



ENVIRONNEMENT FAMILIAL, SEXE ET OBSERVANCE DU TRAITEMENT MEDICAL CHEZ DES MALADES CARDIAQUES DE L'INSTITUT DE CARDIOLOGIE D'ABIDJAN, CÔTE D'IVOIREⁱ

N'Guessan Assandé Gilbertⁱⁱ

Université Félix Houphouët-Boigny,
UFR des Sciences de l'Homme et de la Société,
Département de Psychologie,
Laboratoire de Psychologie Génétique Différentielle,
Côte d'Ivoire

Résumé

La présente étude cherche à mettre en évidence la relation entre l'environnement familial, le sexe et l'observance du traitement médical chez des malades cardiaques à Abidjan. A ce effet, quarante (40) malades cardiaques dont vingt (20) hommes et vingt (20) femmes, suivis au Service de Consultation de l'Institut de Cardiologie d'Abidjan du Centre Hospitalier Universitaire de Treichville (CHU) ont été interrogés, en utilisant un questionnaire et un guide d'entretien. Les résultats de l'étude attestent que les malades cardiaques issus d'un environnement familial favorisé, ont un niveau d'observance du traitement médical supérieur à celui de leurs pairs issus d'un environnement familial défavorisé. En revanche, les niveaux d'observance des prescriptions médicales des femmes et des hommes sont comparables. Ces observations indiquent que pour recouvrer la santé, les malades cardiaques ont besoin à la fois du soutien affectif, moral et financier de leurs parents pour mener la lutte. La présente étude offre donc des voies à suivre dans la prise en charge médicale, psychologique et social des malades cardiaques.

Mots clés : maladie cardiaque, observance du traitement médical, environnement familial, sexe

Abstract:

The present study seeks to highlight the relation between the family environment, the sex and the observance of the medical treatment in cardiac patients in Abidjan. To this end, forty (40) cardiac patients including twenty (20) men and twenty (20) women, followed in the Consulting Department of the Abidjan Heart Institute of the Hospital

ⁱ FAMILY ENVIRONMENT, SEX AND OBSERVANCE OF MEDICAL TREATMENT IN CARDIAC DISEASES OF THE INSTITUTE OF CARDIOLOGY OF ABIDJAN, CÔTE D'IVOIRE

ⁱⁱ Correspondence: email nguessanassande19@gmail.com

and University Center of Treichville (CHU) were interviewed, using a questionnaire and an interview guide. The results of the study show that cardiac patients from a favored family environment have a higher level of medical treatment compliance than their peers from a disadvantaged family environment. On the other hand, the compliance levels of the medical prescriptions of women and men are comparable. These observations indicate that in order to recover health, cardiac patients need the emotional, moral and financial support of their parents at the same time to lead the fight. The present study therefore offers pathways in the medical, psychological and social care of heart patients.

Keywords: heart disease, observance of medical treatment, family environment, sex

Introduction

L'observance du traitement médical ou observance thérapeutique figure de nos jours, parmi les problèmes majeurs de la pratique en médecine. En matière de santé, on appelle observance, le fait de se conformer aux prescriptions médicales des professionnels de santé (Sobel, 1997). Selon des auteurs comme Osterberg & Blaschke (2005), le défaut d'observance représente un frein majeur à l'atteinte des objectifs médicaux fixés.

En côte d'ivoire, l'ampleur que prennent les maladies chroniques telles que les maladies cardiaques rendent le problème de l'observance des prescriptions médicales préoccupant. Pourtant, la littérature portant sur cette question est peu abondante. C'est dire que les chercheurs ne se sont pas encore beaucoup intéressés à ce sujet. Il semble donc important d'aborder ce problème pour essayer de déterminer les facteurs qui influencent les comportements des patients. C'est dans cette perspective que la présente étude est réalisée. Elle vise à examiner la relation entre l'environnement familial, le sexe et l'observance du traitement médical. Ce travail s'articule autour de quatre points: La problématique (1), la méthodologie (2), les résultats (3) et la discussion (4).

1. Problématique

La maladie est une altération de l'état de santé qui se manifeste par des signes et des symptômes (Delamare in Guedé, 2014). Elle entraîne une incapacité vécue par le sujet par rapport à l'ensemble de ses fonctions et de ses obligations (Tremblay, 1982). La maladie se définit également comme une défaillance des mécanismes d'adaptation de l'organisme et un manque de réaction aux stimuli auxquels il est exposé.

