*, qui joue un rôle important dans la prise en charge pathologique chronique, et en particulier dans les maladies cardio-vasculaires.
- c.** *L'observance au traitement médicamenteux*, la prise de médicaments tels qu'ils sont prescrits (Scheen, Giet).

2-Les déterminants de la qualité de l'observance

Plus de 250 facteurs médicaux, sociaux, économiques et comportementaux ont été identifiés comme influençant l'adhésion au traitement médicamenteux comme par exemple la perception subjective de la maladie, de traitement médicamenteux, des facteurs externes au patient comme son mode de vie, ses expériences (Magali Baudrant-Boga 2009).

Ces variables sont regroupées sous trois formes :

2-1-Les déterminants liés à l'individu

Il a été démontré qu'un faible niveau social est associé à une forte isolation du malade était très souvent responsable d'une mauvaise observance.

Et la représentation personnelle du patient sur la maladie joue aussi un rôle dans l'observance ; ils ont montré que lorsque le patient perçoit un sentiment d'efficacité du traitement, l'observance est bonne ; dans ce cadre et en cas de maladie chronique la compréhension du patient de la situation médicale chronique ou de sa maladie qui ne guérit pas est source de problème d'observance parce que le patient peut arrêter son traitement dès qu'il se sent mieux.

Et même le système de croyance du patient peut jouer un rôle ou on peut citer ici l'influence culturelle sur l'observance, par exemple l'inadaptation de certaines mesures hygiéno-diététiques sur certaines traditions culinaires ; la croyance religieuse aussi peut influencer l'observance (exemple de la modification de la prise de médicament pendant le mois de ramadan).

Beaucoup d'études ont retrouvé un lien direct entre l'estime de soi (ou le degré d'autonomie sociale) et le niveau d'observance. À l'inverse, l'observance peut être sérieusement affectée en cas de déni de la maladie, de sa gravité ou de la nécessité du traitement. Ce point a été particulièrement observé au cours des

hémopathies maligne. la relation entre l'observance et le niveau d'intelligence ou de performance cognitive a été très peu étudié dans le cadre des maladies chroniques. En revanche, l'existence de troubles psychos comportementaux (conduites d'opposition surtout) est régulièrement associés a des problèmes d'observance chez l'adolescence. Dans un autre domaine, on pourrait s'attendre à ce qu'un patient soit d'autant plus observant quand il est acteur des événements qui le concernant et qu'à l'inverse, il soit d'autant moins observant quand il subit des événements qui le concerne passivement.

La dépression est un facteur bien connu de non observance du traitement dans les pathologies somatiques. Par exemple, la méta-analyse récente de Di Matteo montre que les patients déprimés ont un risque trois fois plus élevé que les patients non déprimés de ne pas prendre leur traitement médical. L'existence de conduites additives est aussi un facteur de médiocre observance. (Corruble Hardy , 2003)

2-2-Les déterminants liés au traitement et aux facteurs démographiques et socio-économiques

On retrouve principalement :

La connaissance et la bonne compréhension du traitement : avoir une bonne connaissance du médicament, savoir a quoi il sert les risques d'un arrêt du traitement, les interactions éventuelles avec d'autre médicament l'alcool ou l'alimentation sont les garants d'une bonne observance. la mauvaise compréhension du traitement peut survenir lorsqu'il y a une altération des fonction cognitives du patient, ou un manque d'intelligence, l'existence d'un handicap visuel ou auditif ou encore lorsque l'explication que soit insuffisante, soit que l'ensemble du message n'a pas saisi par le patient.

La poly- médication : qui veut dire que le patient prend plusieurs médicaments pour une seul pathologie ou sous plusieurs traitements pour plusieurs

pathologies, ou on trouve que la majorité des auteurs citent ce déterminant comme facteur de mauvaise observance.

Les effets secondaires qui sont les effets indésirables qu'on obtient après utilisation de ce médicament et selon plusieurs auteurs, la survenue d'effets secondaires est un motif fréquent de mauvaise observance surtout lorsqu'il s'agit de sujets âgés chez qui on retrouve un terrain fragilisé, ou d'une autre manière ça veut dire que toutes les médicaments ont toujours un effet secondaire comme des maux de tête ou des vomissements ou des vertiges, ou comme l'injection de l'insuline trois fois par jour et chaque jour ça laisse des cicatrices, et parmi les personnes les plus touchées par ces effets on a les personnes âgées par ce qu'ils sont fragile.

Certaines études montrent des différences d'adhésion au traitement médicamenteux entre les femmes et les hommes. Par exemple, le fait d'être un homme célibataire ayant une rectocolite hémorragique multiplie par deux le risque de non-adhésion aux traitements médicamenteux. Alors que pour le traitement de l'asthme, le fait d'être une femme augmente ce risque de non adhésion. Cependant, les défauts d'adhésion au traitement médicamenteux semblent plus importants chez les enfants d'âge scolaire, durant la période de l'adolescence et chez les personnes âgées (poly médication, complexité du traitement médicamenteux, difficultés de compréhension des instructions). La stabilité familiale, le mariage, le partenariat et le soutien par les pairs auront un impact positif sur l'adhésion au traitement médicamenteux. De façon générale, un niveau socio-économique bas sera un facteur prédictif d'un défaut d'adhésion au traitement médicamenteux. Différents facteurs socio-économiques ont été identifiés comme ayant un impact sur l'adhésion médicamenteuse. (Karen, Cohen .2008).

Ressources matérielles : niveau de revenu, travail, pauvreté.

Couts liés à la prise en charge et l'accessibilité aux soins ; présence ou non couverture sociale accèdent aux assurances : (Karen, Cohen .2008).

2-3-Le déterminant lies aux professionnels de santé

Le rôle des professionnels de santé ne doit pas être négligé dans l'observance parce que l'existence d'une pathologie amène le patient a confier sa vie a une personne qui lui est étrangère ; d'où la nécessité d'une relation de confiance pour sécuriser et rassurer le patient afin que celui-ci puisse adhérer a son traitement (AKAKPO ,2009).

L'incompréhension des messages éducationnels :

Il faut également que les messages donnés soient compris. Une étude réaliser chez certains patients diabétiques a montré qu'au moins un nouveau concept était introduit dans 82% des consultations, mais que les médecins vérifiaient dans moins de 12% des cas que le patient avait compris. La difficulté est évidente lorsque le soignant et le patient ne parlent pas la même langue, mais il est suggéré qu'il en est de même en cas de concordance du langage ou le patient et le médecin parle la même langue. Le patient peut ne pas comprendre le jargon utilisé et, d'une manière générale, il peut avoir des difficultés à comprendre les concepts médicaux (notion de health literacy), notamment numérique (health numeracy). Il faut insister sur l'importance, non seulement des connaissances, mais aussi des compétences, lorsque le geste à accomplir a une certaine complexité. L'exemple typique est l'adaptation des doses d'insuline. Il arrive souvent que les patients ne modifient pas leurs dose d'insuline alors qu'ils auraient du a l'évidence le faire, et cela surtout lorsque les glycémies sont élevées. Ils ont montrés qu'ils l'auraient fait si le problème leur avait été posé d'une manière théorique, ce qui suggère l'intervention de la peur de l'hypoglycémie. (Gerard. Reach. 2010).

Relation médecin malade

La dimension chamanique du médecin a été soulignée. Par ailleurs, ils ont montré que les résultats thérapeutiques d'un médecin sont très liés à sa propre conviction de l'efficacité des traitements. Plus pragmatiquement, le temps d'attente du patient à la consultation, ainsi que la durée de la consultation sont des facteurs qui interviennent dans l'observance : plus l'attente est prolongée, et plus la consultation est brève, moins l'observance est satisfaisante.

Dans un travail déjà ancien, ils ont identifié différents types de communication médecin-patient favorisant la mal-observance.

Il s'agit des circonstances dans lesquelles le médecin est formé, rejette, dans une recherche de contrôle ou en désaccord avec le patient, ou dans lesquelles l'interaction n'est pas spontanée. On citera à titre d'exemple le cas du médecin qui interroge le patient pendant tout l'entretien, sans lui restituer d'information. d'autres travaux ont montré que les facteurs qui favorisent l'observance sont : des réactions transférentielles qui sont les sentiments qu'apporte le malade pour son médecin et contre transférentielles qui sont les sentiments apportés par le médecin pour son patient et qui sont positives, l'empathie dans la relation médecin patient, l'information quant au diagnostic de la maladie et à ses traitements (effets recherchés et indésirables) la satisfaction du patient à propos de consultation, du médecin et de l'institution, (caractère agréable du lieu, temps d'attente notamment), ainsi que la croyance du patient dans l'utilité des recommandations de son médecin. (Corruble et Hardy, 2003).

3-Les moyens d'évaluation de l'observance

L'observance thérapeutique n'est pas facile à mesurer et beaucoup de méthodes peuvent être utilisées pour sa mesure. Et parmi les moyens utilisés on a :

- Le dosage et les marqueurs biologiques : il s'agit de dosage urinaire plasmatique ou salivaire du médicament ; cette méthode permet de confirmer la présence du produit dans l'organisme et d'en mesurer directement les traces ; l'inconvénient est que ces méthodes ne permettent pas d'obtenir d'observance sur plusieurs jours, se sont des méthodes invasives, très coûteuses et lourdes et qui sont limitées a certains types de médicaments barbiturique, antiépileptiques, anticoagulant.
- L'observance directe de traitement : c'est une méthode de prise de médicaments sous la supervision visuelle directe d'un professionnel de santé ; elle est souvent utilisée dans le traitement antituberculeux.
- Observation de l'effet thérapeutique : baisse de la pression artérielle ; de la glycémie qui peuvent refléter la prise de médicament
- Observation des effets pharmacologique clinique ou biologique : on présume de la prise de médicament en observant les effets secondaires : œdème des membres inférieurs sous inhibiteur calciques, faciès cushiongoide dans la corticothérapie aux longs cous ; lipodystrophine des antirétroviraux
- l'auto _ questionnaire, carnet et l'entretien avec le patient : l'auto questionnaire est une série de questions méthodiquement posées, adressées directement a l'individu. C'est la méthode la plus fréquemment utilisées. toutefois les patients auraient tendance a répondre ce que leur médecins veulent entendre et donc surestimer leur observance. Le carnet est un journal a remplir par le patient sur une période définie. Les informations y sont plus détaillées qu'avec les questions épisodiques. Entretins repose lui aussi sur des informations données par les patients.

S'il est facile à utiliser, il nécessite du personnel disponible pour rencontrer les patients.

- L'estimation par le soignant ; ce mode de recueil n'est pas considéré comme produisant des informations pertinentes pour la mesure de l'observance.
- Dénombrement des médicaments retournés : un membre de l'équipe médicale comptabilise le nombre de pilules ou de gélules restant et évalue ainsi l'observance en considérant qu'une pilule ou gélule manquante correspond à une pilule ou gélule absorbée.
- Taux de renouvellement des ordonnances : les pharmaciens délivrant le traitement assurent un suivi des ordonnances, contrôlent ainsi le délai entre les renouvellements d'ordonnance afin de donner une estimation de la non-observance.
- Les piluliers électroniques : essentiellement le MEMS (Médication Event Monitoring System). Les piluliers sont constitués de bouchons électroniques qui affichent l'heure et la date de dernière prise. Ce système permet d'apprécier le rythme quotidien de prise. Il reste difficile à intégrer dans le mode de vie du patient et est très coûteux. (AKAKPO, 2009).

