

SORBONNE UNIVERSITÉ

FACULTE DE MEDECINE SORBONNE UNIVERSITÉ

ANNEE 2019

THESE

N°2019SORUM67

PRÉSENTÉE POUR LE DIPLÔME
DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Diplôme d'Etat

SPECIALITE: MEDECINE GENERALE

PAR

Mr HOLL Alexis

Né le 17 décembre 1992 à Paris (75)

PRÉSENTÉE ET SOUTENUE PUBLIQUEMENT LE 4 OCTOBRE 2019

TITRE: Représentations en santé des patients hypertendus précaires suivis en médecine générale.

PRÉSIDENT DU JURY: Monsieur le Professeur Dominique PATERON

DIRECTEURS DE THÈSE: Madame le Docteur Barbara CHAVANNES

Monsieur le Docteur Amar KAPASSI

MEMBRES DU JURY: Monsieur le Professeur Olivier FAIN

Monsieur le Professeur Alfred PENFORNIS

REMERCIEMENTS

Au Président du Jury, Monsieur le Professeur Dominique PATERON, de m'avoir fait l'honneur d'accepter de présider le jury de cette thèse : veuillez trouver ici l'expression de mon respect et de mes sincères remerciements.

Aux membres du Jury, Monsieur le Professeur FAIN Olivier et Monsieur le Professeur PENFORNIS, de m'avoir fait l'honneur de bien vouloir participer au jury de cette thèse : je vous en suis très reconnaissant.

A mes directeurs de thèse, Madame le Docteur Barbara CHAVANNES et Monsieur le Docteur Amar KAPASSI, d'avoir accepté de diriger cette thèse :

Barbara merci de m'avoir consacré ton temps alors que tu encadres beaucoup d'autres thèses je te remercie pour ta bienveillance.

Amar, je te remercie pour ta guidance et pour m'avoir aidé à organiser mon travail dans le temps afin de remplir mon objectif.

Merci pour votre aide à toutes les étapes de cette thèse. Travailler avec vous a été un plaisir.

A tous mes amis merci d'être toujours là pour me soutenir et pour partager de si agréable moment. Merci à vous tous !

A ma famille : Je ne pourrai jamais assez vous remercier pour tout ce que vous avez fait pour moi. Merci pour votre amour.

Je remercie chaleureusement tous les correcteurs de ma thèse et ma belle-famille pour son soutien pendant toutes ses années.

Pour toi Léa, mon amour sans qui je ne pourrais pas être là aujourd'hui. A nos futurs projets.

SERMENT D'HIPPOCRATE

Au moment d'être admis à exercer la médecine, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité.

Mon premier souci sera de rétablir, de préserver ou de promouvoir la santé dans tous ses éléments, physiques et mentaux, individuels et sociaux.

Je respecterai toutes les personnes, leur autonomie et leur volonté, sans aucune discrimination selon leur état ou leurs convictions. J'interviendrai pour les protéger si elles sont affaiblies, vulnérables ou menacées dans leur intégrité ou leur dignité. Même sous la contrainte, je ne ferai pas usage de mes connaissances contre les lois de l'humanité.

J'informerai les patients des décisions envisagées, de leurs raisons et de leurs conséquences.

Je ne tromperai jamais leur confiance et n'exploiterai pas le pouvoir hérité des circonstances pour forcer les consciences.

Je donnerai mes soins à l'indigent et à quiconque me les demandera. Je ne me laisserai pas influencer par la soif du gain ou la recherche de la gloire.

Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés.

Reçu à l'intérieur des maisons, je respecterai les secrets des foyers et ma conduite ne servira pas à corrompre les mœurs.

Je ferai tout pour soulager les souffrances. Je ne prolongerai pas abusivement les agonies. Je ne provoquerai jamais la mort délibérément.

Je préserverai l'indépendance nécessaire à l'accomplissement de ma mission. Je n'entreprendrai rien qui dépasse mes compétences. Je les entretiendrai et les perfectionnerai pour assurer au mieux les services qui me seront demandés.

J'apporterai mon aide à mes confrères ainsi qu'à leurs familles dans l'adversité.

Que les hommes et mes confrères m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ; que je sois déshonoré et méprisé si j'y manque.

TABLE DES MATIÈRES

Listes des abréviations:	8
Introduction	9
1) L'hypertension artérielle	9
1.1) Prévalence :	9
1.2) Définition :	10
1.3) Physiopathologie :	10
A) Description de la physiopathologie.	10
B) Cause/Étiologie.	11
1.4) Pronostic :	11
1.5) Symptômes :	12
1.6) Diagnostic :	12
1.7) Traitement:	13
A) Mesures hygiéno-diététiques à visée hypotensive :	13
I) Rôle du Sel (Sodium)	13
II) Rôle de l'exercice physique	14
III) Rôle de la réduction pondérale	14
IV) Rôle de la consommation d'alcool	15
B) Médicament à visée hypotensive :	15
2) Les Inégalités Sociales de Santé en France un Déterminant majeur de l'Espérance de Vie	16
2.1) Le niveau de diplôme est un déterminant d'espérance de vie indépendant du niveau de vie	17
2.2) Histoire des Inégalités Sociales de Santé dans la pathologie cardiovasculaire	21
2.3) Gradient Social de Pression Artérielle	22
3) Concept de Littératie en santé	23
3.1) Non-recours au droit à la protection sociale complémentaire et bas niveau de littératie en santé	24
3.2) Comportement des Médecins vis-à-vis des patients à bas niveau socio-économique ou à bas niveau de littératie en santé	25
3.3) Objectifs de la société française d'hypertension artérielle au sujet des inégalités sociales de santé (44) :	26
Journal de Bord	26
Matériel et Méthode	28
1. Objectifs :	28
2. Organisation de l'étude :	28
A. Description synthétique du schéma d'étude	28

B. Méthodologie des entretiens :	29
C. Guide d'entretien :	29
D. Trame de l'analyse	31
3. Informations relatives à la mise en œuvre de la recherche:	31
4. Démarche réglementaire et éthique.	34
Résultats	37
A.) Caractéristiques des personnes interrogées	37
B.) Analyse des entretiens	43
I) Représentation, vécu et contrainte	44
I.1) Représentation commune : la tension artérielle est synonyme de tension nerveuse	44
1.1) Phénomène de majoration des doses en cas de hausse de la tension nerveuse.	45
I.2) Représentation basée sur l'expérience du symptôme, la maladie symptomatique épisodique	46
2.1) Vécu des pics hypertensifs dénommés par les patients "crise de tension"	46
2.2) Vécu de l'hypertension artérielle au quotidien : des symptômes polymorphes et multiples	47
2.3) Vécu de maladie chronique intermittente	50
I.3) Représentation d'HTA comme facteur de risque cardiovasculaire.	51
I.4) Contraintes de la Maladie	53
4.1) Contraintes	53
4.2) Mécanisme de l'inobservance	55
4.3) La peur, présente dans plusieurs facettes de la maladie	55
I.5) Adaptation et appropriation de la maladie	56
5.1.a) Rôle de la galénique dans l'appropriation du médicament	56
5.1.b) Phénomène d'automatisation des prises médicamenteuses	57
5.2) Mécanisme d'acceptation de l'hypertension artérielle	57
II) Littératie en santé	58
II.1) Acquisition et usage des connaissances sur l'hypertension artérielle	58
1.a) Connaissance des Règles Hygiéno Diététiques et Pratique thérapeutique des patients	58
1.b) Connaissance des causes de l'HTA.	62
1.2) Source d'informations sur l'HTA	62
1.2.2) Les aidants des patients	64
II.2) Influence de la culture, des origines et de la religion	65

2.1) Représentation culturelle	65
2.2) Rôle de la religion et de la médecine traditionnelle pour l'HTA	67
II.3) Hétérogénéité des niveaux de littératie en santé	68
3.1) Impacts sur les soins du niveau de LS	68
3.2) Motifs de consultation et niveau de LS.	70
3.3) Barrière de langue	71
3.4) Facteurs de développement de la littératie en santé	71
3.5) Rôle de la personnalité du patient sur la gestion de l'HTA	73
III) Rôle du Médecin généraliste	74
1.1) Suivi de l'HTA	74
1.2) Réduction des ISS	75
1.3) La relation Médecin Malade, le médecin : une figure protectrice	77
IV) Accès aux soins	78
1.1) Rôle de la CMU-C	78
1.2) Difficultés d'accès aux soins	79
Discussion	81
I) Synthèse des résultats	81
1.1) Modèle d'interaction	81
1.2) Représentations des patients sur leur HTA	82
1.3) Niveau primaire de représentation (Socle commun) : tension artérielle synonyme de tension nerveuse	83
1.4) Niveau secondaire de la représentation : Maladie Symptomatique Épisodique	84
1.5) Niveau tertiaire de représentation : Risque Cardiovasculaire	85
1.6) La représentation de la maladie est le déterminant principal de l'observance	86
II) Forces et faiblesse de l'étude.	88
Recrutement des patients.	88
III) Perspectives	91
Conclusion	95
BIBLIOGRAPHIE :	97
ANNEXE 1 : Guide d'entretien	105
ANNEXE 2 : Formulaire de consentement éclairé	107

ANNEXE 3 : Avis Favorable CPP EST I	109
ANNEXE 4 : Entretien patiente E10	110
ANNEXE 5 : Modèle d'interactions	125

Listes des abréviations:

