

Le self-care des personnes atteintes de diabète de type 2 et/ ou d'hypertension artérielle dans la population turque et marocaine vivant à Bruxelles.

Une analyse exploratoire

Mémoire réalisé par
Hafsa Daby

Promoteur
Isabelle Aujoulat

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Le self-care des personnes atteintes de diabète de type 2 et/ ou d'hypertension artérielle dans la population turque et marocaine vivant à Bruxelles.

Une analyse exploratoire

Mémoire réalisé par
Hafsa Daby

Promoteur
Isabelle Aujoulat

Année académique 2017-2018
Master en sciences de la santé publique
Finalité spécialisée

Remerciements

Je remercie sincèrement ma promotrice Madame Aujoulat pour son expertise, ses conseils, son soutien et sa confiance tout au long de la réalisation de mon mémoire.

Je remercie toutes les personnes qui ont accepté de me recevoir dans leurs demeures pour partager leurs expériences, sans qui ce mémoire n'aurait pas pu voir le jour.

Je remercie tous les membres de l'équipe du projet PARTICIPATE, financé par Innoviris, dans le cadre du programme Bridge, de m'avoir accueillie et soutenue dans mon processus d'étude.

Je remercie mes collègues Altintas Ozlem, Duran Muberra, Erikçi Sema, Essaoudi Ghizlane et Saylan Betul de m'avoir aidé pour l'interview de quelques participants.

Je remercie ma famille et mes amies pour le soutien, la présence et l'aide qu'elles m'ont apporté durant ces 2 années de master.

Le plagiat

Je déclare sur l'honneur que ce mémoire a été décrit de ma plume, sans avoir sollicité d'aide extérieure illicite, qu'il n'est pas la reprise d'un travail présenté dans une autre institution pour évaluation, et qu'il n'a jamais été publié, en tout ou en partie. Toutes les informations (idées, phrases, graphes, cartes, tableaux...) empruntées ou faisant référence à des sources primaires ou secondaires sont référencées adéquatement selon la méthode universitaire en vigueur. Je déclare avoir pris connaissance et adhérer au Code de déontologie pour les étudiants en matière d'emprunts, de citations et d'exploitation de sources diverses et savoir que le plagiat constitue une faute grave sanctionnée par l'Université catholique de Louvain.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	7
CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE	9
1.1. Maladies chroniques et self-care	9
1.2. Diabète, hypertension artérielle et self-care	10
1.3. Diabète, Hypertension artérielle et self-care chez les personnes issues de l'immigration turque et marocaine en Belgique	13
CHAPITRE 2 : MALADIES CHRONIQUES ET SELF-CARE.....	16
2.1. Définition du self-care	16
2.2. Bref historique du terme « <i>self-care</i> » avec visions normative et d'empowerment	17
2.3. Facteurs influençant le self-care	20
CHAPITRE 3 : DIABETE 2, HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET SELF-CARE	23
3.1. Cas du diabète 2 : visions normative et d'empowerment	23
3.2. Cas de l'hypertension artérielle : visions normative et d'empowerment	27
CHAPITRE 4 : DIABETE 2, HYPERTENSION ARTERIELLE ET SELF-CARE CHEZ LES PERSONNES ISSUES DE L'IMMIGRATION	28
4.1. Cas du diabète 2 : visions normative et d'empowerment	29
4.2. Cas de l'hypertension artérielle : visions normative et d'empowerment	32
CHAPITRE 5 : OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE	34
5.1. Objectifs de la recherche	35
5.2. Questions de recherche.....	35
CHAPITRE 6 : MÉTHODOLOGIE	36
6.1. Design de l'étude.....	36
6.2. Echantillonnage	36
6.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion	36
6.2.2. Effet boule de neige.....	37
6.3. Collecte des données	37
6.3.1. Guide d'entretien	37

6.3.2. Variables sociodémographiques	38
6.4. Déroulement des entretiens	38
6.5. Analyse des données	39
6.6. Considérations éthiques.....	40
CHAPITRE 7 : RÉSULTATS.....	41
7.1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants	41
7.2. Activités de self-care	42
7.2.1. Activités prescrites par les professionnels de la santé	43
7.2.2. Autres activités de self-care.....	61
7.3. Tentative de l'étape de mise en relation	75
CHAPITRE 8 : DISCUSSION	76
7.1. Synthèse des résultats pertinents	76
7.1.1. Éducation thérapeutique au centre du self-care	76
7.1.2. Bien-être physique, psychique, social et spirituel	80
7.1.3. Sens, tension et efforts de réconciliation	81
7.2. Limites et forces	83
7.3. Perspectives	84
CONCLUSION.....	85
BIBLIOGRAPHIE	86
ANNEXE 1 : METHODOLOGIE DE LA LITTÉRATURE CONSULTÉE.....	95
ANNEXE 2 : RESUME EXECUTIF DU PROJET PARTICIPATE.....	96
ANNEXE 3 : IMMIGRATION.....	101
ANNEXE 4 : ACCORD COMITE ETHIQUE.....	103
ANNEXE 5 : DETAIL DES DONNEES SOCIO-DEMOGRAPHIQUES.....	105

INTRODUCTION

En 2005, l'OMS¹ avait mis en évidence que les maladies chroniques représentaient le challenge du moment et prévoyait qu'en 2015, la moitié de la population mondiale serait atteinte d'une maladie chronique (Mailhot, 2013). Les malades chroniques doivent mettre en place un ensemble de comportements particuliers dans le but d'adhérer aux régimes thérapeutiques complexes, assurer le bien-être et la qualité de vie, contrôler les symptômes de la maladie et diminuer le risque de complications (OMS, 2008 ; cité par Ausili & al, 2014).

De ce fait, les personnes atteintes d'une maladie chronique doivent apprendre à vivre avec elle et revoient leurs activités quotidiennes. Elles passent par des processus de négociations pour retrouver un équilibre dans leur vie quotidienne. En effet, elles tentent de réorganiser leur vie et de se reconstruire en intégrant la maladie. Elles entreprennent de nouvelles activités (Baszanger, 1986). Ces activités sont désignées dans la littérature sous le terme de self-care. Le self-care renferme toutes les activités que les personnes font pour prendre soin d'elles et de leur santé dans leur quotidien. Ce dernier renferme 2 visions entremêlées. D'une part, une vision normative correspondant à une série d'activités en référence à la gestion technique de la maladie (prise de médicaments, contrôle de la glycémie, etc.), désignée par le terme d'auto-soins par certains auteurs (Pélicand & al, 2009). D'autre part, une vision d'empowerment qui renvoie au sens que les personnes donnent aux activités qu'elles exercent dans leur vie quotidienne et dépasse la vision plus technique, désignée par le terme d'auto-soin par certains auteurs (Pélicand & al, 2009). Notons que dans la littérature consultée (Cfr Annexe 1), beaucoup d'études (Segall & Goldstein, 1989, Strain, 1989, Holtzman & al, 1986, Penning & Chappell, 1981, Stoller & al, 1993, cité par Saillant & Gagnant, 1996 ; Glasgow & al, 1987, Jenny, 1984, Wilson & al, 1986, cité par Yang 2014) s'intéressent à la vision normative et peu d'études à la vision d'empowerment et de la combinaison des 2 visions.

Parmi les maladies chroniques, on retrouve le diabète et l'hypertension artérielle qui représentent un problème de santé publique à l'échelle mondiale et ce pour au moins 2 motifs. D'abord pour leur augmentation croissante à mesure des années et ensuite, pour les complications que ces maladies génèrent (Buysschaert & Sadikot, 2016 ; Agyemang & al, 2015). Dans les études consultées, le self-care du diabète et de l'hypertension artérielle sont souvent appréhendés comme l'exercice d'activités recommandées par les professionnels de la

¹ Organisation mondiale de la santé

santé (adhésion thérapeutique, alimentation saine, exercice physique, surveillance de la glycémie/tension, etc) (Whittemore & Roy, 2002, cité par Saidi, 2015 ; OMS, 2010, cité par Zinat Motlagh & al, 2016).

L'accroissement des maladies chroniques telles que le diabète et l'hypertension artérielle chez les personnes issues de l'immigration constitue un défi majeur de santé publique pour de nombreux pays européens, également nourris par la crise économique et les inégalités sociales (Montesi & al, 2016). Les personnes issues de l'immigration ont habituellement un état de santé plus fragile que la population belge concernant les maladies infectieuses (Zuppinger 2000, cité par Lorant & al, 2011), la santé subjective (Lorant et al. 2008, cité par Lorant & al, 2011), la santé mentale (Bhugra 2004, Derluyn, & al, 2008, Llloyd 2006, cité par Lorant & al, 2011) et les affections chroniques (Demarest & al, 2006 , Van der Heyden & al, 2010, cité par Lorant & al, 2011). Notons qu'en Belgique, parmi les 3 premières nationalités non-européennes de la population étrangère, nous retrouvons les Marocains et les Turcs. De plus, c'est à Bruxelles que la prévalence des personnes issues de l'immigration est la plus élevée (SPF Economie 2008, cité par Lorant & al, 2011).

Les personnes d'origine turque et marocaine possèdent un risque plus élevé de maladies chroniques que les personnes d'origine belge (Lorant & al, 2011, cité par Vassart, 2013). La prévention et le suivi des pathologies chroniques telles que l'hypertension et le diabète sont plus faibles chez les personnes d'origine étrangère (Philips, 2010, cité par Vassart, 2013). Une étude menée en Flandre a montré que « *les migrants turcs et marocains sont moins vaccinés contre la grippe et surveille moins leur tension artérielle, leur cholestérol et leur glycémie* » (Levecque & al, 2006, cité par Mladovsky, 2007, p.15). Notons que ces personnes ont généralement un statut socio-économique et un niveau d'instruction plus faibles que la population belge (Lorant & al, 2011). De ce fait, promouvoir la santé de ces personnes est devenu une priorité internationale (Lorant & al, 2010).

Dans notre mémoire, nous nous intéresserons à la combinaison des 2 visions du self-care. En effet, nous considérons que les 2 visions du self-care se nourrissent mutuellement et doivent être appréhendées en parallèle et pas comme 2 blocs d'activités séparées (Richard & Shea, 2011, Kralik & al, 2010,, Thorne & al, 2009, cité par Lafontaine & al, 2017). De plus, nous étudierons le self-care des personnes issues de l'immigration turque et marocaine car elles présentent un état de santé plus fragile et ne font pas l'objet de nombreuses recherches. Ainsi, s'intéresser à ce que les personnes d'origine turque et marocaine, avec un diabète 2 et/ou une

hypertension artérielle, vivant à Bruxelles, font pour prendre soin d'elles et de leur santé au quotidien prend tout son sens et constitue notre objet de recherche.

Notons que notre étude s'inscrit sur le projet de recherche PARTICIPATE (Cfr. Annexe 2), portant sur les maladies chroniques, le self-care et la promotion à la santé.

Dans ce mémoire, nous aborderons dans notre partie théorique, le self-care des maladies chroniques, le self-care du diabète et de l'hypertension artérielle et le self-care du diabète et de l'hypertension chez les personnes issues de l'immigration turque et marocaine. Dans notre partie pratique, nous nous pencherons sur la méthode de recherche, l'analyse des données, les résultats et la discussion.

CHAPITRE 1 : PROBLÉMATIQUE

Dans ce chapitre, nous allons tenter de problématiser notre objet de recherche. Pour ce faire, nous allons dans un premier temps aborder les maladies chroniques et le self-care. Dans un second temps, nous tenterons de mettre en lumière le self-care dans le cadre du diabète et de l'hypertension artérielle. Dans un dernier temps, nous parlerons du self-care du diabète et de l'hypertension artérielle chez les personnes issues de l'immigration turque et marocaine. Notons que ces parties seront brièvement abordées car elles seront détaillées dans les chapitres ultérieurs.

1. 1. Maladies chroniques et self-care

Dans le décours de la transition épidémiologique, on note 2 composantes, la hausse de l'espérance de vie et le passage des maladies transmissibles aux maladies non transmissibles. En effet, l'âge des maladies de dégénérescence et des maladies de société est caractérisé par une industrialisation et urbanisation avec de nouveaux risques, une augmentation de la part des décès causée par les maladies non transmissibles (maladies cardiovasculaires, cancer, diabète, maladies pulmonaires), une mortalité liée aux comportements humains (augmentation de la consommation des graisses et des calories, tabagisme, alcoolisme, manque d'exercice physique) et une mortalité liée à l'environnement (pollution de l'air et de l'eau en milieu urbain) (Masquelier, 2016).

À mesure des années, le nombre de personnes présentant une maladie chronique ne cesse d'augmenter et interpelle les grandes instances de santé telle que l'OMS. Ces dernières n'ont cessé de publier des rapports sur différentes maladies chroniques et ont appelé à adopter des

politiques attentives aux personnes vivant avec une maladie chronique (OMS, 2010, cité par Paulus & al, 2012). En effet, les dépenses en soins de santé liées aux maladies chroniques sont considérables. En 2009, les pays de l'OCDE² octroyaient en moyenne 9,6% de leur PIB³ à la santé où l'accroissement des maladies chroniques exerce un rôle prépondérant dans les dépenses des soins de santé. Les maladies chroniques interviendraient dans 70-80% des coûts de soins de santé (OCDE, 2011, cité par Paulus & al, 2012).

Au niveau mondial, en 2010, les principales causes de mortalité sont dues aux maladies chroniques, constituant 63% des décès dans le monde. On y retrouve les maladies cardiovasculaires, les cancers, le diabète et les maladies respiratoires chroniques (OMS, 2010, cité par Paulus & al, 2012). En Belgique, les personnes présentant une maladie chronique sont moins nombreuses en Flandre (27,2%), qu'à Bruxelles (30,5%) et en Wallonie (30,2%). Environ 40% des personnes malades chroniques belges sont confrontées à des difficultés dans la pratique des tâches quotidiennes (Van Der Heyden & Charafeddine, 2013). En effet, les malades chroniques vont devoir intégrer des activités recommandées par les professionnels de la santé mais aussi d'autres activités non médicales. Ces activités multidimensionnelles sont empruntées de sens et basées sur leurs expériences de vie, valeurs, croyances, caractéristiques et capacités personnelles d'influencer leur santé générale (Hertz, 2009, cité par Yang, 2014). Il importe de se centrer sur la capacité de la personne à poursuivre les activités quotidiennes associées à sa maladie qui font sens pour elle et sont en lien avec ses buts de vie. C'est elle qui est actrice de sa santé et oriente l'histoire de sa maladie (Utz & al, 2006, cité par Yang, 2014 ; Bonino, 2008).

1.2. Diabète, hypertension artérielle et self-care

Commençons par émettre quelques données épidémiologiques sur le diabète pour montrer la pertinence de s'intéresser à ce type de pathologie.

Toutes les formes de diabète sont en augmentation mais surtout le type 2, nombre qui aura presque doublé pour 2035. Cette augmentation est en lien avec le développement économique, le vieillissement démographique, l'urbanisation, les modifications alimentaires, la diminution de l'activité physique, ainsi qu'avec d'autres changements dans le mode de vie. Mais aussi parce que le diabète de type 2 correspond à 85 %-95 % de l'ensemble des cas de diabète dans les pays à revenus élevés (Fédération Internationale du Diabète, 2013). En 2015, parmi les principales causes mondiales des années de vie en incapacité (YLD), le diabète se

² Organisation de Coopération et de Développement Economiques

³ Produit intérieur brut

place à la 9^{ème} position dans la tranche des 35-39 ans, à la 6^{ème} place dans la tranche des 40-44 ans, à la 4^{ème} position dans l'intervalle des 45-54 ans et à la 3^{ème} place dans les 55-79 ans (Vost & al, 2015). De plus, en 2013, le diabète aurait été la cause de 5, 1 millions de décès dans le monde (8,4% de la mortalité mondiale toutes les causes confondues pour la catégorie des 20-79 ans) et en Europe, un décès sur 10 pouvait être attribué au diabète, soit 619 000 décès (90% avait plus de 50 ans) (Fédération Internationale du Diabète, 2013). En Belgique, le diabète est la 6^{ème} cause des années de vie en incapacité (Vost & al, 2015). En effet, selon l'enquête de santé menée par l'Institut de Santé Publique, entre 1997 et 2013, le nombre de personnes atteintes de diabète s'est accru de manière systématique dans la population belge générale (15 ans et plus), passant de 2,7% en 1997, à 4,1% en 2004 et 5,3% en 2013 (Van Der Heyden & Charafeddine, 2013). Concernant les dépenses en soins de santé mondiales relatives au diabète, en 2013, elles auraient été de 548 milliards de dollars (11% des dépenses totales dans le monde) et projetées à 627 milliards de dollars pour 2035. Environ 147 milliards de dollars ont été consommés par l'Europe. *« Le coût associé au diabète découle d'un recours accru aux services de santé, d'une perte de productivité et d'une invalidité, qui peuvent constituer un lourd fardeau pour la personne, sa famille et la société »* (Fédération Internationale du Diabète, 2013, p.38). Le diabète engendre des dépenses humaines, sociales et économiques non négligeables, et ce quel que soit le niveau de revenus du pays (Fédération Internationale du Diabète, 2013).

Poursuivons avec quelques données épidémiologiques sur l'hypertension artérielle :

Entre 2001 et 2007, la prévalence de l'hypertension artérielle au niveau mondial était de 38% chez les hommes et 32% chez les femmes. On projetait une augmentation de 60% des cas pour 2025 (Kearney, P-M., & al, 2005, cité par Biéva, C., 2011). Cette dernière allant de pair avec un accroissement non négligeable de la mortalité par maladies cardio et cérébrovasculaires (Vavricka, & al, 2002, cité par Biéva, 2011). En Belgique, la prévalence de l'hypertension artérielle était évaluée à 41% pour les hommes et 31% chez les femmes sur un échantillon de 34.000 personnes entre 1980 et 1998. En 2004, elle était estimée à 27.5% sur un échantillon de 12.945 personnes (Biéva, 2011). En 2008, 13% de la population belge a affirmé souffrir d'hypertension durant les 12 derniers mois (11,1% chez les hommes pour 14,7% chez les femmes) (Enquête de santé par interview Belgique, 2008). En 2010, la prévalence aurait été de 28,4% dans la tranche des 21-68 ans (Van der Niepen, & Verbeelen, cité par Biéva, 2011) et en 2013, la prévalence de l'hypertension artérielle de la population belge (15 ans et plus) tournait autour de 16,5% (Van Der Heyden & Charafeddine, 2013). Les

dépenses en soins de santé sont non négligeables et ne cessent d'augmenter (Paulus & al, 2012).

Par la prévalence, la mortalité et les dépenses en soins de santé, nous nous apercevons que les maladies chroniques telles que le diabète 2 et l'hypertension artérielle sont et seront l'objet de nombreuses recherches. Elles sont un véritable enjeu de santé publique et nécessitent d'être prises en considération.

Terminons en exposant brièvement le self-care du diabète 2 et de l'hypertension artérielle. Dans le cas du diabète 2, la littérature consultée étudie beaucoup la vision normative du self-care et mentionne que le succès de la gestion est lié à la capacité du malade à entreprendre des activités complexes mais aussi à sa volonté de les effectuer (Evangelista & al, 2008, cité par Saidi, 2015). Ainsi, le self-care est vu comme la constitution de 6 éléments : la modification du régime alimentaire, l'exercice physique, la prise de médicaments, le contrôle de la glycémie, les activités pour solutionner les problèmes liés à la maladie et les activités pour réduire le risque de complications (Whittemore & Roy, 2002, cité par Saidi, 2015). Concernant l'hypertension artérielle, beaucoup d'études montrent que le succès de la pratique du self-care est associé à 6 dimensions : adhésion au traitement médicamenteux, participation aux activités physiques, alimentation saine pauvre en graisse et sel, maintien d'un poids « normal », diminution de la consommation d'alcool et éviction du tabac (OMS, 2010, cité par Zinat Motlagh & al, 2016).

L'objet de beaucoup d'études portant sur le self-care est la vision normative de ce dernier. Cette approche est trop restrictive au regard de la complexité d'une maladie chronique telle que le diabète 2 ou l'hypertension artérielle. Nous prenons appui sur le cas de l'adhésion thérapeutique. Il a été souligné que l'adhésion thérapeutique n'est pas optimale et pose question sur la démarche à adopter face au patient. Une des raisons pourrait être le manque d'efficacité de la consultation du professionnel de la santé quant à la compréhension de la perspective du patient sur sa maladie. Les professionnels de la santé peuvent ne pas cerner l'expérience des patients vivant avec une hypertension ou un diabète, qui sous-tend leurs croyances au sujet de la maladie (Kronish & al, 2012). Peut-être faudrait-il s'orienter vers la vision d'empowerment pour compléter la vision normative. Dans ce cas, il importera aux professionnels de se centrer sur le patient qui est gestionnaire de sa maladie et de construire des interventions fondées sur la motivation du patient pour améliorer son adhésion (Kronish & al, 2012). Notons que les professionnels de la santé jouent un rôle important pour que les

patients hypertendus et diabétiques pratiquent des activités qui concordent avec leurs recommandations. C'est pourquoi, la vision d'empowerment du self-care étant peu étudiée dans la littérature consultée, il est intéressant pour nous d'étudier la vision normative au regard de la vision d'empowerment. Cette dernière consiste à comprendre le sens que la personne met derrière sa participation active dans la gestion de sa maladie et des conséquences de l'expérience de sa maladie. Elle soulève le sens que la personne attribue aux activités, y compris les activités prescrites par les professionnels de la santé (Kronish & al, 2012, Saidi, 2015).

1.3. Diabète, hypertension artérielle et self-care chez les personnes issues de l'immigration turque et marocaine en Belgique

Dans la littérature consultée, nous n'avons pas trouvé d'études portant sur la vision d'empowerment du self-care et de la combinaison des visions normative et d'empowerment chez les personnes diabétiques et/ou hypertendues issues de l'immigration turque/marocaine et vivant en Belgique. Notons que nous avons trouvé quelques données sur la prévalence du diabète et de la vision normative chez ces personnes. Toutefois pour la prévalence de l'hypertension artérielle chez ces personnes vivant en Belgique, nous n'avons pas trouvé de données, la seule donnée concerne la Hollande.

En Belgique, on remarque qu'il existe des différences dans la prévalence du diabète 2 entre les belges natifs et ceux d'origine turque et marocaine (Ferrant, 2007, Koning Boudewijnstichting, 2005, Yildiz & al, 2005, cité par Vandenheede & al, 2009). En effet, une étude belge publiée en 2009 a mentionné que la prévalence du diabète 2 chez les hommes belges natifs de 35-74 ans se situait autour de 5% et elle tournait autour de 5,8% pour les hommes d'origine turque et 6,5% d'origine marocaine. Pour les femmes belges natives de 35-74 ans, la prévalence était de 4,3%, pour les femmes d'origine turque, elle était de 18,7% et pour celles d'origine marocaine, elle valait 11,9%. Ces données ont été obtenues sur base des enquêtes de santé belges de 1997, 2001 et 2004 (Vandenheede & al, 2009). Les auteurs de cette étude présument également que les facteurs culturels et environnementaux tels que l'expérience de la migration, les habitudes alimentaires et une présence de surpoids et de diabète gestationnel peuvent entrer en ligne de compte dans la différence de prévalence entre les belges natifs et les belges d'origine turque et marocaine (Vandenheede & al, 2009). De plus, un taux de mortalité de diabète non négligeable a été trouvé chez les femmes (25-54 ans) marocaines vivant en Belgique (Deboosere & al, 2005). Une autre étude menée en Flandre a mis en évidence que les personnes issues de l'immigration tuque et marocaine ont tendance à

moins surveiller leur glycémie et tension (Levecque & al, 2006, cité par Mladovsky, 2007). Ces études s'inscrivent plus dans une vision normative car elles font appel à des variables explicatives telles que l'alimentation, le surpoids, la gestion de la glycémie, l'adhésion médicamenteuse pour expliquer la prévalence plus élevée du diabète chez les personnes d'origine marocaine et turque.

Pour ce qui est de la prévalence de l'hypertension artérielle, la plupart des études mettent en évidence des niveaux et des taux plus hauts chez les personnes issues de l'immigration vivant en Europe (Agyemang & Bhopal, 2003, Agyemang & Bhopal, 2002, Cooper & al, 2005, Agyemang & al, 2005, cité par Agyemang & al, 2007). Les explications sur les raisons de ce taux plus élevé au sein de ces populations sont peu élucidées (Agyemang & al, 2007). Toutefois, une étude hollandaise publiée en 2007, menée auprès de 1304 adultes de 18 ans et plus dont 39,2% hollandais, 33,2% turcs et 27,6% marocains sur la prévalence de l'hypertension artérielle a mis en évidence que celle-ci était plus faible chez les Turcs (25,8% des hommes et 22,2% des femmes) et Marocains (26,1% hommes et 19,6% femmes) que chez les hollandais (48,8% hommes et 35,0% femmes). De plus, il semblerait n'y avoir aucune différence dans le contrôle de la tension artérielle entre les 2 groupes issus de l'immigration (Agyemang & al, 2006).

Les patients diabétiques de type 2 de première génération d'origine turque et marocaine ont généralement un niveau d'instruction bas, un haut niveau d'analphabétisme chez les femmes, un niveau socio-économique bas et une acceptation du rôle traditionnel des genres (Peeters, 2014). Il faut savoir que 15% des Turcs et Marocains postposent des soins de santé à cause des moyens financiers (Levecque & al, 2006, cité par Peeters, 2014). En effet, les personnes issues de l'immigration (Cfr. Annexe 3) font généralement parties de groupes vulnérables, caractérisés par une ou plusieurs des caractéristiques suivantes : avoir un statut socio-économique défavorable et vivre dans la pauvreté, avoir un faible niveau d'instruction, ressentir un isolement social et familial, habiter dans une région géographique isolée et mal desservie en termes de services médicaux et présenter certaines catégories de pathologies notamment les pathologies mentales sévères et chroniques. Plus la personne présente de caractéristiques, plus elle est vulnérable (Malengreaux & Grenier, 2017).

Il a été conclu qu'il y a un gradient social concernant le pourcentage de personnes qui affirment souffrir d'hypertension ou de diabète, avec un plus grand nombre auprès des populations avec un faible niveau de scolarité par rapport à des populations avec un plus haut

niveau d'instruction. De plus, ces dernières ont des répercussions particulières sur leur vie quotidienne (Enquête de santé par interview Belgique, 2008 ; Fédération Internationale du Diabète, 2013 ; Van Der Heyden & Charafeddine, 2013). A titre d'exemple, le cas de la prévalence de l'hypertension, qui est plus marquée dans les classes sociales défavorisées. 24,7% des personnes provenant de familles moins scolarisées (sans diplôme ou niveau primaire) affirment avoir présenté une hypertension durant les 12 derniers mois contre 19,8% de personnes provenant de familles avec un niveau secondaire inférieur, 12,7% des personnes provenant de familles avec un niveau secondaire supérieur et 7,7% de personnes provenant de familles avec un niveau du supérieur (Enquête de santé par interview Belgique, 2008).

On trouve également que la disparité dans l'état de santé entre les personnes issues de l'immigration et la population autochtone est causée par un environnement socio-économique plus précaire (Vandenheede & De Boossere, 2010 ; Fossion & al, 2002, 2004, Lorant & al, 2008, Perrin & al, 2007, cité par Lorant & al, 2011). D'autres éléments entrent en ligne de compte tels que les expériences « choquantes », les caractères sociaux et sociodémographiques, le racisme et la discrimination (Derluyn & Broekaert, 2007, 2008, cité par Lorant & al, 2011).

On relève également une inégalité dans l'accès, l'emploi et la qualité des soins aux personnes issues de l'immigration. Les femmes, par le fait qu'elles présentent de plus faibles opportunités d'acquisition de compétences linguistiques nécessaires aux soins de santé, ont un accès moins évident à ces derniers (Lorant & al, 2011, cité par Vassart, 2013). Les personnes d'origine turque et marocaine tendraient à favoriser les urgences, plutôt que d'aller voir un généraliste. Les éléments explicatifs justifiant ce choix seraient l'accessibilité, la proximité et la compétence du personnel (Anson, 2001, Demarest & al, 2006, Stronks & al, 2001, cité par Lorant & al, 2011).

Notre étude est tout à fait intéressante. Tout d'abord, la prévalence du diabète 2 est plus élevée chez les personnes issues de l'immigration turque et marocaine que chez les personnes d'origine belge. Ensuite, ces personnes présentent différentes vulnérabilités qui ont des répercussions sur leur self-care (Van Der Heyden & Charafeddine, 2013). Enfin, dans la littérature consultée, nous n'avons pas trouvé d'études sur le self-care des personnes issues de l'immigration turque et marocaine atteintes de diabète 2 et/ou d'hypertension artérielle vivant à Bruxelles, ville accueillant le plus grand nombre de personnes étrangères en Belgique (SPF Economie 2008, cité par Lorant & al, 2011).

CHAPITRE 2 : MALADIES CHRONIQUES ET SELF-CARE

Après avoir tenté de problématiser notre sujet et de souligner la nécessité de s'intéresser au self-care des personnes issues de l'immigration turque et marocaine atteintes de diabète 2 et/ou d'hypertension artérielle, nous aborderons dans ce chapitre la théorie du self-care dans le cadre des maladies chroniques. Dans les pages qui ont précédées et qui vont suivre, nous avons fait le choix de parler de vision normative pour désigner les activités recommandées par les professionnels de la santé et de vision d'empowerment pour faire référence au sens donné à toutes les activités du quotidien pour prendre soin de soi et de sa santé. Les termes « normatif » et « empowerment » ont été cités par French & Adams, 2002. Notons que nous envisageons le self-care comme la complémentarité de ces 2 visions. Nous les avons divisées dans un souci de clarté.

2.1. Définition du self-care

Le terme self-care signifie de façon littérale « *soin que l'on se prodigue à soi* » (Saillant & Gagnon, 1996, p.20). Il renferme les activités que les personnes malades font au quotidien pour prendre soin d'elles et de leur santé et le sens qu'elles donnent à ces dernières. De nombreuses définitions existent mais nous avons fait le choix de citer celle de Pélicand & al, 2009, car elle illustre bien la tension qui peut exister entre les visions normative et d'empowerment. Ces auteurs ont défini le self-care comme étant la complémentarité des visions normative et d'empowerment.

La 1^{ère} est désignée par le terme anglais *self-care*, traduit en français comme l'auto-soin et renvoyant à la façon dont la personne va prendre soin d'elle et de sa santé et se voit comme « *le résultat, provisoire, de processus multiples et dynamiques de négociations intra- et interpersonnelles, en réponse aux différentes tensions que rencontre inévitablement toute personne qui apprend à vivre avec une maladie chronique et qui est de fait confrontée à la nécessité de trouver une nouvelle forme de routine journalière pour intégrer ou inventer des schémas de fonctionnement compatibles avec la gestion d'un traitement au quotidien* » (Pélicand & al, 2009, p.22). La 2^{ème} est désignée par le terme anglais *behavioural self-care*, traduit en français comme les auto-soins et se rapportant à l'exécution d'une série de pratiques en lien avec les conseils médicaux.

La vision normative est plus axée sur l'état fonctionnel de la personne malade chronique dont le but est d'optimiser la santé des gens par les changements de comportements. Tandis que la

vision d'empowerment prend en compte les conditions de vie du malade chronique dont l'objectif est d'optimiser la santé des gens par le développement de leur capacité à comprendre et maîtriser les déterminants de leur santé par la prise en considération de leur contexte de vie (French & Adams, 2002, cité par Aujoulat, 2016a).