On classe généralement les maladies en deux grandes catégories: les maladies aiguës et les maladies chroniques (Morlat, in Ando 2014). Une maladie aiguë est une maladie qui évolue rapidement, mais dure peu de temps. C'est le cas par exemple, du paludisme ou des céphalées. Par contre, une maladie est dite chronique lorsqu'elle persiste dans le temps, est de longue durée, évolutive et est souvent associée à une

invalidité et à la menace de complications graves. Dans cette catégorie, on distingue comme pathologies par exemples, le diabète, le cancer, l'insuffisance cardiaque systolique et l'angine de poitrine.

Les maladies chroniques sont des pathologies qui font peur à cause de l'issue souvent fatale et des souffrances psychologiques importantes qu'elles engendrent (Didi-Kouko, Aka, Oyousa, Koffi, Adoubi & Kouassi, 2011).

Lorsqu'un individu est malade, il cherche à retrouver la santé en allant à l'hôpital en vue d'y recevoir les soins appropriés; c'est à ce moment là qu'intervient le problème de l'observance du traitement médical. En effet, c'est cette conduite qui permet au patient d'améliorer sa santé ou de guérir. Les termes utilisés dans la littérature pour décrire le comportement d'un patient par rapport aux instructions et aux prescriptions médicamenteuses sont variées. Mais les termes les plus souvent utilisés sont «observance du traitement médical». Comme l'indique Sobel (1997) dans les lignes précédentes, ces mots signifient en matière de santé, le fait pour le patient de se conformer et de suivre rigoureusement les prescriptions médicales des professionnelles de santé. Ce respect par le patient des prescriptions de son médecin comporte différents aspects: La prise de la dose de médicament, le respect des heures prescrites, l'application des règles d'hygiène diététiques, et la présence aux consultations médicales. L'observance du traitement, renvoie au degré de correspondance entre le comportement du patient en terme de prise de ses médicaments et des prescriptions médicales (Olivier, N'Kam, Mindoungue & Rey, 2005). L'observance est donc un élément clé du succès d'une thérapie médicamenteuse. Si, la prise rigoureuse des médicaments n'est pas respectée, l'observance est mauvaise, car cela peut freiner, retarder la guérison ou même dans certain cas, mettre en danger la santé du patient.

Dans le milieu médical, le refus de l'observance thérapeutique a souvent été analysé en termes d'irrationalité et de déviance (Donovan & Blake, 1992). Selon Trostle (1988), la non-observance peut constituer un acte pleinement conscient et anticipé. Elle peut être aussi l'expression d'un mécontentement ou d'un désaccord avec le médecin, la conséquence logique de contrainte financière ou encore le rejet de la médicalisation quotidienne.

L'observance du traitement médical a fait l'objet de plusieurs travaux. En ce qui concerne les relations entre le milieu, notamment l'environnement dans lequel évolue le malade et le respect du traitement médicamenteux, Clark & Dunba (2003), insistent particulièrement sur les détresses psychologiques vécues par les parents lorsque le malade regagne le domicile à la suite d'une hospitalisation. Abordant dans le même sens, Cramer, Scheyer & Mattson (1990), Hilbert (1994), soulignent que les parents de patients souffrants d'une maladie cardiaque doivent surmonter de multiples inquiétudes: peur de perdre un être cher, crainte d'une rechute, inquiétudes financières, changements de rôles. Dans ce cas, ces derniers doivent non seulement prodiguer les soins physiques, mais apporter également au malade un soutien émotif. Par ailleurs, ces parents doivent jouer le rôle de médiateur auprès des services de santé. Selon Moser & Dracup (1995), Duhamel (1995), c'est la conjugaison de toutes ces responsabilités qui

perturbe la vie familiale sur le plan relationnel, et peut causer le stress pour chacun des membres de la famille. Pour sa part, Roland (1994), précise que les difficultés que rencontre la famille dans les tentatives d'explication concernant la maladie et son traitement, peuvent engendrer des divergences d'opinions entraînant souvent la colère et la frustration.