4- Les méthodes explicatives de l'observance

4-1 Représentation de la maladie associée à l'observance

4-1-1 Définition de la représentation

La représentation est une « manière de se représenter les choses, le réel. Elle est une idée ou une image. » (Hélène, 2009).

Selon le dictionnaire de la psychologie, la représentation se définit comme entité de nature cognitive reflétant, dans le système mental d'un individu, une fraction de l'univers à se système. Dans cette perspective le rôle de la

psychologie est de rendre compte de la façon dont les individus élaborent des représentations internes et en fonction d'usage, en vue réaliser une meilleure adaptation a leur environnement. (Larousse, 1999).

4-1-2 La représentation de la maladie

Le concept de représentation de la maladie sous l'ongle de l'approche constructiviste qui voit les représentations cognitives comme le véhicule ou le moyen par lequel l'homme aborde le monde. Ces représentations forment le cadre de référence de toutes les procédures de perception, d'imagination, de souvenirs, de sensation et des pensées. Ces représentations dynamiques constamment en évolution et en développement constituent, en quelque sorte, des outils conceptuels et perceptuels qui ultimement permettront de guider l'adaptation et la résolution de problèmes. Dans un contexte de maladie, la représentation de la maladie se définit comme la façon par laquelle l'individu conceptualise et donne un sens à une maladie à ses symptômes et à ses conséquences. Ces représentations cognitives permettent la gestion de l'information associée à cette dernière, mais aussi la prise de décision quant aux actions à mettre en branle. (Caroline. Janelle. 2010).

La représentation de la maladie est l'idée que le patient a de sa maladie, concernant la façon par laquelle le patient conceptualise et donne un sens à la maladie aux symptômes et à ses conséquences.

Le terme « *représentation* » recouvre des sens différents selon qu'il est utilisé en sociologie, en anthropologie, en philosophie ou en psychanalyse. Pour notre travail, nous nous intéresseront plus particulièrement à la notion de représentation du patient du point des vues des sciences cognitives.

Un ensemble de modèles a proposé d'analyser, de structurer le lien entre représentations et comportements (actes) (Bruchon- Schweitzer, 2002).

Ils s'inspirent de la théorie de l'utilité espérée (Subjective Expected Utility de Edwards (1954) qui considère l'adoption de certains comportements qu'ils soient à risques ou sains comme résultant d'une évaluation préalable de leurs couts et bénéfices. (Foucaud, Bury, Balcou-Debussche, Eymard, 2010).

5-Modèle d'autorégulation du comportement lié à la maladie

Modèle de l'autorégulation du comportement lié à la maladie ou « Self-Regulatory Model of illness behavior », SRM est issu des travaux sur l'impact des communications alarmantes sur les comportements de santé (Leventhal, Meyer et Nernez, 1980 ; Leventhal, Zimmerman et Gutman, 1984). Il est très vite apparu que l'unique présence de ces communications était insuffisante pour provoquer des modifications comportementales à long terme. C'est pourquoi il faut accompagner ces messages par des plans d'action, donnant des instructions claires au patient pour la réalisation de nouveau comportement de santé (Gustave-Nicolas Fischer. 2002).

Ce modèle est basé sur le processus de résolution de problèmes. Face à la maladie, le patient est capable de résoudre activement des problèmes, motivé à prendre en charge sa maladie en visant à réduire l'écart entre son état actuel et celui qu'il veut atteindre (ce lui correspond à ses besoins).

Prenons l'exemple d'une situation vécue par une patiente diabétique traitée par pompe à insuline et qui doit savoir gérer les situations lors d'un déplacement :

« Normalement j'emmène tout avec moi : ma pompe, mon lecteur, mes médicaments, j'en ai des choses j'ai une mallette ou je mets tout dans mon sac mais je suis obligée de prendre ça et normalement j'oublie pas...j'ai oublié une fois le jour ou je suis venu voir le médecin à l'hôpital...je prends ma douche je dis aller en y va, on était un peu presser, j'enlève ma pompe et j'ai oublié de la remettre j'ai bien pris mon lecteur de glycémie j'ai pas oublier mes médicaments mais la pompe est resté dans ma chambre...je m'en suis rendu

compte qu'au moment de manger, alors qu'est ce que j'ai fait j'ai pris ma glycémie elle était haute je risquais pas grand-chose mais par contre il faut faire baisser alors j'ai dit je vais manger parce que j'avais faim un steak une salade et puis après on est allé se promener à pied et elle a baissé mais j'avais les pétoches de le dire au docteur que j'avais oublié ma pompe mais ça l'a pas autrement contrarié lui ... vous voyez moi je sais que si je marche beaucoup la glycémie baisse ». Cet exemple met en évidence la stratégie d'action mise en place par la patiente qui connaît sa maladie et sa façon de réagir que l'évaluation de l'efficacité de la stratégie choisie (la patiente a ensuite contrôlé sa glycémie quelques heures après pour vérifier que la marche avait bien fait son effet comme prévu) (Magalie. Baudrant-Borga).

Ce modèle propose l'existence d'une boucle de régulation entre la représentation que le patient se fait de la maladie et les actions qu'il va mettre en œuvre. (Magalie. Baudrant-Borga).

La perception d'une maladie guide de manière critique les efforts de patient à gérer les symptômes, la maladie et les risques. Le modèle de la régulation de soi propose par Leventhal et coll. Comporte quatre processus : la représentation cognitive de la maladie, la repense émotionnelle à la maladie et au traitement, la gestion découlant de la représentation et l'évaluation effectuée par l'individu quant aux résultats de sa gestion. Selon ce modèle, la repense cognitive du patient aux symptômes et à la maladie et les repenses émotionnelles qui y seront associées sont transformées selon des processus parallèles. (Gustav-Nicolas Fischer. 2002).

Le modèle de l'autorégulation ou sens commun repose sur le postulat que l'individu est un agent actif dans la résolution de son problème. La construction d'une représentation, selon ce modèle, se forge à partir d'expériences antérieures vécues ou observées chez les autres, de même qu'à partir de facteurs

socioculturels et contextuels tels que la famille, le réseau social, les collègues, les intervenants médicaux, les médias, etc.

La représentation cognitive qui en résulte influencera la réaction émotionnelle qui pourra diriger à son tour certaines actions (Leventhal et al. 1980 ; 2004). Ainsi, suivant les principes de la résolution des problèmes, à partir des représentations cognitives et des réactions émotionnelles portant sur sa maladie, la personne se fixe des buts à atteindre, élabore une stratégie d'action et compare finalement le résultat obtenu aux buts recherchés (Leventhal et al. 1980).

Ce modèle regroupe les représentations en 5 catégories :

- a) L'identité de la maladie, soit la perception du diagnostic et des symptômes.
- b) Le cours de la maladie (aigue, cyclique, chronique)
- c) La perception des conséquences aux niveaux physique, économique et sociale
- d) Les causes : la perception des facteurs ayant causé la maladie
- e) La perception de contrôle, qui inclut l'attente d'efficacité personnelle.

6-Modèle socio- cognitive

Les travaux de Bandura connaissent un succès marqué depuis de nombreuses années. Ils ont d'abord été célèbres dans le domaine de l'apprentissage social. Ils le sont aujourd'hui avec le sentiment d'efficacité personnelle. Mais ces concepts phare valent surtout par leur intégration dans un ensemble théorique éprouvé : la théorie sociale cognitive (TSC) qui inspire des recherches et des applications dans des secteurs aussi variés que la psychologie clinique et pathologique, l'éducation, la santé, le travail ou le sport. (François , 1998).

Pour mieux comprendre pourquoi il est si difficile pour certains individus de conserver de bonnes habitudes, parfois difficilement acquises. La théorie de la cognition sociale de Bandura (1977-1986) suggère que le comportement des individus dépend de divers attentes, motifs et cognitions sociales : attentes d'efficacité (« je pourrais m'arrêter de fumer si je voulais »), attentes concernant les conséquences des comportements (« fumer peut provoquer un cancer des poumons », « Arrête de fumer pour réduire ce risque »), motifs (« concernant les divers renforcements associés aux comportements (fumer réduit l'anxiété). (Bruchon-Schweitzer, 2002).

Plusieurs études montrent l'impact fonctionnel de l'optimisme dispositionnel sur la santé, concept forgé par Bandura, l'auto efficacité correspond à la fois à l'attente de résultats (proche du contrôle perçu) et à l'attente d'efficacité (croyance que l'on possède les ressources nécessaires pour faire face, proche de l'estime de soi). (Attale et Consoli, 2003).

6-1 Sentiment d'efficacité personnelle ou auto-efficacité perçue

Pour Bandura (1980, 1986), les croyances d'un individu à l'égard de ses capacités à accomplir avec succès une tâche ou un ensemble de tâches, sont à compter parmi les principaux mécanismes régulateurs des comportements.

Bandura (1977) a proposé une théorie qu'il a nommée théorie sociale cognitive, selon les postulats de cette théorie, la régulation cognitive du fonctionnement humain dépend de deux systèmes de croyances qui opèrent de concret : les croyances en l'efficacité personnelle perçue c'est-à-dire un individu adopte un comportement donné s'il considère que ce dernier apporte les résultats escomptés, mais avant tout, s'il a suffisamment confiance en lui au moment de le faire. Ainsi, il sera plus enclin à adopter cette nouvelle conduite, à fournir les efforts nécessaires et à prendre le temps requis pour s'approprier même dans des contextes difficiles. (Bélangier, Godin, 2003).

Les attentes d'efficacité (perception de la possibilité de réussir) sont prédictives des performances réelles des patients, comme la prise de médicaments. En général, les individus qui doutent de leurs capacités évitent les tâches difficiles, diminuent leurs efforts ou abandonnent facilement. Ils expriment des aspirations réduites, démontrent une faible implication dans les activités qu'ils entreprennent et seront plus vulnérable au stress. Les tâches difficiles comme des défis. Elles se fixent des buts élevés et les maintiennent malgré les difficultés, investissent des efforts et les augmentent en cas d'échec. Elles améliorent ainsi leur performance et réduisent leur stress. Elles atteignent ce qui semble inaccessible, grâce à une croyance en elles-mêmes inébranlable et une forte résilience au regard des obstacles. Chaque individu n'est pas totalement l'un ou l'autre de ces exemples mais ressemble plutôt à l'un ou à l'autre, selon les diverses situations auxquelles il est confronté. (Baudrant-Borga, 2009).

6-2 Sources de l'efficacité personnelle

Les croyances d'efficacité personnelle se développent et se modifient tout au long de la vie à partir de quatre sources :

6-2-1 Les expériences actives de maîtrise

Performances antérieures, succès, échecs. L'expérience constitue la source la plus importante. La mesure de ses réussites et de ses échecs permet à l'individu d'évaluer ses capacités. Plusieurs facteurs peuvent être pris en compte au moment de l'évaluation : son opinion sur ses capacités, sa perception de la difficulté de l'activité, la quantité d'efforts fournis, l'aide perçue, les circonstances, le temps, l'organisation de ses pensées, la mémoire de l'expérience. (Bandura, 2003).

6-2-2 Les expériences vicariantes

Ce sont des situations d'apprentissage par observation, par comparaison sociale. L'individu se fait idée de ses capacités en se comparant avec les performances des autres. L'importance de cette évaluation dépendra des « talents », de l'expertise de ceux choisis pour la comparaison. (Bandura, 2003).

6-2-3 La persuasion verbale

Feedbacks évaluatif, encouragements, avis de personnes significatives. Le feedback des autres (expression de leur confiance dans les capacités de la personne) peut soutenir le changement personnel si l'évaluation est positive et réaliste. L'impact de ces rétroactions est pondéré en fonction de la crédibilité, l'expertise de l'émetteur et l'importance que lui accorde le récepteur. Les effets de feedbacks évaluatifs sur les croyances d'efficacité ont été étudiés de manière approfondie par schunk et ses collègues (Bandura, 2003).