2.2. Bref historique du terme « self-care » avec visions normative et d'empowerment

En 1956, Orem définit le self-care comme « *la pratique des activités que la personne mûre initie et exécute dans des délais et de son propre chef pour entretenir la vie, un fonctionnement sain, un développement personnel continu et le bien-être* » (Orem & al, 2001, p.521, cité par Yang, 2014). Un élément venant s'y greffer ultérieurement est que la capacité du self-care que les personnes gagnent est influencé par les normes culturelles apprises par les personnes et transmises depuis l'enfance (Baumann & Dang, 2012, cité par Yang 2014). Il semblerait que le self-care favorise la participation du patient et son autonomie, tout en veillant à induire une diminution de la médicalisation et des coûts du système de santé (Schumaker, 1977, cité par Saillant & Gagnon, 1996).

Dans les années 70, un autre terme est introduit, à savoir le self-management, pour mettre en évidence la participation active que prenait le patient dans ses traitements chroniques (Lorig & Holman, 2003, Creer & al, 1976, cité par Ausili & al, 2014). En 1983, on distingue le self-care du self-management. En effet, le self-care est vu comme toutes les activités menées par la personne pour favoriser la santé, prévenir la maladie, limiter l'expérience de la maladie et restaurer la santé alors que self-management fait référence à la poursuite des activités recommandées par les professionnels de la santé (Levin & Idler, 1983, cité par Ausili, & al, 2014). De ce fait, à cette période, le self-care se rapporte plus à des stratégies préventives tandis que le self-management renferme des stratégies répondant à des aspects cliniques de la maladie pour agir sur l'impact de la maladie sur la santé physique de la personne (Clark & al, 1991, cité par Yang, 2014). Toutefois, on remarque déjà que quelques chercheurs s'intéressant aux maladies chroniques ont employé le terme de self-care pour désigner le self-management (Glasgow & al, 1987, Jenny, 1984, Wilson & al, 1986, cité par Yang 2014).

Dans ce continuum, pour récolter des données pouvant être quantifiées, les chercheurs vont limiter le self-care au self-management. Ainsi, plusieurs recherches se réduisent aux réponses données par les individus à un symptôme, à l'automédication, excluant les conduites préventives (Segall & Goldstein, 1989, Strain, 1989, cité par Saillant & Gagnant, 1996). D'autres enquêtes porteront sur les modifications de comportements apportées au mode de vie

ou au choix de rien entreprendre face à un symptôme (Holtzman & al, 1986, Penning & Chappell, 1981, Stoller & al, 1993, cité par Saillant & Gagnant, 1996). Ces auteurs restent toujours dans une logique normative du self-care.

Ainsi, le self-care est plutôt un processus par lequel les gens possèdent leur propre compréhension de la santé et vision de la manière de l'améliorer et ce qui peut la dégrader. Les individus mettent en pratique des comportements et activités dans la vie de tous les jours dans le but d'assurer le maintien de la vie, la santé et le bien-être. Le self-care englobe l'habilité d'aborder les besoins, buts et problèmes de santé ; l'amélioration de la capacité et de l'indépendance ; la satisfaction fonctionnelle et l'évitement du dysfonctionnement (Ausili & al, 2014). Tandis que le self-management est plutôt appréhendé comme un processus actif, quotidien et flexible à travers lequel les personnes entreprennent des actions orientées vers un but particulier, des émotions, des décisions et des comportements par l'usage d'aptitudes apprises (Ausili & al, 2014). Bien que la distinction entre ces 2 concepts existe, elle s'est vue restreindre, au point que l'on retrouve ces termes interchangeables dans la majorité de la littérature (Yang, 2014).

A côté de ces auteurs, on trouve des auteurs comme Baszanger, 1986, qui souligne que le malade chronique doit opérer des négociations dans sa vie de tous les jours. En effet, le malade chronique est un acteur qui négocie sans cesse ses rôles usuels. Ces négociations ne se font pas uniquement par le biais de stratégies de normalisation mais aussi par l'entremise d'un enchaînement d'essai pour construire un autre statut social à la maladie. De ce fait, les choix entrepris par le malade chronique ne se font pas qu'au travers du prisme du médical mais aussi du social. Les traitements et les régimes font l'objet d'une évaluation par le malade et ne sont pas nécessairement acceptés.

Bonino, 2008, souligne également l'importance de comprendre le sens que les personnes donnent à ce qu'elles font au quotidien car ce n'est que comme ça, que le professionnel peut aider le malade chronique. En effet, c'est la personne malade qui est actrice de son propre développement, qui trouve un sens à ses activités, se reconstruit une identité suite à la maladie, détient le contrôle sur sa maladie et gère son stress quotidien.

En 2009, l'OMS a émis une définition du self-care qui englobe plusieurs niveaux, à savoir la capacité des individus, familles et communautés à promouvoir la santé, prévenir la maladie et faire face à l'expérience de la maladie et l'incapacité avec ou sans le soutien des professionnels de la santé. De cette définition, on peut voir que le self-care peut être vu

comme une partie de la vie de tous les jours, que la personne soit malade ou en santé. Cela inclut des actions simples pour améliorer la santé telle que les activités relevant de l'hygiène de vie et des actions plus complexes pour réadapter certains éléments de la vie face à la maladie telle que la compréhension des symptômes (Newman & al, 2009, cité par Saidi, 2015). L'OMS introduit la vision d'empowerment du self-care.

Dans le même ordre d'idées que l'OMS, Tourette-Trugis & Thievenaz, 2013, soulignent l'importance de s'orienter plutôt vers une démarche de l'activité des sujets, à savoir, déterminer ce que les personnes font concrètement pour mener des actions en lien avec leur santé, les ressources déployées et ce qu'ils développent comme aptitudes. De ce fait, être malade n'est plus appréhendé comme un état défectueux mais comme un processus au cours duquel les individus « *se développent, se produisent et se professionnalisent* » (Wittorski, 2007 et 2009, cité par Tourette-Turgis & Thievenaz, 2013, p.70). Ces auteurs s'orientent plus vers l'importance de creuser la vision d'empowerment du self-care pour comprendre la vision normative. Ainsi, « *les malades chroniques sont vus comme producteurs d'un ensemble d'activités au service de leur maintien de soi en vie* » (Tourette-Turgis & Thievenaz, 2013, p. 71). La personne malade doit alors entreprendre une série de tâches qui modifie son milieu et doit apprendre à gérer les incertitudes découlant de la progression de sa maladie. Dès lors, l'intérêt sera porté sur l'aspect physiologique de la maladie et sur la planification du travail nécessitée par la maladie au quotidien (Strauss, 1985, cité par Tourette-Turgis & Thievenaz, 2013).

Le self-care comme nous l'envisageons est celui soutenu par un certain nombre d'auteurs comme la résultante des visions normative et d'empowerment. En effet, ils voient le self-care comme la vision de la personne et son apprentissage à prendre soin d'elle dans le milieu de la maladie qui comprend la vie avec les symptômes, les diverses thérapies, les modifications des habitudes de vie et les répercussions physiques et sociales, empruntes de significations (Richard & Shea, 2011, Kralik & al, 2010, Thorne & al, 2009, cité par Lafontaine & al, 2017). Ici, les auteurs voient le self-care comme d'une part, la vision de la personne qui n'est autre que la vision d'empowerment et d'autre part, l'apprentissage de la personne, qui n'est autre que la vision normative. Notons que pour certains auteurs, 98% du self-care s'opère dans la vision d'empowerment, c'est-à-dire avec soi-même et pour soi-même, plutôt qu'avec les professionnels (Karakurt & al, 2012, cité par Lafontaine & al, 2017).

2.3. Facteurs influençant le self-care

Riegel & al, 2012, optent pour une vision du self-care où les logiques normative et d'empowerment sont indissociables et doivent être analysées conjointement. D'après ces auteurs, le processus qui sous-tend le self-care peut être vu comme la constitution de 2 éléments principaux, à savoir la *prise de décision* et la *réflexion*. La prise de décision désigne les décisions automatiques, impulsives et contextuelles que les gens optent face à des situations réelles complexes. Ce sont les décisions inconscientes et spontanées prises lors d'une situation complexe. La réflexion, quant à elle, fait plutôt allusion aux choix conscients qui s'opèrent lors d'une situation complexe, suite à l'acquisition de connaissances et faits. Ces 2 éléments sont en relation et permettent que le self-care soit suffisant ou insuffisant et motivé-réfléchi ou automatique-insensé. Les patients sont sans arrêt dans un processus de décisions concernant ce qu'ils vont manger par exemple (Lafontaine & al, 2017). Les choix entrepris par les patients sont souvent influencés par toute une série de facteurs tels que les facteurs environnementaux, les conditions culturelles et politiques. (OCDE, 2010, cité par Cariou & al, 2012). En effet, Riegel & al, 2012, notent que le self-care peut être influencé par *d'autres facteurs* tels que l'expérience et la compétence, la motivation, les croyances culturelles et valeurs, la confiance, les habitudes, les capacités fonctionnelles et cognitives, le soutien des autres et l'accès aux soins.

Pour ce qui est de la compétence, elle est fondamentale dans le self-care car les patients doivent avoir la capacité de planifier, fixer des objectifs et prendre des décisions. L'expérience peut permettre à la compétence de se développer, malgré que certains patients auront des années d'expérience avec une maladie et ne déploieront pas la compétence du self-care (Riegel & al, 2012). Comme mentionné dans la théorie de l'auto-efficacité de Bandura, « *l'auto-efficacité est fortement reliée à la motivation dans la mesure où elle participe tant à l'engagement initial dans une activité, à la définition des buts, à l'effort fourni pour atteindre ces buts, qu'à la persistance devant les difficultés rencontrées pour réaliser un but* » (Bandura & Locke, 2003, cité par Meyer & Verlhac, 2004, p.120).

Au début, un certain nombre de comportements sont enclenchés et menés par les motivations extrinsèques. Ce qui veut dire que la personne peut ne pas être motivée intérieurement pour entreprendre un comportement mais la perception d'autres éléments, rendant le comportement important, la mènera à adopter ce comportement (Riegel & al, 2012). Le self-care est ainsi vu comme comprenant des activités médicales associées au traitement et la capacité de répondre aux besoins psychosociaux plus larges (Pélicand & al, 2013, cité par Aujoulat & al, 2014).

Ces activités font appel à 2 facteurs, à savoir la motivation de l'exercice et du maintien de comportements d'autogestion et la compétence demandée pour effectuer les activités recommandées en concordance avec les objectifs d'autogestion désirés par la personne (Aujoulat, d'Hoore et Deccache, 2007, Maes et Karoly, 2005, cité par Aujoulat & al, 2014).

Quant au fait d'avoir confiance en ses capacités de pratiquer les activités du self-care, cela est primordiale. Concernant les habitudes, certains patients sont disposés à adopter les comportements prescrits comme « bons » et considèrent ces derniers comme une partie de leur habitude quotidienne, tandis que d'autres les voient comme une charge supplémentaire et une lutte continue dans leur routine (Riegel & al, 2012).

Dans la même optique que Riegel & al, 2012, une revue de littérature menée par Mailhot & al, 2013, a tenté de relever les *antécédents*, *attributs* et *conséquences* potentiels du self-care. Les antécédents sont de 10 : apprentissage, soutien, auto-efficacité, habiletés, motivation, déséquilibre, être attentif, engagement, jugement et ressources. Les attributs sont au nombre de 5 : activité, décision consciente, justesse, centré sur un objectif et acquis. Quant aux conséquences, elles sont de 4 : gestion des symptômes, maintien de la santé, de la vie et du bien-être, autonomie et empowerment. Nous allons uniquement développer les attributs du self-care car les antécédents et conséquences sont abordés à différents endroits de ce chapitre. Ces auteurs parlent d'attribut pour faire la différence avec les antécédents et conséquences. En effet, pour ces derniers, l'attribut est une caractéristique propre du self-care alors que les antécédents sont des éléments qui vont influencer l'exercice du self-care et les conséquences sont les éléments qui découlent du self-care.

L'attribut « activité » désigne la totalité des actions entreprises et agencées par un individu (Coyle & Martin 2007, Fernsler, 1986, cité par Mailhot & al, 2013). De ce fait, une activité peut être découpée en une série d'actes physiques et psychologiques qui sont tous appréhendés dans la pratique de cette dernière (Mailhot & al, 2013). L'attribut « décision consciente » a trait à l'ensemble des décisions pensées par l'individu pour assurer sa vie, santé et bien-être (Mailhot & al, 2013). L'attribut « justesse » se rapporte à la dimension conforme de l'action menée (Artinian & al, 2002, Edwardson & Dean, 1999, cité par Mailhot & al, 2013). L'activité est ainsi vue comme la résultante d'un mécanisme décisionnel au cours duquel la décision de mener l'activité est adaptée et fondée sur les connaissances assimilées axées sur la situation vécue (Artinian & al, 2002, Holaday & al, 1993,, Padula, 1992, cité par Mailhot & al, 2013). L'attribut « centré sur un objectif » renvoie au fait que l'activité est

entreprise dans un objectif ciblé et que la personne en a conscience (Artinian & al, 2002, Soderhamn & Cliffordson, 2001, Horner, 1999, Robinson & PPosner, 1992, Fernsler, 1986, cité par Mailhot & al, 2013). L'attribut « acquis », quant à lui, se réfère au besoin de connaissances pour entreprendre une activité (Soderhamn & Clofordson, 2001, cité par Mailhot & al, 2013). Pour ces auteurs, c'est la compréhension de la vision d'empowerment qui donne sens à la vision normative.

Saidi, 2015 mentionne que l'engagement dans le self-care est influencé par divers facteurs liés à la situation de vie des patients. On retrouve les éléments associés à l'expérience de la maladie et les perspectives d'avenir de la maladie, les croyances religieuses, le rôle social, les pratiques culturelles, la capacité financière et les relations avec les professionnels de la santé. Selon Yang, 2014, il est bien établi que la culture agit sur les croyances et attitudes que la personne a de la santé, ce qui impacte sur la manière d'adopter le self-care.

Audulv & al, 2012, cité par Lafontaine & al, 2017, proposent un modèle qui décrit la manière qu'une personne avec une maladie chronique s'accommode à la maladie et assimile les nouvelles pratiques de self-care dans sa vie. D'après ces auteurs, l'intégration est liée au mécanisme par lequel les activités de self-care vont faire parties de la vie de la personne. Ces activités comprennent tant celles en lien avec la maladie, telle que la prise de médicaments que celles associées à la promotion de la santé (par exemple l'exercice physique) et celles qui relèvent du fait de poursuivre sa vie malgré la maladie (ajuster les activités de loisir par exemple). Whittemore & al, 2002, distinguent dans le processus d'intégration du self-care, l'élaboration d'une habitude, l'assimilation de cette habitude et vivre avec cette maladie dans la vie de tous les jours (cité par Lafontaine & al, 2017). Ces chercheurs voient le self-care comme la combinaison des visions normative et d'empowerment.

St-Pierre & al, 2011, Pun & al, 2009, cité par Lafontaine & al, 2017, spécifient que le mécanisme d'intégration du self-care peut être influé par l'expérience de la maladie, la situation de vie, les connaissances, les croyances et les valeurs, mais aussi le soutien social. Pour ces derniers, il semblerait que l'exercice du self-care serait plus difficile à entreprendre chez des personnes avec un faible niveau de littératie et un niveau d'éducation faible. De plus, Audul & al, 2012, cité par Lafontaine & al, 2017, mentionnent également qu'il n'est pas facile pour les patients de garder une pratique si leur routine ou motivation sont déstabilisées.

Dans la littérature consultée, certains auteurs (Bayliss & al, 2003, cité par Richard & Shea, 2011) ont mentionné des facteurs négatifs pouvant impacter la pratique de self-care du malade

chronique, à savoir, les limitations physiques, le manque de connaissances, le besoin de soutien social et émotionnel, des problèmes multiples liés aux médicaments ou encore des difficultés financières. D'autres auteurs (Sidani, 2011, Chanson, 2010, Schnell-Hoehn & al, 2009, Leenerts & al, 2002, cité par Richard & Shea, 2011) ont relevé les conséquences positives du self-care, à savoir, l'atteinte des résultats souhaités, la diminution du risque de complications, la baisse de l'usage des services de soins de santé et de ces coûts, la satisfaction des patients et une signification plus profonde du bien-être, de la qualité de vie et du contrôle des symptômes.

Dans cette partie, nous avons pu voir qu'il existe différentes manières de nommer les éléments de self-care, certains parlent de comportements, d'autres d'actions ou encore d'activités. Nous avons décidé d'utiliser le terme d'activités de self-care (Tourette-Trugis & Thievenaz, 2013).

CHAPITRE 3 : DIABETE 2, HYPERTENSION ARTÉRIELLE ET SELF-CARE

Dans le chapitre précédent, nous avons pu voir que certains auteurs ont réduit le self-care à la vision normative avec l'exercice de comportements observables alors que d'autres ont tenté de comprendre cette dernière selon la vision d'empowerment en faisant intervenir des notions empruntées de sens telles que l'expérience vécue de la maladie, les croyances culturelles, etc. Les auteurs qui se sont intéressés à la vision d'empowerment au regard de la vision normative ont mentionné des facteurs pouvant influencer le self-care. Les facteurs qui reviennent souvent sont la prise de décision, la réflexion, la motivation, la compétence et les connaissances. Ces derniers semblent essentiels dans l'exercice du self-care des malades chroniques.

Dans ce chapitre, nous nous pencherons sur les 2 visions du self-care chez les personnes atteintes de diabète et d'hypertension artérielle.

3.1. Cas du diabète 2 : visions normative et d'empowerment

Commençons par voir ce que disent quelques études sur la **vision normative** du self-care. Ces dernières définissent les activités de self-care (American Association of Diabetes Educators (AADE), 2009, Government of South Australia, 2010, cité par Yang, 2014 ; Ogawa & al,

2011, Borges & Ostwald, 2008, Schmidt, 2007, Kreulen & Braden, 2004, Patrick, 2000, Kyngas & Hentinen, 1995, Frey & Fox, 1990, cité par Mailhot & al, 2013 ; Hertz, 2009, cité par Yang, 2014) comme :

- | |
|---|
| -le choix des alimentations saines ; |
| -le fait d'être physiquement actif ; |
| -le contrôle de la glycémie ; |
| -l'adhésion au traitement médicamenteux ; |
| -les activités pour solutionner les problèmes associés au diabète ; |
| -les activités pour diminuer le risque de complications. |

L'alimentation saine et l'exercice physique auraient un effet positif sur la stabilité de la glycémie et la réduction des risques cardiovasculaires dans le diabète 2. De plus, les personnes qui adhèrent aux traitements prescrits ont tendance à présenter moins de complications que les personnes non observantes (Kavookjian & al, 2007, cité par Saidi, 2015). Le contrôle du diabète serait associé de façon significative à la compréhension de la maladie, l'adhésion aux modifications alimentaires et la surveillance régulière de la glycémie (Hartz & al, 2006, Saidi, 2015). Toutefois, le niveau d'adhésion au régime alimentaire reste très faible chez la personne diabétique et ce qui est le plus difficile, c'est l'exercice physique (Nagelkerk & al, 2006, Whittemore & al, 2005, cité par Saidi, 2015). Le manque de connaissances, le faible niveau de littéracie pourraient être une des raisons expliquant cette pauvre adhésion à l'exercice physique (Polonsky & al, 2010, Tan & Magarey, 2008, cité par Saidi, 2015).

Le contrôle de la glycémie, les activités pour solutionner les problèmes induits par le diabète et les activités entreprises pour diminuer le risque de complications peuvent être influencés par un certain nombre de facteurs tels que le statut socio-économique (Ayele & al, 2012, Venkataraman & al, 2012, Yoo & al, 2011, cité par D'Souza & al, 2017), le niveau d'instruction en santé (Jahanlou & Alishan Karami, 2011, Venkataraman & al, 2012, cité par D'Souza & al, 2017), la famille et le soutien social (Venkataraman & al, 2012, cité par D'Souza & al, 2017), la sévérité du diabète et la perception des barrières (Ayele & al, 2012, Chin, Huang, & Hsu, 2013, Roi & al, 2010, cité par D'Souza & al, 2017) et la communication médecin-patient (Gao & al, 2013, cité par D'Souza & al, 2017). Les caractéristiques démographiques et cliniques entrent également en ligne de compte dans ce contrôle (D'Souza & al, 2017). En effet, les personnes présentant un statut socio-économique et niveau d'instruction faibles ont tendance à moins consultées et risquent de présenter davantage de

problèmes de santé (Ayele & al, 2012, Venkataraman & al, 2012, Yoo & al, 2011, cité par D'Souza & al, 2017). Notons que les patients mariés auraient un niveau de self-care meilleur (Abootalebi & al, 2012, Baranowski & al, 2003, cité par Nejaddadgar & al. 2017).

Poursuivons avec la **vision d'empowerment** du diabète au regard de la vision normative. Les patients atteints de diabète 2 semblent avoir empruntés différentes trajectoires de vie, ayant influencé leur engagement et adhésion au self-care (Hornsten & al 2004, Holmstrom & Rosenqvist, 2005, Naemiratch & Manderson, 2006, Lai & al, 2007, Vermeire & al, 2007, cité par Saidi, 2015). Une étude suédoise qualitative par entretiens semi-directifs s'est intéressée à comprendre la manière dont les patients diagnostiqués diabétiques comprennent et éprouvent leur maladie. Les participants ont perçu le diabète comme quelque chose de sérieux et supportable après avoir été informés sur l'image de la maladie, la signification du diagnostic, la responsabilité du soin, l'intégration de la maladie et le questionnement sur leur devenir avec la maladie (Hornsten & al, 2004, cité par Saidi, 2015).

Cependant, une autre étude suédoise qualitative par recherche phénoménologique a souligné que la majorité des participants n'ont pas perçu le diabète comme une vraie maladie (Holmström & Rosenqvist, 2005, cité par Saidi, 2015). De plus, une étude qualitative entreprise dans 7 pays européens (Belgique, Croatie, Estonie, France, Pays-Bas, Slovénie, et Royaume-Uni), sur un échantillon de 246 participants atteints de diabète 2, a signalé que le changement de mode de vie et de comportements en lien avec la maladie ne sont pas souvent acceptés par la plupart des participants. Les auteurs suggèrent que l'expérience de la maladie est fréquemment mal interprétée en raison des symptômes inaperçus. Aussi, les effets du traitement ne sont pas totalement compris, engendrant la non-adhésion aux changements alimentaires (Vermeire & al, 2007, cité par Saidi, 2015). De ce fait, plusieurs auteurs soulignent qu'il est difficile pour les patients de vivre avec une maladie qui nécessite des grandes modifications dans leur vie (Karakurt & al, 2012, Schillinger & al, 2002, Whittemore & al, 2002, cité par Lafontaine & al, 2017). C'est pourquoi plus de la moitié des personnes atteintes du diabète de type 2 éprouvent une difficulté à maintenir un contrôle adéquat de leur maladie (Harris, 2000, cité par Lafontaine & al, 2017). Cette difficulté peut réduire leur qualité de vie et leur bien-être psychologique (Newman & al, 2004, cité par Lafontaine & al, 2017).

Une autre étude menée auprès de 14 femmes diagnostiquées par le diabète 2, s'est également penchée sur l'expérience du self-care dans le fait de l'intégrer au quotidien. On remarque que

les participantes expérimentent plusieurs étapes dans leur processus d'intégration du self-care, incluant l'engagement de soi dans la lutte contre la maladie et l'engagement dans le self-care par ajustement (Rayman & Ellison, 2004, cité par Saidi, 2015). Dans ce même ordre d'idées, une étude qualitative s'est intéressée au sens que les personnes vivant avec un diabète 2 donnaient à l'expérience du self-care et a mentionné que le self-care ne se résumait pas au fait de « faire » mais incluait un sens d'« être » et de « devenir ». C'est un processus comprenant l'identification des réponses psychiques et physiques à l'expérience de la maladie et la prévision et le contrôle de la vie quotidienne pour construire un ordre de vie (Kralik & al, 2010). Le self-care n'est pas quelque chose de figé mais plutôt fluctuant et variant au fur et à mesure du temps car les personnes approchent différemment la maladie dans leur parcours de vie (Paterson & al, 2001, Kralik & al, 2004, Telford & al, 2006, cité par Kralik & al, 2010).

Dans une autre étude, on remarque que les personnes diabétiques ont relevées un certain nombre d'éléments qui freinent leur capacité du self-care tels que l'effort, la frustration, l'isolement social, les conflits interpersonnels, la dépression et la crainte. De plus, quand les patients ont perçu que le professionnel de la santé s'est axé davantage sur les résultats du contrôle glycémique, elles ont eu tendance à ne pas adopter les changements demandés (Stuckey & Tisdell, 2009, cité par Stiffler & al, 2014). Une étude portant sur 179 participants atteints de diabète 2 mentionne que ceux qui ont reçu une information claire sur les activités de self-care de la part des professionnels de la santé, ont exprimé une confiance plus élevée dans leur pratique de self-care (Polonsky & al, 2010, cité par Saidi, 2015). De plus, dans l'identification des besoins des patients atteints de diabète 2, on retrouve l'information sur les connaissances de la maladie, l'apprentissage de la santé, la participation à la prise de décision et les capacités pour pratiquer le self-care (Newman & al, 2009, cité par Saidi, 2015).

Pour pouvoir pratiquer les activités de self-care dans le cas du diabète, Clark, 2003, identifie 3 éléments incontournables, à savoir que la personne ait reçu l'information nécessaire sur les activités, ait la capacité de mener à bien les activités et possède les aptitudes pour faire face aux difficultés engendrées par le diabète pour garder un contrôle sur sa maladie. (Clark, 2003, cité par Spruill & al, 2015). De plus, le self-care est influencé par des facteurs sociodémographiques (âge, sexe, statut socio-économique), d'état de santé (par exemple, dépression, comorbidités) et cognitifs (par exemple, auto-efficacité, croyances de santé) (Lin & al, 2004, Cramer, 2004, cité par Schoenberg & al, 2008).

3.2. Cas de l'hypertension artérielle : visions normative et d'empowerment

Commençons avec la **vision normative** du self-care. Des études montrent que les personnes hypertendues ne suivent pas leur traitement médicamenteux comme il faut et n'empruntent pas les comportements recommandés par les professionnels pour un mode de vie plus conforme à la maladie (Vrijens, & al, 2008, cité par Kronish & al, 2012). D'autres études ont montré que chez beaucoup de patients, les activités de self-care ne sont pas toujours comprises et pas entreprises de façon régulière (Moser & al, 2012, Van Der Wal & al, 2005, cité par Boisvert, 2015). En tant que personne hypertendue, il importe d'avoir connaissance de ce qu'est la maladie et des changements du mode de vie qu'elle implique pour assurer un contrôle et une pratique du self-care efficace, tout en gardant à l'esprit qu'il n'est pas évident de modifier les caractéristiques personnelles et démographiques, les normes socio-économiques et culturelles (Magadza & al, 2009, cité par Gupta & Geeta, 2016).

Les chercheurs (Kojuri & Rahimi, 2007, Parc & al, 2011, Logan & al, 2012, cité par Gupta & Geeta, 2016) soulignent que le self-care est constitué par les activités suivantes :

- | |
|---|
| -l' alimentation à faible teneur en sodium ; |
| -l'activité physique pour garder un poids dans les normes ; |
| -le fait de prendre les traitements médicamenteux ; |
| -la surveillance de la tension ; |
| -l'éviction du tabac ; |
| -la diminution de la consommation d'alcool. |

A côté de cela, l'OMS énonce une façon d'améliorer le contrôle de l'hypertension artérielle par l'intégration des personnes dans la surveillance de leur propre self-care (Zinat Motlagh & al, 2016). Il s'agit d'une manière d'augmenter le self-management des personnes hypertendues.

Notons que de nombreux essais contrôlés randomisés portant sur le fait de suivre un régime diététique, faire du sport, diminuer les consommations d'alcool et de sel et adhérer au traitement médicamenteux ont mis en évidence les effets positifs de ces activités de self-care sur le traitement et la gestion de l'hypertension artérielle (Dickinson & al, 2006, Ndumele & al, 2010, cité par Warren-Findlow & Seymour, 2011).

Passons à la **vision d'empowerment** du self-care. Dans la littérature consultée, nous avons trouvé peu d'études parlant du sens que les personnes hypertendues donnent aux activités médicales et non médicales qu'elles entreprennent au quotidien (Mellen & al, 2008, Weir &

al, 2000, cité par Warren-Findlow & Seymour, 2011). Muller & Spitz, 2007, émettent l'hypothèse que l'adhésion thérapeutique pourrait être influencée par 3 facteurs, à savoir la détresse psychologique, les caractéristiques et structures des buts personnels et la régulation motivationnelle. De plus, Sarradon-Eck & al, 2008, tentent de comprendre l'adhésion thérapeutique chez les personnes hypertendues en recherchant les représentations de la maladie et du corps et de l'expérience du traitement. Le fait de suivre les activités recommandées par les professionnels va dépendre de l'expérience que la personne malade se fait de sa maladie mais aussi de celle du médicament. Son adhésion aux traitements dépendra ainsi de ces dernières (Collin & al, 2002, cité par Sarradon-Eck & al, 2008).

La personne va être amenée à intégrer la maladie dans son quotidien et revoir ses activités sous-tendues par une série de facteurs tels que les valeurs, les croyances, les représentations, la culture, etc (Ankr & al, 1995, Kjellgren & al, 1997, Burnier & al, 1997, Wallach, 2004, Sarradon-Eck, 2007, cité par Sarradon-Eck & al, 2008). En effet, la culture d'une personne est un facteur à prendre systématiquement en considération quand on veut comprendre le self-care d'une personne hypertendue car ce dernier est porteur de valeurs et de normes qui sont ancrées en la personne et sont difficilement modifiables (Heurtin-Roberts & Reisin, 1992, Bibbins-Domingo & al, 2008, Donnelly & al, 2009, cité par Warren-Findlow & Seymour, 2011). Il est difficile pour les personnes de changer des habitudes qu'elles ont, en particulier quand il s'agit de l'alimentation et de l'activité physique. En effet, arrêter, voire diminuer la consommation de sel dans l'alimentation et la pratique du sport sont des activités complexes car il faut la motivation mais aussi associer ces dernières à un but de vie qui fait sens (Warren-Findlow & Seymour, 2011).

CHAPITRE 4 : DIABETE 2, HYPERTENSION ARTERIELLE ET SELF-CARE CHEZ LES PERSONNES ISSUES DE L'IMMIGRATION

Après avoir abordé quelques études sur les visions normative et d'empowerment dans le cadre du diabète 2 et de l'hypertension artérielle, nous allons nous attarder dans ce chapitre sur le self-care des personnes issues de l'immigration turque et marocaine. Notons que dans la littérature consultée, nous avons trouvé peu de données portant sur le self-care chez les personnes diabétiques d'origine turque et marocaine, vivant en Belgique et encore moins à Bruxelles. Ce public est plus étudié en Hollande mais le self-care n'est pas l'objet principal de

ces études. Pour ce qui est de l'hypertension artérielle, les origines étudiées sont les Africains et les Hispaniques vivant aux Etats-Unis. Concernant les Turcs et Marocains, vivant en Europe, nous n'avons pas trouvé d'études, sauf concernant la prévalence de l'hypertension artérielle. En Belgique, nous n'avons pas trouvé de données sur ces derniers. D'où notre intérêt de nous intéresser à ces personnes dans un paysage comme Bruxelles, empreint d'une multiculturalité.