- ACS : Aide à la complémentaire santé
- AVC : Accident Vasculaire Cérébrale transitoire ou constitué
- AOMI : Artériopathie Oblitérante des Membres Inférieurs
- CMU: Couverture Maladie Universelle
- CMU-C : Couverture Maladie Universelle complémentaire
- ERISS: Enseignement et de Recherche sur les Inégalités Sociales de Santé
- HTA : Hypertension Artérielle
- OH : Alcool
- OMS: Organisation Mondiale de la Santé
- IC: Insuffisance Cardiaque
- IDM : Infarctus Du Myocarde
- IR : Insuffisance Rénale
- ISS : Inégalités Sociales de Santé
- LS : Littératie en santé
- PAD : Pression Artérielle Diastolique
- PAS : Pression Artérielle Systolique
- PUMa : Protection Universelle Maladie
- RGPD : Règlement Européen sur la Protection des Données
- RHD: Règles Hygiéno-Diététiques

Introduction

1) L'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle (HTA) est une pathologie très fréquente dans la population générale et est le facteur de risque principal des multiples pathologies cardiovasculaires. L'accident vasculaire cérébral (AVC) et l'infarctus du myocarde (IDM) en sont des exemples. (1)

Le médecin généraliste a un rôle important dans la prise en charge de l'HTA, car elle représente un des problèmes de santé les plus fréquents dans sa patientèle : l'étude ECOGEN effectuée entre 2011 et 2012 évaluée à 7 % des motifs de consultations. (2)

1.1) Prévalence :

L'étude Esteban (Étude de santé sur l'environnement, l'activité physique et la nutrition) conduite entre 2014 et 2016 a permis de fournir une nouvelle estimation de la prévalence, du diagnostic et de la prise en charge de l'HTA en France sur un échantillon représentatif de la population, 10 ans après les données de l'étude ENNS.

La prévalence de l'HTA est restée stable en France, avec près d'un adulte sur trois hypertendus (1). L'hypertension artérielle (HTA) est la première maladie chronique dans le monde (3).

En 2017 le nombre d'hypertendus traités par médicament en France est estimé à 10,8 millions par l'étude flash.

1.2) Définition :

L'HTA est définie comme la valeur de pression artérielle pour laquelle l'excès de risque associé justifie une prise en charge thérapeutique.

L'hypertension artérielle (HTA) est définie par l'OMS par une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmHg (4).

1.3) Physiopathologie :

A) Description de la physiopathologie.

La pression artérielle résulte de la force exercée par le sang sur la paroi des artères.

La pression artérielle systolique (PAS) correspond à la pression du sang maximale quand le cœur se contracte et propulse le sang dans les artères (systole).

La pression artérielle diastolique (PAD) correspond à la pression du sang minimale lorsque le cœur se relâche (diastole).

Les artères confrontées à une hypertension se modifient :

- les parois des grosses artères se rigidifient et perdent de leur souplesse.
- les petites artères s'épaississent, leur calibre se rétrécit et leur capacité à se dilater pour s'adapter aux besoins diminue.

C'est le processus de l'athérosclérose, processus continu au long de la vie d'un individu et dont le risque est proportionnel à la présence des facteurs de risque cardiovasculaire. (5)

Au cours de la vie, sans aucun traitement, ces anomalies conduisent à une mauvaise perfusion des organes comme le cœur, le cerveau ou le rein et entraînent les complications de l'HTA que sont l'infarctus, l'accident vasculaire cérébral ou l'insuffisance rénale par exemple.

B) Cause/Étiologie.

La cause essentielle de l'HTA n'est pas spécifiquement déterminée, mais des facteurs multiples, génétiques et environnementaux qui affectent la PA sont maintenant bien identifiés.

Les facteurs environnementaux incluent la consommation excessive de sel, l'obésité et peut-être la sédentarité. Certains facteurs génétiques interviendraient sur le système rénine-angiotensine et le système sympathique en modifiant la sensibilité de la PA à la consommation en sel. (14)

Une autre cause reconnue de l'HTA est la rigidité de l'aorte qui augmente avec l'âge. Cet effet entraîne une élévation de la PAS particulièrement fréquente chez le sujet âgé (HTA systolique isolée). (18)

1.4) Pronostic :

L'HTA constitue le principal facteur de risque d'accident vasculaire cérébral et un facteur de risque important de morbi-mortalité cardiovasculaire, avec une relation linéaire entre le niveau de pression artérielle et le risque cardiovasculaire quel que soit l'âge (9,10) (11) (12).

Selon l'Organisation mondiale de la santé (OMS), plus de 10 millions de décès annuels sont attribuables à l'HTA (6). L'hypertension est responsable d'au moins 45 % des décès par maladies cardiaques et de 51 % des décès par accidents vasculaires cérébraux.

Parmi les causes de décès en France en 2008 publiées par l'Inserm, les maladies cardiovasculaires dans leur ensemble occupent le deuxième rang des causes médicales de décès après les cancers, soit 27,5 % du total des décès en 2008. (7)

En effet, la mortalité cardiovasculaire double pour chaque augmentation de 20/10 mmHg de la pression artérielle systolique/diastolique (6) (8).

L'HTA est la cause de nombreuses pathologies, tout aussi invalidantes : insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, anévrisme artériel, dissection aortique, arythmie, démence, artériopathie des membres inférieurs, rétinopathie (8), (9), (10)

Le dépistage précoce et la prise en charge de l'HTA contribuent à l'allongement de l'espérance de vie.

1.5) Symptômes :

L'HTA est décrite comme le plus souvent asymptomatique, des signes non spécifiques comme des céphalées (maux de tête), des impressions de vertiges, des sueurs ou des épistaxis (saignements de nez) sont décrits. (11)

1.6) Diagnostic :

L'HTA peut être le témoin d'une maladie sous-jacente (HTA secondaire, pour environ 5 à 10 % des cas). Lorsque aucune cause n'est identifiée, on parle d'HTA essentielle (90 à 95 % des cas). Il est nécessaire de réaliser un bilan biologique pour rechercher d'autres facteurs de risque cardiovasculaire (dyslipidémie, diabète, insuffisance rénale) et exclure des causes d'HTA secondaire.

Trois mesures de la pression artérielle au cabinet ainsi qu'une série de mesures de la pression artérielle au domicile sont nécessaires pour poser le diagnostic d'hypertension artérielle.

Les mesures de la PA à domicile ont pour but d'éliminer un effet blouse blanche.

Il existe deux techniques de mesure à domicile, l'auto mesure (AMT) et la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) avec un seuil d'HTA de 135 mmHG / 85 mmHG.

1.7) Traitement:

La prise en charge de l'HTA passe par des mesures hygiéno-diététiques (perte de poids, réduction des apports nutritionnels en sel, de la sédentarité...) et/ou la prescription d'un traitement antihypertenseur.

Ces mesures ont démontré leur efficacité sur la morbi-mortalité cardiovasculaire dans de nombreux essais thérapeutiques avec, notamment, une réduction de 7 % et 10 % du risque de mortalité par coronaropathie et accident vasculaire cérébral pour une réduction de 2 mmHg de la pression artérielle (4), (12), (13).

A) Mesures hygiéno-diététiques à visée hypotensive :

I) Rôle du Sel (Sodium)

Selon l'étude individuelle nationale des consommations alimentaires 3 (INCA 3) réalisée

en juin 2017, l'assiette des Français contient une grande part d'aliments transformés et trop de sel (en moyenne 9 g/j chez les hommes et 7 g/j chez les femmes, à comparer aux objectifs du Programme national nutrition santé de respectivement 8 g/j et 6,5 g/j).(14)

À ces apports, provenant des aliments consommés, il faut ajouter 1 à 2 grammes de sel/j, dus au salage des plats et à l'eau de cuisson par le consommateur lui-même.(15)

La réduction de l'apport sodé est un des facteurs du contrôle tensionnel. (16)

En cas d'hypertension artérielle, l'objectif du régime hyposodé est de passer sous la barre des 5 grammes / jour.

Une méta-analyse a montré qu'une réduction de 4,4 g/ jour de sel par rapport à l'apport habituel a entraîné une réduction de la pression artérielle systolique de 4,18 mmHG IC à 95 % : 5,18 à 3,18 et une réduction de 2,06 mm Hg pour la pression artérielle diastolique.(17)

II) Rôle de l'exercice physique

L'exercice physique peut réduire la pression artérielle sans nécessairement modifier le poids (18). Les exercices en aérobic étaient associés à une réduction significative de la pression artérielle systolique et diastolique moyenne (3,84 mm Hg [IC à 95 %, 4,97 à 2,72 mm Hg] et 2,58 mm Hg [IC, 3,35 à 1,81 mm Hg], respectivement).

Une réduction de la tension artérielle a été associée à des exercices en aérobic chez les participants hypertendus et normotendus, ainsi que chez les participants en surpoids et de poids normal.

III) Rôle de la réduction pondérale

La réduction pondérale est un facteur de contrôle tensionnel (19). Le risque d'hypertension était réduit de 77% (rapport de cotes 0,23; intervalle de confiance à 95 %). 0,07 à 0,76 ; P = 0,02) dans le groupe de perte de poids (19).

IV) Rôle de la consommation d'alcool

Il existe une relation linéaire entre la consommation d'alcool et la pression artérielle (20).