6-2-4 Les états physiologiques et émotionnels

L'importance donnée par la personne aux indicateurs physiologiques et émotionnels qui affecte son jugement en ses capacités. Ces signes pourront être interprétés dans des situations stressantes comme des signes de vulnérabilité ou de dysfonctionnement, ce qui augmentera le stress redouté par les personnes. (Bandura, 2003).

Plusieurs études en psychologie de la santé ont constaté un lien entre sentiment d'efficacité personnelle, adhésion au traitement médicamenteux et utilisation de stratégies d'adaptation en santé. Un sentiment d'efficacité personnelle élevé est statistiquement corrélé à une meilleure adhésion au traitement médicamenteux. (Bélanger, Godin, 2003).

7- Autres théories explicative de l'observance**7-1 Le modèle des croyances sur la santé**

Le modèle des croyances sur la santé, ou *health belief model* (HBM) (Rosenstock, 1974 ; Becker et Maiman, 1975) a été développé dans le but de comprendre pourquoi les personnes ne se soumettaient pas à des examens permettant de diagnostiquer très tôt les maladies, mais aussi pour expliquer et prévoir si les individus suivent les recommandations de prévention.

7-2 Modèle de l'action Raisonnée ou Théorie du comportement planifié

La théorie de l'action raisonnée et celle de comportement planifié sont deux approches complémentaires

Ce modèle postule que le déterminant immédiat du comportement est l'intention, c'est-à-dire que, par exemple, prendre un médicament serait prédit par l'intention de s'engager dans cette action. Cette attitude repose sur 2 éléments :

- L'attitude de l'individu vis-à-vis du comportement : évaluation positive ou négative du fait de prendre un médicament cette attitude est le produit des croyances de l'individu quant aux résultats du comportement (efficacité ou effets indésirables du médicament) et de la valeur qu'accorde le patient à ses résultats
- La norme subjective : produit de la perception qu'a le patient de l'avis de l'entourage par rapport à ce comportement et de l'importance qu'il donne à cette opinion (Magalie Baudrant-Boga 2009).

8-L'éducation thérapeutique :

Depuis les années 1980, et de façon accélérée au cours des dernières années, l'éducation thérapeutique du patient fait sa place dans la prise en charge des maladies chroniques, et acquiert sa reconnaissance comme élément à part entière du traitement, à côté de la prescription médicamenteuse. Les enjeux de cette évolution concernent les patients, les soignants, et la société :

- Le patient devient partenaire des soignants dans la gestion de la prise en charge de sa maladie, il acquiert autonomie et aptitude à s'impliquer dans la gestion de son traitement.
- Le soignant fait l'expérience d'une nouvelle relation avec le patient, au travers d'un dialogue thérapeutique.
- L'éducation thérapeutique permet la réalisation d'économies de santé. Dans le cas du diabète, la réduction de la fréquence et de la durée des hospitalisations, ainsi que la réduction de la fréquence des amputations ont été établies. (Hanaire-BROUTIN, Condroy, 2011).

8-1 Définition de l'éducation thérapeutique

L'éducation thérapeutique, ou **formation thérapeutique**, ou l'**ETP** consiste à exercer un ensemble cohérent d'actions en vue de conférer au patient des compétences précises, lui permettant de participer à la gestion de son traitement et de son suivi. L'objectif est double : prévention des complications à long terme de sa maladie chronique, et préservation de sa qualité de vie.

L'éducation thérapeutique s'adresse à un patient atteint d'une maladie chronique, elle satisfait à des objectifs de prévention secondaire (prévention des complications de la maladie), ou tertiaire (prévention de l'aggravation des complications). Elle se distingue de **l'éducation sanitaire** d'une population non malade, dans un souci de prévention primaire à l'égard de l'apparition d'une

pathologie (exemple : éducation nutritionnelle des enfants visant à réduire l'incidence de l'obésité infanto-juvénile).

Parler d'éducation *thérapeutique* du patient souligne deux points :

- L'éducation ainsi dénommée est reconnue comme faisant partie des moyens de traitement.
- Les actions d'éducation mises en place par les soignants ne sont pas standardisées, mais sont adaptées et personnalisées pour un patient donné, dans le respect du contexte global de ce patient et des objectifs de *son traitement*. C'est pourquoi l'éducation thérapeutique est un acte de soin dont le rôle revient aux soignants, médicaux et paramédicaux. Ceci nécessite pour eux une formation spécifique à la pédagogie destinée à l'éducation thérapeutique des patients. (Hanaire-Broutin, Condroy, 2011).

Conclusion

La prise en charge du diabète à long terme ne peut se concevoir selon un schéma traditionnel de relation soignant/patient. L'implication interventionnelle du patient lui-même est indispensable et introduit la notion d'**auto-contrôle** de sa pathologie chronique. Dans cette optique, l'**éducation thérapeutique des patients** revêt un caractère primordial.

Préambule

Dans ce chapitre nous présentons les outils avec lesquelles notre pratique a été faite. La recherche en psychologie exige naturellement une démarche scientifique reconnue, bien précise et bien déterminée dont l'objectif est de comprendre les composantes d'une situation donnée, où d'un phénomène. La méthodologie de recherche est : « est un ensemble de méthodes et des techniques qui orientent l'élaboration d'une recherche et guident la démarche scientifique » (Angers, 1994).

1- Présentation du lieu de l'étude

La formation se déroule au niveau de service de médecine interne de l'établissement public hospitalier « RACHID BELHOCINE » de Sidi Aïch situé à la périphérie de la ville, sur la route de wilaya n°13 Route menant vers Tinebdart et Tifra.

Cette structure sanitaire est inaugurée le mois d'Aout 1986

Présentation de l'établissement

Situé à 45km du chef-lieu de la wilaya de Bejaia, au niveau de la zone haut de la ville de sidi aich l'EPH « RACHID BELHOCINE » assure la couverture sanitaire d'une population d'environ 161837 habitants.

Il s'étale sur une surface totale de 10634 m² dont 5742 m² bâti et 4892 m² non bâti. L'hôpital est constitué de dix services conformément à l'arrêt ministériel N°2739 du 26.01.2008 fixant la capacité technique.

Tableau N°1 : présentation des services de l'EPH

Service	listes technique	listes organisées
chirurgie	62	46
orthopédie	32	18
ophtalmologie	16	16
médecine interne	65	65
pédiatrie	28	28
gynécologie	20	20
maternité	20	20
ORL	16	-
Néphrologie-hémodialyse	16	-
pavillon des urgences	8	8
total	283	221

L'établissement compte 450 fonctionnaires répartis par catégories socio-professionnelles comme suit :

-Personnel médical : 59

-Praticien spécialiste principaux : 06

-Praticien spécialiste : 21

- Médecins généralistes principaux : 09
- Médecins généralistes : 20
- Médecin inspecteur : 01
- Pharmacien généraliste de santé publique : 02

-Personnel paramédical : 206

-Personnel administratif : 44

-Ouvriers professionnels et conducteurs automobiles : 85

-Contractuels : 56 **Aucune entrée de table des matières n'a été trouvée.**

2-L'échantillon de l'étude

Notre recherche s'est effectuée avec des malades diabétiques, et on a choisi le diabète par ce que c'est une maladie chronique qui nécessite une bonne adhésion au traitement.

Notre échantillon se compose des cas qui sont de différent sexe (masculin, Féminin), et qui sont d'une tranche d'âge qui dépasse les 20 ans.

Donc notre choix selon ces deux critères (un malade diabétique, et c'est un adulte qui dépassent les 20 ans) c'est pour nous facilité la passation de l'entretien. Certains d'entre eux parle avec la langue kabyle et d'autre ils parlent en français, vu leur niveau d'instruction.

Tableau n°2 : la représentation de l'échantillon selon le sexe

Sexe	Effectif	%
Masculin	6	60
Féminin	4	40
Total	10	100

Le tableau ci-dessus montre que la majorité de notre échantillon est constitué de sexe masculin avec un taux de 60%, le sexe féminin est présent avec un taux de 40%.

Tableau n°3 : la représentation de l'échantillon selon l'âge

Sexe	Masculin	Féminin	Total	%
Age				
[20-30]	1	1	2	20%
[30-40]	1	2	3	30%
[40-50]	0	1	1	10%
[50-60]	0	1	1	10%
[60-70]	2	0	2	20%
[70-80]	1	0	1	10%
Total	5	5	10	100%

D'après le tableau n°2, on remarque que la catégorie dominante est celle (30-40) ans, avec un taux de 30%, suivie des deux catégories d'âge de (20-30) ans et (60-70) avec un taux de 20%, et les dernières catégories sont celle de (40-50) ans, (50-60) ans et (70-80) ans avec un taux de 10% .

Tableau n°4 : La représentation de l'échantillon selon la situation matrimoniale

Sexe				
Situation	Masculin	Féminin	Total	%
matrimoniale				
Célibataire	2	1	3	30%
Marie	2	1	3	30%
Veuf	1	1	2	20%
Divorcé	1	1	2	20%
Total	6	4	10	100%

Le tableau n°3 montre qu'il ya une équivalence entre les célibataires et les mariés avec un taux de 30% suivie par celle des veufs et des divorcé avec un taux de 20%.

3- Enquête préliminaire (pré- enquête)

L'utilisation du terrain est très importantes pour toute recherche scientifique, du moment qu'elle constitue une source de données et d'informations telle une base pour vérifier et affirmer nos hypothèses de recherche et bien sur enrichir et préciser la problématique, étant donné que « la pré- enquête est la premier approche du terrain, a partir de laquelle il sera possible de reformuler les hypothèses, de chercher et d'analyser les indicateur et construire les instruments d'observation. » (H. Chauchat, 1990, p.19)

Dés janvier 2016, nous avons débuté notre pré-enquête a l'Etablissement Hospitalier Rachid Belhocine de Sidi Aïch la wilaya de Bejaïa, au nous avons pris contact avec le sous directeur des ressources

humaines. La première fois il a hésité de nous accueillir parce que il y a beaucoup de stagiaires au niveau de l'Établissement, après la lecture de notre thème il l'a trouvé intéressant et qui était nouveau pour lui, parce que il y avait personne des stagiaires de psychologie qui s'est intéressé à la relation, alors que selon lui il a dit « *la communication médecin-malade est un sujet très intéressant et très sensible mais malheureusement il n'a pas sa vraie place chez nous ici en Algérie* »

Le 28 février 2016, le sous directeur des ressources humaines nous a donné l'avis favorable jusqu'au 28 mai 2016 et il nous a orienté par rapport à notre thème de recherche au service médecine interne, où il faut aussi avoir l'avis favorable du médecin chef de service, à notre arrivée au service de médecine interne, le médecin chef de service nous a bien accueilli ainsi que tous les personnels de service, ils aperçoivent que notre thème est excellent jamais abordé par d'autres étudiants même ceux de médecine.

4-La méthode utilisée

Concernant la méthode utilisée, nous avons opté pour la méthode descriptive.

Et nous avons choisi cette méthode qui consiste à :

« Définir la nature et les limites des éléments qui composent l'objet, ainsi que les relations existant entre eux » (Guideren, 2005).

La méthode descriptive, c'est –à dire décrire ou exposer dans le but de transmettre une information précise, complète et exacte. L'information mène à la connaissance mais peut, pour cela, passer par différentes étapes : de la simple familiarisation au savoir à acquérir pour pouvoir construire de futures recherches, par la vérification de l'existence de la

relation causales entre des phénomènes , par la formulation d'hypothèses ou encore par l'inventaire de problème ou même par la clarification de certains concepts .