En effet, en 2016, la population immigrée (personnes nées à l'étranger) présente en Belgique était de 1.812.409 personnes. Ce chiffre s'est vu accroître de 68% en l'espace de 15 ans, avec 1.080.790 personnes en 2001. La proportion de personnes immigrées dans la population totale a viré de 10,5% à 16,1%. (Lafleur & Marfouk, 2017). En Flandre, on compte 41,7% des immigrés (756.602 personnes), 29,2% (529.084) à Bruxelles et 29,1% (526.723) en Wallonie. Par rapport à la population totale par région, on note 11,7% en Flandre, 44,5% à Bruxelles et 14,6% en Wallonie. De plus, en région flamande, les 3 pays d'origine majoritaires sont les Pays-Bas, le Maroc et la Turquie et déterminent 32 % de la population immigrée. En région wallonne, on retrouve la France, l'Italie et le Maroc et constituent 42 % de la population immigrée. À Bruxelles, il y a le Maroc, la France et la Roumanie, et correspondent à 35 % de la population immigrée (Lafleur & Marfouk, 2017).

4.1. Cas du diabète 2 : visions normative et d'empowerment

Commençons par aborder la **vision normative**. Habituellement, les activités de self-care qui sont étudiées chez les personnes issues de l'immigration turque et marocaine sont le régime alimentaire, le surpoids/l'obésité et l'activité physique. Elles sont fortement influencées par la culture et la composante socio-économique (Beck & al, 2002, cité par Vandenneede, 2009).

Dans une étude auprès de 204 patients dont 50% d'origine néerlandaise, 25% étaient d'origine turque et 25% d'origine marocaine, on note que les changements diététiques étaient moins importants chez les Marocains et les Turcs. En effet, la consommation d'une nouvelle nourriture peut être vue comme impolie aux yeux de la famille car cette dernière ne fait pas partie de leurs habitudes alimentaires (Lanting & al, 2008). Toutefois, les personnes vivant avec un diabète sembleraient se conformer plus facilement au régime alimentaire lorsque ce dernier est mis en relation avec le sens qu'elles attribuent au régime (Minet & al, 2011, cité par Stiffler & al, 2014). De plus, il semblerait que les personnes d'origines turque et marocaine perçoivent la gravité du diabète 2 et possèdent un soutien social plus élevé que la population néerlandaise (Lanting & al, 2008).

Les personnes d'origine turque et marocaine ont également mentionné que l'activité physique ne relevait pas de leurs habitudes (Lanting & al, 2008). Une étude entreprise auprès de personnes d'origine turque et marocaine atteintes de diabète 2 et vivant en Belgique a noté que dans ces cultures, l'activité physique n'est pas vue comme un temps libre, surtout pour les femmes (Satman & al, 2002, cité par Vandenheede & al, 2009). De plus, le surpoids et l'obésité semblent être plus importants chez ce public. Pour les hommes turcs et marocains, un manque d'exercice physique est un élément non négligeable dans la fréquence du diabète et pour les femmes, il s'agit du surpoids/obésité (Vandenheede & al, 2009). Les Turcs et Marocains ont généralement un niveau de sédentarité plus élevé que la population belge (Peeters, 2014).

Les personnes issues de l'immigration atteintes de diabète sont plus à risque de développer des complications. En effet, elles semblent avoir une faible surveillance de leur glycémie et moins consultées les médecins spécialistes (Lynch & al, 2012, Katzmarzyk & Staiano, 2012, cité par Ricci-Cabello & al, 2014).

Pour ce qui est de la consommation d'alcool chez les personnes diabétiques d'origine turque et marocaine, vivant en Belgique, elle est plus faible tandis que la consommation de tabac plus élevée (Peeters, 2014).

Les facteurs qui reviennent souvent dans la littérature consultée et qui semblent influencer le self-care des personnes d'origines turque et marocaine sont les faibles niveaux d'éducation et socio-économique (Lanting & al, 2008). Il ressort d'une étude belge qu'un niveau socio-économique élevé est associé à un faible risque de diabète 2 et ce, indépendamment de l'origine (Kriegsman & al, 2003, cité par Vandenheede & al, 2009). De plus, un niveau d'instruction plus faible semble être associé à l'apparition d'un diabète chez les belges turcs et marocains. Une enquête menée sur le niveau de scolarité note qu'un faible niveau éducatif est un facteur important dans la proportion de diabète chez les turcs et marocains (Dijkshoorn & al, 2003, cité par Vandenheede & al, 2009). Un certain nombre d'études souligne que le niveau d'instruction scolaire exerce un rôle non négligeable dans les pratiques du self-care (Karter & al, 2000, cité par Nejaddadgar, & al, 2017, Mogre & al, 2017b). Peu d'études belges ont été publiées sur les raisons et processus particuliers pouvant expliquer la proportion plus élevée de diabète chez les belges d'origine turque et marocaine et sur leurs pratiques du self-care (Koning Boudewijnstichting, 2005, Yildiz & al, 2005, cité par Vandenheede & al, 2009).

Poursuivons avec la **vision d'empowerment**. Nous retrouvons quelques études qui soulignent la relation entre l'influence sociale et l'activité alimentaire dans le cas des personnes issues de l'immigration avec un faible niveau socio-économique. Ils mentionnent que l'environnement social de la personne a un impact sur son mode de vie alimentaire. En effet, une personne qui vit dans un milieu où le sucre est omniprésent et utilisé dans de nombreux plats et en excès va devoir se remettre en question sur sa consommation, étant diabétique (Yeh M-C, & al, 2008, Anderson-Bill & al, 2011, Bauman & al, 2002, Trost & al, 2002, cité par Romeike & al, 2016).

Pour ce qui est du poids corporel excédentaire, il est habituellement vu comme un signe de beauté, de richesse et de bien-être. C'est le sens que les cultures africaines donnent au surpoids. Une personne en surpoids est une personne qui se nourrit bien et qui est aisée (Wahab & al, 2011, Addo & al, 2009, cité par Mogre & al, 2017a).

De ce fait, la culture influence ce que les gens mangent et ces habitudes alimentaires sont transmises de génération en génération (Oniang, Joseph & al, 2003, cité par Abioye-Akanji, 2015). La nourriture peut s'inscrire dans l'identité culturelle des patients et jouer un rôle dans l'établissement des relations sociales. Pour certaines personnes, des plats spécifiques doivent être consommés à des moments particuliers et ne pas entreprendre la préparation de ces derniers est difficile, voire impossible (Jones & Crowe 2017).

Concernant l'activité physique et l'alimentation saine, elles devraient être appréhendées comme des pratiques sociales collectives car ce ne sont pas toujours des processus conscients et les pratiques de santé ne sont pas nécessairement considérées en soi. En effet, ces dernières sont souvent commandées par les habitudes quotidiennes, normes sociales et valeurs (Williams, 1995, cité par Teuscher & al, 2015).

Dans une étude hollandaise entreprise en 2012, sur les similitudes et différences des croyances des facteurs socio-cognitifs associées au régime alimentaire et l'activité physique, auprès de 90 personnes qui sont soit hollandaise, turque ou marocaine et ayant tous un faible niveau socio-économique. Les auteurs remarquent que les facteurs culturels et religieux ont été mentionnés que par les participants turcs et marocains. Parmi ces derniers, on retrouve en tête de liste l'hospitalité et les règles islamiques. En effet, les participants affirment que refuser la nourriture une fois offerte par une personne est vue comme une insulte (Romeike & al, 2016). Dans cette même étude, l'ensemble des participants ont mentionné comme obstacles au régime alimentaire sain et à l'activité physique, les éléments suivants : la

connaissance, les attitudes adoptées, les influences sociales et le contrôle perçu des comportements. Les différences entre ces 3 ethnies se trouvent dans les caractéristiques culturelles comme les normes sur l'hospitalité, le rôle de genre et la religion. (Romeike & al, 2016).

4.2. Cas de l'hypertension artérielle : visions normative et d'empowerment

Commençons par la **vision normative**. Les activités de self-care telles que l'adhésion médicamenteuse, le régime alimentaire et l'activité physique sont plus faibles chez les personnes issues de l'immigration (Bosworth & al, 2006, Ndumele & al, 2010, Oster & al, 2006, cité par Warren-Findlow & Seymour, 2011). En effet, une étude menée auprès de 186 afro-américains atteints d'hypertension a souligné que les croyances et pratiques culturelles, l'influence des membres de la famille, les barrières perçues, les facteurs socio-économiques et d'autres problèmes affectent les activités du self-care des afro-américains en matière d'hypertension et donc leur capacité à adhérer aux activités prescrites par les professionnels de la santé (Ndumele & al, 2010, Heurtin-Roberts & Reisin, 1992, Pawlak & Colby, 2009, Sallar & al, 2010, Warren-Findlow & al, 2008, cité par Warren-Findlow & Seymour, 2011). Une autre étude réalisée auprès de patients hypertendus d'origine africaine aux Etats-Unis a trouvé que seulement 22% des cas avaient tenté d'entreprendre un régime à faible teneur en sel. (Warren-Findlow & Seymour, 2011, cité par Zinat Motlagh & al, 2016).

Les américains hispaniques sont plus susceptibles d'être obèses que les non hispaniques (Flegal, & al, 2010, cité par Perez, 2011) et ont mentionné le fait qu'ils éprouvaient des difficultés à suivre une alimentation saine (Anderson, 2005, Horowitz & al, 2004, Russell & al, 2010, cité par Perez, 2011) ou à faire de l'activité physique (Anderson, 2005, Russell & al, 2010, cité par Perez, 2011). D'autres chercheurs ont identifié des obstacles au self-care chez les hispaniques hypertendus, y compris l'accès aux soins de santé et au traitement (Aranda & Vazquez, 2004, Kountz, 2004, Perez-Stable & Salazar, 2004, Soto-Greene & al, 2004, cité par Perez, 2011), les niveaux d'acculturation (Perez-Stable & Salazar, 2004, Soto-Greene & al, 2004, cité par Perez, 2011) et les freins à la communication (Aranda & Vazquez, 2004, Perez-Stable & Salazar, 2004, cité par Perez, 2011). Néanmoins, les facilitateurs du self-care de l'hypertension chez les hispaniques n'ont pas été clairement identifiés dans la littérature (Perez, 2011).

Le non contrôle de la tension artérielle a tendance à se présenter chez les personnes issues de l'immigration, surtout chez les hommes, en comparaison aux personnes d'origine européenne

(Agyemang & al, 2005, cité par Agyemang & al, 2015). Les quelques éléments proposés par la littérature pour tenter d'expliquer cela sont les modifications du mode de vie découlant de la migration, le vieillissement et les prédispositions génétiques (Agyemang & al, 2009 ; Batai & al, 2013 ; Agyemang & al, 2014, cité par Agyemang & al, 2015).

Poursuivons avec la **vision d'empowerment**. Nous avons trouvé une étude menée en 2002 aux Etats-Unis auprès de 88 patients africains et hispaniques présentant une hypertension artérielle. Ces derniers attribuent essentiellement la maladie au stress. Les africains associent le stress aux inégalités sociales alors que les hispaniques voient le stress comme faisant naturellement partie de leur vie quotidienne (Kronish & al, 2012). Dans des études antérieures portant sur les croyances au sujet de l'hypertension, les participants ont mentionné le stress et les facteurs émotionnels. De ce fait, la manière de prendre soin de leur maladie sera influencée par les croyances qu'ils donnent à leur maladie (Boutin-Foster & al, 2007, Lukoschek, 2003, Ogedegbe & al, 2004, Schoenberg & Drew, 2002, cité par Kronish & al, 2012).

De plus, les auteurs ont remarqué que les participants africains ont tendance à s'orienter vers les professionnels de la santé et à avoir recours aux médicaments alors que les hispaniques optent plus pour leur foi dans les remèdes traditionnelles qui calment les effets du stress. Dans cette perspective d'usage des médecines alternatives, il importe que les professionnels de prendre en compte les croyances des personnes issues de l'immigration. Ainsi, les professionnels de la santé doivent privilégier le choix des régimes en se centrant sur le patient et peser les bénéfices et risques de la thérapie adoptée par ces dernières (Kronish & al, 2012). Toutefois, les personnes immigrées ont des ressources limitées et expériences stressantes qui pourraient expliquer qu'ils ont dû mal à agir sur leur santé et leurs comportements de santé (Aroian & al, 2008, Escobar & al, 2000, Smedley & al, 2003, cité par Aroian & al, 2012).

Une autre étude remarque que les hispaniques accordent une importance aux relations personnelles et au fait d'être gentil, ce qui fait qu'ils ne peuvent pas refuser de la nourriture quand elle leur est offerte, même si elle n'est pas saine (Antsel, 2002, cité par Aroian & al, 2012). De plus, une étude qualitative publiée en 2012 et menée auprès de 17 hispaniques hypertendus a mentionné que sur base des données récoltées, il s'avère que les personnes avec un niveau d'éducation élevé sont plus connaisseuses et ouvertes à changer leurs habitudes alimentaires, qui sont intrinsèquement liées à la culture (Aroian & al, 2012).

Ainsi, des variables comme la culture de l'individu et le niveau d'instruction en santé de la personne ont été étudiées et vues comme influant la pratique du self-care et son succès (Anderson & Funnell, 2005, cité par Yang, 2014). Le self-care est influencé par une multitude de déterminants qui sont d'ordre cognitif, psychosocial, physique, démographique, et socioculturel (Sidani, 2011, cité par Richard & Shea, 2011). Il faut tenir compte de cette multitude de facteurs et ne pas se braquer que sur les activités recommandées par les professionnels, qui correspondent à la vision normative du self-care.

CHAPITRE 5 : OBJECTIFS ET QUESTIONS DE RECHERCHE

La littérature vue lors des chapitres précédents donne une vue d'ensemble de certaines composantes du self-care des patients présentant un diabète 2 ou une hypertension. On a pu voir que le self-care de ces derniers est surtout limité aux activités prescrites, à savoir, les changements en lien avec l'alimentation, l'activité physique, le contrôle de la glycémie ou de la tension artérielle et l'adhésion médicamenteuse. Elles ont pour finalité d'améliorer la qualité de vie des patients et d'éviter tant soit peu l'apparition de complications. Il s'agit plus de la vision normative du self-care. De plus, il a été relevé que l'adhésion thérapeutique est souvent faible et qu'elle est influencée par une série de facteurs tels que la culture, les valeurs, les normes et le sens donné, amenant la vision d'empowerment. Toutefois, la pratique du self-care au sein des belges d'origine turque et marocaine atteints de diabète 2 ou d'hypertension artérielle est peu étudiée. Comme il avait été mentionné que la population étrangère était plus concentrée à Bruxelles, nous avons décidé que notre recherche sera menée dans cette zone géographique.

Nous pouvons résumer ce que nous avons retenu de la notion du self-care par le schéma suivant :



Ce schéma montre que le self-care est constitué d'une série d'activités que la personne malade entreprend dans son quotidien pour prendre soin d'elle et de sa santé, y compris les activités recommandées par les professionnels de la santé. Toutes ces activités sont empruntées de sens (Riegel & al, 2012, Auduly & al, 2012). De plus, entre les activités recommandées par les professionnels de la santé et les autres activités que la personne effectue dans son quotidien et qui ne sont pas nécessairement médicales, il peut y avoir des tensions ressenties en lien avec le sens que la personne donne à ces activités. Face à ces tensions, la personne peut opérer des efforts de réconciliation pour trouver un équilibre dans son quotidien (Baszanger, 1986, Pélicand & al, 2009).

5.1. Objectifs de la recherche

1. Recenser les activités de self-care chez les personnes d'origine turque et marocaine présentant un diabète 2 et/ou une hypertension et habitant Bruxelles ;
2. Comprendre les activités de self-care chez les personnes d'origine turque et marocaine présentant un diabète 2 et/ou une hypertension et habitant Bruxelles ;
3. Découvrir les tensions rencontrées par les patients pour exercer leur self-care ;
4. Révéler les efforts de réconciliation entrepris par les personnes pour remédier aux tensions rencontrées dans l'exercice de leur pratique de self-care.

5.2. Questions de recherche

1. Quelles sont les activités entreprises par les personnes d'origine turque et marocaine présentant un diabète 2 et ou une hypertension artérielle et habitant Bruxelles pour prendre soin d'elles et de leur santé ?
2. Quel sens les personnes d'origine turque et marocaine présentant un diabète 2 et ou une hypertension artérielle et habitant Bruxelles donnent-elles à leurs activités du self-care ?
3. Quelles sont les tensions rencontrées par les personnes d'origine turque et marocaine diabétiques de type 2 et ou hypertendues dans leur pratique de self-care ?
4. Quelles sont les efforts de réconciliation effectués par les personnes d'origine turque et marocaine, atteintes de diabète 2 et/ou d'hypertension pour pallier aux tensions dans leur pratique de self-care ?

CHAPITRE 6 : MÉTHODOLOGIE

6.1. Design de l'étude

L'approche qualitative est la méthode la plus adaptée pour mener à bien cette étude. Cette dernière opte pour la diversité et non la représentativité. En effet, elle ne vise pas la généralisation mais sous-tend la transférabilité qui dépendra de la similitude entre les contextes et les populations étudiées (Seale, 2000). De plus, elle s'intéresse à comprendre en profondeur un échantillon de personnes. Cela permet d'accroître la connaissance d'une problématique donnée et d'innover sur base des éléments émergents de la recherche (Hostette, 2005). Le self-care, comprenant les activités que les patients entreprennent par la prise de décisions et pour faire face aux problèmes de santé, est fortement influé par l'environnement des patients (Denyes & al, 2001, cité par Saidi, 2015). C'est pourquoi, l'étude qualitative est pertinente car le chercheur doit comprendre le contexte dans lequel le self-care s'installe dans le quotidien du patient. Ainsi, le chercheur explore les croyances, les expériences et les comportements des personnes dans leur culture et contexte de vie (Morse, 2004, cité par Saidi, 2015). Pour ce faire, nous avons fait le choix d'opter pour **une méthode mixte, à savoir avec des thèmes prédéfinis et des thèmes émergents**. En effet, nous souhaitons d'une part, explorer les activités recommandées par les professionnels de la santé, d'autre part, découvrir les autres activités entreprises par les patients dans leur quotidien.

Nous avons décidé de nous orienter vers la *grounded theory* d'une part car c'est une méthode qui se prête à l'objet de notre étude, cherchant à comprendre ce que les personnes font pour prendre soin d'elles et de leur santé et le sens associé et d'autre part car il s'agit de la méthode adoptée par le projet PARTICIPATE. Pour ce faire, nous avons tenté de mener des *entretiens compréhensifs*.

6.2. Echantillonnage

6.2.1. Critères d'inclusion et d'exclusion

Critères d'inclusion	Critères d'exclusion
• Être un homme ou une femme ;	• Présenter une maladie mentale ou une dépression ;
• Avoir un diabète de type 2 et ou une hypertension artérielle ;	• Ne pas avoir de diabète 2 et ou une hypertension artérielle ;
• Être âgé de plus de 18 ans ;	• Avoir moins de 18 ans ;
• Être né en Turquie/Maroc ou en Belgique avec un parent né en Turquie/Maroc ;	• Ne pas être né en Turquie ou au Maroc ou être né en Belgique avec un parent non né en Turquie ou au Maroc ;

• Avoir un traitement médicamenteux oral et ou de l'insuline pour le diabète 2 et un traitement oral pour l'hypertension artérielle ;	• Ne pas être traité par des médicaments ;
• Parler le français, le turc, le berbère ou l'arabe ;	• Parler une autre langue que le français, le turc, le berbère ou l'arabe ;
• Habiter à Bruxelles.	• Ne pas habiter à Bruxelles.

6.2.2. Effet boule de neige

Les personnes de cette étude ont été sollicitées par la stratégie d'échantillonnage boule de neige, appelé aussi le bouche à oreille, c'est-à-dire que nous demandions à chaque personne interrogée si elle connaissait d'autres personnes que nous pourrions interroger. Pour ce faire, nous avons d'abord fait appel à notre réseau social. Nous avons identifié 5 répondants, qui nous ont mis à leur tour en contact avec leurs réseaux de connaissances et avons atteint un nombre de 20 participants de première génération. Nous visions minimum 15 patients et maximum 20. Cette taille d'échantillon a été définie sur base du temps consacré à la collecte de données et au temps à notre disposition pour effectuer nos entretiens. Nous avons mené les entretiens du 02/05/2018 au 15/05/2018 inclus. En effet, nous avons introduit une demande au comité d'éthique à la date du 07/03/2018, demande que nous ayons dû revoir à la date du 30/03/2018. Nous avons reçu un avis favorable à la date du 02/05/2018.

6.3. Collecte des données

Le recueil des données s'est fait d'une part, par la récolte des variables sociodémographiques et cliniques et d'autre part, par la création d'un guide d'entretien reprenant une question large avec une attention à certains thèmes prédéfinis.

6.3.1. Guide d'entretien

Pour ce qui est du guide d'entretien, comme nous nous sommes orientées vers des entretiens compréhensifs qui permettent à la personne interrogée de guider l'entretien, il était constitué d'une question large, à savoir, « *racontez-moi ce que vous faites pour prendre soin de vous et de votre santé dans votre vie de tous les jours ?* ». Le but de poser qu'une question est de laisser la personne nous amener là où elle veut. De ce fait, nous rebondissions sur les dires de la personne interrogée et portions une attention particulière à 6 catégories prédéfinies, à savoir l'adhésion médicamenteuse, l'alimentation équilibrée, la surveillance glycémie/tension, les activités sportives, les activités pour solutionner les problèmes liés à la maladie et les activités pour diminuer le risque de complications. Le guide d'entretien étant flexible, de nouvelles catégories ont émergé lors des 6 premiers entretiens et sont venues enrichir les entretiens

ultérieurs. Ces catégories sont la relation médecin-patient, l'usage de thérapies alternatives, le soutien familial, le voyage dans le pays d'origine, le jeûne du mois de Ramadan et la prière.

6.3.2. Variables sociodémographiques

A la fin de chaque entretien, nous avons distribué à la personne interrogée un document à compléter, reprenant les variables suivantes : le sexe, l'âge, le niveau d'éducation, le statut marital, le nombre d'enfants, le statut socio-économique, les revenus du ménage, le lieu de naissance, la ou les langue(s) parlée(s), la ou les maladie(s) dont souffre la personne, le nombre d'années de maladie, la prise de médicaments, la prise d'un traitement insuline, la présence d'autres problèmes de santé et la commune de résidence. Ces données ont été récoltées pour caractériser notre échantillon et avoir des éléments du contexte de vie de ce dernier.

6.4. Déroulement des entretiens

Nous avons prévu de mener les entretiens au domicile des personnes ou à un autre endroit au choix et avons décidé que la durée de l'entretien serait en fonction de ce que la personne dit. Toutefois, nous avons estimé la durée d'un entretien à 1 heure afin que les personnes interrogées puissent s'organiser. Le jour de l'entretien, nous avons dit à la personne interrogée qu'il se peut que ça prenne plus qu'une heure et que tout dépendra de ce qu'elle dira.

Lorsque nous arrivions au domicile du participant, il y avait toujours un aidant avec le participant et il nous proposait du café ou du thé et des biscuits. En effet, les tables étaient pleines de produits sucrés, salés, gras et de café ou thé chez les participants d'origine marocaine et chez les participants d'origine turque, on trouvait du thé ou du café avec quelques biscuits secs. Cela en signe de bienvenue et de respect à l'égard de l'invité.

Quand nous devions mener un entretien avec une personne parlant berbère ou français, nous le faisons nous-mêmes. Tandis que quand il s'agissait d'une personne parlant l'arabe, nous avions une amie⁴ qui menait l'entretien en notre présence. Si nous devions rencontrer des personnes parlant le turc, nous avions 4 amies⁵ turques qui menaient les entretiens en notre présence. Nos amies ont bénéficié de 3 heures d'explications-discussions sur l'objet de notre recherche avec une exposition brève de notre théorie dans le but de mener à bien les

⁴ Infirmière spécialisée en anesthésiologie et SIAMU prénommée Es-saoudi Ghizlane

⁵ Infirmière SIAMU prénommée Altintas Özlem ; Infirmière pédiatrique prénommée Erikçi Sema ; Laborantine prénommée Duran Muberra ; Etudiante en dernière année en assistante de direction prénommée Saylan Betul

entretiens. Elles ont mené les entretiens en notre présence et nous avons tenté d'interagir un maximum. En effet, nos amies traduisaient les gros points des questions, ce qui nous permettait de rebondir tant soit peu. Elles ont également traduit le document reprenant les variables sociodémographiques en fin d'entretien pour faciliter le remplissage de ce dernier par les participants. Elles ont également effectué la traduction de l'entretien sur un audio en français, ce qui nous a permis d'effectuer la retranscription nous-mêmes. Notons que sur nos 20 entretiens, 11 ont été menés complètement par nous, 1 entretien a été mené par notre amie parlant l'arabe et 8 entretiens ont été menés par nos amies parlant le turc (3 par Özlem, 2 par Sema, 2 par Muberra, 1 par Betül). De plus, tous nos participants étaient de première génération alors que nous visions la première et deuxième génération.

6.5. Analyse des données

Nous nous sommes inspirées de la *Grounded theory* pour entreprendre notre analyse. Pour ce faire, nous exposerons les préambules et les étapes de la grounded theory et nous mentionnerons ce que nous avons suivi et ce que nous n'avons pas suivi. Avant d'aborder ces 2 points, nous devons souligner que les entretiens ont été enregistrés et retranscrits dans leur intégralité. Les entretiens turcs et arabes ont été traduits en français sur audio par nos amies mentionnées plus haut. Les entretiens berbères ont été traduits par nous-mêmes. Tous nos entretiens ont donc été retranscrits et analysés en français.

La grounded theory possède quelques préambules, à savoir que « *la collecte des données et leur analyse soit simultanée, les outils de collecte des données s'adaptent et évoluent, le recours à la littérature après la collecte et l'analyse du matériau plutôt qu'avant et les choix se font pendant plutôt qu'avant la recherche* » (Schmitz, 2018, dia6). Notons que dans notre étude, nous n'avons pas pu suivre toutes ces conditions. En effet, nous avons effectué l'entretien et la retranscription en même temps pour les 7 premiers entretiens. Pour les 13 autres, nous n'avons pas le temps de les retranscrire simultanément car nous avions 7 jours pour les effectuer, comme notre assurance prenait fin. Nous avons donc été dans l'obligation d'entreprendre quasiment 2 entretiens par jour. De plus, le recours à la littérature a été entrepris avant de mener nos entretiens. Toutefois, notre guide a été adapté en cours de collecte. En effet, au début, notre guide d'entretien comportait une question large et 6 catégories prédéfinies auxquelles nous étions attentives. À mesure des entretiens, il s'est vu s'affiner avec des questions que l'on posait systématiquement lors de nos autres entretiens et portant sur la relation médecin-patient, l'usage de thérapies alternatives, le soutien familial, le

voyage dans le pays d'origine, le jeûne du mois de Ramadan et la prière. Après notre 6^{ème} entretien, notre guide n'était plus modifié en cours de collecte.

La grounded theory comprend 6 grandes étapes, à savoir « *la codification, la catégorisation conceptuelle, la mise en relation, l'intégration, la modélisation et la théorisation*. **La codification** consiste à relever, ligne par ligne, le propos contenu dans le matériau et le ranger sous un mot ou une expression. **La catégorisation conceptuelle** désigne le fait de coder en regroupant certains codes sous une expression plus large, plus conceptuelle. **La mise en relation** consiste à lier les catégories par des « liaisons » de type : découle de, provoque, interagit, se déclenche. **L'intégration** est le fait de relier les codes identifiés dans un schéma global d'explication. **La modélisation** désigne le fait de chercher à reproduire la dynamique du phénomène étudié, la forme générale de celui-ci. **La théorisation** consiste à dégager une théorie explicative du phénomène étudié. » (Schmitz, 2016, dias 10 à 15). Dans notre étude, nous avons tenté de mener du mieux que nous pouvions les étapes de codification, catégorisation conceptuelle et mise en relation.

6.6. Considérations éthiques

Comme notre public est constitué de personnes malades, nous avons dû introduire une demande auprès d'un Comité d'éthique pour avoir l'approbation de mener notre étude. Nous avons fait la demande au Comité d'éthique des Cliniques universitaires Saint-Luc et avons obtenu leur accord (Cfr. Annexe 4). De plus, nous avons demandé un consentement oral en début d'entretien et avons fait signer un consentement écrit. Le consentement a été demandé pour pouvoir utiliser les données de façon anonymisées dans la poursuite des objectifs du mémoire. Nous sommes également tenues au secret professionnel.

Enfin, les participants ont été invités à répondre à la question du guide d'entretien et à nos questions émergentes lors de l'entretien, avec la possibilité de refuser de répondre à une question ou interrompre l'entretien, et ce, sans qu'ils aient l'obligation de se justifier.

CHAPITRE 7 : RÉSULTATS

Après avoir vu la méthodologie de notre étude, nous nous pencherons dans ce chapitre sur une description de nos résultats. D’abord, nous ferons une brève description des caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants. Ensuite, nous aborderons les réponses à nos questions de recherches, à savoir :

- Les activités de self-care des personnes d’origine turque et marocaine atteintes d’un diabète 2 et/ou d’une hypertension artérielle et habitant à Bruxelles ;
- Le sens donné aux activités de self-care ;
- Les tensions dans leur pratique de self-care entre les visions normative et d’empowerment ;
- Les efforts de réconciliations entrepris pour pallier aux tensions entre les visions normative et d’empowerment.

7.1. Caractéristiques sociodémographiques et cliniques des participants

Variable		N=20
Sexe	Hommes	7
	Femmes	13
Âge moyen	62 ans avec min à 42 ans et max à 80 ans	
Niveau d’éducation	Jamais été à l’école	7
	Primaire	7
	Secondaire inférieure	5
	Supérieure (université ou non)	1
Statut marital	Marié(e)	14
	Divorcé(e)	1
	Veuf (ve)	5
Nombre moyen d’enfants	6 avec min à 3 et max à 13	
Statut socio-économique	Travaille	2
	Ne travaille pas	14
	Retraité	4
Revenus du ménage	<10.000€/an	1
	Entre 10.000€ et 15.000€/an	4
	Entre 15.000€ et 20.000€/an	10
	> 20.000€/an	5
Lieu de naissance	Turquie	8
	Maroc	12
Langue(s) parlée(s)	Français et turc ou arabe ou berbère	6
	Turc	7
	Arabe	1
	Berbère	3
	Arabe et berbère	3

Maladie(s)	Diabète 2(DT2)	9
	Hypertension artérielle (HTA)	5
	Diabète 2 et Hypertension artérielle	6
Nombre moyen d'années de maladie	DT2 : 13 ans avec min à 1 an et max à 34 ans	
	HTA : 13 ans et demi avec min à 1 an et max à 30 ans	
Prise de médicaments	Oui	20
Traitement insuline	Oui	8
Autres problèmes de santé	Oui	10
	Non	10
Commune de résidence	Schaerbeek	9
	Anderlecht	3
	Molenbeek Saint-Jean	3
	Evere	2
	Centre de Bruxelles	1
	Neder-Over-Heembeek	1
	Saint-Josse-Ten-Noode	1

L'échantillon de 20 participants se compose de 7 hommes et 13 femmes, avec un âge moyen de 62 ans. La majorité des participants ont soit jamais été inscrits dans une école ou soit ont un niveau primaire. De plus, 8 personnes sont nées en Turquie et 12 personnes au Maroc. Notons que sur nos 20 participants, 6 parlent le français et le turc ou l'arabe ou le berbère, 7 parlent que le turc, 7 parlent que le berbère ou l'arabe ou le berbère et l'arabe. Concernant le statut marital, la majorité des participants sont mariés et le nombre moyen d'enfants est de 6. Sur nos 20 participants, 14 personnes ne travaillent pas et 10 personnes ont des revenus du ménage situés entre 15.000 € et 20.000 €/an et 5 ont > de 20.000€ et 5 ont < de 15.000€. Pour ce qui est du lieu de résidence, 9 participants sur 20 habitent Schaerbeek. Sur nos 20 participants, 9 sont diabétiques, 5 sont hypertendues et 6 sont diabétiques et hypertendues. Pour le diabète 2, le nombre moyen d'années d'atteinte est de 13 ans et pour l'hypertension artérielle, il est de 13 ans et demi. Nos 20 participants prennent un traitement médicamenteux et 8 prennent de l'insuline en plus. De plus, 10 personnes présentent d'autres problèmes de santé contre 10 qui n'en présentent pas. Pour le détail des données par participant (Cfr Annexe 5).