Dans une étude auprès de 449 ménages, Dieng, Audibert, Hesran & Dial in Guédé (2014), ont montré que la distance et l'entourage du malade influent sur les demandes de soin en milieu urbain. Les résultats de cette recherche ont également révélé qu'il existe une relation entre le statut socioéconomique des patients et le choix du recours aux soins en cas de maladie aiguë. En effet, Dieng & al (op.cit.), font savoir que les personnes qui décident de se soigner sont amenées selon leur niveau de vie, à avoir une observance de traitement différent. De son côté, Lamine (2008), souligne que les conseils diététiques influencent le comportement du malade. Abordant dans le même sens, Lacourse (2002), indique que le type d'approche ainsi que les programmes utilisés par le réseau de la santé sont des facteurs qui sont en relation avec l'adoption de comportements adéquats de santé chez les malades provenant d'une population vulnérable.

Les maladies chroniques attaquent aussi bien l'homme que la femme. A propos des liens entre l'observance du traitement thérapeutique et le sexe, certains auteurs comme par exemples, Lapierre (1999), Brawlby, Cogdon, Holley, Hatz, Ounpuu & al (1997), Colin, Ouellet, Boyer & Martin (1992), soulignent que les femmes issues de milieu défavorisé ont tendance à ne pas suivre le traitement médical. Pour reprendre les termes d'Ando (2014), elles auraient un mauvais niveau d'observance. Dans le même sens, examinant 42 hommes et 23 femmes hémodialysés, Sylvanus Olympio indiquent que la majorité des patients qui ne respectent pas les prescriptions médicales c'est-à-dire qui sont non-observant sont des femmes. Pour Schneider, Krummenacher, Bougnon & Cavassini (2010), les différences de comportement observées à propos de l'observance du traitement médical sont dues au fait que les hommes et les femmes ne vivent pas les mêmes réalités sociales. Dans ce sens, Pieuve (2012), précise qu'en matière de traitement médical, les hommes sont plus observant que les femmes. En outre, ils respectent plus scrupuleusement les prescriptions des médecins comparativement aux femmes.

Enfin, il faut noter que certaines caractéristiques du patient: cognitives, comportementales, sociales, émotionnelles ainsi que l'âge, conditionnent l'observance du traitement. Selon Matsui (1997), la non-observance concerne aussi bien les personnes âgées que les jeunes. Chez les personnes âgées la non-observance du traitement est liée à plusieurs facteurs: particularité de la pharmacothérapie, affaiblissement du métabolisme (Scheen, 1997 ; Perermans, Samalea, & Van Hees, 2010). Selon Scheen & al (op. cit), diverses contraintes peuvent constituer une entrave au bon suivi du traitement: les horaires de travail, le coût élevé des médicaments, le niveau d'anxiété et le statut socioprofessionnel du sujet.

Dans l'ensemble, les travaux examinés indiquent que le milieu ou l'environnement, le sexe ainsi que les caractéristiques biopsychologiques agissent sur le comportement des malades notamment les malades cardiaques. Par ailleurs, ces investigations mettent en évidence des difficultés liées à l'évaluation du respect par les malades, du traitement thérapeutique. Par exemple, étudiant l'observance du traitement chez des hypotenseurs, Sarradon-Eck (2007) et Fainzang (2001), ont montré qu'il est pratiquement impossible de distinguer les bons des mauvais patients. Ces résultats sont corroborés par les travaux de Cramer & al (1999). Ces auteurs révèlent également, que lorsqu'on interroge les patients à propos du respect des prescriptions médicales, ces derniers ne disent que ce que le médecin veut entendre.

Les travaux évoqués ci-dessus montrent que les maladies chroniques ont un impact bio-psycho-social sur la vie des membres de la famille. En se référant à des auteurs comme Duhamel, Dupuis & Reidy (2006), on peut dire que dans le cas des maladies cardiaques, les problèmes rencontrés par les familles qui s'occupent de la victime, tournent autour de la recherche de nouveaux équilibres et de nouvelles stratégies d'adaptation.

En Côte-d'Ivoire, les études qui se sont intéressées au phénomène de l'observance du traitement médical par les patients sont assez récents. Ils concernent surtout les sujets séropositifs soumis à un traitement reposant sur les antirétroviraux (ARV). Dans ce cadre Tieffi (2012), a montré que les patients ayant un niveau d'adhésion élevé aux traitements sont les individus ayant une temporalité future étendue. Quant à la recherche menée par Ando auprès des adolescents séropositifs, elle fait apparaître qu'il n'existe pas de différence significative entre le comportement des garçons et celui des filles en ce qui concerne l'observance du traitement médical.

Comme on voit, les travaux qui précèdent ont permis d'expliquer l'observance du traitement, soit par des facteurs de milieu tels que les croyances religieuses et l'entourage (Scheen & Giet, 2010), soit par le genre (Kremer, Sonneberg-Schwan & Arendt (2009) ou encore par les caractéristiques individuelles du malade.