Et dans cette méthode on a choisis de faire une étude de cas.

Selon Beau-grand l'étude de cas fait partie de la méthode descriptive, elle consiste en observation approfondie d'un individu ou d'un groupe d'individu. L'étude de cas est naturellement au cœur de la méthodologie clinique et les cliniciens y font souvent référence. Par l'étude de cas, le clinicien tente de décrire le plus précisément possible le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes donné issues avec des entretins avec le sujet, mais également d'autres sources. L'avantage de l'étude de cas comme technique de recherche est qu'elle permet de rester au plus près de la réalité clinique en restituant le contexte d'apparition de comportement anormal et en prenant en compte différentes dimensions (historique , affective , relationnelle , cognitive , etc.) . Elle permet aussi d'élaboré des hypothèses pertinentes et majeures dans la compréhension des troubles, de décrire des phénomènes rares et d'explorer des domaines nouveaux. (Chahraoui et Bénony, 2003).

Pour la présente recherche le choix est du au fait que l'étude de cas tient compte des différents circonstances actuelles et passées pour d'écrire les problèmes actuels en utilisant des outils différents telle que l'entretien et l'observation et cela répond exactement a nos objectifs, car notre études a portée sur 10cas, des malades diabétiques et leur relation avec leur médecin afin d'obtenir une qualité d'observance thérapeutique .

5- L'outil utilisé

D'après Jeans – Louis Pedinielli Et Georges Rouan(2000), quand on parle d'entretiens psychologique on parle de pratique d'acquisition et de transmission d'information verbale. Dans certaines conceptions psychologique, l'entretien est défini comme un acte de communication, c'est-à-dire un échange de paroles avec d'autres personnes.

Et dans la présente recherche on a choisi d'utiliser l'entretien semi – directif comme moyen de collecte de données.

Dans ce type d'entretien, le chercheur dispose d'un guide d'entretien, qu'il a préparé et qui contient quelques questions qui correspondent à des thèmes sur lesquels il se propose de mener son investigation. Ces questions sont posées de manière hiérarchique et ordonnée, et aux moments opportuns de l'entretien de recherche, à la fin d'une association du sujet.

Le chercheur pose une question puis s'efface pour laisser parler le sujet (malade) ; c'est une trame à partir de laquelle le sujet va pouvoir dérouler son discours. Il n'interrompt pas le sujet, le laisse associer librement, mais seulement sur le thème proposé.

6- Les limites de l'étude

Notre étude est limitée seulement sur le style de communication médecin malade sur l'observance thérapeutique auprès des diabétiques à l'EPH de SIDI AICH, dont nous avons effectué un entretien semi-directif, qui contient trois axes : le premier sur les informations personnelles et sur la maladie diabétique, le deuxième sur la communication médecin –malade et le troisième sur l'observance thérapeutique. Cet entretien était réalisé

pour les personnes plus de 20 ans. Ainsi on s'est limitée à l'utilisation de la méthode descriptive et l'observation, qui permettent a la fois de décrire et de déterminer la relation qui existe entre les deux variables.

Conclusion

En conclusion, il est important de souligner, qu'on ne peut pas aboutir a un résultat dans une recherche scientifique sans avoir recoure a une méthodologie et des méthodes d'investigations bien précise.

Au cœur de notre recherche, nous avons eu recours à l'une des méthodes descriptives, qui est l'étude de cas. Nous avons procédé à l'entretien de recherche avec les malades diabétiques, dans le but d'avoir des informations sur leurs relations avec leurs médecins et le style de communication utilisé afin d'obtenir une bonne qualité d'observance thérapeutique, et nous avons effectué un entretiens pour les diabétiques afin de recueillir des informations, pour atteindre a des résultats qu'on peut analyser et interprétée, dans le but de confirmer ou d'infirmer nos hypothèses émises au début de notre recherche .

Préambule

Dans cette partie nous avons procédé à une analyse et interprétation des données et des résultats obtenus pendant notre recherche en vue de confirmer ou d'infirmier les hypothèses émises au début de notre recherche

1-Présentation et analyse des résultats

1-1 Ce qui concerne les cas de Niveau d'instruction (A) : (NI : A) :

C'est le groupe des patients qui sont pas capable de lire la notice d'emploi de leur médicament, et qui ne peuvent pas injecter leurs insulines tout seul.

Présentation du 1^{er} cas (N.J)

N.J est une jeune femme âgée de 30ans, célibataire, avec un niveau d'instruction(A), diabétique insulinodépendant (DID) depuis 17ans (ou diabète de type 1), elle a découvert sa maladie à cause de la perte de poids, l'évanouissement, trouble de visions Etc.

Axe I : information personnel sur sa maladie

Après avoir eu le consentement de mademoiselle NJ, nous avons effectué notre entretien.

À propos des connaissances sur sa maladie, N .j a défini le diabète comme : « *une maladie chronique, incurable* » *c'est une maladie horrible* », elle a resté un peu en silence puis elle a dit : « *comme ça c'est le destin* », ou la croyance de cette patiente lui a laissé accepter sa maladie malgré qu'elle est jeune. En ce qui concerne la cause de son diabète elle dit tristement : « *à cause d'un chocla mort de ma mère, mon frère et ma grand-mère dans un accident sur la voie publique* ».

Elle ajoute aussi « *malgré ça je suis courageuse, ce n'est pas le diabète qui va m'empêché de vivre* », c'est vrai que le diabète la dérange mais sa l'empêche pas de vivre sa vie comme elle veut.

Axe II : la communication médecin malade

On ce qui concerne sa relation avec son médecin elle nous a dit : « *j'ai une bonne relation avec, il est comme mon frère* ».

Et elle affirmer qu'il n'est pas rigide avec elle en disant : « *il est gentille* » et elle insiste sur sa ou elle a répété le mot gentillesse plusieurs fois, « *il n'est pas rigide de tout avec moi, il me donne la liberté de parler, il me laisse le temps pour m'exprimé, je trouve que il y a une vrai communication entre nous il n y a pas de mal entendu* »

pour sa compréhension N.J sais bien que son niveau d'instruction l'empêche de comprendre des fois , ce qui la laisser dire : « *même si des fois je comprend pas ou je n'arrive pas a suivre parce que tout sa et tout ses termes sont nouveaux pour moi mais lui il m'explique et réexplique avec des détailles surtout ce qui me met a laise c'est que il parle on kabyle* ».

Puis elle ajoute « *il est vraiment modeste, franchement il m'a jamais donné d'ordre comme les autre médecins, il me demande affablement de faire par exemple mon bilan médicale, ou de suivre mon régime alimentaire ou bien il m'interdit de faire des choses d'une façon convaincante par exemple ne pas manger les pates, les sucreries parce que sa augmente le taux de glycémie dans le sang* ».

Pour ce qui concerne l'explication de son médecin pour les complications de diabète elle a dit : « *Concernant les complications de ma maladie mon médecin traitant m'informe de tout, je n'ai pas de problème et lorsque je ne comprends pas il me réexplique et même il me donne quelques exemples sur des malades*

qui ne suivent pas leurs régimes ou ce qui néglige leur insuline afin de me montré la gravité de cette maladie ».

Axe III : l'observance thérapeutique

Cette partie de l'entretien s'attache à l'observance thérapeutique de N.J elle nous a dit : *« je suis une diabétique qui suit parfaitement son traitement insulinique »*

La patiente possède un glucomètre, ce qui l'aide à vérifier son taux de sucre une fois par jour elle n'a jamais oublié ou raté de prendre son insuline , N.J nous dit : *« je suis à la maison alors je m'occupe de ma santé convenablement j'ai fait un programme que je dois suivre malgré que je suis pas instruite, je règle mon réveil pour ne pas oublier, franchement c'est une méthode efficace ».*

N.J exprime un grand intérêt à l'activité physique, et pour un malade atteint du diabète, elle affirme *« l'activité physique fait partie du traitement, mais moi malheureusement je ne pratique aucune activité (.....) je manque de volonté ».* N.J fait des analyses chaque trois mois elle dit : *« chaque trois mois je fais mon bilan et je le remets à mon médecin ».*

On ce qui concerne le régime alimentaire la patiente dit : *« pour l'instant je contrôle la situation »*, ce qui veut dire qu'elle respecte vraiment le régime alimentaire.

Synthèse de cas de N.J

D'après l'analyse de l'entretien, on a conclu que notre patiente a une bonne communication avec son médecin vu qu'il utilise avec elle le style coopératif, se qui la motive à manifester une bonne observance thérapeutique.

Présentation de 2^{em} cas (D.R)

Mr D.R âgé de 80ans, veuf avec un niveau d'instruction A, diabétique de type 2 (non insulino-dépendant) depuis 5ans, et il souffre d'autres pathologies, comme par exemple : les crises épileptiques et l'hypertension artérielle. Durant l'entretien Mr D.R s'est montré anxieux, car il n'a pas venu pour une consultation mais uniquement pour rectifier une erreur sur son ordonnance.

Axe I : Informations personnelles sur sa maladie

On se qui concerne sa maladie, D.R définit le diabète comme : « *une maladie grave et difficile à soigner notamment pour mon âge* » par ce que lui il se voit vieux et son corps ne pourra pas supporter vraiment les médicaments, et pour le dérangement sa maladie ne le dérange plus ou il a dit « *vous savez mes filles cette maladie et la dernière chose dont je pense* » puis il adage qu'il ignore la cause de son diabète ou il a dit : « *je ne comprends même pas d'un seul coup je suis devenu diabétique !* »

Axe II : communication médecin malade

Mr D.R nous affirme que sa relation avec son médecin est bonne et il dit : « *mon médecin est gentille avec moi, il me donne la parole à chaque fois que je veux parler, surtout il m'écoute attentivement lorsque je lui parle même si c'était sur d'autres sujets à part ma maladie, en vérité je le considère comme un ami* ».

Après un moment D.R s'est senti un peu fatigué, on s'est arrêté pour boire de l'eau et respirer un peu, puis on a repris les questions.

On parlant de la rigidité D.R nous a dit sur son médecin : « *oui mon médecin est rigide avec moi, notamment quand je ne suis pas ses consignes, parce que des fois j'oublie, et oui à mon âge la mémoire trahi, malgré cela il m'explique et*

réexplique affablement ». Pour Les interdictions D.R a dit : « *c'est vrai que mon médecin m'interdit a chaque fois de manger les choses qui me rend malade , mais je n'obéit pas malheureusement* »

Axe III : l'observance thérapeutique

La dernière partie de l'entretien parle sur l'observance thérapeutique, on a interrogé D.R s'il prend ses médicament surtout pour son type de diabète (type 2) il prend des comprimés, il a répondu : « *moi les médicaments !!!!, je suis grand pour les médicaments, rarement ou mes petits fils me forcent à les prendre, malheureusement ma femme est morte, sinon c'est elle qui pourra être a mes coté, et elle peut me prendre en charge*».

Après un petit moment de silence on a repris, on lui a posé la question s'il mesure son taux de glycémie ? Le patient nous confirme que c'est rare ou il le mesure en disant « *déjà moi je ne sais pas comment utilisé le glucomètre donc j'évite, mais pendant les vacances il ya mes petits fils qui me le mesure des fois* ».

Et la même chose pour ses rendez vous il rend visite a son médecin qu'on il veut il ne respecte pas la date de consultation même si il est en panne de médicament.