7.2. Activités de self-care

Dans nos résultats, nous retrouvons des réponses aux activités recommandées par les professionnels de la santé et d'autres activités entreprises par les participants pour prendre soin d'eux et de leur santé dans leur quotidien. Entre certaines activités, on peut noter des

tensions en lien avec le sens mis derrière les activités entreprises. De plus, les participants opèrent dans certains cas à des efforts de réconciliation pour lever les tensions rencontrées.

7.2.1. Activités prescrites par les professionnels de la santé

Nous avons relevé dans la littérature, 6 catégories prédéfinies par les professionnels de la santé, à savoir, l'adhésion médicamenteuse ; l'alimentation ; la surveillance de la glycémie/tension ; les activités physiques ; les activités pour solutionner les problèmes liés à la maladie et les activités pour diminuer le risque de complications. Dans certaines de ces catégories, on trouve des codes, qui sont des termes plus proches du matériau des participants tels que prendre ces médicaments à heure régulière, la prise de remèdes naturels, etc. De plus, certains sens, tensions et efforts de réconciliation ont été mentionnés pour certains codes.

1. Adhésion médicamenteuse

1.1. Prise de médicaments

Comme *activité prescrite*, la plupart des participants disent que *prendre les médicaments à heure régulière* dépend de leurs autres activités journalières telles que le travail, le fait de faire une course, etc. et ce n'est pas si simple à respecter. Pour certains d'entre eux, il y a un aidant qui le rappelle. Pour d'autres, ils essaient de trouver des alternatives pour satisfaire cette activité.

« Je prends mes médicaments pour que mon sucre soit bien. Je les prends 3 fois par jour. J'essaie de les prendre à la même heure mais ce n'est pas facile. Quand je travaille, je ne suis pas régulier dans les heures mais quand je ne travaille pas, j'arrive à les prendre à la bonne heure. » (homme marocain, 55 ans, diabète)

« Je prends bien mes 3 médicaments. Je ne les oublie pas. Il y a toujours ma fille H qui habite juste à côté de moi, qui vient tous les jours. Quand elle ne sait pas venir parce qu'elle est occupée avec ses enfants, elle en a 5 alors elle m'appelle. Elle me demande si j'ai bien pris mes médicaments. Je les prends tout le temps. » (homme marocain, 73 ans, hypertension)

« Je gère bien ma vie et je prends bien mes médicaments à l'heure qu'il faut. Si j'ai des choses à faire et que je sais que je ne vais pas savoir manger à la maison pour prendre mon médicament, je vais alors me préparer un petit pain et je prends mon médicament avec moi. À l'heure de manger, peu importe où je suis, je mange mon pain et je prends mon médicament. Je fais très attention à prendre mon médicament. C'est important d'être constant. On ne joue pas avec les médicaments, on ne fait pas comme on veut. » (femme marocaine, 60 ans, diabète)

Une **activité qui a émergé** des dires des participants est **la prise de remèdes naturels**. La plupart des participants ont déjà eu recours à des thérapies alternatives. Certains d'entre eux ont arrêté, d'autres continuent de les prendre. Quelques personnes n'ont jamais pris de traitement naturel et se sont suffi aux médicaments. Pour de nombreuses personnes, la prise de ces traitements est due aux échos qu'elles ont eu d'amis ou famille.

« J'ai pris des champignons avec du lait, on m'avait dit que c'était bien. J'ai essayé, je me sentais mieux mais ça n'a pas fait disparaître quelque chose. J'ai pris l'ail et l'huile d'olive pour ma tension, ça m'a fait plus de bien que les champignons. Je me sentais mieux. Mais je n'ai pas continué. J'ai pris les combos, on m'a dit que c'était bon pour le sucre. C'est mon fils qui faisait cela. Il est diabétique. Il a vu que son sucre allait mieux et comme mon sucre n'arrivait pas à être stable, il m'a conseillé de le faire. Je l'ai fait. Je sentais une différence mais je n'ai plus fait parce que c'est gluant quand on le boit. J'ai préféré arrêter. » (femme marocaine, 67 ans, diabète et hypertension)

« Avant j'écoutais ce que les gens me disaient et si j'entendais que quelque chose faisait effet, j'essayais. J'ai essayé la tomate, l'ail, les olives, les combos et d'autres que je me souviens plus. » (femme turque, 74 ans, diabète et hypertension)

« Je ne prends que mes médicaments. C'est dangereux de prendre des choses naturelles quand on fait de l'insuline. On ne peut pas faire comme on veut. J'ai déjà mes médicaments c'est beaucoup. » (homme marocain, 80 ans, diabète et hypertension)

Derrière cet acte de prise de médicaments, il y a un **sens**, qui semble être **l'expérience du médicament**. Pour certaines personnes, prendre les médicaments à heure fixe semble être capital car les oublier engendrerait l'apparition de symptômes indésirables. De plus, certaines personnes pensent que le médicament va éliminer le sucre qu'elles consomment et se permettent de manger des produits sucrés. Certaines personnes disent que passer à l'insuline est une décision non prise par elles-mêmes mais par le médecin et ne semblent pas accepter cette dernière, n'adhérant pas au régime prescrit.

« Pour le sucre, les gâteaux sont sucrés. Je les prends comme ça. De toute façon, je prends mes médicaments » (femme marocaine, 57 ans, diabète)

« Je prends des médicaments et j'ai des maux de tête si je ne les prends pas. Je fais attention à toujours les prendre. Je ne les oublie pas. Si je les oublie je sais que je vais avoir mal à la tête et je n'ai pas envie d'avoir mal à la tête...Si je ne prends pas mes médicaments, c'est comme si j'allais mourir. Le médicament c'est comme revivre. » (femme turque, 45 ans, diabète)

« Je n'aurai plus les médicaments mais j'aurai l'insuline. Je n'ai pas décidé cela mais je devais suivre cela si je voulais aller mieux. » (femme marocaine, 67 ans, diabète et hypertension)

Nous avons pu relever une **tension ressentie entre les médicaments et les remèdes naturels**. La majorité des participants ont essayé des remèdes naturels tels que l'ail, les combos, les

feuilles d'olivier, etc. Certains d'entre eux continuent de les prendre car ils disent se sentir mieux. De plus, ces derniers semblent ne pas avoir mis au courant le médecin généraliste car ils semblent ne pas vouloir recevoir de reproches et mettre en colère ce dernier. La plupart d'entre eux ont arrêté les remèdes naturels car ils disent avoir peur des effets de ces derniers avec les médicaments. Notons que même ceux qui continuent de prendre ces thérapies alternatives sont conscients qu'il peut y avoir des interactions avec les médicaments mais il semblerait que le bienfait espéré l'emporte.

« J'ai mes médicaments et c'est tout. Avant je prenais du persil dans l'eau ou je prenais les combos parce qu'on m'avait dit que c'était bon pour mon diabète. Je prenais aussi une infusion de feuilles d'olivier ou des tomates. On m'avait dit que c'était bon pour mon diabète et ma tension mais j'ai arrêté tout ça. Je voyais quelques effets sur moi, comme je me sentais bien mais j'ai tout arrêté. J'avais peur que ça agisse avec les médicaments que je prenais. » (femme marocaine, 57 ans, diabète)

« Maintenant moi aussi je suis malade et j'ai des médicaments, je suis obligée de les prendre mais je prends aussi des plantes. J'utilise les feuilles d'olivier et les combos pour ma santé...Je ne lui ai rien dit. Il va se fâcher sur moi si je lui dis que je prends les plantes et les médicaments comme ça peut faire des effets différents sur la santé. Il va me faire des reproches en me disant qu'il aurait fallu que je le lui disse. Moi je n'ai pas voulu dire parce que sinon il va m'arrêter un médicament. Je n'ai pas envie qu'il le sache. Il ne doit pas tout savoir ce que je fais. » (femme marocaine, 80 ans, hypertension)

« Avant je prenais tout ce qu'on me disait. Si j'entendais que l'ail c'était bon, je le prenais. J'avais pris les combos, les feuilles d'olivier, les tomates, l'ail, pleins d'herbes. C'est vrai que je me sentais bien quand je les prenais mais je prenais aussi les médicaments du sucre et de la tension. Depuis que j'ai commencé à écouter le médecin, j'ai arrêté tout ça. » (homme marocain, 74 ans, diabète et hypertension)

Comme **effort de réconciliation** à la tension, nous pouvons noter **les remèdes naturels comme pratique du pays**. La plupart des participants qui ont recours aux remèdes naturels font le lien avec le pays d'origine. En effet, selon leurs dires, il semblerait que les remèdes naturels soient une pratique courante dans le pays lors de maladies parce que cela n'est pas coûteux et c'est une pratique enracinée dans les traditions. De plus, bon nombre d'entre eux disent ne plus avoir recours systématiquement aux remèdes naturels du fait qu'ils sont malades et qu'ils prennent des médicaments. Notons que beaucoup nous ont dit qu'ils recevaient l'information de ces remèdes lorsqu'ils rencontraient leur famille et amis.

« C'est souvent des amies qui me disent qu'elles ont essayé telle chose et qu'elles ont vu un effet alors je le fais aussi. Ça vient souvent du Maroc ces recettes. Les gens au Maroc utilisent beaucoup les plantes, mangent de l'huile d'olive pour se guérir, comme ils n'ont pas tous l'argent pour acheter les médicaments. Ça coûte cher là-bas et la vie est chère aussi. Et puis quand on était petit, nos parents utilisaient aussi les choses naturelles pour qu'on guérisse. » (femme marocaine, 57 ans, diabète)

« J'ai toujours utilisé les remèdes naturels. Au Maroc, on n'avait pas l'argent pour acheter les médicaments alors quand on était malade, ma maman que Dieu lui Fasse Miséricorde, utilisait les plantes comme médicaments. Quand je suis venue ici j'ai continué à utiliser cela. Ça fonctionne bien et ça ne coûte pas cher. » (femme marocaine, 80 ans, hypertension)

« J'ai vu à la télé un médecin qui a dit qu'on ne pouvait pas mélanger tout. Si on prend les médicaments, on doit prendre que ça. Si on veut essayer les produits naturels, on doit le dire au médecin pour voir si on peut prendre que ça. Quand je n'avais pas le diabète, je ne prenais pas de médicaments quand j'étais malade, je prenais des herbes. C'est connu chez nous. Au Maroc, tout le monde ne prend que les herbes. Ce n'est pas cher et ça fait vraiment effet. Quand j'ai eu le diabète, la tension, j'ai commencé à prendre les médicaments. J'ai été obligée pour aller mieux. » (femme marocaine, 75 ans, diabète et hypertension)

1.2. Consultation médicale

Comme **activité recommandée**, le fait de **consulter le médecin**. En effet, lors de leur consultation, la majorité des personnes interrogées qualifient le médecin généraliste et le spécialiste comme étant des personnes gentilles et qui font ce qu'ils peuvent avec le temps qu'ils ont. En effet, ils disent que le médecin spécialiste a plus de temps pour écouter que le généraliste. De plus, la plupart des participants soulignent que leurs médecins ne les comprennent pas, répétant les conseils, allant à se fâcher avec la personne pour certains d'entre eux.

« Il est très gentil mon médecin. Il est d'origine turque et c'est un médecin qui prend la peine de m'expliquer, de m'informer sur ce que je dois faire pour éviter ça ou ça.... Je suis allé le voir et comme je ne parle pas bien le français, je peux parler en turc et je m'exprime beaucoup mieux. Je me sens plus à l'aise. Il n'y a pas de barrière pour que je parle alors que quand je vais à l'hôpital, c'est un peu plus difficile pour moi. » (homme turc, 72 ans, hypertension)

« Le spécialiste m'a bien expliqué que je ne pouvais pas passer à l'insuline si je mange comme il faut en respectant le régime qu'il m'a donné. C'est ça qui m'a aidé. Je m'entends bien avec ce médecin. Il prend le temps de m'écouter. Chaque fois que je vais chez lui, le rendez-vous dure entre 45 minutes et 1 heure... J'aime bien mon médecin et mon spécialiste. Ils me mettent à l'aise quand je les vois. Le médecin a moins le temps pour m'écouter comme il a beaucoup de personnes à voir. C'est normal. C'est déjà bien qu'il essaye de m'écouter... » (homme turc, 56 ans, diabète)

« Le médecin me dit à chaque fois de faire attention, de ne pas manger comme je veux et tout ce que je veux. Mais je n'arrive pas à résister quand je vois les autres manger. Chaque fois que je vois mon médecin, elle me pèse et elle voit que je n'ai pas trop maigri, elle m'engueule. Elle me rabaisse et me dit des choses négatives. Je ne dis rien. Je n'aime pas quand elle me fait ça. Je ne me sens pas bien mais je patiente. Je fais avec, qu'est-ce que je vais lui dire ... Mon médecin généraliste ne m'écoute pas. Il ne me pose pas de questions. Je lui pose à chaque fois des questions et il ne me répond pas à toutes. J'ai arrêté de trop lui poser de questions et d'essayer de tout lui dire. Il est gentil et fait ce qu'il peut mais il ne me comprend pas.... Mon diabétologue, c'est comme mon cardiologue. Il regarde si mon sucre ça va et c'est tout. » (femme turque, 45 ans, diabète)

Comme *1^{er} sens* donné à la consultation médicale, on peut noter *l'expérience de la maladie*. Tous les participants nous ont parlé de l'histoire de leurs maladies avec chacun sa propre représentation de la maladie. Tous les participants semblent avoir accepté d'être malade à vie mais gardent l'espoir d'une guérison. Tous se souviennent du moment de diagnostic dans les moindres détails. En effet, la plupart des participants disent que ce dernier ne s'est pas bien déroulé en raison du fait qu'ils venaient de recevoir une information qui allait bouleverser leur vie et l'attitude du médecin n'était pas adaptée. Selon eux, le médecin était plus prescripteur par une série de conseils normatifs et était moins à l'écoute du vécu des personnes qui venaient d'apprendre qu'ils étaient malades.

« Je vis bien ma maladie. Je me suis habitué. J'aimerais guérir de cette maladie. Mais je sais que c'est une maladie qui est là pour toute la vie.... J'ai profité d'en manger avant d'avoir mon diabète. Je m'endormais avec un coca et des chocolats tous les soirs (Rire). Je ne savais pas que c'était aussi mauvais, personne ne nous l'a dit. » (homme marocain, 55 ans, diabète)

« J'ai eu la tension quand mon mari s'est dégradé. Sa santé allait de moins en moins bien.... J'étais beaucoup stressée et je m'inquiétais pour mon mari. Je savais que j'allais le perdre. » (femme marocaine, 80 ans, hypertension)

« Il m'a dit que je devais plus manger de choses sucrées et grasses sinon j'aurai des problèmes au cœur, aux pieds, aux reins, aux yeux. Il m'a dit cela pour me faire peur. Ça n'a pas marché. Ce n'est pas cela qu'il faut dire quand on sait que la personne va devoir arrêter de manger ce qu'elle a toujours mangé. Ce n'est pas facile de changer et il ne faut pas dire directement cela... Être diabétique signifiait que je devais juste diminuer l'utilisation du sucre dans ma vie quotidienne. Le diabète ne m'a pas fait peur, j'étais plutôt angoissé en pensant à l'état de mon cœur... Oui, j'ai deux sœurs qui sont toutes les deux diabétiques. Mes parents étaient également diabétiques, ma mère en a même perdu la vue pendant 10 ans, elle est restée ainsi jusqu'à sa mort. C'est pour ça que moi aussi je l'ai. Quand les parents sont diabétiques, les enfants ont plus de chances d'être eux aussi malades. J'accepte cela... Ma défunte femme était diabétique... » (homme marocain, 73 ans, hypertension)

Comme *2^{ème} sens*, nous avons relevé *l'identité perturbée*. La majorité des personnes sont conscientes qu'elles sont malades. La plupart ont changé leurs habitudes alors que certaines ont préféré ne rien changer. De plus, pour la plupart des participants ce qui semble difficile, ce n'est pas d'intégrer ou de vivre la maladie mais de devoir changer des habitudes ancrées en eux. En effet, c'est le quotidien qui doit changer et c'est revoir certains besoins fondamentaux que l'on ne veut pas voir toucher.

« Que quand on est malade, tout change. On ne voit plus de la même façon, on ne fait plus de la même façon, on n'est plus comme avant. » (homme marocain, 55 ans, diabète)

« C'est moi qui gère ma vie. Souvent, c'est le médecin qui nous dit, il ne faut pas manger telle chose et il faut manger telle chose. Quand il m'a dit cela, c'est rentré par une oreille et

sorti de l'autre parce que c'était encore le début de ma maladie, j'avais besoin d'entendre autre chose. Je venais d'apprendre que j'allais vivre avec une maladie toute ma vie, je me demandais comment j'allais faire. J'ai très vite compris et accepté que j'étais malade... Le diabète est une maladie qui quand il est là, il est là, c'est lui qui te prend mais c'est toi qui peux le prendre après. Il faut être plus fort que lui... Il faut gérer sa maladie et quand on sait faire ça, on se sent bien et si on ne sait pas ou qu'on ne va pas bien, il faut aller voir le médecin qui va nous aider. Je vis comme je vis, ainsi va la vie, on suit le cours. » (femme marocaine, 60 ans, diabète)

« Quand le médecin m'a dit que j'avais le diabète, je ne l'ai pas cru. Je me suis dit qu'il était fou. Ma mère et mon père n'avaient pas le diabète, je ne comprenais pas d'où il venait. J'ai dit au docteur qu'il y avait une erreur. Il m'a donné des médicaments, je les prenais parce que sinon je n'irai pas bien. Mais je ne comprenais pas.... Quand j'ai eu le problème de ma jambe, je ne pouvais pas nier que j'avais un problème. C'était réel. J'ai compris que j'étais malade. Je n'y croyais pas au début parce que je n'avais pas eu de symptômes, c'est pour ça.... Mais ce qui est le plus difficile ce n'est pas de savoir qu'on l'aura toute la vie, ça on peut s'adapter, on finit par s'habituer. C'est de ne plus pouvoir manger certaines choses qu'on aime, qu'on voit tout le monde en manger. » (homme marocain, 80 ans, diabète et hypertension)

La **1^{ère} tension** relevée est **une mauvaise expérience médicale et la décision de ne plus visiter le médecin**. Quelques participants nous ont conté un passage médical qui a marqué leur vie et qui les a amenés à entreprendre de nouvelles orientations. Nous citerons 2 exemples. Le 1^{er} est qu'un participant nous a clairement dit qu'il a été consulté un diabétologue qu'une seule fois et que ce dernier ne semblait pas attentif à ses émotions et était braqué sur les conseils médicaux. Le participant a décidé de ne plus consulter un diabétologue. Le 2^{ème} exemple est qu'une des personnes interrogées nous a fait comprendre qu'elle n'était pas satisfaite de son médecin généraliste et que de ce fait, elle consultait directement le spécialiste de la discipline concernée suivant le problème de santé qu'elle rencontrait, sans passer par le généraliste.

« Il m'a dit d'aller voir le diabétologue pour faire des examens en plus et qu'il me donne des explications. Je suis allé une fois et je ne suis plus retourné chez lui. Il m'a dit des choses qu'il ne fallait pas. Il savait que je venais d'avoir le diabète. Au lieu de me rassurer et de me dire que ça ira mieux, même si je savais que c'est une maladie qu'on a toute la vie, il m'a dit que je devais plus manger de sucre, que je devais bien prendre mes médicaments, que je ne guérirai jamais, que je serai toujours malade et que si je ne fais pas attention, j'allais passer à l'insuline. » (homme marocain, 55 ans, diabète)

« Le médecin chez qui je suis maintenant je n'aime pas aussi. Je suis allée une fois chez elle et j'ai fait un scanner et ma fille a appelé pour demander des nouvelles, elle a appelé plusieurs fois et elle a fini par avoir une réponse qu'il n'y avait pas de problème mais moi j'étais stressée durant tout ce temps. Une autre fois, je suis allée chez elle pour une ordonnance. Quand je suis allée chez le pharmacien il m'a dit que ce n'était pas mon nom. Je suis retournée pour avoir une ordonnance avec mon nom. Elle a dit qu'elle était fort occupée et qu'elle avait vite fait l'ordonnance. Quand j'ai un problème, je vais voir directement le spécialiste. Si j'ai mal au genou, je vais voir l'orthopédiste. C'est ce que j'ai déjà fait et que je fais... » (femme marocaine, 67 ans, diabète et hypertension)

La 2^{ème} **tension** soulevée est **le souhait d'avoir un médecin qui écoute et le fait de ne pas tout dire au médecin**. La plupart des personnes interrogées disent que le médecin généraliste et spécialiste écoutent leurs problèmes de santé et font tout pour les aider comme ils peuvent. Toutefois, ils soulignent tous leurs désirs que cette écoute augmente et s'axe plus sur les raisons pour lesquelles elles ne parviennent pas à suivre les conseils médicaux. Notons que ces dernières ne disent pas à leurs médecins respectifs qu'elles ne suivent pas leurs conseils, quand bien même certaines d'entre elles disent clairement que les médecins savent qu'elles mangent de tout et ne font pas de sport. Il importe de noter que 2 participantes ont mentionné qu'elles ont été forcées de subir une opération de l'estomac alors qu'elles ne souhaitaient pas la faire. Elles auraient tenté de le dire au médecin mais il semblerait qu'il n'ait pas entendu leur demande et aurait usé de la peur pour les convaincre.

« Mon médecin généraliste sait que je mange tout. Il me dit à chaque fois que je dois arrêter mais il ne me demande pas pourquoi... Sinon nous écouter un peu et qu'on fasse avec nous quelque chose. » (femme marocaine, 57 ans, diabète)

« Il va dire quoi. Le médecin généraliste ne dit pas grand-chose. Il en a marre de répéter la même chose. Il ne sait pas que je ne fais pas beaucoup attention. Il ne me demande même pas comment ça se passe, il me dit juste : « faites attention monsieur si vous voulez aller mieux... » Madame X ne sait pas que je ne fais pas trop attention. Elle voudra plus me voir. À mon copain, elle lui dit ça ne sert à rien de venir me voir si on n'écoute pas mes conseils. Elle ne sait pas nous aider si on ne la laisse pas faire son travail. Elle nous donne des conseils et on ne l'écoute pas. Elle a raison, on doit faire attention. Elle est compétente, je l'aime bien. Elle est gentille, je n'ai pas envie d'aller voir un autre diabétologue. » (homme marocain, 80 ans, diabète et hypertension)

« Je lui ai dit que je ne voulais pas. Mais il n'a rien dit. Il m'a fait peur pour que je fasse le sleeve⁶. Ce n'est pas bon le sleeve. J'ai fait le sleeve. Maintenant, je ne vais pas aller lui parler, il n'a pas écouté quand je lui ai dit. Je vais faire ce qu'il m'a dit. Il a bien dit de continuer à faire attention à ce que je mange et que je dois manger des petites portions. Il m'a aussi dit de faire du sport. » (femme turque, 43 ans, hypertension)

« J'aimerais que mon médecin m'écoute davantage pour voir comment ça se fait que je n'arrive pas à faire ce qu'il me dit et comprendre avec moi parce que je ne sais pas moi-même. Je sais qu'il sait que je ne l'écoute pas, il voit que ma prise de sang n'est pas meilleure... » (femme marocaine, 58 ans, diabète)

La 3^{ème} **tension** mentionnée se situe entre la **dépendance et l'indépendance**. La plupart des personnes interrogées ont souligné un intérêt de se rendre seules chez le médecin et pour ce faire, elles disent qu'il faudrait apprendre le français ou changer de médecin pour un médecin parlant leurs langues maternelles. De plus, elles disent vouloir moins dépendre des proches

⁶ Il s'agit d'une opération qui consiste à retirer une majeure partie de l'estomac.

aidants car eux aussi ont une vie et se voient comme un fardeau pour ces derniers. Certaines d'entre elles disent également vouloir sortir seules mais ne parviennent pas à entreprendre cette démarche car elles parlent d'être habituées à la compagnie et ne se voient pas sortir seules sans quelqu'un, malgré le souhait d'indépendance.

« C'est mieux d'aller toute seule chez le médecin sans un de ses enfants comme ça on peut tout dire ce que l'on veut... J'aimerais bien sortir marcher comme je fais au Maroc, plutôt que de toujours être en voiture et de déranger mes enfants. J'aimerais moins leur demander de me faire des choses. Je sais que parfois c'est trop pour eux... » (femme marocaine, 80 ans, hypertension)

« Je vais changer de médecin, même si l'autre était loin, il essayait de prendre le temps. Je vais chercher un à côté de moi qui soit mieux. Je vais voir comment je vais faire. Je vais peut-être chercher quelqu'un qui parle l'arabe ou le berbère. J'aurai plus facile à lui parler et je pourrais aller toute seule. Je n'aurai pas besoin de quelqu'un pour aller quand je ne vais pas bien. Si je parlais le Français, ça serait plus facile. Je pourrais aller chez n'importe quel médecin et je pourrais tout dire et je pourrais lire sur Internet des choses et utiliser un téléphone avec internet comme tout le monde » (femme marocaine, 67 ans, diabète et hypertension)

« Quand le stress vient, je ne sais rien faire. Peut-être que si je sors, ça diminuerait, déjà prendre l'air ça serait autre chose. Déjà prendre la voiture et partir, c'est quelque chose. Ça pourrait m'aider de sortir mais je ne sais pas le faire. Comme je suis habituée à sortir avec quelqu'un, je ne me vois pas sortir seule quand je suis énervée... Il ne voulait pas que je sorte toute seule, il avait peur qu'il m'arrive quelque chose. Maintenant je sors quand j'ai besoin de quelque chose. Mais je n'aime pas sortir toute seule comme j'ai été habituée à toujours être accompagnée. » (femme marocaine, 48 ans, diabète et hypertension)

La 4^{ème} tension soulevée est le **désir de tout dire au médecin et la barrière de la langue ou la présence d'un aidant**. Beaucoup de personnes interrogées ont dit vouloir se confier davantage au médecin traitant ou spécialiste mais qu'elles ne le font pas car elles sont confrontées à la barrière de la langue et ne peuvent pas dire ce qu'elles souhaitent et doivent passer par un proche aidant pour la traduction. De plus, la présence du proche aidant semble les priver de leur désir de parler librement car les personnes interrogées filtrent les informations à faire parvenir aux professionnels de la santé pour ne pas inquiéter le proche aidant. Notons que certains participants ont dit ressentir que leur proche aidant ne disait pas tout au médecin, quand bien même ils ne comprenaient pas très bien ce que ce dernier disait au médecin.

« Quand je vais avec une de mes filles, parfois je ne dis pas quelque chose que je devrais dire. Mais comme il y a ma fille et que je ne veux pas qu'elle s'inquiète je ne lui dis pas. Ce n'est pas facile mais c'est mieux que d'aller seule et sans comprendre le français. » (femme marocaine, 80 ans, hypertension)

« Ce qui est vraiment difficile pour moi, c'est la langue. Quand je vais chez mon médecin, ça va mais quand je vais chez le cardiologue, je dois toujours aller avec quelqu'un comme je ne parle pas très bien le français. Je parle un peu avec lui au début et quand il commence à

poser des questions, je parle à celui qui m'accompagne qui est souvent mon fils ou une de mes petites filles infirmières. J'aime bien tout dire alors je raconte tout à mon fils et je sais qu'il ne lui dit pas tout mais il lui raconte ce qui est important. » (homme turc, 72 ans, hypertension)

« Si je parlais le français, je pourrais tout dire au médecin et y aller seule... Je ne sais pas tout lui dire comme il y a un de mes enfants, je n'ai pas envie que mon fils ou ma fille sache tout et qu'il s'inquiète. Je dis ce qui est essentiel. » (femme turque, 42 ans, diabète)

Le 1^{er} **effort de réconciliation** que l'on a pu noter est **le désir de mettre le médecin au courant sur la prise de remèdes naturels, le jeûne du mois de Ramadan et de la saignée**. La majorité des participants disent qu'il est important que le médecin généraliste soit au courant qu'ils prennent des thérapies alternatives ou font le Ramadan ou font la saignée. Toutefois, bon nombre d'entre eux soulignent qu'ils ne parviennent pas à le faire car ils aimeraient continuer ces activités mais savent qu'ils ne seront pas soutenus par leur médecin dans ces dernières. C'est pourquoi, ils préfèrent faire ces activités sans mettre au courant leur médecin généraliste. Notons qu'un certain nombre de participants ont dit qu'ils avaient mis leur médecin au courant du fait qu'ils veulent faire le Ramadan ou la saignée et qu'ils ont trouvé des terrains d'entente avec le médecin généraliste. Néanmoins, nous n'avons pas eu de participants qui nous ont dit explicitement que le médecin généraliste aurait fait preuve de négociations en ce qui concerne les remèdes naturels. Au contraire, certains nous ont dit qu'ils ont fini par abandonner les plantes car leur médecin aurait dit qu'ils ne peuvent pas mélanger les plantes et la prise de médicaments.

« J'ai toujours fait le Ramadan. C'est important pour moi de le faire. Mon médecin le sait et m'a bien dit que si je ne me sens pas bien, je coupe mon jeûne... Je sais que je suis malade mais je prends mes médicaments la nuit, comme on reste éveillé. J'ai adapté les heures quand je jeûne. C'est le médecin qui l'a fait avec moi... Je fais la hijama 2 fois par an chez mon médecin traitant. » (homme marocain, 55 ans, diabète)

« Je fais aussi hijama chez mon médecin... J'ai dit à mon médecin que je n'allais pas arrêter le Ramadan. Il m'a alors dit quels médicaments je devais prendre le matin et lesquels le soir et il m'a bien dit que si ma tête tourne ou si je ne me sens pas bien, que je dois manger... C'est bien d'avoir un médecin qui nous conseille et écoute ce que l'on veut. Je lui ai dit que je voulais faire le Ramadan et on a trouvé une solution pour mes médicaments pour me permettre de faire le Ramadan » (femme marocaine, 80 ans, hypertension)

« Je ne prends que mon médicament le matin. Je ne prends que ça. Je ne prends pas autre chose parce que mon médecin m'a dit que ce n'était pas bon de mélanger. Si je veux prendre quelque chose de pur, je dois lui dire ce que je veux prendre et il va voir si je peux le prendre. » (homme turc, 56 ans, diabète)

Le 2^{ème} **effort de réconciliation** que l'on a pu soulever est le fait **d'avoir un médecin qui écoute et une décision prise par le patient**. Parmi les participants, certains nous ont confié qu'ils avaient un médecin généraliste à l'écoute et qu'ils aimaient cela et semblaient satisfaits par l'attitude de ce dernier. De plus, ils disent que le médecin généraliste donne des conseils en fonction de ce qu'ils disent et que le médecin n'a pas une attitude menaçante mais laisse plutôt décider le participant du moment opportun pour changer. Il semblerait que le médecin répète les conseils sans adopter une attitude portant au jugement mais plus compréhensive dans le cas où ce dernier est de la même culture que le participant.