De ce qui précède, il apparaît que l'environnement familial et le sexe n'ont pas encore été associés en tant que variables explicatives du comportement des malades eu égard à l'observance du traitement médical. C'est ce problème que la présente étude aborde. A cet effet, l'hypothèse générale suivante a été formulée: il existe une relation entre l'environnement familial, le sexe et l'observance du traitement médical chez les malades cardiaques. Trois (3) hypothèses opérationnelles découlent de cette première: l'effectif des malades cardiaques issus d'un environnement familial favorisé ayant un niveau d'observance du traitement médical élevé, est supérieur à celui des malades cardiaques issus d'un environnement familial défavorisé (H1) - L'effectif des malades cardiaques de sexe masculin, ayant un niveau d'observance du traitement médical élevé, est supérieur à celui de leurs pairs de sexe féminin (H2) - l'effectif des malades cardiaques de sexe masculin ou féminin issus d'un environnement familial favorisé et ayant un niveau d'observance du traitement médical élevé, est supérieur à celui de leurs pairs issus d'un environnement familial défavorisé (H3).

Sur le plan psychologique, l'intérêt de notre étude est d'apporter une contribution à la compréhension des comportements manifestés par les malades cardiaques par rapport à l'observance du traitement médical. Sur le plan pratique, on peut supposer qu'une meilleure compréhension du comportement des patients pourrait aider les spécialistes (médecins, infirmiers, et autres agents de santé, psychologues, éducateurs spécialisés etc.) ainsi que les parents à assurer une prise en charge médicale, psychologique et sociale différenciée des patients; ce qui pourrait accroître l'efficacité du traitement.

Enfin ce travail a comme objectif de mettre en évidence la relation entre l'environnement familial, le sexe et l'observance du traitement médical chez des malades cardiaques dans une perspective corrélationnelle.

2. Méthodologie

2.1. Sujets

Notre investigation s'intéresse essentiellement aux malades cardiaques pris en charge à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan. Nous avons interrogés quarante sujets répartis en deux groupes équivalents selon le sexe (20 hommes et 20 femmes malades cardiaques).

2.2. Instruments

Trois instruments ont été utilisés pour recueillir les informations auprès de sujets: un questionnaire, le dossier médical de chaque patient et un guide d'entretien.

2.2.1. Le questionnaire

Il s'articule autour de trois parties. La première nous renseigne sur l'identité des sujets, la deuxième sur l'environnement familial dans lequel le sujet vit (favorable ou défavorable), la troisième évalue le niveau d'observance du traitement médical.

2.2.2. Le dossier médical

Les informations médicales portant sur le patient aussi bien en cabinet médical libéral, qu'en clinique ou à l'hôpital sont consignés et conservés dans un dossier appelé « dossier médical ». Le dossier médical, comprend toutes les informations concernant le diagnostic de la maladie et les traitements reçus par le malade. Dans le dossier médical on trouve aussi, les informations relatives aux résultats d'examens, les comptes rendus de consultation des différents médecins et les prescriptions médicales. L'examen des dossiers médicaux, nous a permis d'obtenir des informations relatives à l'observance du traitement, à l'histoire de la maladie, au diagnostic, ainsi qu'à la nature des soins médicaux.

2.2.3. Le guide d'entretien

Ce guide porte sur l'histoire de la maladie, les difficultés liées à la prise en charge du malade par les parents et sur la perception et le vécu du traitement médical par le malade.

2.2.4. Procédure de récolte des données

Pour la collecte des données, les instruments ont été utilisés en commençant par le questionnaire, puis le guide d'entretien et enfin la consultation des dossiers médicaux.

2.2.5. Traitement des données

Le Khi carré de Pearson a été utilisé pour comparer les effectifs obtenus selon la variable considérée.