Effet net sur la PA systolique (mmHg) chez l'hypertendu	
Réduction du poids chez les sujets en surpoids	-5,2
Réduction des apports sodés	-5,1
Exercice physique	-4,9
Réduction de l'alcool	-3,9

(21)

B) Médicament à visée hypotensive :

Le traitement pharmacologique est à instaurer en seconde intention, si l'application des règles hygiéno-diététiques n'est pas suffisante. Sauf en cas d'hypertension artérielle de stade 3 (TA > 18/11 cmHg).

Le bénéfice du traitement pharmacologique est avant tout dépendant de la baisse de la pression artérielle, quelle que soit la classe d'antihypertenseur utilisée.

Il existe 5 classes principales de traitements :

- les diurétiques thiazidiques
- les bêtabloquants

- les inhibiteurs calciques
- les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC)
- les antagonistes de l'angiotensine II (ARAII)

2) Les Inégalités Sociales de Santé en France un Déterminant majeur de l'Espérance de Vie

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont marquées en France.

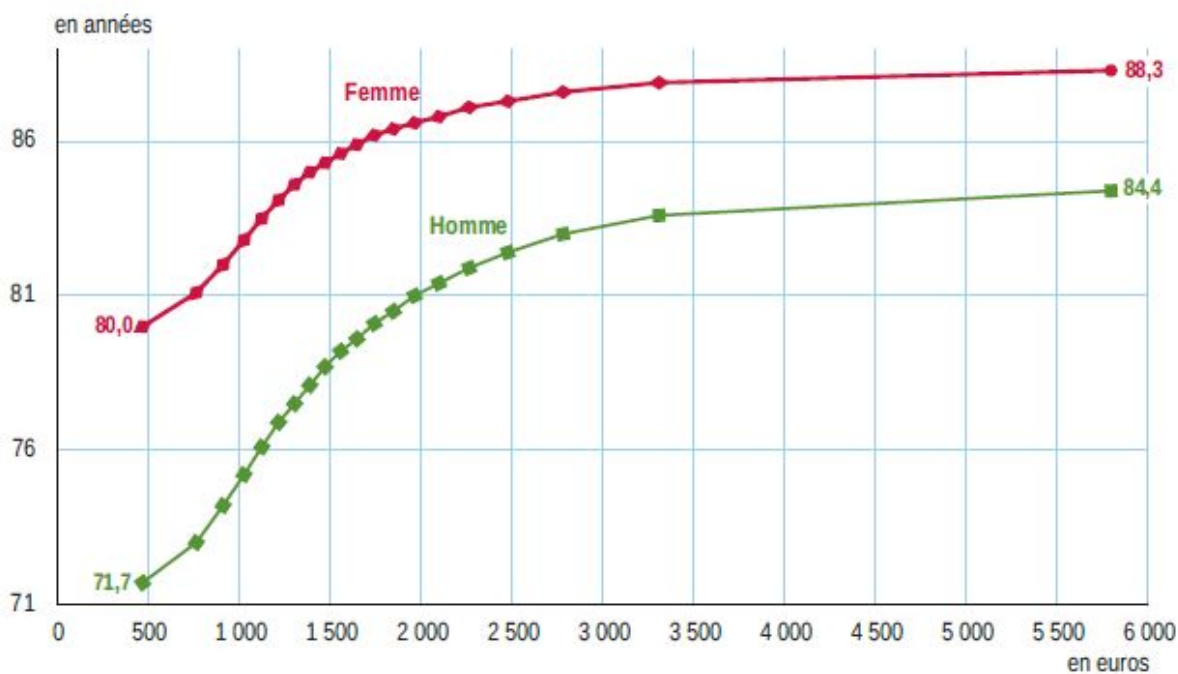
L'espérance de vie des Français suit un gradient de richesse.

En effet, il existe un écart d'espérance de vie de 13 ans entre les 5 % des plus riches et les 5 % des plus pauvres pour les hommes et de 8 ans pour les femmes. Ainsi, plus on est pauvre plus on a de risque d'être en mauvaise santé. (22)

Aux alentours d'un niveau de vie de 1 000 euros par mois, 100 euros supplémentaires sont associés à 0,9 année ou 11 mois en plus d'espérance de vie chez les hommes et 0,7 année ou 8 mois chez les femmes.

Autour de 2 000 euros par mois, le gain d'espérance de vie n'est plus que de 0,3 année ou 3 mois chez les hommes et 0,2 année ou 2 mois chez les femmes. Il atteint seulement 0,2 année et 0,1 année pour 2 500 euros par mois. Cela est illustré par la Figure 1 ci-jointe

Figure 1 Espérance de vie à la naissance par sexe et niveau de vie mensuel (22)



Note : en abscisse, chaque point correspond à la moyenne des niveaux de vie mensuels d'un vingtile. Chaque vingtile comprend 5 % de la population.

Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Échantillon démographique permanent.

2.1) Le niveau de diplôme est un déterminant d'espérance de vie indépendant du niveau de vie

À niveau de diplôme donné, l'espérance de vie augmente aussi avec le niveau de vie, pour les hommes comme pour les femmes (Figure 2 et 3 ci-jointe).

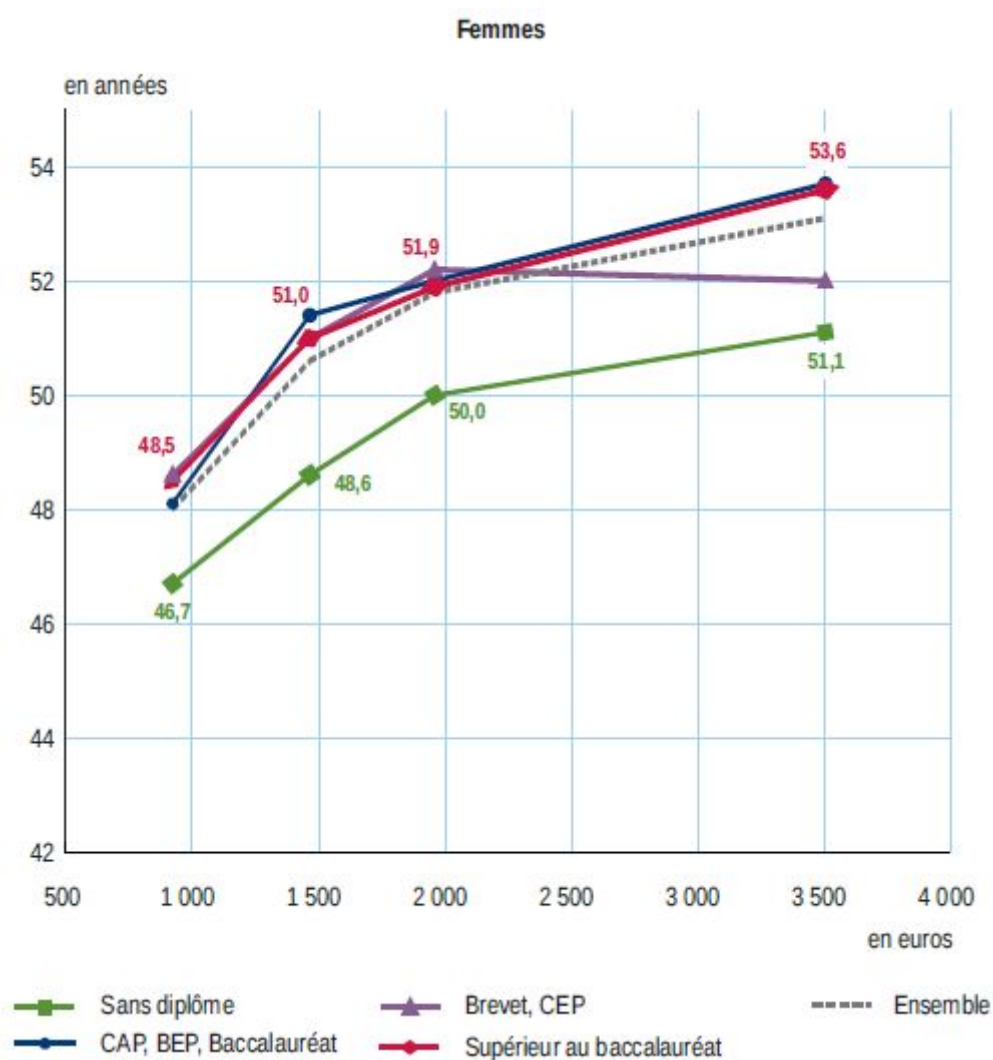
L'augmentation de l'espérance de vie avec l'aisance financière ne s'explique donc pas seulement par le niveau d'études.

Par exemple, **chez les non-diplômés**, l'espérance de vie à 35 ans des hommes parmi les 25 % les plus aisés est de 46 ans, contre 39 ans pour ceux appartenant aux 25 % les plus modestes, **soit 7 ans d'écart.**

Chez **les diplômés du supérieur**, l'écart est de **8 ans** entre les hommes faisant partie des 25 % les plus aisés et ceux parmi les 25 % les plus modestes.