Pour D.R l'activité physique et mieux que les médicaments, hélas il ne peut pas la pratiquer vu son âge, le grand problème c'est le régime alimentaire il peut le suivre mais il ne veut pas ou il nous a dit : « *moi je vais tout manger pour que je puisse mourir en pais* ».

On Ce qui concerne les analyses D.R il fait ses analyses 1fois par ans, il dit :

« Je ne peux pas aller faire les analyses chaque 3mois, ma santé ne me permet pas, et des fois je n'aime pas déranger mes petits fils parce que ils sont toujours occupés ».

Synthèse de cas de D.R

Notre sujet est dans le non observance, bien que son médecin ait adopté avec lui le style coopératif de la communication.

Présentation de 3^{em} cas de (F.S)

Madame F.S est une maman de 6 enfants, âgé de 46 ans, divorcé, qui a un niveau d'instruction A, elle est atteinte d'un diabète type II (non insulino-dépendant) depuis 2 ans, quand son mari a décidé de se remarié.

Axe I : information personnel sur ma maladie

Avant de débiter notre entretien, nous avons demandé la permission de notre patiente, elle a accepté sans aucun problème parce que selon ce qu'elle a dit elle a une fille le même âge que nous.

Notre patiente n'a aucune connaissance sur le diabète ou elle a dit : « *le diabète c'est une maladie* ».

Elle a dit aussi : « *pour moi cette maladie je l'ignore, je suis bien, malgré que mon mari est le responsable sur ma maladie, mais je suis courageuse* »

Durant l'entretien, elle parait angoissé, troublée, en abordant le sujet de son mari ou elle a dit : « *Tu sais cette maladie me dérange pas, je suis bien, il croit que je vais mourir, malgré que c'est le père de mes enfants mais je ne vais pas lui pardonner, il a tout détruit ses enfants* », puis elle a pleuré et elle a continué : « *ma fille, ma fille est devenu prostituée, tous ça est a cause de lui, je le déteste* ».

Axe II : communication médecin –malade

Madame F.S nous affirme qu'elle a une bonne relation avec son médecin en disant : « *mon médecin est gentil avec moi, en revanche il est rigide pour mon bien pour ne pas aggravé ma situation.* »

On ce qui concerne ca la communication avec son médecin sur elle dit : « *je lui pose des questions on ce qui concerne ma maladie par exemple comment*

mesuré mon taux de glycémie, et lui de sa part il m'explique, et il me fait une démonstration ou un essai devant moi, il arrive même de me réexpliqué deux a trois fois quand il voit qu'il le faut, toutefois il m'interdit des choses comme par exemple les sucreries, les pates car il mes mon corps en danger ».

Axe III : l'observance thérapeutique

La dernière partie de l'entretien s'attache a l'observance thérapeutique

A propos de la prise de médicaments notre patiente n'a jamais raté ses médicaments elle dit : *« je suis ajoure, et je respecte mon traitement a la lettre malgré les problèmes et tout, mais je mesure mon taux de glycémie 2h avant les repas 2h après les repas chaque jour ».*

Et pour les rendez vous Madame F.S les suit correctement ou elle affirme :*« oui bien sur je respecte mes rendez vous, pourtant il ya des moments ou je reste sans médicament a cause de ma situation financière , tout ça n'arrive pas a bousculer ma vie ».*

Concernant le régime alimentaire elle a dit : *« je respecte mon régime »* et pour l'activité physique elle a dit : *« de temps en temps j'aime sortir pour marcher un pu »* et elle ajoute concernant les analyses *« je fais mes analyses chaque trois mois pour que je puisse garder ce rythme et contrôler ma maladie ».*

Synthèse de cas de F.S

D'après l'analyse de l'entretien qu'on a effectué avec madame F.S on a constaté qu'elle a une bonne communication avec son médecin, par ce que se dernier utilise avec elle le style coopératif de la communication se qui la aider à être observante.

Présentation de 4^{em} cas de(M.L)

M.L est une veuve âgée de 55 ans mère de deux enfants un garçon et une fille, diabétique de type 1 (ou insulino-dépendante (DID)) depuis 25 ans, elle a un frère diabétique, et son niveau d'instruction c'est A, c'est une femme au foyer, elle ne souffre d'aucune complication liée au diabète.

Axe I : informations personnels et sur la maladie

M.L est une femme qui est devenue diabétique à l'âge de 30 ans à cause du décès de sa mère ou elle subit un choc qui a mené à l'augmentation de son taux de glycémie à 5g/l.

Elle n'avait aucune réaction quand on lui a annoncé sa maladie parce qu'elle était déjà sous le choc, et elle n'a pas de connaissance sur sa maladie ou elle n'arrive pas à exprimer c'est quoi le diabète pour elle ce qui la laisse nous répondre « *je ne sais pas* ».

Et elle voit que le diabète est très dangereux parce que son médecin lui a dit qu'il peut causer le troncage de l'un de ses organes comme les pieds ou les mains, et elle est très dérangée par son diabète parce qu'elle doit toujours faire attention à ce qu'elle mange où elle se voit différente des autres femmes.

Axe II : la communication médecin-malade

Concernant la relation de M.L avec son médecin elle a dit « *il est bien avec moi, des fois il lève sa voix, mais je sais que je mérite* »,

Des fois elle le voit rigide mais elle sait que c'est pour son intérêt et pour le bien de sa santé.

Et comme M.L n'est pas instruite elle pousse le médecin à lui expliquer plusieurs fois et à lui parler avec sa langue maternelle, puis M.L ajoute « *je lui demande de m'expliquer et quand je vois que je n'arrive pas à comprendre je lui*

demande de m'écrire ce que je doit faire et quand j'arrive a la maison je le donne a ma fille pour m'expliquer mieux comment je doit faire ou prendre mes médicamentspar ce que des fois je n'arrive pas a lui demander de me réexpliquer une autre fois »,

Pour l'explication de sa maladie elle n'a jamais eu la chance d'avoir des connaissances sur sa maladie de la part de son médecin où elle a dit « *avant chaque ramadhan le médecin et ses collègues nous rassemblent pour nous faire une séance sur le diabète et ce que nous devons faire pendant le ramadhan et est ce que en peut jeuner ou pas et pas mal d'autres choses »*

Il ne lui donne aucune exemple pour lui expliquer son état ou lui éclairer sa maladie et ses complications et selon se qu'elle a dit elle n'ose pas de lui demander de lui réexpliquer quoi que se soit par ce que des fois elle se sent timide et elle pense si elle était instruite elle comprendra sans difficultés

Axe III : l'observance thérapeutique

Et pour son traitement M.L reste des fois sans prendre ses médicaments surtout quand elle s'énerve ou elle se souvient de sa mère et pour le dosage elle a dit « *des fois je fais mon insuline à peu près par se que je ne sais pas lire donc c'est rare ou je me souviens des chiffres »,*

Concernant son taux de glycémie c'est sa fille qui le mesure pour elle, ce qui la laisse le mesurer juste pendant les week end par ce que sa fille étudie.

Et quand on a parlé des consultations M.L a dit « les premiers temps de ma maladie je pars chaque trois mois chez mon médecin, mais ces derniers temps je reste jusqu'à a un an ».

Puis elle continue « *ce qui me laisse tomber en panne de médicaments mais heureusement je connais le pharmacien donc je lui demande de ma donner les médicaments pour se dépanner en attendant que je pars chez mon médecin ».*

Elle prend son traitement en retard plusieurs fois par ce que sa lui arrive de l'oublier, et pour l'activité sportive elle ne pratique aucune et elle mange des fois des repas qui sont interdite dans son état comme le couscous par ce que selon elle c'est une chose qu'elle ne peut pas éviter.

Synthèse de cas de M.L :

En analysant l'entretien de M.L en finit par le résultat que cette patiente a un niveau d'instruction A et malgré sa son médecin utilise avec elle le style directe de la communication, sans oublier que notre patiente souffre d'une mauvaise observance

- Conclusion pour les cas de niveau d'instruction(A)

Parmi les dix cas de notre recherche, on à quatre qui ont un niveau d'instruction A, et parmi ces quatre on trouve deux qui manifestent une bonne observance thérapeutique, et avec lesquels les médecins utilisent le style coopératif de la communication.

Et les deux autres manifestent une mauvaise observance ou même un non observance, dont ou l'un d'entre eux son médecin a adopté avec lui le style coopératif de la communication, et l'autre c'est le style directe.

1-2- Ce qui concerne les cas de - Niveau d'instruction (B) : (NI : B)

C'est le groupe des patients qui sont la capable de lire la notice d'emploi de leurs médicaments, et qui peuvent injecter leurs insuline tout seul, et qui peuvent même lire l'ordonnance, c'est à dire ses des gens instruits.

Présentation de 5^{em} cas de (A .B)

Madame A.B âgée de 34ans, maman d'une petite fille, travaille comme infirmière dans un hôpital, elle a un Bac plus 3, et tout sa laisse se situer dans le niveau d'instruction B, diabétique insulino dépendante (DID) depuis 24ans, elle a su par la perte de poids, poly urineEtc.

1-2 Axe I : information sur sa maladie (le diabète)

L'entretien c'est effectué au sein de l'hôpital de SIDI AICH, au bureau des infirmiers. Madame A.B était sympathique, parlait son aucune difficulté, elle mélanger entre le kabyle et le français mais en grosso modo elle a bien coopéré pour le bon déroulement de l'entretien.

Madame A.B elle affirme que le diabète : « *c'est une pathologie qui nécessite un traitement à vie avec une bonne hygiène de vie, et un suivi régulière* ». Elle ajoute aussi « *c'est l'augmentation du glucose dans le sang ou le contraire (hyperglycémie ou hypoglycémie)* ».

Puis elle dit « *Suite a mes connaissances, le diabète est une maladie néfaste vu qu'elle a des complications à long terme comme par exemple :(maladie cardiovasculaire, rétinopathie ,néphropathie , neuropathie)* »

On lui a posé la question sur les causes de ca maladie, elle ignoré d'où elle est venu elle disait : « *personne de ma famille n'est y diabétique je ne sais pas d'où elle est venu* ».

« Vous savez je me souviens quand j'étais à l'université je me sens souvent dérangé par cette maladie, parce que la majorité de temps je me trouve dehors, se qui me je ne trouve pas le lieu pour injecter mon insuline, je ne mange pas à l'heure hé oui on n'est pris par les études. »

Axe II : communication médecin –malade

Selon madame A.B, son médecin traitant se comporte avec elle aimablement y vraiment une bonne communication et bonne relation elle a répondu : « c'est une *relation soignant soigné* », et pour sa façon dont il travaille avec elle a dit « *il me laisse parler, il est empathique, je lui pose des questions et je lui demande des explications, il m'explique et réexplique* »

puis elle restait un peu et elle a dit « *vu mon âge il me donne des ordres d'une manière gentille agréable souple à comprendre il arrive même à me faire des schémas et des dessins pour me faciliter la tâche d'une part et d'autre part pour me maîtriser également face à la situation afin de me rendre compte de ma maladie, en revanche il m'interdit de manger des sucreries, des pâtes, et il insiste de manger équilibré* ».

Axe III : l'observance thérapeutique

La dernière partie de l'entretien parle de l'observance thérapeutique.

Madame A.B nous dit : « *vu mon poste de travail et mon occupation j'oublie sans faire attention de faire mon insuline parce que je croyais que je l'ai fait, mais Autant qu'infirmière je sais gérer la situation malgré que je ne respecte pas le dosage de mon traitement* ».