3. Résultats

3.1. Aspects quantitatifs

3.1.1. Environnement familial, sexe et observance du traitement médical

Tableau 1: Effectifs des patients selon leur environnement familial et leur niveau d'observance

| | | Niveau d'observance | | Total |
|------------------------|------------|---------------------|--------|-------|
| | | Elevé | Faible | |
| Environnement familial | Favorisé | 17 | 03 | 20 |
| | Défavorisé | 07 | 13 | 20 |
| Total | | 24 | 16 | 40 |

Le tableau 1 révèle que l'effectif des patients issus d'un environnement familial favorisé (17 sujets) ayant un niveau d'observance du traitement médical élevé, est supérieur à celui des patients issus d'un environnement familial défavorisé (7 sujets). Sur le plan statistique, le khi carré calculé ($X^2 c=8,44$) est supérieur au khi carré théorique ($X^2 th=6,64$) lu dans la table des valeurs à 1ddl et au seuil de probabilité de .01. Il y a donc une différence significative entre les effectifs des sujets des deux groupes. Cela veut dire que l'hypothèse opérationnelle I de l'étude est confirmée. Autrement dit, les malades cardiaques issus d'un environnement familial favorisé ont un niveau d'observance du traitement médical supérieur à celui de leurs homologues issus d'un environnement familial défavorisé.

3.1.2. Sexe et observance du traitement médical

Tableau 2: Effectifs des patients selon le sexe et le niveau d'observance

| | | Niveau d'observance | | Total |
|-------|----------|---------------------|--------|-------|
| | | Elevé | Faible | |
| Sexe | Masculin | 14 | 06 | 20 |
| | Féminin | 09 | 11 | 20 |
| Total | | 23 | 17 | 40 |

Le tableau 2 indique que l'effectif des malades de sexe masculin qui ont un niveau d'observance élevé (14 sujets) est supérieur à celui des malades de sexe féminin qui ont un niveau d'observance élevé (9 sujets). L'analyse statistique de ces données montre que le khi carré calculé ($X^2 c = 1,64$) est inférieur au khi carré théorique ($X^2 th = 3,84$) lu dans la table des valeurs à 1ddl et au seuil de probabilité de .05. Il n'y a donc pas de différence significative entre l'effectif des malades de sexe masculin et celui des malades de sexe féminin. L'hypothèse opérationnelle 2 de l'étude est ainsi infirmée. En d'autres termes, les patients de sexe masculin et ceux de sexe féminin ont des niveaux d'observance du traitement médical comparables.

Tableau 3: Effectifs des patients selon l'environnement familial, le sexe et le niveau d'observance

| | | Niveau d'observance | | |
|------------------------------|------------------------------|---------------------|--------|-------|
| | | Elevé | Faible | Total |
| Environnement familial, sexe | Hommes et Femmes favorisés | 21 | 04 | 25 |
| | Hommes et Femmes défavorisés | 04 | 11 | 15 |
| Total | | 25 | 15 | 40 |

Dans le tableau 3, on remarque que l'effectif des malades issus d'un environnement familial favorisé, et ayant un niveau d'observance du traitement médical élevé (21 sujets) est supérieur à celui des malades issus d'un environnement familial défavorisé ayant un niveau d'observance du traitement médical élevé (4 sujets). L'analyse statistique indique que le khi carré calculé ($X^2 c = 10,81$) est supérieur au khi carré théorique ($X^2 th = 6,64$) à 1ddl et au seuil de probabilité égale à .01. Il y a donc une différence significative entre les deux groupes de sujets. L'hypothèse opérationnelle 3 de l'étude est confirmée. Cela veut dire que le niveau d'observance du traitement médical des malades cardiaques de sexe masculin et de sexe féminin, issus d'un environnement familial favorisé est supérieur à celui de leurs homologues issus d'un environnement familial défavorisé.

3.2. Aspects qualitatifs

Les résultats quantitatifs de notre recherche montrent qu'il existe un lien entre le niveau d'observance du traitement médical et l'environnement familial des patients d'une part, et un lien entre le niveau d'observance du traitement médical et les deux variables indépendantes (environnement familial et sexe) combinées d'autre part. Par contre, les patients de sexe masculin et ceux de sexe féminin ont des niveaux d'observance du traitement médical comparables. Toutefois, on note que 15 sujets sur 40 (hommes et femmes confondus) soit environ 38% des participants, ont un niveau d'observance des prescriptions médicales faible quelque soit la nature de l'environnement familial dont ils sont issus. Ces chiffres indiquent qu'une proportion non négligeable de patients ne suit pas avec rigueur leurs traitements, alors que c'est le seul moyen qui peut les soulager face aux souffrances causés par la maladie. Pourquoi ces malades se comportent-ils ainsi? Pour tenter de répondre à cette question, nous avons procédé à

l'analyse qualitative des réponses fournies par les sujets en nous basant sur leurs témoignages recueillis lors des entretiens.