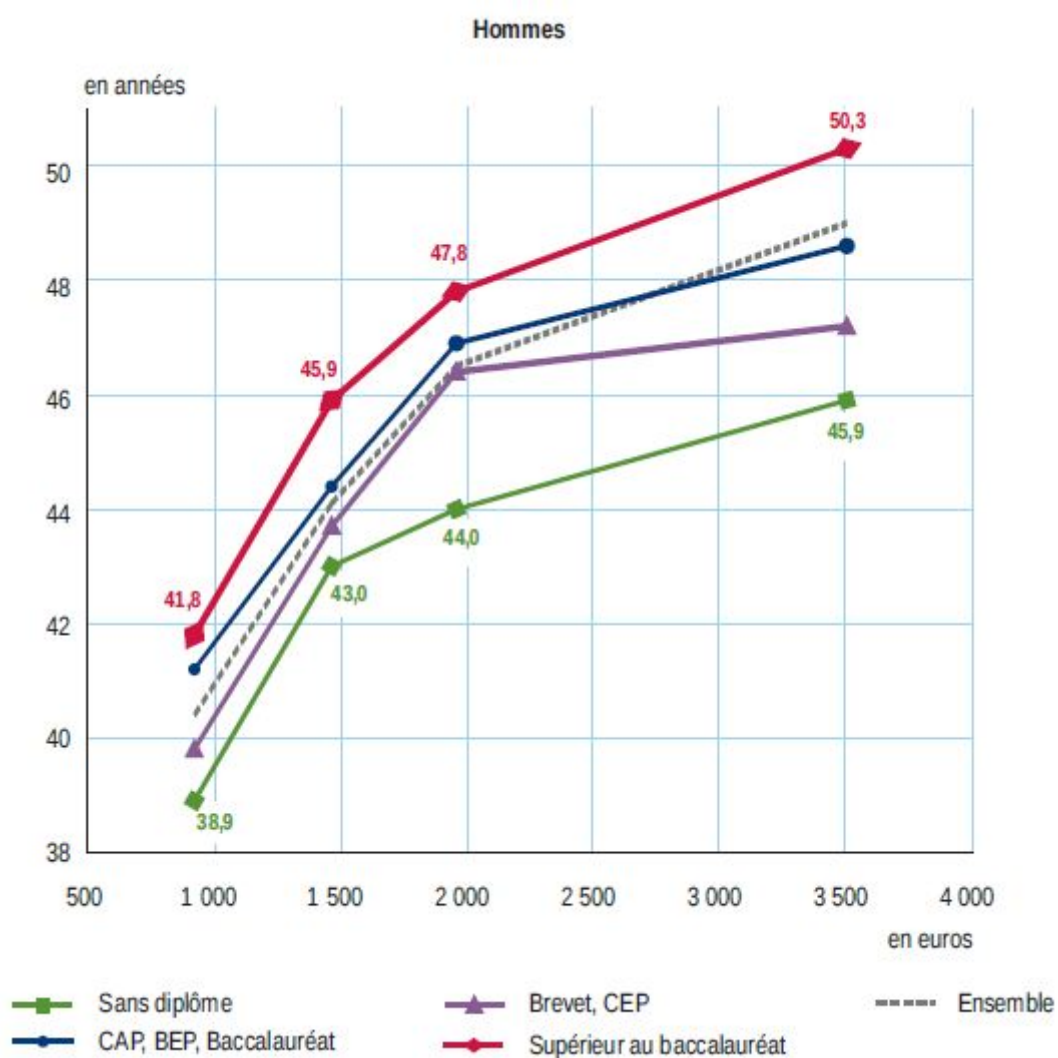
Par ailleurs, les hommes les plus aisés sans diplôme vivent plus longtemps au-delà de 35 ans que les diplômés du supérieur les plus modestes (46 ans contre 42 ans).

Figure 2 : Espérance de vie à 35 ans des Femmes par quartile de niveau de vie mensuel et diplôme. (22)



- Note : en abscisse, chaque point correspond à la moyenne des niveaux de vie mensuels d'un quartile.
- Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Échantillon démographique permanent.

Figure 3 : Espérance de vie à 35 ans des Hommes par quartile de niveau de vie mensuel et diplôme



- Note : en abscisse, chaque point correspond à la moyenne des niveaux de vie mensuels d'un quartile.
- Source : Insee-DGFIP-Cnaf-Cnav-CCMSA, Échantillon démographique permanent.

Entre 2012 et 2016 en France, la probabilité de décéder diminue avec le niveau de vie non seulement à diplôme identique, mais aussi « toutes choses égales par ailleurs » (c'est-à-dire à sexe, âge, catégorie sociale et région de résidence donnés).

Ce n'est donc pas seulement parce que les personnes les plus aisées sont plus diplômées ou plus souvent cadres que leur espérance de vie est plus élevée.

Le niveau de vie en lui-même en facilitant la prévention et l'accès aux soins peut être la cause directe d'une bonne santé. D'autres explications sont possibles.

Tout d'abord, le niveau de vie peut être la cause directe d'un état de santé plus ou moins bon, et donc d'une durée de vie plus ou moins longue. Ainsi, les difficultés financières peuvent limiter l'accès aux soins.

Par exemple, d'après l'enquête Santé et protection sociale de 2014, 11 % des adultes parmi les 20 % les plus modestes disent avoir renoncé pour des raisons financières à consulter un médecin au cours des 12 derniers mois, contre 1 % des adultes parmi les 20 % les plus aisés.

D'autre part, le niveau de vie a aussi un effet indirect sur la santé, parce qu'il est lié à des facteurs également associés à une santé plus ou moins bonne comme la catégorie sociale, le diplôme ou la région de résidence.

Les cadres ont un niveau de vie élevé et sont moins soumis aux risques professionnels (accidents, maladies, exposition à des produits toxiques) que les ouvriers.

De même, les comportements moins favorables à la santé sont plus fréquents chez les non-diplômés que chez les diplômés. Par exemple, d'après le Baromètre Santé 2016, 39 % des personnes âgées de 15 à 64 ans sans diplôme fument quotidiennement, contre seulement 21 % des diplômés du supérieur.

Par ailleurs, un faible niveau de vie peut également être la conséquence d'une mauvaise santé plutôt qu'en être la cause. Une santé défaillante peut freiner la poursuite d'études, l'exercice d'un emploi, ou l'accès aux emplois les plus qualifiés. (22)

2.2) Histoire des Inégalités Sociales de Santé dans la pathologie cardiovasculaire

En France, de la période de la moitié du 20ème siècle au début du 21ème siècle, la mortalité cardiovasculaire a chuté, elle a été divisée par 3 pour les hommes et par 4 pour les femmes. (23), (24)

Cette baisse de mortalité cardiovasculaire a créé un gradient social en défaveur des professions exerçant un travail manuel.

Cette baisse de mortalité s'explique en partie par la meilleure prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire modifiable comme le tabagisme.

Cette médecine préventive a bénéficié davantage aux catégories les plus aisées et a creusé l'écart entre les différentes catégories sociales. (25)

Au niveau européen, dans les années 1990 les maladies cardiovasculaires ont été très prévalentes et sont la première cause des différences sociales de mortalité. (26)

L'évaluation du risque cardiovasculaire chez les patients socialement défavorisés est sous-évaluée par les seuls critères de Framingham. C'est ce que Franks démontre dans une étude de 2011.(27). La catégorie socioprofessionnelle n'apparaît pas non plus dans la grille SCORE qui est celle recommandée par la HAS.

2.3) Gradient Social de Pression Artérielle

Il existe une influence de la position sociale sur la pression artérielle. (23)

La catégorie socioprofessionnelle du patient semble avoir un effet sur l'équilibre tensionnel et les niveaux de pression artérielle systolique en défaveur du bas de la hiérarchie sociale, à sexe et âge identiques, mais également à hygiène de vie et suivi médical égaux.

La catégorie socioprofessionnelle semble avoir clairement un effet indépendant sur la pression artérielle dans cette étude transversale menée en 2008 et 2009 auprès de maîtres de stage des facultés Paris Descartes et Pierre et Marie Curie ainsi que de leurs patients.

Il existe un gradient en défaveur des catégories sociales les plus défavorisées.

La prévalence de l'HTA et les niveaux de PAS sont liés au niveau social, avec une prévalence et des chiffres de PAS plus élevés parmi les populations du bas de la hiérarchie sociale : Plusieurs études le démontrent au fil des années (36), (37), (38), (39).

Depuis environ 30 ans, il est constaté une évolution de la prise en charge de l'HTA.

En 1984 Fouriaud trouve une corrélation entre l'observance et le niveau social (28).

Mais en 1998 Gaudemaris ne retrouve pas cette corrélation, mais il montre la persistance des inégalités sociales vis-à-vis de contrôle de l'HTA.

3) Concept de Littératie en santé

La littératie en santé est l'aptitude d'un patient à acquérir des connaissances sur une pathologie avec un versant fonctionnel (capacité à lire une prescription), avec un versant communicatif (participation active) et avec un versant critique (replacer une information dans son contexte).

Par exemple, les patients à faible niveau de littératie adoptent plus souvent une attitude d'évitement de conversation avec le professionnel de santé et d'absence de questions posées en cas d'incompréhension. (29).

Le caractère chronique de l'HTA n'est pas toujours bien compris et/ou expliqué ce qui peut entraîner une rupture de suivi et de traitement chez certains patients. Dans la thèse de Sabrina FONGA(30), certains patients avaient développé une peur de l'HTA, celle-ci était liée au comportement du personnel de santé, à l'expérience de l'entourage ou au vécu personnel.

La capacité des patients à prendre en charge leur pathologie modifie leur pronostic (espérance de vie, complications associées, qualité de vie). Ce concept est central dans la littératie en santé. (31).

Le taux de littératie en santé bas est beaucoup plus élevé parmi les personnes pauvres ou ayant un bas niveau d'études ou dont la langue maternelle n'est pas la langue du pays d'immigration. (32). (33). (34).