« J'ai entendu maintenant ce que le médecin me dit et j'ai compris que je dois le suivre si je veux aller mieux. Les médecins m'avaient dit ce que je devais faire et ils m'avaient prévenu que si je continuais, ça n'irait pas mieux et que je risquais de les revoir. Je ne les ai pas cru directement. Je faisais ce que j'avais dans ma tête mais je comprends mieux et ils avaient raison. Les médecins m'ont dit ce qu'il fallait que je fasse mais c'est moi qui ai décidé de changer et d'écouter ce qu'ils me disent de faire et de ne pas faire. » (homme marocain, 74 ans, diabète et hypertension)

« Il est bien et il demande à chaque fois ce que je veux. Il ne fait pas ce qu'il veut. Il m'écoute même si je ne parle pas le français et que c'est un de mes enfants qui traduit. Il prend le temps et il patiente et il répond à toutes mes questions. Il m'a donné des papiers pour mon régime et il m'a expliqué. » (femme marocaine, 67 ans, diabète et hypertension)

« Il est gentil mon spécialiste. Il m'explique tout et ne fait pas juste me dire il faut faire ça. Il me dit pourquoi je dois faire ça et il sait que c'est difficile chez nous, comme il est turc. Il est patient et ne parle pas vite. Il m'écoute et parle après. Il sait ce qu'il dit. J'aime bien comment il est avec moi..» (homme turc, 56 ans, diabète)

Comme 3^{ème} **effort de réconciliation**, on peut voir **l'indépendance comme liberté**. Quelques participants nous ont parlé du sentiment d'indépendance qu'ils ressentent du fait de ne pas devoir compter sur quelqu'un pour les rendez-vous médicaux ou pour des courses quelconques. Ils se sentent libres de faire ce qu'ils veulent quand ils veulent et de s'auto-suffire dans la réalisation de certaines de leurs tâches quotidiennes.

« Moi je ne dépends pas de mon mari, de mes enfants. Je n'ai pas besoin de mes enfants pour ça ou ça. Quand j'ai envie de faire quelque chose, je le fais... C'est d'être libre et de ne pas avoir à compter sur quelqu'un à chaque fois pour quand je dois faire mes courses, quand je dois aller chez le médecin. Je n'ai pas besoin de contacter quelqu'un, je compte que sur moi. Je n'ai pas besoin que quelqu'un me guide vers ça ou ça, je connais et je sais me débrouiller. Je regarde sur Internet quand je ne sais pas. C'est être libre de ne pas demander si je peux faire, comment je dois faire ça. » (femme marocaine, 60 ans, diabète)

« Même si je parle un peu le français, je me débrouille quand je vais chez le médecin. Je parle avec elle doucement et elle me comprend. Je n'ai pas besoin d'y aller avec un de mes enfants, comme je comprends un peu. Avant, je comprenais pas du tout et je n'avais pas le choix, je devais aller avec quelqu'un. Maintenant, je vais partout toute seule. » (femme turque, 80 ans, diabète)

2. Alimentation

Comme **activité recommandée**, nous pouvons noter le fait de **suivre un régime prescrit**. Parmi les personnes interrogées, d'une part, il y en a qui ont revu leur alimentation et ont opté pour un style alimentaire sans sucre et/ou sans sel et moins gras, d'autre part, il y en a qui n'ont pas changé leurs habitudes alimentaires et continuent de manger sucré et/ou salé. De plus, ceux qui ont revu leur alimentation ont généralement adopté une alimentation variée et saine.

« Je mange un peu de tout. Je ne diminue pas grand-chose. J'aime bien manger. Je diminue juste le café sans sucre. Mais sinon le reste je mange. Quelques fois ça monte. Moi ça monte tout le temps. C'est rare que ça descende. Je n'ai pas de régime... Mon médecin m'a dit ce que je devais manger et ne pas manger mais je ne le fais pas... Je ne peux pas manger de sucre mais je mange parce que ça me fait plaisir de manger des pâtisseries. J'ai toujours aimé manger les tartes. » (femme marocaine, 57 ans, diabète)

« Je ne mange pas de gâteaux, pas de pâtisseries, rien qui est sucré. J'ai tout arrêté depuis que j'ai le diabète. » (homme marocain, 55 ans, diabète)

« Par exemple le jeudi c'est souvent du poulet, le vendredi c'est le couscous aux légumes avec de la viande, le samedi ce sont les poissons. J'ai toujours beaucoup aimé les poissons. Si je pouvais, j'en mangerais tous les jours. Quand il en reste chez mon fils, j'aime bien les prendre avec moi pour déjeuner avec. Il y a toujours un accompagnement à base de légumes, que ce soit des pommes de terre, des choux, des brocolis... » (femme marocaine, 80 ans, hypertension)

Comme **activité émergente**, on peut mentionner le fait de **manger avant de sortir de chez soi ou d'aller chez la famille/amis**. La plupart des participants disent manger chez eux avant de sortir et en particulier avant de se rendre chez la famille et les amis. Certains de ces derniers le font parce qu'ils aiment contrôler ce qu'ils mangent alors que quand ils sont invités ou qu'ils sortent, ils ne savent pas toujours à l'avance ce que l'ils vont manger. D'autres ne veulent pas prendre leurs médicaments ou faire leur insuline dehors ou lorsqu'ils sont invités.

« C'est très rare que je mange des choses de dehors. J'aime bien savoir exactement ce que je mange et contrôler ce que je mange. Dehors, les choses ne sont pas adaptées pour nous. C'est trop gras, trop sucré, trop salé. Plutôt que de chercher pendant un certain temps ce que je vais manger, je mange chez moi et c'est qu'après que je sors, comme ça je ne devrais pas penser à ce que je dois manger » (femme marocaine, 60 ans, diabète)

« ...Je mange avant d'aller chez les invités comme ça je fais mon insuline à la maison et je suis tranquille quand je vais chez les invités. Je mange un peu et c'est tout. Je sais que je ne peux pas exagérer dans ce que je mange... » (femme turque, 74 ans, diabète et hypertension)

Comme **1^{er} sens** lié aux activités alimentaires, nous avons relevé le **plaisir**. La majorité des participants trouvent que le plus difficile dans leur maladie chronique est de se priver d'aliments qu'ils aiment manger et qu'ils ont l'habitude de consommer depuis petit et propre à leur culture. Ils parlent tous du plaisir de manger des plats sucrés ou salés ou encore gras. La plupart d'entre eux ont arrêté de manger des produits sucrés ou salés et gras et disent se faire plaisir occasionnellement. Certains d'entre eux ne parviennent pas à arrêter de consommer des produits sucrés et mentionnent que le plaisir l'emporte.

« Je ne peux pas manger de sucre mais je mange parce que ça me fait plaisir de manger des pâtisseries. J'ai toujours aimé manger les tartes. Et je prends mes médicaments qui font descendre le sucre que j'ai mangé...Tu as raison qu'il faut faire attention avant d'avoir une maladie parce que quand on a une maladie comme le sucre, on doit vivre avec toute sa vie. Si tu as su manger moins de sucre avant que tu aies le sucre, quand il sera là, ça sera plus facile de changer et d'arrêter le sucre. » (femme marocaine, 57 ans, diabète)

« Il ne faut pas se priver totalement de tout. Ça me fait plaisir de manger ce que je mange mais ça me fait aussi plaisir de manger un peu de gras de temps en temps. Ce n'est pas souvent, c'est peut-être une fois tous les 4 mois. » (femme marocaine, 60 ans, diabète)

Comme **2^{ème} sens**, on peut noter la **culture**. Toutes les personnes interrogées disent que dans leurs cultures, leur alimentation est sucrée et salée et un peu grasse. Elles disent qu'elles ne peuvent pas manger de plats sans sel et sans sucre. C'est pourquoi, la plupart d'entre elles ont diminué la quantité de sel et de sucre dans leurs plats en revoyant leurs recettes et ajoutant d'autres ingrédients. Certaines ont arrêté complètement le sucre et le sel dans leurs plats et diminuent la quantité de sel et de sucre dans les plats de leurs enfants et époux. Toutefois, certaines n'ont ni diminué, ni arrêté et disent que ce n'est pas possible d'envisager de consommer des plats sans sel, ni sucre.

« Ils savent que notre alimentation est remplie de sel, de sucre et un peu moins de gras. On sait que ce n'est pas bon pour la santé mais ils pourraient nous dire comment changer et ce qu'on peut manger et supprimer petit à petit de notre alimentation. Ces informations pourraient être données lors d'une formation ou par le médecin ou l'infirmière. » (homme turc, 72 ans, hypertension)

« J'ai changé surtout comment je cuisine. Je ne mets plus de sel, plus beaucoup de beurre, plus beaucoup d'huile. Même dans les gâteaux que je fais, je ne mets pas beaucoup de sucre, comme il y a des personnes qui sont diabétiques dans notre famille. J'essaie de faire attention à tout ce que je cuisine. » (femme turque, 43 ans, hypertension)

« C'est connu chez nous qu'on boit 6-7 verres de thé turc. Mais j'en buvais 4 avant, maintenant je bois qu'une tasse parce que ce thé se prend avec du sucre sinon ce n'est pas bon. Je ne prends qu'un verre sans sucre. » (femme turque, 42 ans, diabète)

La 1^{ère} **tension** que nous avons relevée est le ***souhait de ne pas manger sucré ou salé et l'habitude du goût ou d'être invité***. Tous les participants ont parlé du fait qu'ils souhaitent ne pas consommer d'aliments sucrés ou salés mais qu'ils ne sont pas facilités quand ils se rendent chez des gens. Certains disent ne pas aimer se rendre chez les gens et aiment rester chez eux, d'autres mentionnent que lorsqu'ils se rendent chez des invités, ils aimeraient ne pas manger de produits sucrés ou salés mais pour ne pas paraître impolis, ils en consomment modérément. De plus, beaucoup de participants soulignent que le plus difficile est de rompre une habitude d'un besoin fondamental quand les autres ne la rompent pas et pour certains d'entre eux, ils ne parviennent pas à adapter ce besoin profondément ancré.

« Je rends rarement visite à des connaissances et quand j'y vais, je ne mange rien. Je ne les invite pas souvent chez moi et eux quand ils m'invitent, j'essaye d'y aller pour ne pas blesser la personne mais mes amis savent que j'aime bien rester chez moi. » (homme marocain, 73 ans, hypertension)

« Au début, le plus difficile, c'est de voir tout le monde manger avec du sel, et nous on ne peut pas. On essaye de résister mais on ne tient pas longtemps. Et le médecin répétait qu'il faut faire attention sinon on aura des problèmes plus graves. On diminue et arrête après » (femme turque, 43 ans, hypertension)

« Je n'ai plus ce goût pour tout ce sucre. C'est trop. Même quand je vais chez des gens et ils déposent des gâteaux pour le café, je dis que je ne veux pas et que je ne peux pas en manger comme je suis malade. Ils me donnent quand même une part mais je dis non et je finis par goûter comme tout le monde me regarde comme si j'avais fait quelque chose... » (femme turque, 80 ans, diabète)

La 2^{ème} **tension** est le ***désir de « se conformer » au régime prescrit et le fait de ne pas tenir à long terme***. La plupart des participants font attention à leur alimentation et suivent les conseils médicaux. Certains d'entre eux parviennent à tenir sur le long terme par l'arrêt progressif et d'autre disent ne pas résister à la tentation de voir les autres manger des aliments sucrés ou salés ou gras. D'autre part, l'environnement familial et de travail ne facilitent pas toujours cela. Notons que pour beaucoup de participants, ils ont fini par arrêter totalement car leur glycémie ou tension artérielle ne se stabilisait pas par les médicaments.

« Je fais attention à ce que je mange. Je ne mange pas trop de sucre, pas trop de sel et pas trop de choses grasses. Mais je n'ai pas facile à tenir cela, surtout ce qui est gras. Comme je vends de la viande au marché, je tiens une sorte de snacks, comme je fais que des sandwiches, à la fin, je finis par toujours en manger et j'aime bien la viande (Rire). » (homme turc, 45 ans, diabète)

« Il faut que je perde plus pour ne pas me faire opérer. J'ai les feuilles pour suivre le régime mais je n'arrive pas à suivre le régime. J'ai essayé au début mais je ne le fais pas longtemps. Je cuisine des choses sucrées, salées, grasses pour les enfants et mon mari et moi... » (femme turque, 45 ans, diabète)

« *Tout le monde mange du sucre, où je vais il y a du sucre, je voulais arrêter mais je n'arrivais pas. Le médecin généraliste m'avait dit d'arrêter les gâteaux qui étaient trop sucrés et que j'aimais moins mais que je mangeais quand même. J'ai su arrêter et il m'a dit d'arrêter petit à petit un plat sucré. Et ma fille a commencé à faire attention à ce qu'elle cuisinait. Je devais faire attention comme ma glycémie n'arrivait pas à être normale...* » (femme turque, 74 ans, diabète et hypertension)

La 3^{ème} **tension** mentionnée est le fait **de devoir faire attention et la présence d'obstacles financier, familial et culturel**. Tous les participants ont mentionné qu'au début de leur maladie, ils avaient dû mal à ne plus mettre de sel ou de sucre dans les plats car leur alimentation a toujours été fort salée et sucrée. De plus, se priver de ces derniers aliments rendaient les plats pauvres, voire immangeables pour certains. Toutefois, au fil des années, la plupart des participants sont parvenus à changer leurs habitudes alimentaires et à manger plus sainement tandis que d'autres ne parviennent toujours pas. Tous savent qu'ils doivent faire attention et la plupart d'entre eux mentionnent des freins tels que le prix des produits non sucrés pour le peu qu'il en existe, la famille ne voulant pas consommer des plats non sucrés, non salés et non gras, les valeurs culturelles, etc.

« *Mais quand tu n'as pas fait cela et que tu as le diabète et que tu dois arrêter le sucre, c'est difficile parce que le sucre est partout. Il n'y a rien pour les gens qui ont le diabète. Le meilleur c'est de faire soi-même ces gâteaux mais il faut le temps et la force. Inventer des gâteaux pour diabétiques où il y a le goût du sucre, ça existe peut-être mais c'est cher* » (femme marocaine, 57 ans, diabète)

« *Avant, je mangeais tout, j'aimais manger plus que j'avais besoin. Je ne faisais pas attention et je me sentais lourd. Je ne savais pas beaucoup marcher même si j'aimais aussi marcher. J'étais vite essoufflé et fatigué. Je mangeais de tout et je ne faisais pas de sport mais je me levais tôt.* » (homme marocain, 74 ans, diabète et hypertension)

« *Je fais comme je peux pour éviter de mettre du sucre dans les plats. J'avais très difficile au début comme chez nous, on met pas mal de sucre dans nos plats et ne plus en mettre ce n'était pas facile pour moi et encore moins pour mes enfants et mon mari. Maintenant, ça va, j'en mets très très peu, voire pas du tout, ça dépend des plats...* » (femme turque, 80 ans, diabète)

Comme **effort de réconciliation**, on peut noter celui de **l'adaptation face aux invités**. La majorité des personnes interrogées ont souligné un obstacle qu'elles rencontrent quand elles se rendent chez des invités qui servent des plats trop sucrés, trop salés et trop gras. Certaines d'entre elles se servent une petite portion pour ne pas paraître impolies aux yeux des gens qui reçoivent. Quelques-unes ne se servent pas au début mais finissent par prendre un morceau suite à l'insistance des gens qui reçoivent. Certains des participants stipulent qu'ils sont généralement invités chez des gens de la famille ou des amis proches qui connaissent leur état

de santé et font en sorte de mettre moins de sel ou de sucre dans les plats. La plupart des participants quand ils reçoivent chez eux cuisinent salé, sucré et gras alors que quand ils ne reçoivent pas ils ne mettent pas de sel, pas de sucre. Quelques-uns d'entre eux parviennent à cuisiner comme à leurs habitudes même quand ils reçoivent chez eux, à savoir avec moins de sel et/ou de sucre dans les plats.

« On dit à nos invités qu'on ne fait plus de pâtisseries. Mon épouse fait souvent un cake et on dépose une corbeille de fruits. On leur dit bien que c'est parce que je suis diabétique et qu'on ne veut pas que nos enfants tombent malades et qu'on veut plutôt manger des fruits qui sont mieux pour la santé. Les invités ont du mal au début mais ils finissent avec le temps par accepter. Je sais que ce n'est pas comme ça chez nous mais depuis 4 ans, c'est comme ça chez moi. Quand on est invité, les gens nous servent des pâtisseries, on prend pour que les gens ne soient pas blessés. Ça ne se fait pas de ne pas manger, de ne pas prendre ce que les gens donnent. » (homme turc, 56 ans, diabète)

« Quand j'invite des gens, je fais comme avant je mets la même quantité de sucre, je ne fais pas comme les gâteaux que je fais pour mes enfants, sinon les invités ils ne vont pas manger. On les invite pour qu'ils mangent et pas pour qu'ils ne mangent pas. Et quand on est invité, on mange bien. J'aime bien inviter des gens chez moi. Je cuisine avec plaisir pour eux. » (femme turque, 45 ans, diabète)

« Je mange ce que je trouve mais je fais attention s'il y a trop de sel. Je goûte d'abord. S'il y a trop de sel dans le plat, je vais manger la salade c'est tout. S'il n'y a pas trop de sel, je vais manger le plat et la salade. Et s'il y a trop de sel dans la salade et le plat, je mange un peu de la salade. C'est tout. Mais généralement les personnes chez qui je vais, elles ne mettent pas trop de sel. Chez nous s'il n'y a pas de sel, c'est comme si on n'avait pas mangé. » (femme turque, 43 ans, hypertension)

3. Surveillance glycémie/tension

Comme *activité prescrite*, on retrouve la *surveillance de la glycémie/tension*. Tous les participants disent qu'il est important de prendre leur glycémie ou leur tension quotidiennement. La plupart des participants contrôlent leur glycémie quotidiennement et la tension artérielle est prise moins souvent, à savoir une fois par semaine ou une fois tous les X mois.

« Je prends ma tension et mon sucre tous les matins. Avant je regardais que quand je ne me sentais pas bien. Et comme je n'avais pas vraiment de symptômes, je ne regardais pas. Je ne fais plus ça. Je regarde moi-même mon sucre et ma tension et je fais aussi ma piqûre d'insuline une fois par semaine. » (femme marocaine, 67 ans, diabète et hypertension)

« Pour mon sucre, je le prends à chaque fois, je n'oublie pas. Pour ma tension, je ne la prends pas tout le temps, je prends ma tension tous les 3-4 mois mais elle est bonne. Elle est toujours à 13,14... » (femme marocaine, 48 ans, hypertension)

Certains participants ont dit ne pas prendre leur glycémie parce qu'ils en ont **marre** ou que ça **fait mal** de se piquer plusieurs fois par jour. Pour la tension, certaines personnes ne la prennent pas et la font **prendre** que quand ils se rendent chez le **médecin généraliste** ou quand ils ne **se sentent pas bien**. Il s'agit du **sens** donné à cette activité.

« *Au début, je prenais régulièrement deux comprimés de Glucophage 150 mg par jour et je ne contrôlais ma glycémie que quand j'allais chez mon médecin traitant ou mon endocrinologue. Ce n'est que depuis 4 ans que ma fille- infirmière à l'hôpital X- m'a acheté un glucomètre. Je contrôle de plus en plus souvent ma glycémie. Ma tension je la prends de temps en temps. Je la prends surtout quand je sens que mon cœur bat vite ou quand je sens que j'ai des vertiges. Je sais que c'est ma tension qui est haute.* » (homme marocain, 73 ans, hypertension)

4. Activités physiques

Comme **activité recommandée**, on peut noter le fait de **faire du sport**. La plupart des participants ne font pas une activité physique intense pour diverses raisons telles que l'âge, des problèmes de dos ou de genoux, travail à temps plein, pas envie de faire seul du sport, etc. Les participants ont souligné leur envie de faire du sport mais beaucoup d'entre eux ne trouvent pas la motivation suffisante. De plus, certains d'entre eux ont aménagé une pièce avec quelques machines qu'ils ont utilisé un temps restreint et qu'ils ont fini par abandonner. Notons qu'ils disent tous que le sport diminue le stress et qu'il pourrait les aider à le réguler.

« *Je sais que je devrais faire du sport. Ça va me faire du bien. Je serai moins stressée, je m'énervrai moins peut-être.* » (femme marocaine, 48 ans, hypertension)

« *Je sais que le sport diminue le stress mais je n'ai pas le temps d'en faire comme je travaille plus qu'avant. Avant je faisais du sport et j'étais mieux. C'est vrai que je m'énervais moins mais maintenant je n'ai plus le temps. Je dois travailler plus comme je n'ai plus ma femme et que je dois payer la maison. Je suis toujours en train de travailler...Je faisais aussi du sport au début et j'ai beaucoup maigri. J'ai arrêté à un moment et puis j'ai repris et maintenant j'ai arrêté comme j'ai bien maigri. Mais je vais essayer de reprendre ou de mettre des machines dans la cave. Je ne sais pas ce que je vais faire. Je fais quand même attention aussi à mon stress.* » (homme turc, 45 ans, diabète)

Comme **activité émergente**, on peut noter la **marche**. Toutes les personnes interrogées ont parlé de la pratique quotidienne de la marche. Ils marchent tous et aiment faire cela. Toutefois, quelques personnes ont mentionné leurs désirs de marcher davantage en étant accompagnées de quelqu'un. De plus, certaines personnes ont dit qu'elles ne pouvaient pas trop marcher parce qu'elles sont âgées et se fatiguent ou encore parce qu'elles ont des problèmes de genoux et ne supportent pas de rester trop longtemps debout.

« Par exemple aujourd'hui, je me suis dit je vais faire le ménage, faire à manger et puis faire tout le tour du canal jusqu'en haut et revenir, comme ça, ça me fait un petit 25 minutes. J'ai toujours aimé marcher, je me sens bien quand je marche. Mais le sport, je devrais reprendre, je n'en fais pas pour l'instant. » (femme marocaine, 60 ans, diabète)
« Je fais une heure de marche par jour le soir dans le quartier, dans le parc ici, comme ça je suis sûr que j'ai fait cette heure-là. C'est bon pour mon cœur. De toute façon, j'ai toujours aimé marcher, ça me détend... » (homme marocain, 80 ans, diabète et hypertension)
« Je marche tous les jours pour aller faire des courses. J'utilise la voiture que pour aller chercher les filles comme l'école est loin. Le reste, je le fais à pied... » (femme turque, 43 ans, hypertension)
« Je fais juste une chose qui me fait du bien. Je marche 20 minutes pour aller chercher mes enfants et 20 minutes au retour. Je fais ça du lundi au vendredi. Le week-end, je fais sortir les petites au parc, je marche aussi. Et quand il ne fait pas beau, je les amène au cinéma, au restaurant, chez la famille et là on prend plus les transports en commun mais on marche quand même. » (femme turque, 42 ans, diabète)

Comme *tension*, nous avons relevé **le désir de faire du sport ou de bouger et les difficultés mobiles et sociales rencontrées**. La majorité des personnes interrogées aimeraient faire du sport plusieurs fois par semaine mais ne parviennent pas à satisfaire leur désir pour diverses raisons telles que le travail, des douleurs aux genoux et au dos, le fait de ne pas trouver un sport adapté aux problèmes de santé personnels, la fatigue du fait de l'âge, la proximité des salles de sport, etc. Tous ont déjà essayé quelques machines et certaines d'entre elles ont des machines dans leur résidence. Tous soulignent que le sport leur procure du bien et certaines d'entre elles mentionnent le fait qu'elles ne tiennent pas sur le long terme. En effet, elles en font un certain temps puis finissent par arrêter. Certaines des participantes ont dit vouloir se rendre dans une salle de sport mais aimeraient être accompagnées.

« Je pourrais faire un peu de sport, comme le vélo, le tapis pour courir. Je ne fais pas parce que je n'ai pas envie de me faire mal aux genoux. Je sais marcher mais je suis vite fatigué et si je fais du vélo, je vais faire mal à mes genoux. Et j'ai plus l'âge pour faire du vélo. Je sais qu'il y a pleins de vieux qui font du sport mais je sais que chez nous, les vieux ne font pas trop de sport » (homme turc, 56 ans, diabète)
« J'aurai aimé avoir un vélo d'appartement je pense que ça me ferait du bien et ça me ferait mon sport de la journée au moins quand je ne marche pas beaucoup. Mais je n'ai pas où le mettre. Avant j'allais dans une salle de sport mais depuis que j'ai déménagé, je ne vais plus aussi souvent. Il y en a une pas très loin de chez moi mais je n'ai pas trop le temps d'y aller. Ce temps-là, je préfère le passer chez une amie avec un bon café ou thé. J'ai une carte de sport, c'est une carte familiale. Au début, quand j'allais à la salle de sport, j'aimais bien faire les cours collectifs. Et puis, j'ai commencé à faire du vélo, du tapis et à faire plus de temps et différentes machines. J'ai commencé à vraiment m'habituer à faire du sport, au moins 2 fois par semaine. Mais je n'ai pas eu vraiment le temps cette année. » (femme marocaine, 60 ans, diabète)
« J'aimerais bien aller dans une salle de sport. Si je vois d'autres personnes, ça me ferait du bien et j'aurai la motivation de faire du sport mais j'aimerais y aller avec quelqu'un, ça sera

plus facile pour en faire régulièrement... » (femme turque, 80 ans, diabète)

Comme **effort de réconciliation**, nous avons pu retenir le fait de **marcher comme une habitude depuis l'enfance**. Parmi les participants qui ont parlé de la marche comme activité quotidienne, beaucoup nous ont confié que la marche a toujours fait partie de leur vie, que ce soit quand ils étaient jeunes ou quand ils sont arrivés en Belgique. Ils disent que la marche est quelque chose qu'ils ont hérité de leurs parents et qu'ils ont toujours utilisé leurs pieds pour tout effectuer et qu'ils continuent de le faire.

« Mon père aimait bien marcher, je tiens cela de lui. » (homme marocain, 55 ans, diabète)

« Quand j'allais au Maroc en vacances, je faisais davantage de marche avec le mari de ma sœur. On marchait 10 km tous les jours. » (homme marocain, 73 ans, hypertension)

« Mais quand je suis au Maroc, on déjeune et on va marcher, moi et mon mari. Quand je pars là-bas, la vie est plus facile là-bas qu'ici. Parce que là-bas, quand je déjeune avec lui, il me dit directement après, on va marcher comme ça tout ce qu'on a mangé va bouger. On fait une bonne petite heure à pied. On aime bien faire cela. On partage un moment ensemble, on se retrouve seul et on profite du paysage. J'aime bien descendre au Maroc. » (femme marocaine, 60 ans, diabète)

« J'ai toujours tout fait à pied, ça a toujours été comme ça, depuis mon arrivée en Belgique et même avant durant ma jeunesse. On n'avait même pas de vélos, ni de voiture, c'est quelque chose qu'on a connu ici et tardivement... » (femme turque, 80 ans, diabète)

5. Activités pour solutionner les problèmes liés à la maladie

La plupart des participants soulignent les vertiges/maux de tête comme problème pour la tension artérielle et l'hypoglycémie comme problème pour le diabète. Beaucoup d'entre eux prennent leurs précautions. En effet, pour ce qui est des vertiges, ils vont **se coucher** pour faire une sieste et se mettre à l'abri des bruits et pour l'hypoglycémie, ils prennent des **bonbons ou du coca-cola** lorsqu'ils sortent ou vont se coucher au soir.

« J'ai parfois une chute de sucre et je me sens flasque, je prends un verre de coca et je vais mieux. C'est pour ça que j'ai toujours dans ma poche des bonbons et comme ça quand je ne me sens pas bien, j'en prends un. » (femme turque, 45 ans, diabète)

« J'ai toujours eu la tension un peu haute, même si je prends les médicaments. C'est ma tension qui est difficile à stabiliser. Ce n'est pas mon sucre. J'ai souvent mal à la tête. Quand j'ai cela, je vais m'allonger dans mon lit, je bois beaucoup d'eau. Je fais une sieste. Si ça ne passe pas, je prends un Dafalgan. Ça passe souvent après. » (femme marocaine, 75 ans, diabète et hypertension)

« Mon sucre descend parfois. Ce n'est pas souvent. Mais quand je suis à la maison et que je fais le ménage, il descend et je fais des pauses et ça va avec ça. Mais c'est quand je sors le problème. S'il descend, je risque de tomber dans les pommes et qui va aller chercher mes enfants ? Je prends tout le temps avec moi une cannette de coca cola, comme ça s'il descend, je peux le faire monter. » (femme turque, 42 ans, diabète)

6. Activités pour diminuer le risque de complications

Certains participants ont souligné l'importance de se faire suivre et d'écouter les médecins pour ne pas aggraver leur maladie. Ce dernier élément se manifeste notamment par le fait de ***consulter annuellement un cardiologue, un ophtalmologue et un néphrologue***. De plus, tous les participants parlent d'aller voir le médecin généraliste quand ils ne vont pas bien mais quelques-uns d'entre eux vont directement chez le médecin spécialiste concerné par leurs problèmes, sans passer par le généraliste. Pour ce qui est du diabétologue ou du cardiologue, la plupart des participants se font suivre annuellement. Notons qu'une personne par suite d'une mauvaise expérience avec le diabétologue n'est plus allée voir ce dernier.

« *Je vais quand même faire les examens des yeux, du cœur, des reins, comme je sais que le diabète peut attaquer d'autres organes.* » (homme marocain, 55 ans, diabète)

7.2.2. Autres activités de self-care

Parmi les autres activités qui ont émergé, on peut noter les catégories suivantes : l'activité liée au niveau d'instruction ; les activités liées au sommeil ; l'activité liée au statut socio-économique ; l'activité liée aux problèmes familiaux et sociaux ; la rencontre avec les réseaux familial et social ; le voyage et les activités de bien-être. Certaines de ces catégories renferment des codes. De plus, certains sens, tensions et efforts de réconciliations sont présents dans certains codes.

1. Activité liée au niveau d'instruction

Comme ***activité émergente***, il y a le fait de ***regarder un documentaire, de lire un livre pour s'informer sur la maladie***. Tous les participants interrogés regardent des documentaires sur les maladies à la TV. Certains d'entre eux savent lire dans leur langue maternelle et d'autres savent lire le français et lisent des livres qui parlent de l'alimentation et du diabète. De plus, la plupart d'entre eux utilisent l'Internet quotidiennement pour rechercher des informations ou encore pour visionner des vidéos qu'on leur envoie sur WhatsApp.