Il ressort de cette analyse que le faible niveau d'observance du traitement médical par certains sujets est explicable par différentes raisons: économique, durée du traitement, insuffisance ou manque total d'informations, oubli, absence de soutien des parents. En effet, certains sujets déclarent que souvent ils n'arrivent pas à acheter leurs médicaments faute d'argent. C'est le cas par exemple, d'une patiente qui tient les propos suivants: *«Un jour, je me suis réveillée avec une sensation de mouche volante et de bourdonnement d'oreilles. Je me sentais très mal, et mon mari m'a conduit à l'hôpital. Le médecin, après m'avoir examinée a déclaré qu'il s'agissait de symptômes de l'hypertension artérielle. Mon mari, n'arrivant pas à payer mes médicaments régulièrement, je ne peux pas les prendre correctement. Cela perturbe ma santé»*. Dans cette même perspective, d'autres patients évoquent le coût élevé des médicaments.

Concernant l'insuffisance ou le manque total d'informations et l'absence de soutien de la part des parents, les témoignages de certains sujets attestent que ces facteurs jouent aussi un rôle important dans l'observance du traitement médical. Par exemples, en réponses aux questions suivantes: depuis combien de temps avez-vous été déclaré malade cardiaque? Parfois, vous arrive-t-il d'avoir des difficultés pour acheter vos médicaments? Comment êtes-vous perçu par votre entourage suite à votre maladie? Voici ce que disent certains sujets.

Le patient MOZ déclare: *«je me fais suivre à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan depuis 2010, j'ai été choqué de savoir que les maladies de tension et de diabète dont je souffre, pouvaient me conduire à avoir des risques d'insuffisance cardiaque. Au début c'était difficile d'accepter ce fait, mais avec les conseils du médecin, de ma femme et de mes enfants j'ai fini par reprendre goût à la vie. Certains jours quand je fais exprès de ne pas prendre mes médicaments, ma petite famille me supplie de le faire car les médicaments sont comme mon moteur. Depuis ce moment, je n'ai plus de stress à me faire au sujet de mon traitement»*.

Un autre, KAL, révèle: *«Depuis ma maladie dû au taux élevé de cholestérol, je n'ai bénéficié d'aucune aide financière, comme moral de la part de mes proches. Je vais toujours seul à l'hôpital, je prends mes médicaments quand je veux. Je ne suis plus le même homme depuis que j'ai appris ma maladie, car ma famille ne s'intéresse pas à moi comme je le souhaite. Malgré tous les efforts que je fais pour obtenir leur soutien, rien ne change. Je prépare souvent moi-même ma nourriture parce que je suis un régime. Tous ces événements ne me motivent pas à suivre mon traitement, car même si je suis encore en vie, dans l'esprit de ma famille je suis mort parce que je suis une charge pour eux. En pensant à tout ça, j'oublie souvent de prendre mes médicaments pour mon traitement»*.

Comme il apparaît dans ces différents témoignages, loin d'être un comportement simple, l'observance du traitement médical nécessite de réels efforts tant sur le plan psychologique que sur le plan économique et social.

4. Discussion

Les résultats auxquels nous sommes parvenus révèlent qu'il existe une relation entre l'environnement familial et le niveau d'observance du traitement médical chez les malades cardiaques étudiés à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan (ICA). Plus précisément, les patients issus d'un environnement familial favorisé ont un niveau d'observance du traitement thérapeutique supérieur à celui de leurs homologues issus d'un environnement familial défavorisé. Pour expliquer ces résultats, nous-nous sommes référés à la théorie sociale cognitive de Bandura (1986). Selon cette théorie, la croyance en l'efficacité personnelle tente de vérifier jusqu'à quel point la personne est convaincue de réussir à adopter le comportement requis pour les résultats escomptés. En ce qui concerne le lien entre l'environnement familial et l'observance du traitement thérapeutique observé chez les malades cardiaques, on peut dire que selon leur environnement, les patients intègrent dans leur système cognitif des valeurs et des croyances différentes. Ainsi, le soutien financier et l'affection des parents dont bénéficient les malades provenant d'un environnement familial favorisé, expliqueraient les différences constatées dans l'observance du traitement médical chez les deux groupes de patients.