Un faible niveau de littératie en santé est reconnu comme un facteur de risque majeur dans le contrôle de la pression artérielle et a des effets néfastes sur le pronostic.
. (35). (36). (37).

3.1) Non-recours au droit à la protection sociale complémentaire et bas niveau de littératie en santé

Il existe une relation entre un bas niveau en littératie et un non-recours au droit à la CMU-C.(38). Le taux de non-recours à la CMU-C en métropole est estimé entre 23 % et 36 % en 2014.

Pour 48 % des répondants (population de non-recours à la CMU-C), l'absence de complémentaire santé CMU-C est liée à un manque d'autonomie ou de capacité à utiliser l'information disponible.

Un tiers déclare ne pas savoir ce qu'est la CMU-C, voire ne pas connaître son existence. Il s'agit d'un non-recours par méconnaissance.

Les entretiens qualitatifs montrent que ce non-recours découle d'une méconnaissance globale du système de protection sociale : confusion entre assurance maladie obligatoire, assurance maladie complémentaire, carte vitale, etc.

Par ailleurs, des personnes qui connaissent le dispositif ne demandent pas ou ne renouvellent pas la CMU-C.

Deux tiers des répondants, qui déclarent savoir ce qu'est la CMU-C, pensent pouvoir en bénéficier et autant l'ont obtenue dans le passé, les autres ayant abandonné du fait de demandes de pièces administratives.

J'ai inclus dans l'étude des patients qui n'avaient pas leur droit ouvert à la CMU-C ou à l'aide à l'acquisition d'une couverture maladie complémentaire (l'ACS) mais qui auraient dû en bénéficier. Il est d'autant plus important d'étudier cette population qu'elle est souvent exclue des études qui s'intéressent aux populations précaires.

3.2) Comportement des Médecins vis-à-vis des patients à bas niveau socio-économique ou à bas niveau de littératie en santé

La littératie en santé des patients est souvent surestimée par le médecin.

La relation médecin malade est différente en fonction du niveau scolaire.

Les patients de bas niveau scolaire ont une relation à type de consentement alors que les patients de haut niveau scolaire partagent des décisions concernant la santé avec le médecin.

Il semble que les populations les plus vulnérables soient le plus souvent les moins bien prises en charge. (39).

L'étude ECOGENE réalisée en 2012 trouve qu'il est fréquent que les médecins sous informent les patients avec un bas niveau socio-économique. La durée de consultation était moindre pour les patients précaires alors même qu'il s'agissait plus souvent d'une première consultation.

Il y avait également moins de motifs de consultation exprimés par le patient et moins de problèmes de santé pris en charge. (40).

Il y avait enfin moins de procédures mises en œuvre par problème de santé chez les sujets précaires (procédures de communication médecin-patient, prescription d'examen sanguins, prescription de médicaments, mesures préventives). (41).

Les médecins donnaient moins souvent de conseils hygiéno-diététiques aux patients hypertendus de niveau socio-économique bas. (42) (43).

3.3) Objectifs de la société française d'hypertension artérielle au sujet des inégalités sociales de santé (44) :

- Tenir davantage compte du rôle majeur des conditions socio-économiques partout et toujours démontrer dans la survenue de l'HTA et la qualité de sa prise en charge, surtout chez les patients en situation de précarité (CMU, minimas sociaux) et situés particulièrement dans les DOM TOM.
- Faire disparaître les difficultés d'accès aux soins de certaines personnes (minimas sociaux, absence de CMU, absence de mutuelle, chômage) dans le cadre du besoin global des maladies chroniques (diabète de type 2, broncho-pneumopathies, chronique, maladies inflammatoires, infections virales chroniques et autres). Simplification des procédures d'obtention de la CMU.

Journal de Bord

J'explique ici les raisons personnelles qui m'ont amené à réaliser ce travail de recherche. Le journal de bord est un outil utilisé dans les travaux de recherche qualitative. En identifiant les causes ayant motivé le travail de recherche, le chercheur prend plus de recul sur son objet de recherche.

Lors de mes stages d'externe en service de Cardiologie et de Neurologie j'ai été marqué par la violence, la brutalité des événements cardiovasculaires et l'impact sur la vie de nos patients.

La réponse thérapeutique curative des AVC est parfois décevante avec de lourdes séquelles pour le patient.

J'ai donc souhaité investir les stratégies de prévention de ces événements cardiovasculaires.

En tant que citoyen j'ai toujours été attaché au concept politique d'égalité entre les êtres humains.

Cette sensibilité m'a rapidement fait prendre conscience sur le terrain de l'existence d'inégalité sociale de santé très marquée tant au niveau des soins d'urgence qu'en consultation de médecine générale au cabinet.

Intéressé par la recherche sur les inégalités sociales de santé j'ai rejoint le séminaire E.R.I.S.S. (Enseignement et de Recherche sur les Inégalités Sociales de Santé) du département de médecine générale de Médecine Sorbonne Université.

J'ai donc naturellement choisi le sujet de l'hypertension artérielle principal facteur de risque cardiovasculaire comme thème de thèse.

C'est pour cela que j'ai voulu analyser les témoignages des patients précaires hypertendus pour rendre compte de leurs difficultés et motivations dans le but d'améliorer la qualité des soins (éducation thérapeutique, nature de la relation médecin malade, etc...).

Matériel et Méthode

1. Objectifs :

Les patients précaires ont plus fréquemment un niveau de littératie en santé et une hypertension artérielle moins équilibrée. L'objectif de ce travail est de décrire les points de vue des patients hypertendus précaires sur leur santé, leur maladie, leur parcours de soins, leur relation médecin malade, leurs connaissances et leurs moyens d'informations.

2. Organisation de l'étude :

A. Description synthétique du schéma d'étude

Il s'agit d'une étude qualitative, multicentrique avec analyse par la technique de théorisation ancrée. L'outil de recherche est l'entretien semi-directif. Ce style d'entretien est défini par des questions ouvertes. Une trame de questions est préparée en avance : le guide d'entretien. L'ordre des questions est modifiable et les questions s'adaptent au discours du patient.

La théorisation ancrée est une méthode d'analyse qualitative « visant à générer inductivement une théorisation au sujet d'un phénomène culturel, social ou psychologique, en procédant à la conceptualisation et la mise en relation progressive et valide de données empiriques qualitatives » (45)

Elle permet une formulation provisoire pour comprendre la complexité des phénomènes tant au niveau conceptuel qu'au niveau empirique de ses mises en situation. La théorisation

ancrée peut se caractériser par la conceptualisation des données empiriques. La méthode est un aller-retour constant et progressif entre les données recueillies sur le terrain et un processus de théorisation. (46)

Pour m'approprier les concepts de ses méthodes de recherche non enseignée au cours du 2e cycle de mes études médicales, j'ai lu le livre de Christophe Lejeune, "Manuel d'analyse qualitative. Analyser sans compter ni classer"(47).

Les entretiens ont été enregistrés par le microphone d'un téléphone portable. Ils ont été anonymisés par numérotation. L'intégralité de l'entretien a été retranscrit puis codé et analysé, avec triangulation des données.

B. Méthodologie des entretiens :

Le patient a pu s'exprimer librement après une série de questions fermées visant au recueil d'informations socio-économiques. Celles-ci ont été recueillies à partir des recommandations du collège de la médecine générale référentiel : " pourquoi et comment enregistrer la situation sociale d'un patient adulte en médecine générale ? " (48).

L'objectif des entretiens a été expliqué par téléphone avant de prendre rendez-vous et rappelé lors de la rencontre. Le patient a été encouragé à s'exprimer, à parler de son ressenti et de son vécu.

Les entretiens ont duré entre 35 et 70 minutes. La durée des entretiens dépendait du vécu des patients et de leur niveau d'expressivité.

C. Guide d'entretien :

Ce guide a été construit à partir des résultats de la recherche bibliographique, et amélioré au fur et à mesure des entretiens. Le guide d'entretien est joint en annexe. (annexe N°1)

Les thèmes abordés sont les suivants :

- Circonstances de découverte de l'hypertension artérielle.
- Causes et conséquences de l'hypertension artérielle.
- Symptômes de l'hypertension artérielle.
- Retentissement de l'hypertension artérielle dans la vie quotidienne.
- Vécu de la maladie.
- Rôle de l'entourage dans la prise en charge
- Connaissances des règles hygiéno-diététiques.
- Application des règles hygiéno-diététiques au quotidien.
- Capacité d'adaptation et adhésion au parcours de soins.
- Condition d'usage de la prise de tension à domicile et répercussion.
- Provenance des conseils reçus sur l'hypertension artérielle.
- Connaissance des traitements.
- Observance, retentissement du traitement dans la vie quotidienne.
- Soutiens pour la gestion de l'hypertension artérielle.
- Relation médecin patient.
- Rôle du médecin généraliste dans le parcours de soins.

D. Trame de l'analyse

L'analyse a été effectuée en deux étapes. La première a consisté à repérer les données pertinentes et la seconde à les catégoriser. Le verbatim de chaque entretien a été retranscrit intégralement à l'aide du logiciel de traitement de texte Microsoft Word®.

Les verbatims ont été ensuite découpés en mots, phrases, expressions ou extraits de texte qui présentaient une seule et même idée dans un premier temps : les UMS (Unités Minimales de Signification). Celles-ci ont été classées, regroupées en sous-catégories, puis en catégories et thèmes dans un second temps.