Elle mesure son taux de glycémie 3 fois par jours. Ces derniers temps madame A.B a commencé de rater ces séances de consultations à cause de la pression au

travail mais elle dit que : « *jamais j'été empanne de médicament malgré je ratte mais rendez vous* »

On ce qui concerne la prise de médicament madame A.B nous a dit : « *j'oublie de prendre mon insuline des fois, la place ne me permet pas surtout quand j'été étudiante* ».Elle nous dit aussi : « *a chaque consultation mon médecin me rappelle de faire une activité physique au moins la marche. Mais moi je ne fais même pas le minimum a cause de mes responsabilités même le régime alimentaire je le suis pas strictement, même chose pour les analyses je ne les fait pas régulièrement* ».

Synthèse de cas d'A.B

Madame A.B manifeste une mauvaise observance étant donné qu'elle a une bonne communication avec son médecin qui utilise avec le style coopératif.

Présentation de 6^{em} cas de H. M

H.M est un universitaire, célibataire, âgé de 24ans, il est atteint d'un diabète insulino-dépendant depuis 3ans, le patient ne souffre d'aucune décompensation liée à sa maladie. Durant l'entretien H.M s'est montré coopératif avec un bon contact et une participation effective à l'entretien,

Axa I : information personnel sur sa maladie

Avant de commencer l'entretien, on a remarqué que H.M était très accueillant, il n'était pas gêné ou mal à l'aise le fait qu'il va passer une certaine période à répondre à nos questions vu qu'il est hospitalisé.

H.M a suffisamment d'informations et de connaissances sur sa maladie dont il souffre suite à ses dires : *« le diabète est une maladie chronique, je peux vivre avec elle, c'est vrai au début elle m'a dérangé mais actuellement elle me dérange plus ».*

H.M nous a fait part que : *« le diabète ce n'est pas une maladie mortelle, et l'annonce de cette dernière n'a pas bouleversé ma vie, mais quand je me trouve dehors elle me dérange surtout à midi quand on se prend la rapide ».*

Axe II : la communication médecin -malade

H.M nous informe que sa relation avec son médecin est froide et n'est pas vraiment une bonne communication il dit : *« il me pose les questions juste sur le taux d'hémoglobines ».*

Il affirme aussi que son médecin traitant est rigide rapport à d'autres médecins qu'il a déjà consultés, il dit également : *« lors de la consultation il n'y a pas d'échange entre nous, et quand je lui pose des questions il me répond d'une*

manière tu es diabétique fait ton insuline, suis ton régime ... et moi je le prends comme si il ma dit : boucle la »

Et elle a dit que c'est la même chose pour les explications quand elle essaye de comprendre elle ne trouve aucun aide ou aucune explication ou elle a dit « *semblable aux explications il se casse même pas la tete , je me souviens il ma donné des médicament il ma même pas expliquer comment je vais les prendre alors si je n'éte pas une personne instruite , tout ça ma encourager de faire des recherches , assister a des conférences , participer au séances d'éducatons thérapeutiques parce que c'est moi qui est malade et non pas lui » .*

On ce qui concerne les ordres et les interdictions il dit : « *une fois ma demander de pas manger les sucreries et les pates parce que mon taux de glycémie est arrivé jusqu'à 6g /l ! ».*

Axe III : l'observance thérapeutique

Au sujet de l'observance thérapeutique H.M n'a jamais raté ses injections (insulines), ni le dosage, il déclare : « *être l'observance et la moitie du traitement ».*

Il ajouté « *je mesure quotidiennement mon taux de sucre ce rythme ma aidé à obtenir des bons résultats d'hémoglobine gliqué ».*

A propos des consultations et les rendez vous H.M n'as jamais raté ses séances de consultation on disant : « *vu à la complication du diabète je suis obligé d'être prudente c'est pour cela que je n'ai jamais été en manque de médicament ».* Par apport a l'activité physique, notre patient ne la pratique il déclare « *l'activité physique est importante Mais moi je la pratique pas, je n'ai pas le temps ».*

Par rapport aux boissons et a l'alimentation le patient dit : « *rien n'est interdire pour moi, mais il suffi juste de connaitre le moment et la quantité à prendre »*

Synthèse de cas de (H.M)

Notre patient a une mauvaise communication avec son médecin puisque il utilise avec lui le style direct, et en revanche il manifeste une bonne observance thérapeutique vue son niveau d'instruction.

Présentation de 7^{em} cas de(N.A)

N.A est un homme âgé de 64 ans qui a un niveau d'instruction B, marié et il a 9 enfants ; 7filles et 2 garçons ; N.A est un retraité qui est atteint de diabète type 2 diabète non insulino-dépendant (DNID), et il ne souffre d'aucune complication.

Axe I : information personnels et sur la maladie

Notre sujet N.A est un homme qui est devenu diabétique depuis 2010 (se qui veut dire a l'âge de 58ans).

L'annonce de cette maladie lui a vraiment brisé le cœur par ce que c'est un homme qui aime les médicaments ou la thérapie traditionnelle comme l'huile d'olive et le miel.....etc. et avec le diabète il se voit obligé de prendre des produit chimiques qui le dérange selon son dit « *tomber malade sa me gêne pas mais ce qui me gêne c'est ces produits chimiques que je vais prendre a tout moment et qui vont détruire mon corps* ».

Pour lui « *le diabète est une maladie chronique, qui veut dire quelle impose avec un traitement chaque jour et pour l'éternité* », et selon lui le diabète est une maladie dangereuse pour celui qui ne fait pas attention a ce qu'il mange et a ce qu'il fait.

Dans son cas N.A ignore la cause ou les cause de son diabète par ce que pour lui il voit qu'il vit une vie normale sans problèmes et personne de sa famille n'a le diabète , et il se sent déranger par le diabète ou il a dit « *je déteste d'être diabétique , je suis le seul qui s'assoie a la table avec une boite de médicaments* »

Axe II : la communication médecin-malade

Pour sa relation avec son médecin N.A est très satisfaite par ce qu'il voit que son médecin l'aide beaucoup surtout de coté psychique pour accepter sa maladie

Il voit que son médecin n'est pas rigide avec lui ,et il croit que si elle l'été un jour c'est pour son bien, et il a dit « *mon médecin me donne toujours le droit de parler de poser des questions et elle me répond avec plaisir et sont se faire voire fatigué ou dégouté* » puis il ajoute « *heureusement j'ai étudier chez les français ce qui ma donner l'avantage de connaitre ces quelques mots en français et sa m'aide a comprendre rapidement* »,

Selon se qu'il a dit même si il lui demande des explications elle le fera son hésiter, ou elle lui parle gentiment, et bien sur que des fois elle lui interdit des choses comme ne pas manger des pates et les sucreries... etc.

Axe III : l'observance thérapeutique

Concernant l'observance thérapeutique N.A nous a dit « *je suis l'acteur de ma maladie, je la maitrise parfaitement* » ce qui le laisse prendre toujours son médicament a l'heure en respectant le dosage et même s'il se déplace il les prend avec lui.

N.A est un malade qui mesure son taux de glycémie trois fois par jour ou avant chaque repas, et pour les consultations médicales il dit « *voir le médecin c'est obligé par ce que j'ai besoin de médicaments* » puis il ajoute « *il faut que je fasse les bilans médicaux, par ce que c'est ma santé* »

Ce qui plait dans le cas de N.A c'est que il n'a jamais tombé en panne de médicaments, et pour l'activité physique il marche une heure chaque jour, alors la l'alimentation N.A est une personne qui est équilibrer et qui respecte son régime alimentaire.

Synthèse de cas de N.A

D'après l'analyse de l'entretien on a conclut que N.A manifeste une bonne observance par ce que il a pas mal de connaissances sur sa maladie et cela par ce que son médecin a adopté avec lui le style coopératif de la communication.

Présentation de 8^{em} cas de (K.H)

K.H est un jeune homme âgé de 37ans, qui a un niveau d'instruction B, diabétique de type 1 depuis l'âge de 14 ans ,sachant qu'il vit dans un environnement familiale saine de diabète ou en trouve qu'il est le seul diabétique dans sa famille, il a été hospitalisé depuis Septembre 2015 suite a une crise d'AVC qu'il a développé a cause de sa prise d'alcool après son divorce d'un mariage qui a durer 5ans sans enfants.

Axe I : informations personnels et sur la maladie

K.H est devenu diabétique à cause de la maladie de sa mère par ce que il avait peur qu'elle meurt donc se choc la a mené a l'augmentation de son taux de glycémie, et malheureusement tellement il été petit il se souvient même pas qui lui a annoncé sa maladie et comment il l'a reçu mais actuellement il dit que le diabète pour lui est une maladie chronique qui l'a privé de tout et surtout de sa liberté, et cette maladie est très dangereuse pour lui par ce que elle peut avoir des complications et il a dit aussi « *cette maladie me dérange trop, c'est a cause de diabète que j'ai pas d'enfants et que je n'ai pas une vie conjugale stable avec ma femme malgré que avant en s'aimé* ».

Axe II : la communication médecin-malade

Pour la relation de K.H avec son médecin il a dit « *je peux décrire ma relation avec mon médecin de passable, elle n'était ni bonne ni mauvaise et ce n'était pas a cause de lui c'était a cause de moi..... J'ai marre des médecins et de tout.....* ».

Et malgré que son médecin était gentil et compréhensif et il sollicite toujours K.H à parler ou a lui poser des questions mais ce dernier reste sans rien

dire, et il a dit « *c'est rare ou je parle avec lui, je ne supporte pas de rester chez le médecin longtemps....* ».

Sans oublier que K.H est un homme instruit ce qui lui donne l'avantage de comprendre le médecin ce qui facilite la tâche de ce dernier et ne le laisse pas réexpliquer plusieurs fois.

Axe III : l'observance thérapeutique

Et pour son comportement face au traitement on a précédé de dire que K.H a été hospitaliser depuis Septembre de l'année précédente pour une crise d'AVC (Accident Vasculaire Cérébrale) qu'il a développer a cause de l'alcool qu'il a prêté et qui était interdit pour les diabétique comme lui, et il dit « *avant mon divorce je prenait mes médicaments chaque jour et a l'heure et je prend ma dose d'insuline* » .

C'est rare ou il mesure son taux de glycémie par ce qu'il voyait que c'est pour rien.

En ce qui concerne les consultation chez le médecin il disait « *c vrai que je part chaque trois mois mais par ce que je suis obligé.....c'est juste pour ne pas tomber en panne de médicaments* » puis un bon moment il a ajoute : « *actuellement après mon divorce je n'ai aucune raison pour vivre , ma femme est parti , des enfants il n ya pas donc pourquoi prendre tout ces produits chimiques et moi je sais que je ne vais pas guérir* » , et il ne part pas chez son médecin et ne pratique aucune activité sportive.

Pour l'alimentation il mange tout ce qu'il veut et pour lui il voit que rien ne peut l'empêcher c'est sa vie et c'est a lui de la gérer

Synthèse de cas de K.H

D'après l'analyse de l'entretien de K.H on retient que c'est un qu'il manifestait au passé une bonne observance et qui est actuellement dans le non observance et cela à cause des conflits conjugaux, malgré que son médecin utilise avec lui le style coopératif de la communication.

Présentation de 9^{em} cas (T.R)

T.R est un jeune de 22ans, lycien, qui refait la troisième année secondaire, diabétique de type 2 depuis 1 ans, le patient vit dans un environnement familiale où la mère est une diabétique depuis l'âge de 25 ans et le grand père aussi été un diabétique, T.R est hospitalisée en octobre 2014 pour des taches au niveau des poumons et c'est là qu'ils ont découvert son diabète, et ce dernier ne souffre d'aucune complication liée au diabète.