« *Je regarde un documentaire ou une vidéo que l'on m'envoie sur WhatsApp, qui parle des maladies...* » (homme marocain, 55 ans, diabète)

« *Je les ai trouvés sur Internet. Je suis une chaîne sur YouTube où il y a des gens qui parlent de ce qu'ils font pour être en forme. Il y a beaucoup de vitamines dans les légumes et la soupe c'est bon pour la santé et ça prend de la place dans l'estomac. Je lis aussi des livres où je trouve tout et les bienfaits de chaque légume. Je regarde aussi ça pour les fruits.* » (homme marocain, 74 ans, diabète et hypertension)

« *Ils font leurs devoirs, moi je reste devant la télé. Il y a beaucoup de documentaires, parfois*

c'est sur les maladies, parfois sur la nature, parfois sur la religion. Il y a à chaque fois quelque chose... Mais je ne dors pas directement. Je prends une demi-heure pour lire un livre... Je lis beaucoup de livres qui parlent sur le diabète. Ils disent que si on ne fait pas attention nous-mêmes, qui fera attention pour nous. J'ai aussi pris des brochures chez mon spécialiste qui sont écrites en turc et qui parlent du diabète et de la tension. C'est bien expliqué de façon simple. » (homme turc, 56 ans, diabète)

Derrière cette activité, on peut noter un certain **sens** mentionné par les participants, à savoir **le désir d'apprendre**. Parmi les personnes interrogées, la plupart n'était pas allé à l'école ou avait un niveau primaire. Ces dernières ont clairement émis leur souhait d'apprendre à parler le français pour pouvoir se rendre seule chez les professionnels de la santé et ne pas avoir à dépendre d'un proche aidant mais aussi pour pouvoir se rendre où elles le désirent. Certaines d'entre elles ont dit vouloir apprendre à lire pour pouvoir comprendre tout type de document et mieux comprendre les enjeux de leur maladie.

« Je ne sais pas lire mes lettres et je dois toujours demander à ma fille. C'est elle qui règle les papiers. Quand elle ne sait pas, j'appelle une de mes autres filles ou fils qui le fait. Comme je n'ai pas été à l'école, c'est difficile pour moi de comprendre ce qui est bon ou pas bon... J'aimerais bien aussi peut être faire des cours de français pour aller toute seule chez le médecin, lire mes lettres, écouter les chaînes de nature. » (femme marocaine, 80 ans, hypertension)

« J'aime beaucoup lire. J'ai toujours aimé apprendre, apprendre. Les études c'est important dans la vie. Si on veut devenir quelqu'un, il faut étudier. » (homme marocain, 80 ans, diabète et hypertension)

« Mais quand ma fille ou ma petite-fille vient à la maison je lui dis de me dire si les chiffres sont bons. J'aimerais savoir ce que ça veut dire mais je ne sais pas » (femme marocaine, 75 ans, diabète et hypertension)

2. Activités liées au sommeil

Comme **1^{ère} activité émergente**, on peut mentionner le fait d'aller **dormir plus tôt**. La plupart des participants dorment et se réveillent tôt. Ils disent faire cela pour avoir la force de faire ce qu'ils doivent faire durant leurs journées. D'autres participants émettent le désir de prendre l'habitude de dormir et se réveiller tôt mais ne parviennent pas car ils ont l'habitude de dormir tard et de faire certaines de leurs tâches la nuit et le matin comme ils dorment tard, ils ont dû mal à se réveiller.

« J'aime bien dormir tôt et me lever tôt. Avant je dormais tard mais j'avais du mal à tenir ma journée. Ma fille m'a conseillé de dormir tôt et de me lever tôt. C'est ce que j'ai fait et ça me fait du bien. C'est vrai que je tiens mieux ma journée. » (femme turque, 74 ans, diabète et hypertension)

« Le matin, j'ai parfois du mal à me réveiller comme je ne m'endors pas tôt. J'ai déjà essayé

de m'endormir un peu plus tôt mais je n'y parviens pas, je suis habituée à dormir tard. Je devrais dormir plus tôt mais je n'y arrive pas. » (femme turque, 43 ans, hypertension)

Comme **2^{ème} activité**, c'est de ***se reposer pendant la journée pour être moins fatigué***. La plupart des personnes interrogées disent qu'il est important de se reposer et ces dernières effectuent une sieste en milieu de journée pour récupérer et être plus en forme pour le reste de la journée. En effet, vu leurs tâches respectives et leur âge, elles se sentent plus souvent fatiguées. Certaines d'entre elles ont également opté pour la délégation de certaines tâches à des proches aidants telles que le fait de préparer à manger, de faire les courses, etc.

« Je me fatigue de plus en plus. J'essaye de faire une sieste pendant la journée mais je ne parviens pas tout le temps à la faire comme je vais à chaque fois chez un de mes enfants. Je dors alors vers 10h30 du matin pour récupérer un peu... » (femme marocaine, 80 ans, hypertension)

« Maintenant, je n'ai plus la force de cuisiner. C'est ma belle-fille qui cuisine pour nous. Je profite plus du temps pour me reposer... » (femme marocaine, 67 ans, diabète et hypertension)

« J'ai souvent des courbatures et ça me fatigue. Je ne sais pas faire ce que je dois faire. Je fais une tâche puis je fais une pause, je fais une autre. Parfois je fais une sieste et je me réveille un peu moins fatiguée et j'arrive à faire plus de choses. J'essaye de faire comme je peux... J'essaye de me reposer dès que j'ai du temps. La sieste l'après-midi m'aide beaucoup pour faire ce que je dois faire le soir. » (femme turque, 45 ans, diabète)

3. Activité liée au statut socio-économique

Comme **activité émergente**, on peut mentionner le fait de ***réaliser les tâches respectives quotidiennes***. Tous les participants sont pris par des tâches qui doivent être réalisées au quotidien. Concernant les participantes, elles ne travaillent pas et sont toutes femmes au foyer et s'occupent essentiellement de la maison et des enfants. Concernant les participants, certains travaillent et s'occupent uniquement de leur travail et des courses à faire et parmi eux, il y en a qui n'ont plus leurs épouses et sont perdus dans les tâches ménagères. D'autres sont pensionnés et aident leurs épouses dans les tâches ménagères, en plus des courses à effectuer.

« Je fais un peu de rangement. Je vais prendre mes lettres, je les lis, je regarde une émission à la télé. Vers 11h, je prends une pomme verte et une orange. À 13h, je fais du poulet dans de l'huile d'olive ou du kefta ou du poisson, je fais des légumes, souvent pommes de terre, carottes, aubergines, patates douces, brocolis. Je les fais à la vapeur, je fais une sauce soit à l'huile de l'olive ou à la crème fraîche... Je dois tout faire, je ne sais pas par où commencer quand je vois mon appartement. Quand mon épouse était là, la maison était rangée, tout était à sa place. » (homme marocain, 80 ans, diabète et hypertension)

« Je prépare le déjeuner pour toutes mes filles et mon mari. Je bois juste un verre d'eau et

une tasse de café avec eux. Je ne déjeune pas avec eux comme je prépare le manger des petites et je n'ai pas faim à ce moment-là. J'amène mes 2 filles à l'école...Vers 11h, je commence à ranger l'appartement. Je fais une lessive, je fais toutes mes tâches ménagères. Vers 13h, je prépare à manger. Je fais le plat chaud que mes filles mangeront quand elles rentreront. » (femme turque, 43 ans, hypertension)

« Le matin, je déjeune, je prépare le sac de mes filles, je leur fais le déjeuner, après je les amène à l'école. Quand je reviens de l'école, je fais le ménage des 3 étages de ma maison... C'est d'abord mes enfants avant moi. Ils passent avant tout. S'ils ne sont pas bien, je ne suis pas bien....Quand on a un enfant c'est une responsabilité, on doit veiller à son bien. On veut qu'il soit tout le temps bien. Moi-même si je ne vais pas bien comme j'ai la maladie, ce n'est pas grave, ça passe après mes enfants.... » (femme turque, 42 ans, diabète)

Le **sens** que l'on a pu relever derrière cette activité est le fait **d'avoir un rythme ordonné dans la vie**. La plupart des participants nous ont parlé de l'importance d'avoir une planification journalière des tâches à effectuer et d'être organisé pour réaliser ces dernières. Ils nous ont tous décrit une journée typique avec un style ordonné et ne laissant pas trop la place à des imprévus. Le fait d'organiser ces activités semblent être une zone de maîtrise fondamentale pour beaucoup de participants.

« C'est plus l'organisation mon problème. Je suis perdue quand je vois tout ce que j'ai à faire. Je n'étais pas comme ça avant. Tous mes frères et sœurs, c'est moi qui me suis occupée d'eux. J'arrivais à tout faire. Je faisais plusieurs choses en même temps. Maintenant avec les mariages de mes enfants à organiser j'ai du mal. J'ai 2 que j'ai déjà fait et j'en ai un dans 3 semaines et j'ai encore tellement de choses à faire. Juste y penser ça me stresse. Je ne sais pas par où commencer quand je vois la liste de choses que je dois faire. Je suis fatiguée, je n'arrive plus à tout faire. » (femme marocaine, 48 ans, hypertension)

« Pour prendre soin de moi, j'ai un mode de vie assez ordonné, permanent et connu par ma famille. » (femme turque, 42 ans, diabète)

4. Activité liée aux problèmes familiaux et sociaux

Comme **activité émergente**, il y a le fait **de sortir prendre l'air ou le fait de ne plus penser aux problèmes**. La plupart des participants soulignent l'importance et le bienfait de sortir pour s'aérer l'esprit lorsqu'ils rencontrent des disputes ou problèmes dans leurs foyers. De plus, certains d'entre eux optent pour la solution de ne plus penser à leurs problèmes et d'être dans un esprit plutôt de relativisation alors que d'autres empruntent des alternatives telle que pleurer quand la pression est trop importante.

« C'est quand je vais m'énervé que ça ne va pas et que ma tête me fait mal...Moi aussi, dès que je m'énervé, je suis par terre. Tu sais bien avec le mari, les enfants, tout ce que je dois faire, c'est normal de s'énervé. Mais ce n'est pas bon. Et je suis allongée pendant 2-3 jours...J'essaye de sortir tous les jours pour voir autre chose et pas toujours penser à mes

<i>problèmes ou rester à la maison... » (femme marocaine, 63 ans, diabète et hypertension)</i>
<i>« Ces derniers temps, je pense beaucoup comme j'ai pas mal de soucis entre les problèmes de ma fille avec son mari, les problèmes de mes enfants, mes dettes, ma santé, je m'énerve toute seule et je sais que ce n'est pas bon pour mon cœur...C'est vrai que j'angoisse souvent mais je ne sais rien y faire...Parfois c'est très fort et je me mets à pleurer » (femme marocaine, 80 ans, hypertension)</i>
<i>« Quand je m'énervais avant, je ne mangeais même plus et je ne m'endormais même pas. Je pensais sans cesse aux problèmes. Je ressassais tout. Je ne fais plus cela depuis que j'ai eu l'opération. Je ne pense plus aux problèmes de mes enfants, je me dis que cela va s'arranger... » (homme marocain, 74 ans, diabète et hypertension)</i>

Comme **tension**, on peut noter le fait de **garder tout en soi et le désir de parler à quelqu'un**. Certains participants ont émis le désir de se confier à des personnes pour raconter leurs problèmes. Ils disent garder généralement cela en eux et que culturellement, ils grandissent en ne racontant pas leurs problèmes mais en les contenant. Parmi eux, certains se confient à leur époux/épouse quand il y a un trop plein lors d'un nombre important de problèmes ou à un membre de la famille sans pour autant entrer dans les détails. De plus, quelques personnes nous ont dit qu'elles parlaient de leurs problèmes à leurs amis et que cela leur permettait d'aller dans le détail et de se sentir vraiment écoutées et conseillées. Notons que 2 participants nous ont clairement dit qu'ils aimeraient parler de leurs problèmes à des professionnels de la santé.

<i>« Ce que je veux aussi, c'est que je parle avec un professionnel pour parler de ce que je ressens comme je garde tout en moi. Ma fille essaye de me faire parler mais j'ai du mal à lui parler de mes problèmes. Elle a elle-même ses problèmes, je ne vais pas lui rajouter les miens pour qu'elle soit triste pour moi. J'ai toujours gardé mes soucis pour moi. Je n'en parle pas du tout à quelqu'un, sauf à 2 de mes beaux-frères, qui me connaissent depuis petit» (homme marocain, 55 ans, diabète)</i>
<i>« Je pourrais aussi parler à quelqu'un. Je sais que ce n'est pas bien de tout garder en soi. Moi je garde tout pour moi. Je suis comme mon mari. On a tous les 2 la tension mais on ne parle pas quand quelque chose ne va pas. On garde chacun pour soi. Quand c'est vraiment lourd, je lui parle parce que c'est trop à garder mais il ne répond rien. J'ai pris l'habitude de garder pour moi. Je ne dis plus rien. Quand il y a quelque chose qui me dérange, je garde et je m'énerve toute seule » (femme marocaine, 48 ans, hypertension)</i>
<i>« Le plus dur, c'est d'avoir personne à qui raconter ces problèmes. Je parle avec mon mari et mes enfants quand quelque chose ne va pas mais je ne rentre pas dans le détail, c'est juste que ça doit sortir. Mais quand je rencontre une amie, je lui raconte le détail, ça me fait du bien. Mes enfants m'écoutent et me disent oui pour me faire plaisir et me disent de patienter mais ma copine me donne des conseils et me rassure parce qu'elle a parfois vécu ce que je vis... » (femme turque, 80 ans, diabète)</i>

Comme **1^{er} effort de réconciliation**, il y a **la patience face aux problèmes**. Certaines des personnes interrogées ont parlé de la patience comme alternative aux problèmes personnels. En effet, ces dernières disent qu'elles ont des problèmes familiaux et que généralement en faisant preuve de patience, les choses finissent par s'arranger. Il semblerait qu'elles relativisent leurs problèmes avec le temps. Toutefois, quelques-unes d'entre elles disent qu'elles ont tenté de discuter avec les personnes concernées par les problèmes mais que cela n'a pas arrangé les choses et que la patience et le temps semblent meilleurs pour résoudre leurs problèmes.

« On ne se promène pas ensemble ici. Une fois, mes enfants nous ont invités pour aller manger au restaurant. Il a dit si votre mère vient, je ne viens pas. Ça c'est un simple exemple. Je sais qu'il ne veut pas sortir avec moi ici. On fait juste les courses ensemble. J'aimerais bien qu'il sort avec moi mais il ne veut pas. Il est comme ça et je le prends comme il est. C'est difficile parfois mais j'ai l'habitude depuis 30 ans que je suis mariée. Il a évolué...J'ai essayé de lui en parler au début de notre mariage, mais ça n'a pas trop arrangé les choses. J'ai préféré me montrer patiente parce qu'à côté de ça, il est très bien. » (femme marocaine, 48 ans, hypertension)

« Mais lui aussi, il s'est calmé. Il faisait aussi des trucs bizarres. Il ne me supportait plus, il ne me regardait plus, dès qu'il me trouve là, il ressort. C'était devenu un petit peu gênant et difficile et ça me travaillait. C'est ça. Et lui aussi il prend beaucoup de médicaments, c'est peut-être à cause de ça aussi, les changements d'humeur. Je me suis montrée patiente avec lui. J'ai fait ce que je pensais être bien et bon pour nous deux. » (femme marocaine, 60 ans, diabète)

« J'ai aussi parfois des problèmes familiaux qui sont difficiles à résoudre et j'y pense beaucoup. J'en parle à mon mari pour vider mon sac et j'attends que les choses se calment pour en reparler avec les personnes. Mais souvent, juste en patientant un peu, les personnes reviennent et tout redevient comme avant. » (femme turque, 43 ans, hypertension)

Comme **2^{ème} effort**, nous pouvons relever le **désir de s'adapter face au stress induit par les problèmes**. Les personnes interrogées qui ont évoqué le niveau de stress dans leur vie disent pour certaines qu'elles ont arrêté de penser aux problèmes de leurs proches pour réduire la charge du stress quotidien alors que d'autres disent être désireuses de ne plus stresser mais ne savent pas comment y parvenir et souhaitent se faire aider.

« Je pense aussi beaucoup aux problèmes de mes enfants et à mes dettes, je devrais moins y penser parce que ça m'angoisse et ça fait monter ma tension. Ça serait bien qu'on m'aide pour tout ça » (femme marocaine, 80 ans, hypertension)

« J'essaie de rester de bonne humeur, de profiter du temps que j'ai pour faire ce que j'aime. J'essaie de me calmer quand je m'énervé parce que mon sucre et ma tension montent et ça ne va pas. J'essaie alors d'éviter les disputes quand je sais que ça commence à hausser le ton, je sors pour prendre l'air et je rentre après. J'essaie d'en rediscuter le lendemain comme ça on peut réfléchir un peu à ce qu'on a dit ou fait. » (homme marocain, 73 ans, hypertension)

« Mais ce n'est plus comme ça. Je ne pense plus comme avant à mes problèmes où un rien me faisait de la peine et je ne savais pas dormir. Je pensais à tout ça. Je ne fais plus cela. Comme je sais que ce n'est pas bon de trop garder et de penser aux problèmes, je me dis chacun ces problèmes et je n'ai pas à penser aux problèmes de mes enfants. » (homme marocain, 74 ans, diabète et hypertension)

5. Rencontre avec les réseaux familial et social

Comme *activité émergente*, on peut mentionner le fait de *visiter la famille et les amis*. Tous les participants ont mentionné les rencontres familiales et qu'ils aiment être entourés par la famille. La plupart d'entre eux voient leurs familles quotidiennement, habitant avec eux ou dans le même immeuble. De plus, la plupart des participants voient leurs amis quotidiennement. Néanmoins, certaines personnes interrogées ont souligné le fait qu'elles n'avaient pas d'amis et ont émis leurs désirs d'en avoir.

« Quand je vais aussi chez mes enfants, ils tiennent compte du fait que je suis malade et prennent soin de moi. ... Je vois les gens que j'aime. On parle beaucoup de choses qui nous réunissent ... » (homme marocain, 73 ans, hypertension)

« J'aimerais bien aller dans une salle de sport pour voir d'autres femmes comme je vois d'autres femmes à la mosquée. J'apprends l'arabe et à lire avec elles. Ça fait plaisir de voir d'autres femmes et de ne pas rester toute seule à la maison ... » (femme marocaine, 67 ans, diabète et hypertension)

« Je n'ai pas d'amies. Je n'ai que ma famille. Je n'ai jamais eu d'amies. J'avais une bonne amie quand j'étais jeune et quand je me suis mariée, je l'ai perdu de vue.... J'ai ma sœur qui m'appelle pour prendre de mes nouvelles, je parle beaucoup avec elle et ça me fait du bien. Je parle aussi beaucoup avec ma fille mariée. On est toujours aussi proche même si elle est mariée. ...J'ai aussi fait des cours d'arabe...Je me suis faite des copines, ça me sortait de ma routine et de la maison. Mais maintenant je ne fais plus, avec les mariages de mes enfants, je n'avais plus le temps. Je devrais reprendre » (femme marocaine, 48 ans, hypertension)

Comme *1^{er} sens*, nous avons trouvé la *dépendance bienveillante des aidants*. La plupart des participants dépendent d'un ou plusieurs proches aidants pour des activités ponctuelles telles que faire les courses, faire à manger, accompagner pour les rendez-vous médicaux, etc. Ces personnes disent qu'elles ont besoin d'aide de la part de leurs proches. En effet, elles disent que cela leur permet de comprendre mieux certaines informations relatives à leurs maladies, d'être rassurées ou encore de passer du temps avec leurs proches.

« Ma fille qui est infirmière me fait les piluliers. Elle connaît bien tout. Elle vient à mes rendez-vous pour le médecin. Elle m'explique cela c'est pourquoi... Si je vais pour quelque chose de précis comme pour avoir des nouvelles d'un examen, je prends ma fille comme ça elle va bien m'expliquer ce que le docteur va dire et je peux aussi lui poser des questions via ma fille. Si c'est pour faire une prise de sang ou avoir des ordonnances, je vais seul »

(homme marocain, 73 ans, hypertension)
« Comme j'ai ma fille qui habite en face de moi, je vais manger chez elle. Elle cuisine des choses plus difficiles et meilleures. J'aime bien aller manger chez elle. Elle fait aussi attention à ce qu'elle cuisine. Elle ne fait pas des choses trop grasses ou trop sucrées...Et vers 19h, ma fille vient sonner à ma porte pour que j'aille chez elle. Je vais boire un thé ou un café tous les jours chez elle. Je mange un gâteau qu'elle fait elle-même. Elle n'achète pas de gâteau de la boulangerie quand c'est pour moi. Elle fait attention. » (femme turque, 74 ans, diabète et hypertension)
« Elle m'explique les chiffres, elle me rassure et prend le temps avec moi. Quand la tension est trop haute, elle reste avec moi, elle m'écoute et me donne des conseils. Elle m'a par exemple dit de ne pas boire beaucoup de café comme ce n'est pas bon pour ma tension. Je buvais 3 tasses par jour maintenant je bois une tasse de café et une tasse de thé. Elle m'aide beaucoup. » (femme turque, 43 ans, hypertension)

Comme 2^{ème} sens, nous avons noté le **sentiment de solitude**. Certains participants nous ont confié qu'ils se sentaient seuls, du fait d'avoir perdu leur conjoint ou que ce dernier soit hospitalisé. En effet, le conjoint semble être un repère et un véritable soutien pour les participants. De plus, ils nous ont souligné que l'ordre des tâches quotidiennes ne peut être atteint en l'absence d'une des 2 personnes du couple.

« J'ai plus ma femme, c'est elle qui me soutenait dans tout. Elle était toujours derrière moi, je parlais avec elle quand j'avais un problème. Elle était là pour moi. Maintenant je suis tout seul. » (homme marocain, 80 ans, diabète et hypertension)
« C'est difficile pour moi comme mon mari n'est pas là, je me sens seule. Il m'aide beaucoup dans tout... Mon mari est à l'hôpital. Il ne veut pas que je reste toute seule et moi aussi. Il n'aime pas me savoir seule. Il y a toujours un de mes enfants ou petits-enfants avec moi. Ils ne me laissent pas seule la nuit...Ça serait bien qu'il y ait quelqu'un avec moi pendant la journée, qui pourrait m'aider dans tout ce que je fais. Elle va m'aider dans la cuisine, les tâches ménagères, à sortir me promener. » (femme marocaine, 75 ans, diabète et hypertension)

Comme **tension ressentie**, il y a celle entre le **soutien familial et le sentiment de solitude**. Tous les participants sont entourés par leur famille et accordent une importance capitale à cette dernière. Mais la plupart d'entre eux disent que lorsqu'ils se retrouvent en famille, ils préfèrent ne pas parler des problèmes mais plutôt de situations heureuses. Beaucoup d'entre eux disent garder leurs problèmes et trouvent d'autres moyens d'évacuer le trop plein que par la parole, quand bien même certains ont parlé de leur désir de vider leur sac par la parole. Il semblerait que la famille entoure et soutient partiellement et que les participants se retrouvent seuls face à leurs problèmes.

« J'ai ma famille mais c'est vrai qu'avoir des amies, ça m'aurait fait du bien. Quand je vois mes sœurs qui voient leurs amies et qu'elles passent de bons moments, j'aimerais aussi en

avoir. Ça change de la famille. On peut raconter plus de choses. Ça pourrait m'aider de voir des amies pour vider mon cœur sans aucune conséquence. Ça me permettrait peut-être de moins m'énerver comme je vide ce que j'ai » (femme marocaine, 48 ans, hypertension)

« Et ma famille, je ne leur parle pas de mes problèmes. Quand je les vois, j'aime bien que ce soit eux qui me racontent des choses et pas moi qui parle. Mais c'est vrai que parfois j'explose à cause de mes problèmes et la cigarette me fait du bien. » (homme turc, 45 ans, diabète)

« On a tous nos problèmes et on doit essayer de les régler comme des grands sans parler aux autres. Je sais que si je dis tous mes problèmes à mes filles ou ma famille, ils ne seront pas bien, ils auront de la peine pour moi. Je n'ai pas envie de faire cela. Je préfère qu'ils me voient bien. On a tous nos problèmes. Mais quand c'est quelque chose de grave que je ne sais pas garder, je parle avec ma famille. Quand on est en famille, on parle plus de ce qui va bien, qui nous rend heureux... » (femme turque, 45 ans, diabète)

Comme **1^{er} effort de réconciliation**, nous pouvons trouver ***l'époux, l'enfant comme soutien principal***. La majorité du public a mentionné l'époux/épouse ou la fille ou fils comme représentant le soutien principal, sans qui, la vie serait difficile. En effet, les participants disent qu'ils aiment se confier à un proche aidant et qu'ils y trouvent un confort. De plus, la plupart des participants disent se sentir soutenus par leur proche en question mais que parfois, ils ne confient pas tout à leur proche pour ne pas l'inquiéter. Notons que la plupart des couples disent parvenir à se soutenir mutuellement dans la vie de tous les jours.

« Mon mari m'aide. Il me dit de faire attention à ce que je mange, quand on va faire les courses, il n'est pas trop content quand je prends des biscuits. Il fait ce qu'il peut pour m'aider. Je parle beaucoup avec lui et il est à mon écoute. » (femme marocaine, 57 ans, diabète)

« Ma femme me soutient beaucoup dans tout. Quand je ne vais pas bien, elle me demande ce qui ne va pas, elle m'écoute pendant des heures. Pour ma santé aussi, quand j'ai eu du mal à marcher, elle m'a beaucoup rassuré et m'a dit que l'opération irait bien. Elle essayait de venir tous les jours quand j'étais à l'hôpital. Quand elle ne savait pas, elle m'avait au téléphone. Elle ne restait pas un jour sans venir me voir ou m'appeler. J'aimais bien la revoir mais je voyais que je lui manquais. » (homme turc, 72 ans, hypertension)

« J'ai ma fille. Je lui dis tout. Elle sait tout de moi. J'ai aussi un autre fils qui habite en dessous de moi, il sait aussi ce que je pense mais je ne lui dis pas tout... » (femme turque, 74 ans, diabète et hypertension)

« Comme mon mari est aussi malade, on essaye de se soutenir mutuellement. Il fait très attention à ce que je cuisine. Il ne veut pas que je sois encore plus malade. Mais il fait moins attention pour lui, que pour moi... » (femme turque, 80 ans, diabète)

Comme **2^{ème} effort de réconciliation**, nous pouvons dire la ***famille comme aide régulière***. Tous les participants disent être aidés dans leurs tâches quotidiennes par leur famille. Certains d'entre eux sont davantage aidés, au point qu'ils ne font plus les tâches ménagères, ni les courses. En effet, les enfants vont même jusqu'à préparer des plats moins sucrés, moins salés

et moins gras et font plus attention aux habitudes alimentaires familiales. Mais, la plupart des participants effectuent leurs tâches avec une aide partielle de la part de leurs enfants et de leur époux/épouse. Quelques personnes ont émis le désir d'être davantage aidés par leurs enfants, jugeant leur aide insuffisante.

« Je profite pour faire toutes mes tâches ménagères avant de sortir pour ne plus avoir à penser à cela. Quand mes enfants sont là, je leur laisse des tâches minimales à faire pour que je puisse faire la marche... Mes filles m'aident aussi beaucoup. Ma machine à sécher est en haut et c'est elles qui font cela comme j'ai été fatiguée de la journée, je ne monte pas au 3ème étage... On fait aussi des gâteaux maison, surtout mes filles et mon fils qui travaillent dans la boulangerie. » (femme marocaine, 63 ans, diabète et hypertension)

« Mes enfants m'aident. Ma belle-fille est avec moi à la maison et c'est celle qui m'aide le plus. Mes autres enfants sont mariés et ils ont leurs enfants. Ils m'appellent tous les jours pour savoir si je vais bien. Ils me font des voyages chaque année. Ils viennent à la maison le week-end. Ils se retrouvent tous ici. Je vois mes enfants et mes petits-enfants. La maison est remplie et il y a plein de bruits. Quand ils partent ça devient très calme et c'est comme s'il n'y avait personne qui était venue. Je me retrouve avec Fatima et mes 3 petits-enfants » (femme marocaine, 67 ans, diabète et hypertension)

« Mes filles ne m'abandonnent pas. J'ai besoin de rien. Elles sont toujours là pour moi. Parfois je n'ai pas envie de faire à manger, elles me font sortir pour qu'on mange dehors ou elles me ramènent à manger de dehors. » (femme marocaine, 75 ans, diabète et hypertension)

6. Voyage

Comme **activité émergente**, il y a le **retour dans le pays de naissance**. Toutes les personnes interrogées vont en vacances annuellement dans leur pays d'origine et certaines d'entre elles y vont plusieurs fois par an. Tous les participants ont un attachement particulier à voyager dans leurs pays d'origine, y trouvant une maison leur appartenant, une famille et des amis qu'ils ont quittés. De plus, la plupart d'entre eux vivent dans des régions montagneuses et ont leur propre potager.

« Là-bas, c'est autre chose, on se sent bien. On a la famille, on est tout le temps avec quelqu'un et on respire de l'air frais. On vit dans les montagnes, c'est très naturel. » (homme turc, 56 ans, diabète)

« J'aime bien, j'aime bien là-bas parce que je ne vis pas la même chose qu'ici, étant donné que je sors plus souvent et plus longtemps et avec mon mari. L'air est plus propre, on dirait qu'on respire vraiment. Et même quand je suis toute seule parce que mon mari n'est pas toujours avec moi, je prends le taxi, je vais en ville et je fais mes courses. Il arrive qu'il ne veuille pas sortir et moi comme j'ai besoin de sortir tous les jours pour marcher, voir autre chose, je prends le taxi et je vais là où je veux. Je suis quelqu'un d'indépendante, je n'ai pas besoin d'être guidée par là ou par-là et avoir quelqu'un avec moi. » (femme marocaine, 60 ans, diabète)

« Je vais en Turquie 2 fois par an et je reste 2 mois. J'ai ma maison là-bas. J'ai aussi ma famille là-bas... » (femme turque, 74 ans, diabète et hypertension)

Comme *1^{er} effort de réconciliation*, il y a *le voyage comme une autre ambiance*. Tous les participants ont décrit le voyage dans leur pays d'origine comme une activité nécessaire et bénéfique pour eux. Ils se sentent bien quand ils sont là-bas et disent être moins stressés. De plus, le fait qu'ils ont leur maison, leur potager et leur famille semblent être des éléments qui leur procurent du bien et les mettent à l'aise. Ils aiment également cet aspect de l'environnement qu'ils qualifient de plus frais par l'air moins pollué et les fruits et légumes de saison. Ils ressentent le besoin de rentrer chaque année et pour certains plusieurs fois par an. Beaucoup d'entre eux disent faire du sport ou cuisiner eux-mêmes, activités qu'ils semblent moins, voire pas effectuées dans leur pays de résidence.

« L'huile vient de mon propre champ au Maroc, elle est encore meilleure quand on l'a préparé avec ses mains et qu'on la mange après... C'est autre chose. On a notre champ, on a tous les légumes et fruits. On prend tout de là. Ce sont des fruits et des légumes de saison. Ils ont du goût. Même l'eau vient de notre puit. On a le soleil, les fruits et les légumes, on a la mer pas loin. » (homme marocain, 74 ans, diabète et hypertension)

« Il fait chaud, les gens sont contents, ils sourient beaucoup, ils ne stressent pas. On sent que c'est les vacances et je suis moins stressé là-bas. Je mange bien, je marche beaucoup. Je transpire beaucoup et c'est bien pour mon sucre. C'est un sport naturel, pas besoin de faire trop d'effort. Je vois aussi quelques personnes de ma famille et on fait beaucoup de choses ensemble. C'est autre chose, je me sens reposé quand je suis là-bas. » (homme turc, 45 ans, diabète)

« En Turquie, je marche plus et je fais même du vélo. Comme j'ai un peu plus le temps, je peux faire du vélo. Mon frère a un vélo d'appartement là-bas, comme il habite avec mes parents, je peux aller dans son appartement et faire du vélo. J'en fais le lundi et vendredi, ce sont les jours où on ne va pas à la mer ou en ville et qu'on reste dans le village... J'aime bien aussi la Turquie parce que les fruits et légumes sont frais, on ne doit même pas les acheter, on va au jardin, on trouve tout ce qu'on a besoin. J'aime surtout boire un thé à la terrasse. » (femme turque, 42 ans, diabète)

7. Activités de bien-être

Comme *activité émergente*, nous pouvons noter la *pratique du massage*. La plupart des personnes interrogées portent un intérêt particulier à la pratique du massage. En effet, elles se massent quotidiennement soit elles-mêmes, soit par un proche aidant.