Plusieurs relectures du verbatim ont été nécessaires pour obtenir un codage pertinent et homogène selon une approche inductive. Un étudiant en médecine en cours de recherche qualitative pour sa thèse a participé à l'analyse des données pour permettre de réaliser une triangulation des données (élément de validité interne de l'étude).

Le logiciel NVIVO version 12, a été utilisé pour la réalisation du modèle d'interaction.

3. Informations relatives à la mise en œuvre de la recherche:

Le terrain de l'étude a été le lieu d'exercice du médecin généraliste qui a inclut le patient dans l'étude. Une limite géographique a été fixée pour faciliter notre disponibilité pour la réalisation des entretiens, la région Ile de France.

Les lieux de recrutement des patients sont les suivants :

-Cabinet Médical Wilson (cabinet libéral pluriprofessionnel) au 10 Avenue Du President Wilson, 94450 Limeil Brevannes, patients recrutés par Dr CHAVANNES Barbara.

-Maison de santé de pyrénées belleville située au 391 rue des Pyrénées, 75020 Paris, patients recrutés par Dr DENANTES Mady.

-Centre Municipal de Santé Pierre Rouquès situé 12-14 Rue du Général de Gaulle, 94400 Vitry-sur-Seine, coordination du recrutement par Dr KAPASSI Amar.

-Unité de Traitement Ambulatoire des Maladies Addictives (UTAMA) de l'hôpital Beaujon 100 Boulevard du Général Leclerc, 92110 Clichy, patient recruté par Dr KALAMARIDES Sophie.

Les entretiens ont commencé après validation par le CPP. La recherche n'impliquait pas de recueil de données rétrospectives.

Le nombre de sujets inclus dépendait de l'analyse des précédents entretiens et il n'a pas pu être défini a priori. Le recueil de données s'est arrêté lorsque la lecture du matériel n'a plus apporté de nouveaux éléments, c'est à dire à " saturation des données ". Celle-ci a été atteinte au 10ème entretien analysé.

Critères d'inclusions :

- Femme ou homme majeur.
- Bénéficiaire ou être en droit de bénéficiaire de la CMU-C.
- Bénéficiaire ou être en droit de bénéficiaire de l'AME.
- Bénéficiaire ou être en droit de bénéficiaire de l'ACS.
- Être hypertendu (hypertension artérielle primaire) sous RHD ou avec médicament peu importe l'âge du diagnostic.
- Être pris en charge par un médecin généraliste pour l'hypertension artérielle.

Critères d'exclusions :

- Refus de participation à l'étude.
- Absence de maîtrise de la langue française.
- Patient sous protection judiciaire type curatelle ou tutelle.
- Complications cardiovasculaires connues.
- Patient diabétique type 1 ou type 2.

Modalités de recrutement des personnes interrogées :

Pour le recrutement des patients j'ai sollicité :

- Mes deux directeurs de thèse et les médecins exerçant dans leur structures de soins.
- Les médecins thésés et les internes du séminaire ERISS (Enseignement et de Recherche sur les Inégalités Sociales de Santé) auquel je participe.
- Les médecins de l'unité de traitement ambulatoire des maladies addictives (UTAMA) de l'hôpital beaujon.
- Les internes de médecine générale en stage en SASPAS (Stage Ambulatoire en Soins Primaires en Autonomie Supervisée) de Médecine Sorbonne Université
- Mon médecin traitant.
- Mes anciens co-internes.

La méthode par effet boule de neige a été utilisée (j'ai demandé à chaque médecin recruteur s'il connaissait un confrère prêt à recruter un autre patient).

Modalités d'information et de traçabilité de la non- opposition :

Le caractère anonyme et confidentiel a été garanti.

Le consentement du patient a été recueilli oralement et par écrit.

Un double de la note d'information et de consentement a été laissé au patient.

Une adresse email a été écrite sur la note d'information pour me joindre en cas de question, de volonté de rétractation à la participation de l'étude ou de désir de connaître les résultats de l'étude conformément au règlement européen sur la protection des données (RGPD).

4. Démarche réglementaire et éthique.

1) La première démarche entreprise a été la demande d'un numéro d'enregistrement pour une RIPH (Recherche impliquant la personne humaine). Avant de déposer un dossier de demande d'autorisation sur une recherche impliquant la personne humaine, les promoteurs doivent obtenir un numéro d'enregistrement de la recherche. Ce numéro, également appelé " numéro ID-RCB " permet d'identifier chaque recherche réalisée en France.

Voici le numéro correspondant à ma recherche :

n° SI : 18.12.07.96112 - ID RCB : 2018-A03323-52

2) La seconde démarche a été la déclaration qui explique que le recueil et le traitement des données mis en œuvre dans cette recherche sont conformes à la méthodologie de référence MR003 homologuée par la CNIL. *Déclaration simplifiée CNIL n° 2211045.*

3) Ensuite il a fallu préparer le dossier de demande d'avis pour le CPP (comité de protection des personnes).

Les documents suivants ont été joints au dossier:

- *Guide d'entretien – version 3 du 23 février 2019 (disponible en annexe n°1)*
- *Document attestant que la recherche est conçue et réalisée conformément aux dispositions législatives et réglementaires – signé et daté du 23/02/2019*
- *Déclaration simplifiée CNIL n° 2211045 – datée du 14/01/2019*
- *Récépissé CNIL Déclaration de conformité à une méthodologie de référence N° 2211045*
- *Courrier d'accompagnement – daté du 18/03/2019*
- *Résumé du protocole – version 4 du 18/03/2019*
- *Formulaire de consentement éclairé – version 2 du 18/03/2019 (disponible en annexe n° 2)*

Les critères de conformité de la demande d'avis pour le CPP ont été remplis avec la procédure prévue au II de l'article R.1123-20 du code de la santé publique :

- cette recherche a comporté uniquement des données recueillies par entretiens.
- cette recherche n'a eu aucune conséquence pour les personnes participantes que ce soit en termes de sécurité ou de modification de la prise en charge habituelle.
- cette recherche a été dénuée de risque et les inconvénients pour les personnes participantes à la recherche sont négligeables .
- le recueil et le traitement des données mis en œuvre dans cette recherche ont été conformes à la méthodologie de référence MR003 homologuée par la CNIL.

Le Lundi 8 avril 2019 le comité restreint du CPP EST 1 a examiné les informations

complémentaires transmises par le promoteur pour le dossier et a statué pour un avis favorable. L'avis est joint en annexe.

4) L'ANSM a été informé de l'avis favorable donné par le CPP EST 1.

L'article L1121-4 du CSP rend obligatoire la transmission par le promoteur à l'ANSM de l'avis rendu par le CPP ainsi que le résumé de la recherche depuis la publication des décrets d'application de la Loi jardé en novembre 2016

Résultats

A.) Caractéristiques des personnes interrogées

Treize entretiens ont été réalisés. Ils ont duré entre 35 minutes et 72 minutes.

Un entretien test a été réalisé afin de vérifier le guide d'entretien et de permettre un entraînement à la réalisation d'entretiens semi-dirigés.

Les critères d'inclusion n'ayant pas été respectés (couverture sociale assurée par les revenus de son mari), l'entretien n'a donc pas été retenu dans l'étude.

Parmi les douze entretiens restants, nous avons dû exclure secondairement deux patients, l'interprétation des entretiens étant rendue impossible du fait d'une barrière de la langue trop importante.

Parmi les entretiens analysés, notre échantillon était de deux hommes et huit femmes. Les patients étaient âgés de 33 ans à 71 ans. Le niveau d'étude des patients allait de l'absence de scolarisation à l'obtention d'un master en sociologie.

La capacité à l'écrit des patients allait de l'illettrisme à la maîtrise parfaite de la langue française. Le niveau de maîtrise de la langue orale était également hétérogène. Pour certains, nous avons constaté une réelle difficulté pendant l'entretien, avec la fréquente nécessité de reformuler les questions.

Tableau : Description des patients interrogés.

N	Sexe	Origine	Couverture sociale	Statut face à l'emploi	Etude	Structure familiale	Autres particularités Lieu de recrutement.
0 test	F	France	Couverture complémentaire via travail du conjoint	Sans emploi mère au foyer ancienne opticienne.	BEP opticien	65 ans mariée 2 enfants	Recrutée par réseau d'amis.
1	H	Guinée	Mutuelle privée non recours ACS	Retraité travail dans la sécurité	Licence de physique	71 ans marié enfants	CMS Vitry-sur- Seine
2	F	Côte d'ivoire	CMU-C	Vente d'aubergines dans la brousse	Illettrisme		Cabinet Wilson Limeil Brevannes barrière langue non analysable
3	F	Liban	CMU-C	Absence d'emploi	Arrêt des études à 13 ans après	63 ans mariée 5 enfants	2 filles handicapées Cabinet Wilson

					son mariage	4 F/ 1G	Limeil Brevannes
4	F	Brésil Arrivée en France en 1971	dépasse le seuil CMU-C. non recours ACS	Retraite cumul emploi retraite ménage. Multiples emplois par le passé.	Niveau équivalent bac.	68 ans divorcée 4 enfants	Cabinet Wilson Limeil Brevannes
5	F	Congo kinshasa Arrivée en France en 1988	CMU-C	Femme de chambre et auxiliaire de vie	collège	53 ans séparée. De nouveau en couple. 2 E 5 FIV réalisées	Cabinet Wilson Limeil Brevannes
6	H	Ghana	CMU-C	Sans emploi, vit en foyer	?		UTAMA hôpital Beaujon. Barrière langue. Non analysable
7	F	Côte d'Ivoire	CMU-C	Commerçante en Côte d'Ivoire.	Absence d'études	53 ans mariée, 6 enfants	20ème arrondissement de Paris