A partir de ce qui précède, nous pouvons affirmer que les résultats de notre investigation vont dans le même sens que ceux de Lapierre (1999), qui a montré que la réussite du traitement ne dépend pas uniquement des moyens financiers dont dispose le malade, mais aussi de la qualité des relations existant entre celui-ci et son entourage. Notre recherche a aussi montré qu'il n'existe pas de différence significative entre le niveau d'observance des hommes et des femmes victimes de maladie cardiaque et suivis à l'ICA. Ces résultats rejoignent ceux d'Ando (2014). En effet, dans ses recherches portant sur l'étude de la relation entre le genre et le niveau d'observance du traitement médical à l'ARV chez des adolescents séropositifs, cet auteur a constaté qu'il n'existe pas de différence significative entre les garçons et les filles.

Ici, il nous semble que la théorie des représentations sociales de Jodelet (1989) est celle qui permet de fournir une explication adéquate des résultats que nous avons obtenus. Selon la théorie de Jodelet (op.cit.), les représentations sociales sont comme des convictions profondes qui donnent un sens aux événements et aux actes qui deviennent communs. Ce sont des constructions sociales d'un savoir ordinaire élaboré à travers les valeurs et les croyances partagées par un groupe social. Ces valeurs et ces croyances donnent lieu à une vision commune des événements qui se manifestent au cours des interactions sociales. Dans le cas du respect des prescriptions médicales, on peut dire que les malades cardiaques, qu'ils soient des hommes ou des femmes, vivent le traitement médical avec les mêmes idées: contrainte liée à la prise des médicaments aux heures indiquées, coûts financiers excessivement élevés des médicaments et durée du traitement comparable.

5. Conclusion

L'objectif de la présente étude est de montrer qu'il existe une relation entre l'environnement familial, le sexe et l'observance du traitement médical chez des malades cardiaques suivis à l'ICA. Les résultats obtenus indiquent que l'observance du traitement dépend en partie de l'environnement familial. Par contre, dans cette recherche le sexe n'est pas apparu comme un facteur qui différencie les sujets. Nos résultats permettent de relever un fait majeur, à savoir que l'observance du traitement médical est un comportement complexe. C'est-à-dire que le respect rigoureux des prescriptions médicales est lié à plusieurs conditions: Moyens économiques, solidarité familiale, connaissances des risques en cas de non-respect des prescriptions médicales, évitement des comportements alimentaires à risques.

Bibliographie

1. Ando, A.F.S. (2014). *Participation au groupe de parole, genre et observance du traitement chez des adolescents séropositifs suivis au CIRBA*. Mémoire de Master de Psychologie Génétique Différentielle: Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan.
2. Bandura, A. (1986). *Social foundation of and thought action: a social cognitive Theory*. Englewood Cliffs: Prentice-Hall.
3. Bowlby, M, Cogdon, A, Holley, J, Hatz, SB, Ounpuu, S, Strachon. E, Taraba, L, Toone, M. (1997). Ajustez votre mode de construction selon le modèle des étapes du changement. *Au cœur du sujet*, 4, 1- 4.
4. Clark PC, Dunbar SB. (2003). Family with partnership intervention: a guide for family approach to care heart patient's failure. *AACN Clin Issues*, 14(4), 467-76.
5. Colin, C., Ouellet, F, Boyer, G., & Martin, C. (1992). *Extrême pauvreté, maternité et santé*. Montréal : Editions Saint Martin.
6. Cramer, J. A., Scheyer, RD, Mattson, RH. (1990). Compliance declines between Clinic visit. *Arch inter Med*, 15 (2), 6- 11.
7. Didi- Kouko, C. J., Aka, A. H., Oyous, B., Koffi, G., Adoubi, I. Kouassi, Y. (2011). Mise en place d'espace de parole pour le soutien psychologique des personnes atteintes de cancers et leurs soignants. *Psycho- oncol*, (5), 56- 60.
8. Donovan, J. & Blake, D. (1992). Patient non -compliance: Deviance or reasoned decision – marking ? *Social science and Medicine*, 34(5), 2507- 513.
9. Duhamel, F. (1995). Intervention systémique infirmière auprès de couples dont un des membres est atteinte d'insuffisance cardiaque. *Can J cardiovasc Nurs*, 8(4), 35-42.