« Ma fille est masseuse et esthéticienne. Elle a son local juste ici en haut dans ma maison. Elle me fait souvent des massages des pieds, des mains, du visage, du dos, de toutes les parties de mon corps. Elle me fait aussi des soins de visage de temps en temps » (femme marocaine, 57 ans, diabète)

« Je fais un massage et je fais des exercices avec mes pieds comme si je faisais de la kiné. Je fais ça souvent dans mon lit avant de dormir. Je fais peut être 15 minutes » (femme marocaine, 80 ans, hypertension)

« Je me masse les jambes et les bras le soir. Et quand ma petite fille vient le samedi, elle me

masse tout le corps. » (femme turque, 74 ans, diabète et hypertension)

Comme **tension**, nous pouvons relever ***l'envie de prendre soin de soi et l'absence de motivation***. Certaines personnes interrogées ont souligné le fait qu'elles aimeraient bien prendre davantage soin d'elles que ce soit en faisant du sport, en cuisinant sainement ou encore en se faisant des soins corporels. Ces dernières disent que c'est la volonté qui leur manque et reportent à chaque fois cette activité au lendemain, sans la réaliser.

« Mais j'ai aussi une salle de sport à la maison, dans ma cave, j'ai pleins de machines et je ne fais pas. Je les vois tous les jours mais je ne les fais pas. Ce n'est pas que je n'ai pas le temps, c'est une excuse de dire je n'ai pas le temps parce qu'on a tous le temps. C'est plus que je n'ai pas la volonté. Je dis à chaque fois après et je ne le fais pas... Je n'ai jamais pris soin de moi. C'est toujours les autres avant moi. Je prends plus soin du corps des autres que de mon corps. Je ressemble à ma mère pour ça...J'aimerais plus prendre soin de mon corps mais je ne me donne pas le temps... » (femme marocaine, 48 ans, hypertension)

« On a beaucoup beaucoup marché. C'est que je suis capable de faire comme ça et que je sais tenir. Si je veux, je peux faire, comme j'ai envie de faire attention à tout ce que je mange, je devrais faire attention à faire du sport. J'ai envie de faire du sport pour dépenser et mieux me sentir mais je dis toujours demain, je suis fainéante de me lancer. » (femme marocaine, 60 ans, diabète)

Comme **effort de réconciliation**, on peut voir le ***massage comme un soulagement quotidien***. Certaines des personnes interrogées ont évoqué la pratique du massage comme activité de bien-être. En effet, ces dernières se massent soit elles-mêmes soit par un proche aidant comme l'époux/épouse, la fille, la petite-fille, etc. Toutes ces personnes soulignent le bienfait ressenti par le massage de différentes zones du corps qui sont douloureuses en fin de journée comme le dos, les pieds, etc. Il semblerait que le massage soit une activité fondamentale dans la vie quotidienne de ces personnes et que le soulagement induit par le massage est considérable.

« Elle me masse avec de l'huile d'argan, juste avant de dormir et ça me fait du bien. » (homme marocain, 55 ans, diabète)

« Je ne fais rien quand j'ai mal aux genoux. Je vais m'allonger dans le salon pour que ça se repose. Je prends une crème et je masse. Je fais des massages tous les soirs. Ça détend mes jambes. Quand il y a ma petite fille, elle me masse le dos. Avant c'était mon mari qui le faisait. Je faisais aussi de la kiné. Je n'en fais plus. Je vais devoir redemander à mon médecin des séances de kiné. Ça me fait du bien. » (femme marocaine, 75 ans, diabète et hypertension)

« ...Et puis je prends une crème que j'applique sur mes pieds. Je les masse. Ça me fait du bien, comme la journée j'ai beaucoup travaillé. Je sens que j'ai moins mal aux pieds avec ce massage. Je le fais tous les soirs, je ne rate pas un soir. » (femme turque, 42 ans, diabète)

Comme **activité émergente**, il y a la mention de la **prière quotidienne**. La majorité des personnes interrogées ont parlé de la pratique quotidienne de la prière. Certaines d'entre elles ne parviennent pas à l'accomplir tous les jours et ont dit qu'elles faisaient leur possible pour effectuer cette activité. Beaucoup d'entre elles parlaient du fait que la prière est apaisante et permettait de se retrouver et de parler avec Dieu.

« *J'ai toujours aimé prier. J'aime bien ça, ça apaise le cœur...* »
(femme marocaine, 57 ans, diabète)

« *Je fais mes prières et je demande beaucoup à Dieu de nous aider...* »
(femme marocaine, 67 ans, diabète et hypertension)

« *J'essaye de prier quand je peux. Je sens quelque chose de différent...* »
(homme turc, 45 ans, diabète)

Comme **effort de réconciliation**, on peut voir la pratique de la **prière comme une source d'apaisement**. La majorité des participants effectuent la prière quotidiennement et ont tous mentionné l'effet de cette activité sur eux. En effet, ils disent tous aimer prier et se sentir bien quand ils entreprennent la prière. Certains parlent d'apaisement, d'autres de tranquillité, d'autres d'une diminution du stress ou de la préoccupation des soucis. De plus, la plupart disent que la prière est un moment où ils se retrouvent en connexion avec Dieu et s'adressent à Lui pour demander diverses choses telles que la patience, la guérison, la protection, etc. Il s'agirait d'une méditation de pleine conscience quotidienne et jugée comme essentielle aux yeux des participants.

« *C'est une manière de prendre soin de mon cœur. Ça me fait moins stresser comme je suis tranquille à l'intérieur.* » (femme marocaine, 57 ans, diabète)

« *C'est important pour moi de faire ma prière et d'aller à la mosquée le vendredi, je me sens plus tranquille.* » (femme marocaine, 60 ans, diabète)

« *C'est apaisant de faire confiance à Dieu et ma prière m'aide beaucoup pour ça. Je me retrouve dedans.* » (homme marocain, 80 ans, diabète et hypertension)

« *J'aime bien faire ma prière, ça provoque quelque chose en moi, je sens une différence, je suis comment dire, moins préoccupée par mes soucis...* » (femme turque, 80 ans, diabète)

Comme **activité émergente**, il y a la pratique du **jeûne du mois de Ramadan**. La plupart des participants jeûnent et ont jeûné, quand bien même ils sont malades. Ceux qui jeûnent adaptent leurs schémas médicamenteux aux heures où ils mangent. Ceux qui ont un traitement insuline ne jeûnent plus et soulignent la nostalgie de ne pas pouvoir pratiquer le Ramadan.

« *Je fais le Ramadan chaque année. J'ai toujours fait le Ramadan. Je prends mes médicaments le soir quand je mange,* » (femme turque, 45 ans, diabète)

« Je ne fais pas le Ramadan. Je dois faire mon insuline. Je ne peux pas faire le Ramadan. Quand j'avais que les médicaments, je faisais, mais depuis que j'ai l'insuline, je ne fais pas. Ça me manque, quand je vois tout le monde jeûner, j'ai aussi envie de le faire. » (femme turque, 74 ans, diabète et hypertension)

« Depuis que j'ai l'insuline, je ne fais pas le Ramadan. Je ne sais pas le faire comme je dois me piquer et je dois manger pour me piquer. Quand j'avais que mes médicaments, je le faisais. Je n'ai pas eu de problèmes. Je vois tout le monde le faire maintenant et moi je ne peux pas. Quand on est habitué à faire quelque chose, qu'on ne peut plus le faire, ça nous manque. C'est bientôt le Ramadan en plus. C'est un mois spécial. Même si je ne le fais pas. Je vais manger chez des amis, les filles pour l'iftar⁷. J'aime bien me retrouver avec eux, c'est une belle ambiance. » (homme marocain, 80 ans, diabète et hypertension)

Comme **activité émergente**, il y a la saignée appelée **hijama**. Parmi les participants, 2 nous ont parlé de la saignée comme source de bien-être. Ces derniers effectuent cela chez le médecin généraliste, à raison de 2 fois par an. Il se peut que la saignée soit également entreprise chez nos autres participants mais nous ne les avons pas interrogés sur cette dernière.

« Je fais la hijama 2 fois par an... » (homme marocain, 55 ans, diabète)

« ...Je la fais chaque année et parfois j'essaye de la faire 2 fois par an. » (femme marocaine, 80 ans, hypertension)

Comme **sens général** derrière les activités entreprises, on peut retrouver le **sentiment de bien-être**. Tous les participants ont systématiquement associé les activités qu'ils entreprennent de leur plein gré au sentiment de bien-être. En effet, d'une part, ils aiment marcher, prier, se faire masser, Et d'autre part, ils perçoivent ces activités comme des sources de bien-être.

« Je suis bien. Je n'ai plus mal au dos. On dirait que la fatigue part. On se sent plus en forme. C'est vraiment bien la hijama. » (femme marocaine, 80 ans, hypertension)

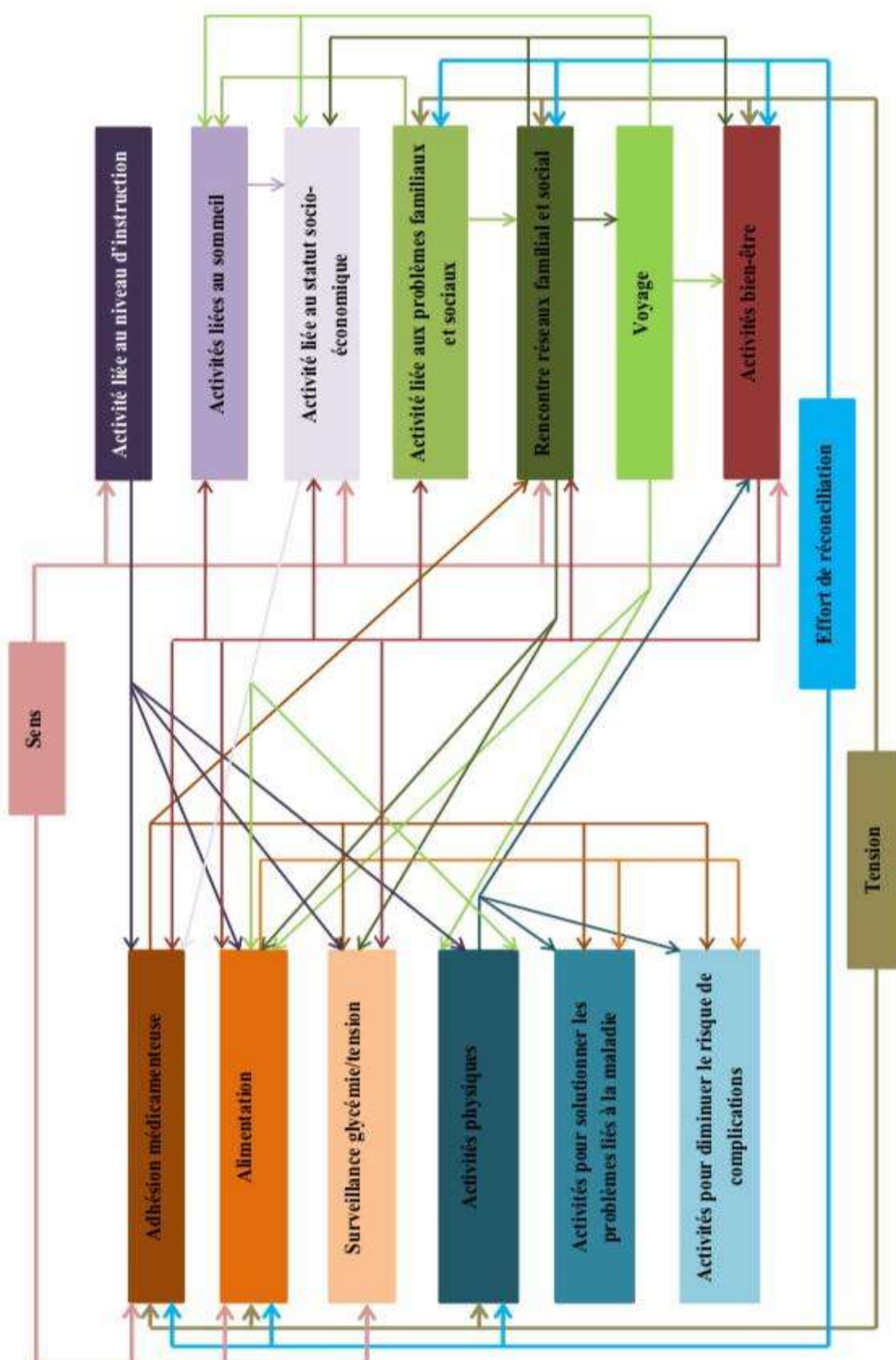
« C'est bien pour notre cœur et pour notre corps. Tout le monde fait le Ramadan et moi aussi je le fais et ça me fait du bien. » (homme turc, 72 ans, hypertension)

« Je rentre, je prends mon épouse et on va marcher pendant une heure. On va jusqu'au parc. On aime bien marcher et ça nous fait du bien. Je fais cela en été et au printemps mais en hiver, je suis fainéant, je préfère rester à la maison. » (homme turc, 56 ans, diabète)

« Je rentre chaque année, je vais 2 fois au Maroc. Je suis toujours allée au Maroc, ça me suffit. J'ai ma maison, ma famille, je me sens bien quand je vais là-bas. » (femme marocaine, 75 ans, diabète et hypertension)

⁷ Moment de la journée pour rompre le jeûne

7.3. Tentative de l'étape de mise en relation



CHAPITRE 8 : DISCUSSION

Les résultats de notre étude mettent en évidence que le self-care ne se limite pas aux activités recommandées par les professionnels de la santé mais impliquent toutes les activités qui font sens pour la personne malade dans sa vie quotidienne. En effet, nos résultats vont dans le sens de la théorie du self-care qui se définit comme toutes les activités que la personne malade fait dans son quotidien pour prendre soin d'elle et de sa santé, incluant les visions normative et d'empowerment, amenant à regarder toutes les activités entreprises par l'individu car elles sont toutes liées les unes aux autres et visent le bien-être au quotidien.

7.1. Synthèse des résultats pertinents

7.1.1. Éducation thérapeutique au centre du self-care

D'après nos résultats, il semblerait que la plupart des médecins des participants voient la personne malade comme un objet de connaissance et restent dans une approche normative alors que la personne malade appréhende la maladie comme une expérience qui vient réajuster sa vie. *« Ce qui compte avant tout pour la personne malade, ce sont les effets que sa maladie et son traitement vont avoir sur sa capacité de mener une vie qui soit la plus proche possible de la représentation qu'elle se fait d'une vie « normale » ou souhaitable pour elle ; ce n'est pas d'obéir à des soignants qui décident et prescrivent à sa place »* (Aujoulat, 2007, p.34 ; Kleinman, 2006, cité par Vassart, 2013).

De nombreuses recherches montrent que les personnes adhèrent généralement à des visions de la santé et des maladies qui se distinguent de celles du modèle biomédical (Cohen & al, 1994, Laffrey, 1986, Levesque & al, 2013, cité par Levesque, 2015 ; Tourette-Trugis & Thievenaz, 2013) et que cela impacte la relation médecin-patient pouvant entraîner une insatisfaction chez le patient au sujet de la qualité des soins reçus (Armstrong & Swartzman, 1999, 2001, Cohen & al., 1994, Harmsen & al., 2005, Kleinman & al, 1978, Pachter, 1994, Schlomann & Schmitke, 2007 ; cité par Levesque, 2015). De plus, de nombreuses études ont souligné que certaines croyances de la santé et des maladies sont partagées par les personnes appartenant à une même culture et qu'elles se différencient des autres cultures (Hakim & Wegmann, 2002, Hjelm & al., 2005, Jobanputra & Furnham, 2005, Levesque & al, 2013, McCarthy & al., 2004, Torsch & Ma, 2000 ; cité par Levesque, 2015). En effet, une étude qualitative menée auprès de personnes issues de l'immigration anglaise au Canada a mis en évidence que les personnes définissaient la santé d'un point de vue holistique, *« en expliquant qu'une personne est en santé lorsque tout son être est en santé, non seulement du*

point de vue physique, mais aussi des points de vue mental, social et spirituel » (Levesque & al, 2013 ; cité par Levesque, 2015, p.41). Tous nos participants sont conscients que pour aller mieux et se maintenir en santé, ils doivent mettre en pratique les activités recommandées par les professionnels de la santé. Selon Harmsen & al, 2005, cité par Levesque, 2015, il semblerait que les personnes issues de l'immigration seraient ouvertes à intégrer dans leur système de croyances des éléments propres à la culture biomédicale. Mais, il faudrait que ces personnes puissent parler de leurs représentations de la santé et des maladies. En effet, dans notre étude, ce n'est pas la motivation de suivre ces conseils qui pose nécessairement un problème mais c'est le fait que ces activités soient liées à des valeurs, représentations et habitudes qui soient intrinsèquement enracinées et c'est d'adapter cela qui semble difficile. Une étude a mis en évidence que les activités que les gens entreprennent dans la promotion de leur santé sont en lien avec la manière dont ils envisagent la santé (Levesque & Li, 2014 ; cité par Levesque, 2015).

Ainsi, pour travailler avec la personne malade, il faut pouvoir écouter et entendre les souhaits de cette dernière et se préparer à adopter une attitude de négociations et opter pour la décision partagée entre le médecin et le patient, *« permettant d'améliorer l'état de santé des patients, en particulier ceux issus de groupes vulnérables et ainsi de réduire les inégalités de santé observées auprès de ces derniers »* (Malengreaux & Grenier, 2017, p. 18). Elle permet d'optimiser la participation, la confiance, le partenariat, le sentiment d'auto-efficacité des personnes vulnérables et diminuer les inégalités de santé. Pour ce faire, le médecin et le patient doivent se mettre d'accord sur le niveau de partage de leur savoir et de leur pouvoir (Malengreaux & Grenier, 2017, Aujoulat, 2017). C'est un moyen de pratiquer l'éducation thérapeutique dans l'optique d'un self-care intégrant les visions normative et d'empowerment. En effet, le fait de donner la parole au patient dans ses diverses sphères sociale, culturelle ou symbolique est capital et cela enrichit la relation de soins et permet d'intégrer la subjectivité de la personne malade (Dadoun & al, 2006).

De plus, pour Levesque & al, 2013, cité par Levesque, 2015, il serait intéressant de sensibiliser les professionnels de la santé sur l'influence que la culture peut avoir sur la définition et la perception des situations de santé et de maladies et que cela est d'autant plus important pour des professionnels de la santé qui reçoivent des personnes issues de l'immigration. L'auteur souligne qu'il ne faut pas tomber dans le stéréotypage car les représentations sont variables selon le processus d'acculturation de la personne (intégration, assimilation, séparation, marginalisation). Notons qu'une étude entreprise en 2005 aux Pays-

Bas, portant sur la communication entre professionnels de la santé et patients malades chroniques, surtout d'origine turque et marocaine, pointe le fait que ces derniers estiment que les professionnels de la santé ne perçoivent pas la façon dont un migrant éprouve sa santé. Dans les remarques faites par les patients de cette étude, on peut noter que *« le suivi médical n'est pas toujours compatible avec les croyances du patient et notamment celles qui leur font attribuer la maladie à des éléments supranaturels ; les patients ne se sentent pas réellement pris au sérieux, manquent donc de confiance et font donc souvent appel à un deuxième avis auprès de quelqu'un issu de leur communauté ; les explications données par les médecins ne sont pas claires et il n'est pas toujours possible pour les patients de suivre le traitement proposé »* (Sadr, 2005, cité par Vassart, 2013, p.12).

Tous nos participants ont essayé de « se conformer » aux activités recommandées. Certains sont parvenus à tenir sur le long terme alors que d'autres n'y arrivent pas et cela pour divers freins. Ce qui semble le plus difficile parmi toutes ces activités est l'alimentation saine et l'activité physique car elles sembleraient fortement liées aux représentations culturelles. En effet, il ne semblerait pas concevable de manger des plats non sucrés, non salés ou non gras quand ces ingrédients sont des éléments essentiels dans leurs recettes. La question de l'alimentation est également liée à la notion de moyens par le statut socio-économique de notre public. Ce dernier a un revenu modeste et on peut imaginer qu'ils n'ont pas les moyens financiers pour s'offrir des produits de qualité. Pour Gilbert & Khokhar, 2008, cité par Edin, & al, 2011, le niveau socio-économique plus faible des personnes issues de l'immigration serait un élément à prendre en considération dans l'abord de l'alimentation avec ces dernières. Une étude a montré que la précarité économique est souvent évoquée par les patients marocains dans l'explication des difficultés de l'observance aux conseils diététiques (Dadoun & al, 2006). De ce fait, il importe de mettre en lien le niveau socio-économique avec le contexte culturel identitaire et tenter d'entreprendre une adaptation de l'éducation diététique aux habitudes culinaires de ces personnes (Dadoun F& Merzouk M, 2003, Beun S LJ, 1997 ; cité par Edin, & al, 2011).

De plus, il semblerait que l'activité physique serait perçue comme importante et motivante pour les personnes mais qu'elle ne soit pas adaptée en raison de l'âge, des difficultés physiques, sociales, etc. Les études sur l'activité physique affirment bien que cette dernière est bonne pour la santé en général, à savoir le cœur, les os, le poids, les jeunes, les vieux, les malades, etc. et qu'il faut effectuer minimum 30 minutes par jour d'une activité modérée (Le Helloco-Moy, 2016). Les participants de notre étude pour la plupart ne pratiquent pas une

activité physique modérée mais effectuent la marche, considérée comme une activité physique. Il semblerait que les personnes turques et marocaines soient en surpoids et sédentaires par rapport à la population autochtone belge (Vandenhede & al, 2009). Il faut savoir que dans les cultures africaines, le surpoids est vu comme un signe de beauté et de richesse (Wahab & al, 2011 ; Addo & al, 2009, cité par Mogre & al, 2017).

Il importerait de travailler avec les personnes sur ce qu'elles sont capables de faire et ce qu'elles désirent faire. D'où la notion de projet de vie personnel où le malade est un acteur de sa santé car c'est lui qui vit la maladie et porte le sens donné aux activités. La relation médecin-patient a fortement évolué à cause de la place active et de l'influence que prend le patient dans les décisions de santé prises. Prendre en considération l'opinion du patient demeure indispensable pour assurer la survie de la relation (Baumann & Briançon, 2010). Tous nos participants ne voyaient pas ce qu'ils faisaient pour prendre soin d'eux et de leur santé et ne semblaient pas être conscients des ressources qu'ils avaient. La plupart des personnes étaient dans un processus d'empowerment et de lâcher prise, reconnaissant leurs limites et souhaitant de l'aide. En effet, *« si le patient trouve suffisamment de ressources en lui (désir de vivre, compétences, traits de personnalité, enseignements tirés des expériences passées, etc.) et autour de lui (réseau social personnel et professionnel), pour se mobiliser dans le cadre d'un projet qui a du sens pour lui et qui ne l'enferme pas dans un rôle de malade, alors il est possible de parler d'empowerment »* (Aujoulat, 2007, p.36).

Notons que *« selon Thorne & al, les priorités organisationnelles pour soutenir l'auto-soin tendent à être déterminées par une vision conventionnelle axée sur la gestion de la progression de la maladie et de ses symptômes plutôt que par une interprétation plus compréhensive des défis continuels imposés par les complexités de la vie quotidienne des personnes affectées par la maladie chronique. En effet, les programmes d'éducation actuels sont souvent axés sur la gestion médicale de la maladie et la gestion des comportements, en oubliant certaines composantes essentielles comme la gestion des émotions et la gestion des nouveaux rôles associés à la maladie. Cette approche amène les professionnels à prodiguer de l'information aux patients sur la façon de contrôler la maladie en prenant peu en considération leur expérience et la façon dont ceux-ci intègrent la maladie à leur vie. »* (Thorne & al, 2003 ; Lorig & al, 2003 ; Furler & al, 2008, cité par Lafontaine & al, 2017, p. 30). En effet, 2 méta-analyses renfermant 47 et 31 essais randomisés contrôlés montrent que les interventions de gestion médicale de la maladie et de gestion de comportement ne relèvent pas d'une efficacité sur le long terme, n'incluant pas les différentes activités quotidiennes des

patients (Norris & al, 2002 ; Minet & al, 2010, cité par Lafontaine & al, 2017). De ce fait, l'éducation thérapeutique sera différente si on prend en considération que la vision normative sans intégrer la vision d'empowerment. D'où l'intérêt d'aborder le self-care avec les 2 visions sans les séparer.

7.1.2. Bien-être physique, psychique, social et spirituel

Dans les autres activités émergentes que les personnes font pour prendre soin d'elles et de leur santé dans leur vie quotidienne, nous pouvons subdiviser cela en différentes déclinaisons, en référence à la définition de la santé de l'OMS où nous retrouvons *l'état de complet bien-être physique, psychique, social et spirituel*. Ces activités sont en lien direct avec les activités recommandées qui forment un tout et doivent être mises en relation.

Dans le bien-être physique, un certain nombre de participants de notre étude ont souligné le bien ressenti par la prise des remèdes naturels ou la pratique du massage. Le massage semblait être une activité quotidienne entreprise par la personne malade ou par un proche aidant et la personne disait ne pas pouvoir s'en passer. En effet, les bienfaits ressentis par le massage sont directs et sont empreintes d'émotions comme le corps est le véhicule de nombreux maux (Le Helloco-Moy, 2016, Bergevin, S, 2012).

Dans le bien-être social, de nombreux participants ont mis en évidence que la famille est un pilier de leur vie et que beaucoup d'activités tournent autour d'elle. Toutefois, certaines personnes nous ont confié que quand bien même elles sont entourées par la famille, elles ressentent une solitude quotidienne. La maladie vient chambouler le noyau familial et il importe de reconnaître cela pour faciliter la reconstruction par l'expression des émotions de chacun. Les proches sont généralement le principal soutien des malades et entretiennent des liens solidaires avec ces derniers. Ils sont à l'écoute des besoins du malade chronique et font ce qu'ils peuvent pour l'aider au détriment parfois de leur propre bien-être pour certains. D'où l'intérêt que les professionnels de la santé portent une attention particulière aux proches aidants en écoutant et autorisant qu'ils parlent de leurs sentiments et leurs opinions. Cela pourrait éviter un épuisement de ces derniers. Toutefois, il existe des familles qui ne soutiennent pas leur malade et comme praticien de la santé, il faut être au courant de cette information pour assurer de meilleurs soins (Moley-Massol, 2007, Boisseau & al, 2009).

Concernant le bien-être spirituel, la spiritualité et la santé doivent être vues comme 3 dimensions interreliées et pas comme 3 entités séparées. Il importe d'adopter une relation thérapeutique intégrant la spiritualité de la personne malade. Les besoins spirituels sont plus

importants en période de maladie et tenir compte de ces derniers importe pour la qualité de la relation de soins. De plus, des enquêtes mentionnent que les malades accordent à leur santé spirituelle une plus grande place que leur santé physique (Mueller & al, 2001 ; cité par Simard, 2006). Un nombre considérable d'études ont porté leur attention sur l'impact positif de la prise en compte des besoins spirituels des malades par les praticiens de la santé et d'une adaptation à ces besoins (Post & al, 2000, Koenig 2000, Mueller & al, 2001, Sulmasy 2002, Astrow, & al, 2001, Büssing & al, 2005 ; cité par Simard, 2006).

7.1.3. Sens, tension et efforts de réconciliation

Derrière les activités émises par les participants, nous avons pu relever pour certaines, la vision d'empowerment. Nous avons fait le constat que les activités effectuées par la personne malade sous-tendent la compréhension de différents éléments tels que l'expérience de la maladie, l'expérience du médicament, l'identité perturbée, le rythme de vie ordonné, le désir d'apprendre, ... « *La maladie est souvent à l'origine d'une rupture du sentiment de continuité, du fait de changements de rôles sociaux ou d'une modification de la perception du temps, qui induisent respectivement une difficulté de se reconnaître comme le même que par le passé et une difficulté à se projeter dans l'avenir* » (Aujoulat, 2006, p.34). De ce fait, l'identité est la 1^{ère} composante qui regorge de sens et qui influence les activités quotidiennes de la personne. La souffrance liée à la rupture identitaire doit être entendue par le professionnel de la santé pour pouvoir assurer l'accompagnement du patient dans son processus d'identité « réconciliée » et cela ne peut se faire sans une écoute active du praticien (Aujoulat, 2006).

Nous avons relevé une série de tensions et de réconciliations entreprises par nos participants. En effet, la personne malade entre dans un processus de négociations de ses activités quotidiennes et fait un tri pour parvenir à un équilibre et une maîtrise sur la maladie. Mais dans ces activités, d'une part certaines entrent en conflit et sont le siège de ce que l'on a appelé tension et d'autre part, certaines entrent en entente et sont la source de ce que l'on a appelé réconciliation. Parmi les tensions, nous pouvons retenir celle intitulée « *tout dire au médecin versus barrière langue, présence de l'aidant* », évoquée par un nombre considérable des participants. En effet, ils soulignent que le fait de ne pas parler le français les amène à se faire accompagner d'un proche aidant lors des rendez-vous médicaux et que ce dernier ne semble pas dire toutes les informations au médecin. De plus, certains participants ne disent pas tout au médecin parce qu'ils ne veulent pas que le proche aidant sache certaines choses.

Certaines études ont mis en évidence la complexité de la relation médecin-patient dans le cas d'une interprétation douteuse entreprise par un proche aidant (Jung, 1996, Jung, 2004 ; cité par Edin & al, 2011). D'autres études ont montré que dans le cas où le motif consultatif concerne la sphère intime, la situation médicale peut être non stable pour l'interprète et le malade. La barrière de la langue mais également le niveau de littératie seraient des éléments anxiogènes et vécus comme dévalorisant par les patients (Dadoun & al, 2006). Dans ce cas, il serait intéressant d'envisager un interprète professionnel pour assurer une traduction fidèle et des conseils adaptés au malade (Phelan & Parkman, 1995, Deau & al, 2005, Wiking & al, 2009 ; cité par Edin & al, 2011).

Une étude entreprise en 2012 par l'Université de Gand, auprès de 12 médecins généralistes flamands, a mis en évidence que la langue était l'élément décisif qui permettait à la personne d'exprimer le motif médical, les angoisses ou les appréhensions au moment de la consultation (Maesschalck, 2012, cité par Vassart, 2013). Dans une autre étude menée à Rotterdam auprès de 38 médecins généralistes et de leurs patients non européens (turcs, marocains, etc.), l'auteur mentionne qu'il y avait dans 46% des cas chez les patients étrangers, une déficience dans la compréhension et que 53% des patients étrangers disaient ne pas avoir une connaissance satisfaisante de la langue. De plus, c'était ce groupe qui estimait le plus la qualité de la relation soignant-soigné comme négative (Harmsen, 2007, cité par Vassart, 2013). On signale que la coupure de la confiance entre le médecin et le patient est étroitement issue des attentes du patient, provenant de l'analogie qu'il entreprend avec le système de soins qu'il a à l'esprit et l'image qu'il se fait de la maladie et la santé (Hemke & Kuyvenhoven, 2011, cité par Vassart, 2013). Notons que Glaser & Strauss, 1975, cité par Baszanger, 1986, p.18-19, ont émis quelques conditions pour qu'un patient effectue et suit un traitement. Parmi ces dernières, on trouve « *la confiance initiale puis prolongée dans le médecin qui prescrit le traitement, évidence minimum que le traitement sert soit à contrôler les symptômes soit la maladie ou les deux, avoir une relative absence d'interférence avec les activités quotidiennes les plus importantes* ».