		Arrivée en France en 1989		Femme de ménage un temps puis sans emploi			
8	F	Mali Arrivée en France en 1983	mutuelle privée en attente de droit CMU-C	femme de ménage licenciée depuis moins de 3 mois	absence d'étude illettrisme	53 ans veuve 6 enfants	20ème arrondissement de Paris
9	H	République du Congo Arrivé en France en 2018	CMU-C	sans emploi logé en foyer commerce ambulancier dans son pays d'origine.	étude jusqu'à 10 ans	33 ans Orphelin Aîné d'une fratrie de 8.	CMS Vitry-sur-Seine
10	F	France	Absence de couverture complémentaire Non recours ACS	Longue période de chômage. Actuellement retraitée avec petite pension juste au dessus du seuil CMU-C.	Master Sociologie	58 ans vit seul 1 enfant	20ème arrondissement de Paris
11	F	Cameron	AME puis	Chômage	13 ans	65 ans	CMS

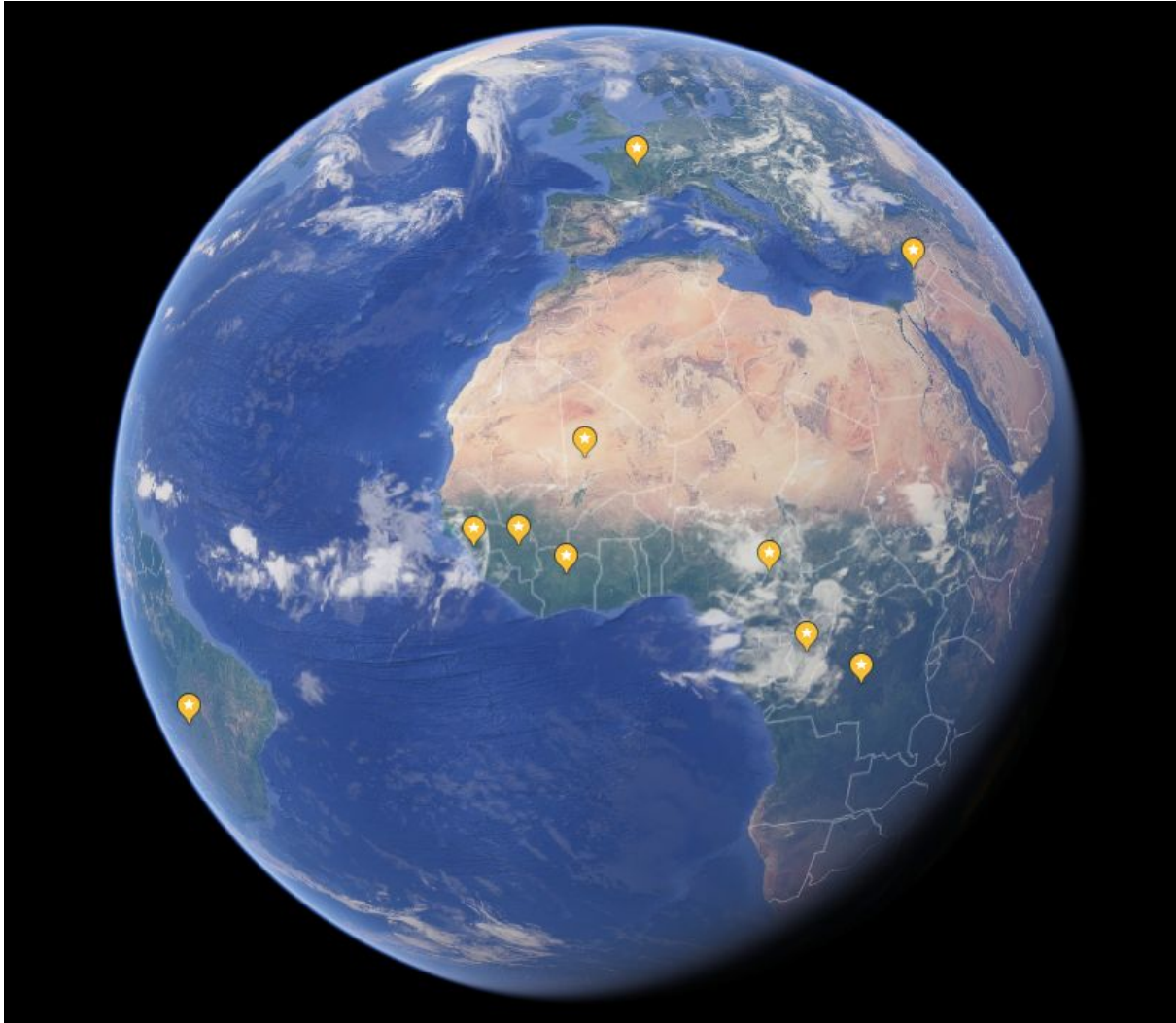
		Arrivée en France en 2008	CMU-C	recherche dans différents domaines. Aucun revenu. Vit chez son fils. Ancienne caissière au Cameroun	Etude jusqu'en 4ème	a perdu 4 enfants sur 5	Vitry-sur-Seine.
12	F	Guinée Arrivée en France en 2013	CMU-C	Travaille à temps partiel de 5h à 9h du matin dans le ménage	BAC science physique en Guinée	50 ans veuve, a perdu un enfant	Cabinet Wilson Limeil Brevannes

Origine géographique des patients :

Parmi les dix entretiens analysés, neuf patients avaient immigré en France au cours de leur vie, une patiente était française. Parmi les neuf patients ayant eu une histoire de migration, sept étaient d'origine subsaharienne. Cette information est mise en avant car cela a eu une influence sur les représentations de leur hypertension.

Image des Pays d'origine des patients inclus dans l'analyse de l'étude.

Provenance de l'image : Google® Images 2019 Landsat/Copernicus,Data SIO,NOAA,U.S. Navy,GEBCO,IBCAO,U.S Geological Survey, Données cartographiques 2019 Google, INEGI.



B.) Analyse des entretiens

Nuage de Mots

Un nuage de mots a été réalisé avec le verbatim de l'ensemble des patients inclus dans l'analyse. Nous avons retiré les phrases prononcées au cours de l'entretien et les mots de locution les plus fréquents et insignifiants par leur absence de spécificité vis-à-vis de l'HTA.

Schéma nuage de mots en forme de cœur réalisé à l'aide du site internet

<https://www.nuagesdemots.fr/>.



I) Représentation, vécu et contrainte

I.1) Représentation commune : la tension artérielle est synonyme de tension nerveuse

Les problèmes personnels rencontrés sont de diverses natures : souffrance au travail, conflit avec l'employeur. Ils sont liés également à la précarité (problématique du logement par exemple) et à des conflits familiaux, etc.... Ces divers problèmes engendrent du stress, synonyme pour les patients de tension nerveuse. Celle-ci est assimilée à la hausse de la tension artérielle.

E8 : *" s'énerver et la si y a un problème c'est la tension qui vienne "*

E11 : *" l'hypertension artérielle c'est une maladie, mais qui provient du pensée et du stress.. tant que la tête n'est pas tranquille, la tension, je ne crois pas que, la tension artérielle, elle peut baisser. "*

E9 : *" quand je suis nerveux aussi ça monte "*

E5 : *" hum je crois que c'est à cause des problèmes, des pensées des soucis quand on se fait du souci quand.... quand on stress oui quand il y a des soucis oui la tristesse "*

1.1) Phénomène de majoration des doses en cas de hausse de la tension nerveuse

Deux patients d'un même médecin E7 et E10 m'ont dit majorer leur dose de médicament jusqu'à la doubler, en anticipation d'une mauvaise nouvelle ou en réaction à une hausse de la tension nerveuse.

E7 : *" j'ai des soucis il y a des choses qu'on dit par exemple quelqu'un qui t'a fait du mal (tchip) je sais pas comment on dit en français si ça me chauffe et ça me fatigue ce jour-là je prends deux au lieu de un "*

E10 : *" j'essaye de me calmer (ton de la voix rigolard) mais heu est-ce que j'augmente ma dose ?? peut-être "*

Cette majoration de la posologie a été faite à l'insu du médecin prescripteur.

E7 : *" je prends deux bon moi j'ai pas dit, c'est moi même qui prends parce que si je voyais je prends un si ça ne va pas tu prends encore. "*

La patiente E 10 a recherché une hausse de la pression artérielle alors que la patiente E7 n'a pas réalisé de mesure de la pression artérielle.

Cette prise médicamenteuse s'appuie sur la représentation de la maladie la plus communément partagée, celle de la tension artérielle comme marqueur de la tension nerveuse.

E7 : *" j'avais des dettes de loyer et l'assistante sociale elle m'a appelée elle m'a dit oui héé si vous payez pas la maison telle date et telle date tu vas sortir de la maison quand elle a dit ça ... le même jour là j'étais pas normale, dans des cas comme ça je prends deux. "*

Cette prise de médicament dans le cas de la patiente E7 pourrait être comparée à celle d'un traitement anxiolytique.