Axe I : informations personnels et sur la maladie

Comme on a précédé de dire que T.R a su qu'il est diabétique depuis 7mois, et selon ce qu'il a dit, sa réaction envers sa maladie été normale, parce que il a de membres de la famille qui sont déjà des diabétiques, et malgré qu'il voit que le diabète est une maladie très dangereuse qui peut mener jusqu'à la mort selon lui mais ça l'empêche pas de s'adapter avec, et d'essayer de vivre une vie normale.

Axe II : la communication médecin-malade

T.R a une bonne relation avec son médecin où il disait « *je le vois pas comme mon médecin, je le vois comme un ami à moi* ».

Malgré qu'il est rigide avec lui des fois mais ça n'empêche pas T.R de communiquer avec son médecin.

Il lui pose des questions et même de lui demander des explications, et pour son médecin il lui répond sans fatigue et il lui explique et réexplique des fois, et lui donne même des exemples pour mieux comprendre et parmi les exemples qu'il lui donne le cas de sa maman.

Axe III : l'observance thérapeutique

Et pour l'observance thérapeutique T.R est un malade qui est adhérent a son traitement et a son régime alimentaire,

Par ce que il détient de bonnes connaissances sur la maladie dont il souffre ou il a dit « *avec le diabète j'essaye d'être prudent, je prends mon traitement d'une bonne manière, j'évite aux maximum tout les aliments sucrés et je viens a la consultation chaque trois mois avec le bilan demander de la part de médecin* »,

Et malgré qu'il n'est pas diabétique depuis longtemps mais sa ne la pas empêcher de s'adapter avec sa maladie.

Concernant l'activité physique T.R la pratique déjà avant d'être diabétique, mais actuellement il a une raison de plus

Synthèse de cas de T.R

D'après l'analyse de l'entretien, on conclut que : Massi manifeste une bonne observance thérapeutique et cela a cause des bonnes connaissances qu'il a sur le diabète, et sa relation avec son médecin est bonne, dont ou son médecin utilise avec lui le style coopératif.

Présentation de 10^{em} cas (Z.K)

Z.K est un diététicien dans un hôpital (il a un niveau d'instruction B), âgé de 60 ans, un père de 8 enfants, il est atteint de diabète type 2 (DNID) depuis 10 ans, il ne souffre d'aucune complication lié au diabète.

Axe I : informations personnels et sur la maladie

Notre sujet est un homme diabétique depuis 2006, et son travail dans le service de la santé, lui a laissé recevoir l'annonce de sa maladie d'une façon normale.

Sachant qu'il a trop de connaissance sur sa maladie dont ou il nous a dit sur le diabète « *le diabète est une maladie chronique, avec laquelle en doit faire attention, et mon travail avec les médecins m'a laisser comprendre très bien ma maladie, sans oublier mon ancienneté dont ou j'ai 10 ans de diabète* » et bien sur que le diabète est une maladie néfaste pour celui qui n'arrive pas a la gérer, se qui pourra le mener a des complications qui peuvent toucher d'autres organes de son corps, et pour lui il a dit « *la cause de mon diabète c'est l'âge, il n ya personne dans la famille qui est diabétique* », et le diabète c'est une pathologie qui le dérange beaucoup par ce que il vit dans une grande famille ce qui ne le met pas a l'aise quand ils mangent en famille .

Axe II : la communication médecin-malade

Si on essaye d'aborder le sujet de la relation de Z.K avec son médecin, en le trouve très satisfait par ce que selon se qu'il a dit « *ma relation avec mon médecin est très bonne, je ne sais pas si c'est mon travail dans le secteur de la santé qui ma laisser être en accord avec lui* »,

Et il voit que son médecin est très sympathique avec lui, dont ou il lui parle gentiment et lui donne toujours le temps pour parler ou pour s'interroger sur tous ce qu'il veut, et comme il a dit « *je parle librement avec mon médecin, et*

même si des fois en parle sur d'autres choses a part ma maladie, mais l'avoir comme un collègue de travail sa m'aide vraiment »

et pour sa maladie Z.K la connaît très bien et la maîtrise ce qui ne le mène pas a demander trop d'explication a son médecin, mais même si il le fait se dernier ne retardera pas de lui répondre et de lui expliquer tout se qu'il veut.

Axe III : l'observance thérapeutique

L'observance thérapeutique du patient est affirmée par le médecin traitant, il a dit « *Z.K est un acteur de sa maladie..... Il sait gérer convenablement son diabète.* »

Puis Z.K ajoute « *mon travail dans le domaine de la santé m'a trop aider, chaque année je dois consulter un médecin endocrinologue, néphrologue, ophtalmologue, on est obligé d'être prudent* », et il respecte le dosage de son traitement et le temps aussi, et concernant sa glycémie il la mesure trois fois par jour c'est-à-dire avant chaque repas.

Comme on a précédé de dire Z.K travail dans un hôpital se qui le laisse voir son médecin qui est son collègue de travail dans ses rendez-vous et même des fois avant le rendez-vous,

Même pour les bilans sanguins il a dit « a chaque fois que je me sens pas bien, je fais tout un bilan même si le médecin me l'a pas demandé »,

Et quand on a parlé de régime alimentaire il nous a dit que c'est la seule chose qu'il ne peut pas respecter et cela a cause de sa vie dans une grande famille et il nous a donner un exemple ou il nous a dit « je ne peut pas manger de la salade chaque jours, et mes fils ou les fils de mon frère non, donc je l'évite par ce que elle est chère.....pu ne nous suffit pas, beaucoup c'est chère » (il a donner l'exemple de la salade par ce que cette dernière aide dans la digestion, donc c'est conseiller pour les diabétique de la manger avant chaque repas)

Et pour l'activité physique Z.K c'est quelqu'un qui aime marcher beaucoup.

Synthèse de cas de Z.K

Après l'analyse de l'entretien on a déduit que Z.K a une bonne communication avec son médecin ce qui la laisser manifester une bonne observance.

Conclusion pour les cas de niveau d'instruction(B)

Parmi les dix cas de notre étude nous avons obtenus six patients qui ont un niveau d'instruction B, quatre d'entre eux manifestent une bonne observance, on trouve trois patients avec qui leurs médecins utilisent le style coopératif, et le quatrième patient son médecin utilise avec lui le style direct.

Les deux autres patients se situent dans le non ou la mauvaise observance, malgré le style coopératif utilisé avec eux

2. Analyse et discussion des résultats

Tout d'abord nous allons présenter la synthèse des résultats de l'entretien semi-directif qui vise à procéder à une discussion des résultats relatives aux deux variables de notre étude portant sur le rôle de la communication médecin malade sur l'observance thérapeutique chez des diabétiques.

2-1- La première hypothèse

Notre première hypothèse est celle qui dit que « La communication directe est plus adéquate avec les diabétiques de niveau d'instruction A pour atteindre une observance thérapeutique »

D'après l'analyse des données de l'entretien semi-directif des dix cas, nous avons dessiné quatre cas qui ont un niveau d'instruction (A) qui veut dire que c'est le groupe des patients qui ne sont pas capables de lire la notice d'emploi de leur médicament, et qui ne peuvent pas injecter leur insuline tout seuls.

Parmi ces quatre cas, nous avons trois cas avec lesquels leurs médecins adoptent le style coopératif de la communication c'est-à-dire qui se présente dans une façon souple, flexible basée sur l'interaction horizontale et bilatérale entre le médecin et le malade sous forme d'échanges d'informations, d'explications et d'illustrations de cas et de situations, et dans ces trois on a deux qui manifestent une bonne observance thérapeutique (ils prennent leurs médicaments à l'heure, ils respectent le dosage, ils mesurent leurs taux de glycémie, ils suivent leur régime alimentaire et pratiquent même l'activité physique). Et le troisième se situe dans la non-observance thérapeutique qui est l'absence de concordance entre les comportements des patients et les recommandations médicales, et cela n'est pas à cause de sa relation avec son médecin, mais c'est dû à son âge.

En revanche on a un cas parmi ces quatre avec qui son médecin utilise le style direct de la communication où se dernier s'adresse aux malades d'une façon verticale, hiérarchisée et unilatérale ; d'une manière rigide, tendue et sévère sous forme d'ordres, de consignes, d'interdictions et / ou des exigences de faire ou de ne pas faire telle ou telle chose , et cela a mener le sujet a manifester une mauvaise observance ou en trouve qu'il néglige pas mal de choses qui font de bien a sa santé.

A partir de la on peut infirmer notre hypothèse qui dit que : «La communication directe est plus adéquate avec les diabétiques de niveau d'instruction A pour atteindre une observance thérapeutique ».

2-2. La deuxième hypothèse

Notre deuxième hypothèse c'est celle qui dit que : « La communication coopérative est plus adéquate avec les diabétiques de niveau d'instruction B pour atteindre une observance thérapeutique »

Selon l'analyse de l'entretien semi directif nous avons dessiné dix cas, parmi ses dix cas, nous avons six cas qui ont un niveau d'instruction (B), c'est le groupe des patients qui sont capable de lire la notice d'emploi de leurs médicaments, et qui peuvent injecter leurs insuline tout seul, et qui peuvent même lire l'ordonnance, c'est à dire ses des gens instruits.

Dans les six cas, nous avons dessiné cinq cas avec lesquels leurs médecins utilisent le style coopératif de la communication, et parmi eux il n ya que trois cas qui manifestent une bonne observance, et les deux autres se situe dans la mauvaise observance et cela n'est pas a cause de leurs communication avec leurs médecins, mais ça est du a des causes personnels et même professionnels , ou l'un d'entre eux vit dans des conflits familiaux , et l'autre occupe un poste de travaille qui le laisse et très occupé toujours.

En revanche il ya le sixième cas avec lequel son médecin a adopté le style direct de la communication mais sa ne la pas empêcher de manifester une bonne observance, et cela n'est pas a cause de sa relation avec son médecin, mais son niveau d'instruction la laisser comprendre sa maladie et il a su qu'il peut être le médecin de soi-même s'il arrive a savoir tout sur sa maladie, ce qui la mener a assister a des conférences, des séances d'éducation thérapeutique qui le concerne.

A partir de la on peut dire que notre hypothèse et confirmer partiellement et cette dernière dit que : «La communication coopérative est plus adéquate avec les diabétiques de niveau d'instruction B pour atteindre une observance thérapeutique ».

2- Discussion des résultats

La communication médecin- malade est une relation humaine, dépendante de nombreux facteurs individuels et socioculturels. Elle est faite d'attente et d'espérance mutuelle qui agissent de façon consciente et inconsciente. Ce n'est ni une relation amicale, ni familiale, ni commerciale, c'est une relation de confiance qui s'inscrit dans le cadre de pratique éthique soumis ou code de déontologie médicale. Elle est aussi une relation asymétrique, elle naît de la demande d'un patient souffrant adressé à un médecin ayant le savoir sur la maladie, elle tend à poser le malade comme sujet passif ici le médecin doit prendre la responsabilité de la démarche de soin.

Cette relation -médecin malade est spécifique car elle a pour le premier objet le corps du malade mais la parole comme premier moyen thérapeutique, source d'incompréhension et d'erreurs elle est également dépendante de processus d'idéalisation réciproque : le patient idéalise le médecin comme connaisseur et expert ; le médecin idéalise le patient comme ce lui qui correspondra à la prise en échange qu'il préconise. ([Http// Www. Edition-ellipses, fr](http://www.edition-ellipses.fr)).