10. Duhamel, F. Dupuis, F. Reidy, M. (2006). *L'insuffisance cardiaque, ses représentations sociales et l'intervention systémique infirmière*. Rapport de recherche non publié.
11. Fainzang, S. (2001). *Médicaments et sociétés. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris: PUF.
12. Guédé, A. S. Z. (2014). *Niveau d'instruction, statut socio-économique et itinéraire thérapeutique des personnes atteintes de maladie chronique : Cas du cancer*. Mémoire de Master en Psychologie Génétique Différentielle : présenté à l'Université Félix Houphouët-Boigny d'Abidjan.
13. Jodelet, D. (1989). *Folies et représentations sociales*. Paris: P. U. F.
14. Kremer, H., Sonnenberg – Schwan, U. & Arendt, G. (2009). HIV or HIV Therapy? Causal attributions of symptoms and their impact on treatment decision among women and men with HIV. *Eur J Med Res*. (14), 139- 146.
15. Lacourse, M.T.(2002). *Sociologie de la santé*. Montréal : Chenelière / MC Gaw-hill.
16. Lamine, C. (2008). *Les intermittes du bio. Pour une sociologie pragmatique des choix alimentaires émergents*. Versailles : Quae.
17. Lapierre, J. (1999). *Evaluation de l'émancipation chez les participants à un programme d'accompagnement prénatal en milieu de pauvreté*. Thèse de doctorat, Université de Montréal.
18. Matsui, D.M. (1997). Drug compliance in pediatrics : Clinical and research issues. *Pediatr Clin NorthAm*, 44, 1- 14.
19. Moser, DK, Dracup, K. (1995). Psychosocial recovery from a cardiac event : the influence of perceived control. *Heart Lung*, 24(4) ,273- 280.
20. Olivier, F. & al (2005). Etude sur l'observance du traitement antirétroviral au Centre Hospitalier Universitaire de Yaounde. *Sante publique* (17) ,559- 568
21. Osterberg, L, Blaschke, T. (2005). Adherence to medication. *N Engl J Med*, (353), 487- 497. *Nurs*, 30(1), 1-7.
22. Petermans, J, Samalea Suarez, A Van Hees, T. (2010). Observance thérapeutique en gériatrie. *Rev Med Liege*, 65, 261 - 266.
23. Roland, J.S. (1994). In sickness and in health: the impact of illness on couple's relationship. *Journal of Marital and Family therapy*, 20, 27- 327.
24. Scheen, A. J. (1997). Particularités de la pharmacothérapie chez le sujet. *Rev. Med. De Liege*, 52, 201 – 204.
25. Sarradon- Eck, A. (2007). « Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues », *Sciences Sociales et Sante*, 25 (2)
26. Scheen, A. J & Giet, D. (2010). Non observance thérapeutique : causes, conséquences, solutions. *Rev. Med. De Liege*, 65, 239 – 245.
27. Schneider, M.P, Krummender, L, Bougnon, O. & Cavassini, M. (2010). Antiretroviral adherence program in HIV patients: a feasibility study in the Swiss HIV cohort study. *Rev medicale Suisse*, 6, 1455- 1457.
28. Sobel, A. (1997). Editorial. Observance en matière de sante. *Presse Med*,

29. Tremblay, M. (1982). L'anthropologie de la santé en tant que représentations. In F. Dumont et Y. Martin (Eds). *Imaginaire social et représentations collectives*. Québec : Les presses de l'université Laval, 253 – 273.
30. Tieffi, H. G. R. (2012). Durée du traitement, perspective future et Adhésion thérapeutique chez des patients sous anti- retro viraux en Côte d'Ivoire. *Revue électronique de psychologie et science humaine*.
31. Trostle, J. A. (1988). Medical compliance as an ideology. *American sociological review*, 22 (2), 200- 204.

Creative Commons licensing terms

Author(s) will retain the copyright of their published articles agreeing that a Creative Commons Attribution 4.0 International License (CC BY 4.0) terms will be applied to their work. Under the terms of this license, no permission is required from the author(s) or publisher for members of the community to copy, distribute, transmit or adapt the article content, providing a proper, prominent and unambiguous attribution to the authors in a manner that makes clear that the materials are being reused under permission of a Creative Commons License. Views, opinions and conclusions expressed in this research article are views, opinions and conclusions of the author(s). Open Access Publishing Group and European Journal of Social Sciences Studies shall not be responsible or answerable for any loss, damage or liability caused in relation to/arising out of conflicts of interest, copyright violations and inappropriate or inaccurate use of any kind content related or integrated into the research work. All the published works are meeting the Open Access Publishing requirements and can be freely accessed, shared, modified, distributed and used in educational, commercial and non-commercial purposes under a [Creative Commons Attribution 4.0 International License \(CC BY 4.0\)](#).