Parmi les efforts de réconciliation émergents, nous pouvons noter celui intitulé « *le Ramadan et mettre au courant le médecin* », qui est un aspect émis par un certain nombre de participants. En effet, certains des participants sont parvenus à trouver un terrain d'entente avec le médecin pour poursuivre le jeûne du mois de Ramadan. De plus, certains se sentaient plus à l'aise quand il s'agissait d'un médecin de la même culture qu'eux. Certaines études ont mis en évidence que le patient ne se confie pas toujours sur la pratique du jeûne du mois de

Ramadan au professionnel de la santé, par peur de ne pas pouvoir le pratiquer (Robinson, Raisler, 2005 ; cité par Edin & al, 2011). D'autres études ont montré que le patient peut ressentir une préférence de parler de ce genre de pratique à un médecin de la même confession (Dadoun, Merzouk, 2003 ; Edin & al, 2011). De ce fait, il serait intéressant de proposer des formules de formation à l'attention des professionnels de la santé sur la thématique du ramadan (Edin & al, 2011).

7.2. Limites et forces

Commençons par mentionner les limites de notre étude. Premièrement, nous nous rendons compte que lors de nos entretiens, nous n'avons pas pu creuser certains aspects importants pour la personne interrogée car cela nous semblait évident, appartenant à cette communauté mais pas évident pour un vrai chercheur. C'est pourquoi, nous ne pouvons pas prétendre respecter totalement le critère de réflexivité. Il aurait été judicieux de se remettre en question avant l'entreprise des entretiens. Nous pensions que nous ne plongerions pas dans notre expérience lors des entretiens, ce n'est qu'à la lecture des retranscriptions que nous nous sommes aperçues qu'il restait plein de non-dits non approfondis.

Deuxièmement, comme nous avons des thèmes prédéfinis, nous ne pouvons pas prétendre avoir respecté la *grounded theory*. Nous dirons que nous nous en sommes inspirées. De plus, nous ne pouvons pas prétendre avoir respecté la *grounded theory* comme nous le devrions car la retranscription et l'analyse se font simultanément, chose que nous n'avons fait que pour les premiers entretiens car après, nous avons mené 2 entretiens par jour, car le temps nous était compté. Dans cet ordre d'idées, nous avons un échantillon sélectionné alors que dans la *grounded theory*, l'échantillon prend fin quand le chercheur arrive à saturation des données, c'est-à-dire qu'il n'y a plus de nouvelles données qui émergent, qu'il semble avoir fait le tour de l'objet de recherche. Notons aussi que nous n'avons pas pu entreprendre les étapes d'intégration, de modélisation et de théorisation par manque de temps. Même la tentative de mise en relation aurait pu être mieux entreprise.

Troisièmement, il aurait été judicieux de faire relire les entretiens par les personnes pour valider les résultats mais par manque de temps, nous n'avons pas pu mener cela. Surtout que dans notre étude, il y a un certain nombre de personnes analphabètes et nous aurions dû être là pour lire la retranscription, ce qui n'est pas faisable, vu le temps serré à notre disposition.

Poursuivons avec les forces de notre étude. Tout d'abord, dans la littérature consultée, nous n'avons pas trouvé d'études portant sur le self-care des Turcs et Marocains atteints de diabète 2 et/ou d'hypertension artérielle et vivant à Bruxelles et de ce fait, notre étude est innovante. Ensuite, nous avons fait le choix d'un design qualitatif inspiré de la grounded theory par effet boule de neige, ce qui nous a permis d'une part de tenter de comprendre un certain nombre d'enjeux du self-care de notre groupe cible et d'autre part, d'avoir un échantillon assez homogène avec des personnes de 1^{ère} génération. Nous avons tenté de décrire du mieux que nous pouvions le contexte de notre étude et la description de notre échantillon. De plus, nous avons dû entreprendre nos entretiens en un temps restreint. Nous aurions pu faire le choix de ne pas interroger nos 20 participants mais nous leur avons promis de les recontacter. Nous tenions à respecter notre engagement et nous avons le désir de les rencontrer, ce qui fut enrichissant pour notre étude car chaque rencontre fut unique et très riche en données, nous rappelant que chaque malade est complexe. De ce fait, nous avons veillé à détailler comme possible notre processus de collecte des données et d'analyse. Enfin, notre étude s'inscrivant sur le projet PARTICIPATE, nous a permis d'intégrer cette équipe exceptionnelle et de nourrir notre réflexion. En effet, nous avons pu bénéficier d'une discussion de regards croisés de 2 de nos entretiens par cette équipe.

7.3. Perspectives

Nos résultats mettent en évidence que le self-care ne peut pas être réduit aux activités recommandées par les professionnels de la santé et que le malade chronique entre dans un processus de négociation quotidien et qu'il revoit toutes ses activités passant par des tensions et des réconciliations empreintes de sens pour lui. De ce fait, il serait intéressant d'approfondir certains points majeurs tels que les remèdes naturels ou la pratique du jeûne du mois de Ramadan dans des recherches ultérieures et de voir plus en détails les enjeux qui sous-tendent ces activités pour le malade chronique et le médecin.

De nos résultats, nous nous rendons également compte que la famille et la culture sont des éléments non négligeables dans l'étude du self-care, c'est pourquoi, des études plus poussées seraient nécessaires et permettraient de mieux comprendre le sens des activités du malade chronique. Notons que dans la littérature consultée, on retrouve peu d'études sur ce public, ce qui renforce la pertinence de s'intéresser à ces thématiques.

Il serait aussi intéressant de s'intéresser aux actions entreprises par les institutions hospitalières et extrahospitalières pour renforcer le self-care des malades chroniques issus de

l'immigration et les alternatives existants quant aux facteurs tels que la langue, le statut socio-économique et le faible niveau d'éducation.

Notons qu'il pourrait être judicieux de s'intéresser aux personnes malades issues de la 2^{ème} génération car notre étude et les études existantes portent en général sur les personnes de 1^{ère} génération. Notre étude s'intéressait aux 2 générations mais dans notre recrutement, nous avions que des personnes de 1^{ère} génération.

Nos résultats pourraient enfin servir de questionnement au projet PARTICIPATE dans l'approche de participants malades chroniques d'origines turque et marocaine en portant une attention particulière à certaines activités ayant émergées dans notre étude.

CONCLUSION

Notre mémoire avait pour objectif général d'explorer le self-care des personnes d'origines turque et marocaine, vivant à Bruxelles et atteintes d'un diabète 2 et/ou d'une hypertension artérielle. Il y avait différents sous-objectifs, à savoir, relever les activités de self-care, découvrir le sens de ces activités, révéler les tensions entre les visions normative et d'empowerment et les efforts de réconciliation pour pallier aux tensions rencontrées.

Nous faisons le constat que la plupart de nos participants sont demandeurs de suivre les activités recommandées par les professionnels de la santé mais qu'elles sont liées à d'autres facteurs tels que la culture, le niveau d'instruction, le statut socioéconomique..., complexifiant l'adhésion thérapeutique. De plus, ces participants entreprennent d'autres activités quotidiennes porteuses de sens et d'enjeux telles que la prise de remèdes naturels, le massage, la pratique du jeûne du mois de Ramadan.... La majorité des participants se sont attardés sur la relation médecin-patient comme élément influençant leur pratique de self-care. Notons que nous relevons également la place considérable de la famille comme aide principale pour les participants.

A l'issue de notre étude, nous nous rendons compte de la complexité sous tendant les activités de self-care du malade chronique issu de l'immigration. Certains participants semblent cumuler certaines vulnérabilités. En effet, il a une maladie chronique, un niveau d'instruction faible, un statut socio-économique faible, etc. Nous terminons par une phrase qui n'a cessé de traverser notre esprit après chaque entretien : « *c'est plus facile à dire qu'à faire* ».

BIBLIOGRAPHIE

- ABIOYE-AKANJ, O.G. (2015). *Prevention and Management of Type 2 Diabetes among African Immigrants in the United States: Using a Culturally Tailored Educational Intervention with a Focus on Dietary Plan, Physical Activity, and Stress Management*. Doctor of Nursing Practice (DNP) Projects. 45.
- ABRAHIM, M. (2011). *Self-care in type 2 diabetes: A Systematic Literature Review on Factors Contributing to Self-Care among Type 2 Diabetes Mellitus Patients*. Linnaeus University, Mémoire.
- AGYEMANG, C., & al. (2006). *Prevalence and management of hypertension among Turkish, Moroccan and native Dutch ethnic groups in Amsterdam, the Netherlands: The Amsterdam Health Monitor Survey*. J Hypertens, 24(11):2169-76.
- AGYEMANG, C., & al. (2007). *Ethnic differences in the effect of environmental stressors on blood pressure and hypertension in the Netherlands*. BMC Public Health, 7:118.
- AGYEMANG, C., & al. (2015). *Hypertension control in a large multi-ethnic cohort in Amsterdam, The Netherlands: The HELIUS study*. International Journal of Cardiology 183 : 180–189.
- AROIAN & al. (2012). *Hypertension Prevention Beliefs of Hispanics*. Journal of Transcultural Nursing 23(2) : 134-42.
- Atlas du Diabète de la FID 6ème édition. Fédération internationale du diabète. 2013.
- AUDULV, & al. (2012). *The Integration of Chronic Illness Self-Management*. Qualitative Health Research, 22(3):332-45.
- AUJOULAT, I. (2006). *La représentation de soi, au cœur de la relation soignants-soignés*. Bruxelles santé, 42 : 31-42.
- AUJOULAT, I. (2007). *L'empowerment des patients atteints de maladie chronique*. Université catholique de Louvain. Thèse.
- AUJOULAT & al. (2014). *Internalizing Motivation to Self-Care: A Multifaceted Challenge for Young Liver Transplant Recipients*. Qualitative Health Research, 24(3) : 357–365.
- AUJOULAT, I. (2016a). *WFSP2109 : Promotion de la santé I*. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- AUJOULAT, I. (2016b). *WFSP2119 : Promotion de la santé II*. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- AUJOULAT, I. (2016c). *WFSP2102 : Psychologie de la santé*. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- AUJOULAT, I. (2017). *WFSP2241 : Comportements et compétences de santé : concepts et méthodes*. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Bruxelles.

- AUJOULAT, I. (2017). *WFSP2244 : Elaboration et du suivi du projet professionnel*. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- AUJOULAT, I. (2018). *WFSP2242 : Intervention en éducation pour la santé*. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- AUJOULAT, I. (2018). *WFSP2243 : Intervention en éducation thérapeutique du patient*. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- AUJOULAT, I. (2018). *Résumé exécutif projet Bridge*.
- AUJOULAT, I. (2018). *WFSP 2204: Critères de qualité pour la publication de recherches qualitatives*. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- AUSILI, D., & al. (2014). *A literature review on self-care of chronic illness : definition, assessment and related outcomes*. Professioni Infermieristiche, 67 (3) : 180-189.
- BAUMANN, C., & BRIANÇON, S. (2010). *Maladie chronique et qualité de vie : enjeux, définition et mesure*. Actualité et dossier en santé publique, 72: 19-22.
- BERGEVIN, S. (2012). *Relation entre le coping spirituel, le bien-être spirituel et le stress: particularités des jeunes adultes québécois et ceux issus de l'immigration*. Université du Québec. Thèse.
- BERTRAIN, & al. (2015). *The Impact of Arab American Culture on Diabetes Self-management Education*. The Diabetes EDUCATOR, 41(6) : 748-754.
- BASZANGER, I. (1986). *Les maladies chroniques et leur ordre négocié*. Revue française de sociologie. XXVII : 3-27.
- BIÉVA, C. (2011). *Un tiers d'hypertendus en Belgique*. Comité Belge de lutte contre l'hypertension.
- BILAL, M., & al. (2016). *Knowledge, Awareness and Self-Care Practices of Hypertension Among Cardiac Hypertensive Patients*. Global Journal of Health Science, 8 (2) : 9-19.
- BLAS, B., & al. (2010). *Equity, social determinants and public health programmes*. World Health Organization.
- BOISSEAU, M-T., & al. (2009). *Mieux vivre au quotidien avec la maladie chronique*. Société française de santé publique, 1-116.
- BOISVERT, S. (2015). *Adaptation culturelle et validation de l'échelle The European Heart Failure Self-Care Behaviour Scale-9 pour la population franco-canadienne*. Université Laval, Mémoire.
- BUYSSCHAERT, M., & SADIKOT, S. (2016). *Le diabète en Belgique et dans le monde : quo vadis?* Louvain med, 135 (1): 21-22.

CARIOU, B., & al. (2012). *The diabetes epidemic and its impact on Europe*. European diabetes leadership forum Copenhagen, p.44.

COSANSU, G., & al (2014). *Influence of Psychosocial Factors on SelfCare Behaviors and Glycemic Control in Turkish Patients With Type 2 Diabetes Mellitus*. Journal of Transcultural Nursing, 25(1) 51 –59.

CHAMBRE, C., & al. (2017). *Migrant adults with diabetes in France: Influence of family migration*. Journal of Clinical & Translational Endocrinology 7: 28–32.

DADOUN, F., & al. (2006). *Éducation des patients diabétiques nord-africains à Marseille: quels obstacles ?* Journal du DELF-Diabète Education de Langue Française, 16 :10-14.

D'SOUZA, M.S., & al. (2017). *Self-efficacy and self-care behaviours among adults with type 2 diabetes*. Applied Nursing Research 36: 25–32.

EDIN, C., & al. (2011). *Médecine générale et ramadan. Enquête qualitative auprès de médecins généralistes*. Pratiques et Organisation des Soins, 42 : p. 89-99.

Enquête de santé par interview, Belgique (2008). *Etat de santé*. Rapport.

FASSAERT, T., & al. (2009). *Acculturation and use of health care services by Turkish and Moroccan migrants: a cross-sectional population-based study*. BMC Public Health, 9(332).

FOSTER G, & al (2007). *Self-management education programmes by lay leaders for people with chronic conditions (Review)*. Cochrane Database of Systematic Reviews , Issue 4.

GAO, J., & al. (2013). *Effects of self-care, self-efficacy, social support on glycemic control in adults with type 2 diabetes*. BMC Family Practice, 14:66.

GATLIN, P.K., & al. (2015). *Severity of Type 2 Diabetes, Cognitive Function, and Self-Care*. Biological Research for Nursing, 17(5) 540-548.

GOBERT, M., & al. (2009). *Actualisation de la base de données BeST & Ajout de nouvelles échelles dans la base de données BeST*. p.636.

GOHAR, F., & al. (2008). *Self-care and adherence to medication: a survey in the hypertension outpatient clinic*. BMC Complementary and Alternative Medicine 2008, 8:4.

GOMES, C., & AL. (2017). *Contribution of family social support to the metabolic control of people with diabetes mellitus: A randomized controlled clinical trial*. Applied Nursing Research 36: 68–76.

GUPTA, S., & GEETA, K. (2016). *Self-Care Behaviour Practices and Related Factors among Hypertensive Men and Women in Delhi*. Asian Journal of Multidisciplinary Studies, 4(1) : 12-19.

HARRISON, G. (2014). *Health beliefs of black and minority ethnic groups and the implications for diabetes care*. Journal of Diabetes Nursing, 18 (9) : 362-368.

HARVEY, J.N., & LAWSON, V.L. (2008). *The importance of health belief models in determining self-care behaviour in diabetes*.

HAWTHORNE, K., & al. (2009). *Culturally appropriate health education for Type 2 diabetes in ethnic minority groups: a systematic and narrative review of randomized controlled trials*. Diabetic Medicine, 27, 613–623.

HORNSTRA, N.E., & al. (2011). *The Turkish and Moroccan second generation and their comparison group peers in Amsterdam and Rotterdam*. Data Archiving and Networked Services, DATA Guide 9.

HOSTETTE, M. (2005). *Prévention du diabète de type II dans la population à risque, marocaine immigrée de deuxième génération, du quartier des Marolles*. Santé conjugale, 32 :11-17.

HYMAN, I., & al. (2017). *Provider- and patient-related determinants of diabetes self-management among recent immigrants*. Can Fam Physician , 63:137-44.

JANNOO, Z., & al. (2017). *Examining diabetes distress, medication adherence, diabetes self-care activities, diabetes-specific quality of life and health-related quality of life among type 2 diabetes mellitus patients*. Journal of Clinical & Translational Endocrinology 9: 48–54.

JANSÀ, M., & al. (2010). *Anthropologic study of immigrant patients with T2DM from Morocco to Spain Practical implications for therapeutic patient education*. Eur Diabetes Nursing, 7 (1) : 24-28.

JOHNSON, P., & al. (2014). *Differences in Diabetes Self-Care Activities by Race/Ethnicity and Insulin Use*. Diabetes Educ, 40(6): 767–777.

JONES, V., & CROWE, M. (2017). *How people from ethnic minorities describe their experiences of managing type-2 diabetes mellitus: A qualitative meta-synthesis*. International Journal of Nursing Studies, 76: 78–91.

JONKMAN, N.H., & al. (2016). *Identifying components of self management interventions that improve health-related quality of life in chronically ill patients : Systematic review and meta-regression analysis*. Patient Education and Counseling, 99 : 1087–1098.

KARLIJN, A.C.M, & al. (2016). *Disparities in type 2 diabetes prevalence among ethnic minority groups resident in Europe: a systematic review and meta-analysis*. Intern Emerg Med, 11:327–340.

KAUFMANN, J-C. (2011). *L'entretien compréhensif*. Armand Colin : Paris. p.128

KEARNEY, P-M., & al (2005). *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data*. Lancet, 365: 217–23.

KNECK, A., & al. (2014). *Living with diabetes -Development of learning patterns over a 3-year period*. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 9 :243-75.

- KRALIK, D., & al. (2010). *The meaning of self-care for people with chronic illness*. Journal of Nursing and Healthcare of Chronic disease, 2: 197–204.
- KRONISH & al. (2012). *Understanding minority patients' beliefs about hypertension to reduce gaps in communication between patients and clinicians*. J Clin Hypertens, 14(1): 38–44.
- KRZESINSKI, J-M. (2002). *Epidemiologie de l'hypertension artérielle*. Rev Med Liege, 57 (3): 142-147.
- LAFLEUR, J-L., & MARFOUK, A. (2017). *Pourquoi l'immigration ? 21 questions que se posent les Belges sur les migrations internationales au XXIe siècle*. Academia-L'Harmattan : LOUVAIN-LA-NEUVE, p.138.
- LAFONTAINE, S., & al. (2017). *Difficultés liées à l'autosoin chez les personnes vivant avec le diabète de type 2 : une revue de la littérature narrative basée sur le modèle d'Auduly, Asplund et Norbergh*, Recherche en soins infirmiers, 128 : 29-40.
- LANTING, L.C., et al. (2008). Ethnic differences in outcomes of diabetes care and the role of self-management behavior. Patient Education and Counseling 72 : 146–154.
- LE HELLOCO-MOY, G. (2016). *Étude des rapports entre corps, maladie chronique et transformation des conduites des patients dans le cas de l'artériopathie et du diabète de type II : une contribution au domaine de l'éducation thérapeutique du patient*. Education. Université de Bordeaux. Thèse.
- LEVESQUE, A. (2015). *Identité, culture et représentations de la santé et des maladies*. Cahiers franco-canadiens de l'Ouest, 27(1) : 35–56.
- LEVIN, S., & al. (1983). *Self-care in health*. Ann. Rev. Pulic Health, 4:181-201.
- LOISELLE, M-C., & MICHAUD, C. (2008). *Autogestion de la santé et humanisme en sciences infirmières*. Revue de l'Université de Moncton, vol. 39 (1 et 2): 41-67.
- LORANT, V., & al. (2011). *Vers des soins de santé interculturels : Recommandations du groupe ETHEALTH en faveur de la réduction des inégalités de santé parmi les migrants et minorités ethniques*. Rapport de synthèse. ETHEALTH.
- LORANT, V., & al. (2010). *Comparing policies to tackle ethnic inequalities in health: Belgium 1 Scotland 4*. European Journal of Public Health, 16 : 1-6.
- MAILHOT, T., & al. (2013). *Une analyse évolutionniste du concept d'autosoins*. Recherche en soins infirmiers, 1(112) : 94-106.
- MALENGREAUX, S. & GRENIER, C. (2017). *La décision partagée en consultation de médecine générale*. Woluwe-Saint Lambert : RESO. p. 60.
- MALTERUD, K (2001). *Qualitative research : standards, challenges, guidelines*. The Lancet, 358: 483-488

- MANSYUR, C.L., & al. (2015). *Social factors and barriers to self-care adherence in Hispanic men and women with diabetes*. Patient Education and Counseling, 98 : 805–810.
- MASQUELIER, B. (2016). *Introduction à l'épidémiologie et à la démographie*. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- MATHEW, R., & al. (2012). *Self-management experiences among men and women with type 2 diabetes mellitus: a qualitative analysis*. BMC Family Practice 2012, 13:122.
- MATHIEU, C., & al. (2006). *Qualité et organisation des soins du diabète de type 2*. Bruxelles : Centre fédéral d'expertise des soins de santé (KCE) ; KCE reports vol. 27B.
- MAYBERRY, L.S., & al. (2014). *Family involvement is helpful and harmful to patients' self-care and glycemic control*. Patient Education and Counseling, 97 :418–425.
- MENDES, CR., & al. (2015). *Self-care comparison of hypertensive patients in primary and secondary health care services*. Acta Paul Enferm, 28(6):580-6.
- MEYER, T., VERLHIAC, J-F. (2004). *Auto-efficacité : quelle contribution aux modèles de prédiction de l'exposition aux risques et de la préservation de la santé ?*. Savoirs 5 : 117-134
- MINET, L., & al. (2010). *Mediating the effect of self-care management intervention in type 2 diabetes: A meta-analysis of 47 randomised controlled trials*. Patient Education and Counseling 80: 29–41.
- MLADOVSKY, P. (2007). *Migration and health in the EU*. The london school of economics and political science. p.55.
- MODESTI, P.A., & al. (2016). *Panethnic Differences in Blood Pressure in Europe: A Systematic Review and Meta Analysis*. PLoS ONE 11(1) : 1-21.
- MOGRE, V., & al. (2017a). *Adherence to and factors associated with self-care behaviours in type 2 diabetes patients in Ghana*. BMC Endocrine Disorders, 17:20.
- MOGRE, V., & al. (2017b). *Adherence to self-care behaviours and associated barriers in type 2 diabetes patients of low-and middle-income countries: a systematic review protocol*. Systematic Reviews , 6:39.
- MOLEY-MASSOL, I. (2007). *Le médecin, le malade et les proches*. La lettre de pneumologie, 4 : 138-140.
- MONDOUX, M. (2010). *Communiquer avec des patients de langue étrangère, Les moyens utilisés pour surmonter les barrières linguistiques dans les soins*. TFE.
- MONTESI, L., & al. (2016). *Diabetes in migrants and ethnic minorities in a changing World*. World J Diabetes, 7(3): 34-44.
- MULLER, L., & SPITZ, E. (2007). *Auto-régulation et conduites d'observance thérapeutique: exemple de l'hypertension artérielle*. Pratiques psychologiques, 13: 291-307.

- MURROCK, J.C., & al. (2013). *Dietary Challenges of Managing Type 2 Diabetes in African-American Women*. *Women & Health*, 53:173–184.
- NEJADDADGAR, M., & al. (2017). *Self-Care and Related Factors in Patients with Type 2 Diabetes*. *Asian J Biomed Pharmaceut Sci*, 7 (61) :6-10.
- NOLTE, E., & al. (2008). *Caring for people with chronic conditions*. Open University Press : England. p.290.
- OFTEDAL, B. (2014). *Perceived support from family and friends among adults with type 2 diabetes*. *Eur Diabetes Nursing*, 11 (2): 43–48.
- PARCHMAN, M.L., & al. (2009). *Communication competence, self-care behaviors and glucose control in patients with type 2 diabetes*. *Patient Education and Counseling* 77, 55–59
- PAULUS D, VAN DEN HEED K, MERTENS R. *Organisation des soins pour les malades chroniques en Belgique : développement d'un position paper*. Health Services Research (HSR). Bruxelles : Centre Fédéral d'Expertise des Soins de Santé (KCE). 2012. KCE Reports 190B.
- PEETERS, B., & al. (2015). Understanding medication adherence among patients of Turkish descent with type 2 diabetes: a qualitative study. *Ethnicity & Health*, 20 (1) : 87-105.
- PEETERS, B. (2014). *Adherence to oral hypoglycaemic agents among type-2 diabetes patients of Turkish descent*. Ghent University, thèse.
- PELICAND, J., & al. (2009). *Observance, auto-soin(s), empowerment, autonomie : quatre termes pour questionner les enjeux de l'éducation du patient dans la relation de soins*. *Adsp*, 66 : 21-23.
- PEREZ, A. (2011). *Self-Management of Hypertension in Hispanic Adults*. *Clinical Nursing Research*, 20(4) : 347–365.
- RICCI-CABELLO, I., & al. (2014). *Characteristics and effectiveness of diabetes self-management educational programs targeted to racial/ethnic minority groups : a systematic review, meta-analysis and meta-regression*. *BMC Endocrine Disorders*, 14:60.
- RICHARD, A., & SHEA, K., (2011). *Delineation of Self-Care and Associated Concepts*. *Journal of Nursing Scholarship*, 43(3): 255–264.
- RIEGEL, B., & al. (2012). *A middle-range theory of self-care of chronic illness*. *Advances in nursing science*, 35 (3) : 194-204.
- ROBICHAUD-EKSTRAND, S., & LOISELLE, C. (1998). *Validation française de l'échelle du « exercice of self-care agency » auprès de patients cardiaques*. *Recherche en soins infirmiers*, 54.

- ROMEIKE & al. (2016). *Similarities and differences in underlying beliefs of socio-cognitive factors related to diet and physical activity in lower-educated Dutch, Turkish, and Moroccan adults in the Netherlands: a focus group study*. BMC Public Health, 16:813.
- ROSENTHAL, T. (2014). *The effect of migration on hypertension and other cardiovascular risk factors: A review*. Journal of the American Society of Hypertension , 8(3) : 171–191.
- SAHIN, S. (2018). *Le diabète de type 2 chez les femmes d'origine turque de la deuxième génération à Bruxelles : un état des lieux sous forme d'analyse qualitative exploratoire*. Université catholique de Louvain. Mémoire.
- SAIDI, S. (2015). *An Exploration of Self-Care Practice and Self-Care Support of Patients with Type 2 Diabetes in Malaysia*, University of Manchester, thèse.
- SAILLANT, F., & GAGNON, E. (1996). *Le self-care : de l'autonomie-libération à la gestion du soi*. Sciences sociales et santé. Volume 14 (3) : 17-46.
- SARRADON-ECK, A., & al. (2008). *Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle*. Pratiques et Organisation des soins, 39 (1): 3-12
- SCHMITZ, O. (2018). *WFSP2204 : l'analyse par théorisation ancrée*. Syllabus, Université Catholique de Louvain, Bruxelles.
- SCHOENBERG, N.E., & al. (2008). *Diabetes Self-care among a Multiethnic Sample of Older Adults*. J Cross Cult Gerontol, 23:361–376.
- SIMARD, N. (2006). *Spiritualité et santé*. Reflets, 12(1) : 107–126.
- SPRUILL, & al. (2015). *African Americans' Culturally Specific Approaches to the Management of Diabetes*. Global Qualitative Nursing Research : 1–9
- STIFFLER, D., & al. (2014). *Diabetes Barriers and Self-Care Management: the patient perspective*. Clin Nurs Res, VolXX(X) :1-26.
- TEUSCHER, D., & al. (2015). *Challenges of a healthy lifestyle for socially disadvantaged people of Dutch, Moroccan and Turkish origin in the Netherlands: a focus group Study*. Critical Public Health, 25:5, 615-626.
- THOMPSON, M. (2014). *Occupations, habits, and routines: perspectives from persons with diabetes*. Scandinavian Journal of Occupational Therapy, 21 : 153–160.
- TOOBERTT, D.J., & al. (2000). *The Summary of Diabetes Self-Care Activities Measure*. Diabetes Care 23:943–950.
- TOURETTE-TURGIS, C & THIEVENAZ, J. (2013). *La reconnaissance du « travail » des malades : un enjeu pour le champ de l'éducation et de la formation*. Les Sciences de l'éducation-Pour l'Ère nouvelle : 4 (46) : 69-87.

- UJČIČ-VOORTMAN, J. (2011). *Ethnic disparities in cardiovascular disease risk*. Vrije Universiteit, thèse.
- VAN DE BOVENKAMP, H., & al. (2016). *The complexity of shaping self-management in daily practice*. Health Expectations, 20:952–960.
- VANDENHEEDE, H., & al. (2009). *Type 2 diabetes in Belgians of Turkish and Moroccan origin*. Arch Public Health, 67 :62-87.
- VAN DER HEYDEN J, CHARAFEDDINE R. (2013). *Rapport 1 : Santé et Bien-être. Résumé des principaux résultats*. Institut scientifique de santé publique, p.36.
- VASSART, C., (2013). *Améliorer le dialogue entre médecins généralistes et patients d'origine étrangère*. Aperçu des outils existants. Fondation Roi Baudoin : Bruxelles, p.80.
- VAVRICKA, S-R., & al. (2002). *Age-specific relevance of usual blood pressure to vascular mortality: a meta-analysis of individual data for one million adults in 61 prospective studies*. Lancet, 360 : 1903-13.
- VOST , T., & al. (2015). *Global, regional, and national incidence, prevalence, and years lived with disability for 310 diseases and injuries, 1990–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015*. Lancet, 388: 1545–602.
- VISSENBERG, C., & al. (2017). *The impact of a social network based intervention on self-management behaviours among patients with type 2 diabetes living in socioeconomically deprived neighbourhoods: a mixed methods approach*. Scandinavian Journal of Public Health, 45: 569–583.
- UITENWAAL, P.J.M., & al. (2004). *Prevalence of type 2 diabetes mellitus, other cardiovascular risk factors, and cardiovascular disease in Turkish and Moroccan immigrants in North West Europe: a systematic review*. Preventive Medicine, 39 : 1068– 1076.
- WATKINS, & al. (2013). *Spiritual and Religious Beliefs and Practices and Social Support's Relationship to Diabetes Self-Care Activities in African Americans*. The Diabetes EDUCATOR, 39(2) :231-239.
- WARREN-FINDLOW & SEYMOUR. (2011). *Prevalence Rates of Hypertension Self-care Activities Among African Americans*. J Natl Med Assoc, 103(6): 503–512.
- YANG, Y. (2014). *Self-care perspectives of Chinese immigrants with type 2 diabetes living in Victoria, Australia*. Deakin University, thèse.
- YILDIZ, E., & ERCI, N. (2016). *Effects of Self-Care Model on Blood Pressure Levels and Self-care agency in Patients with Hypertension*. International Journal of Health Sciences, 4 (1) : 69-75.
- ZINAT MOTLAGH SF et al (2016). *Self-Care Behaviors and Related Factors in Hypertensive Patients*. Iran Red Crescent Med J, 18(6) :1-10.