Donc le rôle des professionnels de santé ne doit pas être négligé dans l'observance parce que l'existence d'une pathologie amène le patient à confier sa vie à une personne qui lui est étrangère ; d'où la nécessité d'une relation de confiance pour sécuriser et rassurer le patient afin que celui-ci puisse adhérer à son traitement .(AkAkPO,2009).

Dans un travail déjà ancien, ils ont identifié différents types de communication médecin-patient favorisant la mal-observance.

Il s'agit des circonstances dans lesquelles le médecin est formé, rejette, dans une recherche de contrôle ou en désaccord avec le patient, ou dans lesquelles l'interaction n'est pas spontanée. On citera à titre d'exemple le cas du médecin qui interroge le patient pendant tout l'entretien, sans lui restituer

d'information. d'autres travaux ont montré que les facteurs qui favorisent l'observance sont : des réactions transférentielles qui sont les sentiments qu'apporte le malade pour son médecin et contre transférentielles qui sont les sentiments apportés par le médecin pour son patient et qui sont positives, l'empathie dans la relation médecin patient, l'information quant au diagnostic de la maladie et à ses traitements (effets recherchés et indésirables) la satisfaction du patient à propos de consultation, du médecin et de l'institution,(caractère agréable du lieu, temps d'attente notamment), ainsi que la croyance du patient dans l'utilité des recommandations de son médecin.(

En présume que la communication est essentielle dans la relation thérapeutique, car sans elle, le médecin s'expose à l'échec de sa prise en charge. La communication joue un rôle dans la question de l'observance. L'inobservance varie de 20 à 75% selon le type de problèmes et le type de traitement ou le type de changement de comportement attendu du patient.

La communication coopérative peut contribuer à améliorer l'observance. Selon **Cicourel** la plus grande source de progrès médical serait l'amélioration de la communication entre soignés et soignants.

De même, une étude faite par **Watzlawick.P, Helmick Beavin .J et Jackson.D** en 1979 a montré que la communication améliore la guérison. Elle influence les résultats de santé de façon indirecte en augmentant la compréhension, la confiance dans la capacité à faire le traitement, la motivation, le sentiment d'être reconnu par le médecin comme une personne. Il existe également un lien entre mauvaise communication et risque pour le médecin de faire l'objet d'une plainte.

Bibliographie :

Ouvrage :

- 1- Angers.M, (1994), « Initiation pratique à la méthodologie des sciences sociales », éd : Casbah, Alger.
- 2- Claud Richard et Marie-Thérèse Lussier, (2005), « La communication professionnelle en santé », Ed : Renouveau Pédagogique inc (ERPI), Canada.
- 3- Constantino Landolo, (2006), « guide pratique de la communication avec le patient : techniques, art et erreurs de la communication », traduit de l'italien par Martine Vitali, Ed : Masson, Paris.
- 4- Gustave-Nicolas Fischer, (2002), « Psychologie de la Santé ».Ed : Dunod, Paris.
- 5- Jacques Lecomte préface de Philippe carré, (2003), « le sentiment d'efficacité personnelle », Ed : De Beok Université 7, rue Jacquemont, F-75017 Paris rue des minimes 39, B-1000 Bruxelles.
- 6- Jérôme Fouaud, Jacques A Bury, Maryette Balcou, Chantal Eymard, (2010), « Education Thérapeutique du Patient », France. Ed : Anne Sophie Mélard, Saint-Denis, cedex.
- 7- Marilou Bruchon-Schweitzer, (2002), « psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes », Ed : Dunod, Paris.

Revue

- 1- Carvelli. T, Battisti. O « Comment pouvons-nous pratiquement améliorer l'observance thérapeutique dans l'asthme de l'enfant et de l'adolescent ? », (2010), Revue Med Liège, N° 65, Vol 5.
- 2- Corruble.E, Hardy.P, (2003), « Observance du traitement en psychiatrie », Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS.

- 3- Corruble.E, Hardy.P, (2003), « Observance du traitement en psychiatrie », *Encycl. Med Chir*, (Editions Scientifiques et Médicales Elsevier SAS, Paris), Psychiatrie, 37-860-A-60.
- 4- F. Brin, C. Courrier, E. Lederle, V. Masy, *Dictionnaire d'orthophonie*, Isbergues, Ortho édition, 2004, p.54
- 5- Fournier Cécile et Kerzanet Sandra, « Communication médecin-malade et éducation du patient, des notions à rapprocher : apports croisés de la littérature », *Santé Publique*, 2007/5 Vol. 19, p. 413-425. DOI : 10.3917/spub.075.0413
- 6- François-H, « Bilan et Motivation : pour l'utilisation de la théorie expectation valence en bilan, perspective d'applications et de recherches ». *Revue Européenne de Psychologie Appliquée*, 48,4, pp : 275-283.
- 7- Gerard Reach, (2010), « Non observance en Endocrinologie » Service d'Endocrinologie-Diabétologie-Maladies Métaboliques, Hôpital Avicenne, APHP et EA 3412, UFR-SMBH, CRNH-IdF, Université Paris 13, France.
- 8- Karen.S, Cohen.I.J, (2008), « The impact of medication regimen factors on adherence to chronic treatment: a review of literature », *J.Behav Med*, Vol 5, N°4.
- 9- Mailys Rondier (2004), « A.Bandura. Auto-efficacité, le sentiment d'efficacité personnelle », *L'orientation scolaire et professionnelle* [en ligne], 33/3, mis en ligne 28/09/2009, consulté le 30/04/2016.
- 10- Moreau A, Queneau P, (2005), « La décision thérapeutique personnalisée. Observance médicamenteuse », *La Revue du Praticien* : 55, pp : 899-902.
- 11- Scheen. A.J, (2010), « A propos de l'inertie et la non observance thérapeutique », *Revue Médicale Suisse*-www.revmed.ch

- 12- Scheen.A.J, Giet.D, « Non observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions », Revue Med Liège, Vol 65, N°6-5 ;

Thèse et mémoire

- 1- Abla Eyno-Nam aKAKPO, (2009), « L'observance thérapeutique chez les diabétiques a l'Hôpital Ibn Sina, une étude perspective de 99 cas, thèse pour l'obtention de doctorat en médecine, Université MOHAMMED V. SOUISSI, Rabat, Maroc.
- 2- Aline Rebert, (2010), « Animation et communication avec les personnes âgées institutionnalisées », Mémoire présenté pour l'obtention du certificat de capacité d'orthophoniste, Faculté de médecine, Université de Nancy I.
- 3- Caroline Janelle, (2010), « La représentation de la maladie chez les greffés cardiaque et l'observance au traitement perspectives quantitatives et qualitatives ». Thèse présentée comme exigence partielle au doctorat en psychologie. Université de Québec à Montréal.
- 4- De Coster, B. Analyse des besoins en formation de formateurs à la communication interpersonnelle. Liège : Mémoire présenté en vue de l'obtention du titre de Licenciée en sciences de la santé publique, Faculté de Médecine, Université de Liège, 1998.)
- 5- De Négri, B. Notes de cours : Communication interpersonnelle. Liège : CERES, CICS, 1999
- 6- Entressengel-Eardon Hélène, (2009), « Quelles sont les représentations de cancer et de ses traitements chez des migrants originaires d'Afrique du nord et d'Europe de sud ? », Thèse pour le diplôme de d'état de docteur en médecine, Universités Paris Diderot-Paris 7.
- 7- Magalie, Bodrant-Boga, (2009), « *penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux modélisation d'une*

intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien-Application aux patients diabétiques de type 2 », EDISCE – Ingénierie pour la Santé la Cognition et l’Environnement- pour obtenir le diplôme de doctorat , Université Joseph Fourier-Grenoble1 .

Sites

<http://www.santé.dz/insp>

<http://www.OSP.revues.org/74/>

<http://www.Edition-ellipses.Fr>

<http://www.Systemique.be/spip>

ANNEXE A :

Guide d'entretien destiné aux malades :

Axe I : Informations personnelles et sur la maladie (diabète)

1-Sexe :

2-Age :

3-Situation familiale :

4-Niveau d'instruction :

5-Depuis quand vous avez su que vous avez le diabète ? Comment l'avez vous appris ?

6-C'est quoi le diabète pour vous ?

7-Pensez vous que le diabète est une maladie néfaste ? Pourquoi ?

8-A votre avis, quelles sont les causes de votre maladie ?

9-Est ce que votre maladie vous dérange ? Pourquoi et comment ?

Axe II : La communication médecin-malade

10-Comment pouvez-vous décrire la relation avec votre médecin ?

11- Est-ce que vous pensez qu'il est rigide avec vous ? Comment ?

12- Votre médecin vous laisse-t-il parler ou poser des questions ? Si c'est non pourquoi ?

13- Est ce que vous le comprenez quand il vous parle ? Si c'est non pourquoi ?

14- Est ce que vous lui demandez des explications sur ce que vous ne comprenez pas ? Si c'est oui est ce qu'il vous explique

15- Votre médecin vous donne-t-il des ordres ou il vous demande affablement ?
Donnez-nous des exemples

16- Votre médecin, vous interdit de faire des choses ? Exemples à donner ;
pourquoi et comment ?

17- Est-ce que votre médecin vous a déjà expliqué votre maladie et ses complications ? Si oui, comment il a fait ?

18- Votre médecin, vous donne-t-il des exemples quand vous n'arrivez pas à le comprendre ? Si c'est non pourquoi ?

19- IL lui arrive aussi de réexpliquer quand vous n'arrivez pas à le suivre ? Si c'est non pourquoi ?

Axe III : L'observance thérapeutique

20-Vous arrive-t-il de ne pas prendre vos médicaments ? Si c'est oui, quand et pourquoi ?

21- Respectez-vous le dosage de votre traitement ? Si c'est non pourquoi ?

22- Mesurez vous régulièrement votre taux de glycémie ? Quand ? Et pourquoi ?

23- Partez-vous aux consultations chez votre médecin ? Si c'est oui, jusqu'à quel point vous respectez vos rendez-vous ?

24- Depuis votre dernière consultation avez-vous été en panne de médicaments ?

25- Vous arrive-t-il de prendre votre traitement en retard ou en avance ? Si c'est oui pourquoi ?

26- Est ce que votre médecin vous a déjà demandé de pratiquer une activité physique régulière ? La quelle ? Pourquoi ?

27- Vous la pratiquez ? Jusqu'à quel point vous la respectez ?

28-Votre médecin vous demande-t-il de faire des analyses médicales ? Si c'est oui, vous les faites régulièrement ou pas ? Pourquoi ?


29- Suivez-vous un régime alimentaire ? Si c'est non pourquoi ? Si c'est oui, jusqu'à quel point vous le respectez ?

ANNEX B :

Grille de codage


Réponse Axes	N° de la Question	Réponse		Justification
Axe I	1	M	F	
	2			
	3	Célibataire Marié (e) Divorcé (e) Veuf (Ve)		
	4	NI : A NI : B		
	5	5a 5b		
	6			
	7	Oui	Non	
	8			
	9	Oui	Non	
Axe II	10			
	11	Oui	Non	
	12	Oui	Non	
	13	Oui	Non	
	14	Oui	Non	
	15	Ordres	Affablement	
	16	Oui	Non	
	17	Oui	Non	
	18	Oui	Non	
	19	Oui	Non	
Axe III	20	Oui	Non	
	21	Oui	Non	
	22	Oui	Non	
	23	Oui	Non	
	24	Oui	Non	
	25	Oui	Non	
	26	Oui	Non	

	27	Oui	Non	
	28-a	Oui	Non	
	28-b	Oui	Non	
	29	Oui	Non	

 Communication coopérative

 Communication directe

 Observant

 Non observant