E7 : *” sinon si je fais pas ça je peux rester au lit toute la journée. ”*

I.2) Représentation basée sur l'expérience du symptôme, la maladie symptomatique épisodique

2.1) Vécu des pics hypertensifs dénommés par les patients “crise de tension”

Les épisodes de pics hypertensifs symptomatiques sont vécus avec violence par les patients.

La prise en charge de ces épisodes était réalisée aux urgences dans la majorité des cas sinon par le médecin traitant. Les patients en gardent un souvenir très précis.

E4 : *” je suis allée voir un médecin en me traînant presque à quatre pattes et il n'a jamais compris comment je suis arrivée à son cabinet...vous allez vous envoler comme une fusée et c'est là que notre relation entre médecin et patient a abouti “*

Cet épisode a été pour la patiente le début d'une nouvelle relation médecin patient (son médecin précédent était parti à la retraite) et un retour vers la prise en charge de son hypertension artérielle.

E5 : *“ J'ai perdu mon père à la suite, j'ai fait un malaise de tension en Afrique. On m'a couvert de perfusions et trois jours après ça s'est arrêté.... ”*

“ Je suis allée voir le médecin traitant et la tension c'était 22... m'a fait tellement mal à la tête après ça monte encore à 19. ”

La patiente a vécu deux épisodes de poussée hypertensive symptomatique. Elle se rappelle du détail de chaque heure de la prise en charge pour la 2ème crise traitée à l'hôpital en France.

E12 :” *J'ai fait une crise franchement je ne pensais pas rester jusqu'au matin...*

C'est très rare que j'oublie parce que j'ai déjà fait une crise d'hypertension ”

C'est un moment qui marque un tournant dans leurs histoires et qui favorise l'adhésion aux soins.

2.2) Vécu de l'hypertension artérielle au quotidien : des symptômes polymorphes et multiples

Les patients ont mis en avant des symptômes polymorphes et multiples.

- E1 : “ *Tu te retrouves en sueur sans comprendre pourquoi, oui tu as chaud... tu... tu .. d'un coup même si il fait froid tu as chaud, tu es en sueur, tu sens quelque chose, mais tu peux pas expliquer ce que c'est. ”*
- E4 : “ *j'ai de temps en temps les tempes qui me titillent un peu ...j'ai l'impression que le sang, le flux sanguin va ça va gicler ... dès que je me sens fatigué, j'ai la tête lourde j'ai les yeux, j'ai du mal à voir la télé j'ai une fatigue extrême... je peux avoir aussi des bouffées de chaleurs j'ai l'impression d'exploser je peux même ouvrir la fenêtre même si il fait froid j'ai très chaud ... ”*
- E5 :” *mal à la tête, essoufflement ça me fait ça “*
- E7 :” *ça me fatigue et même si je marche ici là je suis obligé de m'asseoir et souvent ça tourne la tête ”*

- E8 : “ *je fatigue des fois j'ai mal à la tête* ”
- E9 : “ *Bon souvent quand ça m'arrive ma bouche ça se remplit de salive salée, bon chaque fois j'ai le vertige j'ai des maux de tête... tout mon corps ça se chauffe* ”
- E10 : ” *si des fois j'ai le cœur qui bat plus vite et dès fois je peux avoir des (montre ses tempes)*”

Nous avons observé un phénomène d'auto-imputabilité.

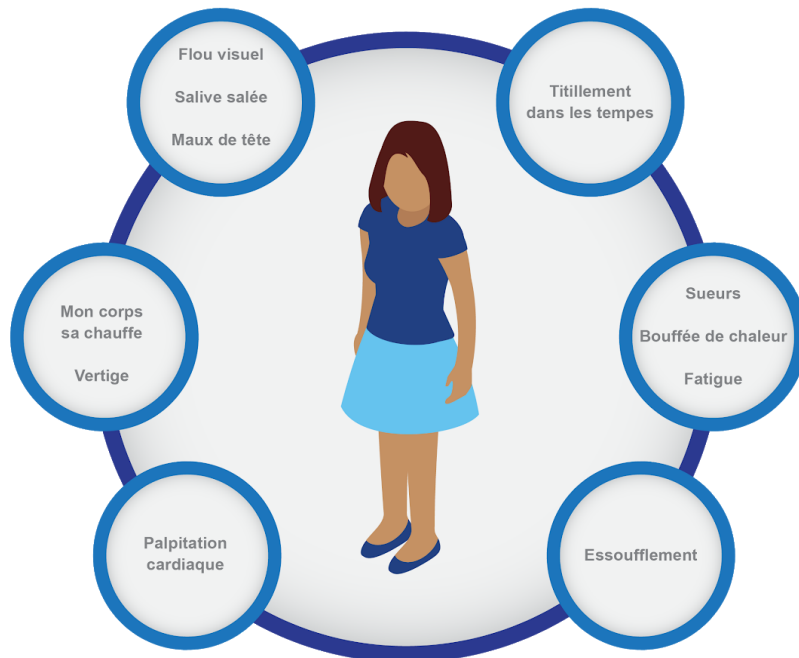
- E4 : “ *je me suis aperçu que c'était la tension artérielle* “
- E12 :” *au-delà de 14, j'ai parfois de violents maux de tête* ”

Schéma/Infographie des symptômes rapportés à l'HTA par les patients.

Infographie réalisée par Adrien DAMASIO avec l'aide des ressources suivantes :

“Designed by Freepik” et “Vecteezy.com”.

SYMPTÔMES DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE DÉCRIT PAR LES PATIENTS



2.3) Vécu de maladie chronique intermittente

Les patients avaient pour la plupart une représentation d'une HTA fluctuante dans le temps. C'était généralement des périodes de plusieurs mois ou années avec une alternance de périodes où ils se considèrent hypertendus et de périodes qu'ils considèrent comme normales.

E10 : *“ j'ai une tension qui est très labile ”*

Au moment de la découverte de l'HTA, beaucoup de patients n'avaient pas encore pris conscience qu'il s'agissait d'une pathologie chronique.

E9 : *” depuis qu'on m'a conseillé de prendre tous les jours (le traitement) ”*

Au cours du suivi leur médecin leur a appris qu'il s'agissait d'une maladie à vie.

E9 : *” pour moi ça sera à vie ”*

Les symptômes ressentis par les patients au sujet de leur HTA sont corrélés à leur équilibre tensionnel. Par conséquent, ils se représentent la maladie comme chronique, mais intermittente avec un traitement suspensif, à l'image de l'eczéma par exemple.

E4 : *” je n'aurais pas ce problème de tension, mais de temps en temps bon bah ça peut arriver.....étant donné qu'elle n'est pas très très forte je ne l'ai pas tous les jours c'est pas quelque chose d'ancré c'est périodique ”.*

E8 : *” je prends les médicaments ça va ça calme (parle de céphalée attribué à l'HTA) ”*

De cette représentation de patients, découle pour certains des comportements de prise médicamenteuse par période avec un objectif de prise en charge des pics hypertensifs.

2.4) L'expérience d'arrêt du médicament. Une étape bénéfique à l'appropriation de leur hypertension artérielle

E4 : “ *J'essaye de répondre à mes propres questions par mes propres expériences* ”

Dans l'étude les patients ayant expérimenté un arrêt du médicament ont tous ressenti des symptômes qu'ils ont attribué à l'hypertension artérielle.

Le délai d'apparition des symptômes était variable de 2 jours pour le patient E9 jusqu'à 3 semaines pour la patiente E7.

E9 : ” *si je fais 2 jours je ne prends pas le comprimé toujours je sens...* “

L'expérience de réversibilité des symptômes à la reprise des médicaments a agi comme un élément de preuve d'imputabilité de l'hypertension.

E9 :” *si je prends seulement moins de 20, 30 minutes ça passe* “

Certains patients vérifiaient leur niveau de pression artérielle pendant cette période, ils ont constaté une majoration des chiffres tensionnels ; cela a renforcé leur acceptation de l'hypertension artérielle.

Ces expériences ont toutes été menées à l'insu du médecin traitant.

Ces multiples expériences liées au symptôme imputé à leur HTA façonnent une représentation de maladie symptomatique épisodique (cf. discussion).

I.3) Représentation d'HTA comme facteur de risque cardiovasculaire.

Les complications de l'HTA envisagées étaient le plus fréquemment la mort et l'AVC.

E7 :” *bah le danger rire si on te dit danger tout le monde il pense à la mort (rire).* ”

E11 :” *ça peut entraîner la mort.... ça tue parce que quand vous avez déjà trop les nerfs tendus c'est comme si la tête gonfle et elle explose.* ”

La représentation de la mort comme complication de l'HTA n'était pas forcément liée pour un patient à un décès d'origine cardiovasculaire.

L'AVC pouvait être dénommé par le terme de courte maladie ou par le fait de tomber :

E9 : *" ma grand-mère était tombée de tension, elle était paralysée....mon père aussi bon il n'a pas supporté il est mort . "*

E9 : *" je risque la mort parce que si tu es tombé il y a pas quelqu'un là-bas, c'est pas bon "*

E3 : *" y a un truc qui pète et on est handicapé "*

Le risque cardiaque d'IDM était connu d'un petit nombre de patients.

L'IDM était appelé crise cardiaque.

E12 : *" la crise cardiaque c'est tout, l'arrêt cardiaque "*

La conscience du risque cardiovasculaire était acquise pour une partie des patients :

E 12 : *" je ne souhaite pas vraiment avoir un AVC ou une crise cardiaque, mais on ne sait jamais, mais en tout cas je fais du mieux que je peux pour gérer. "*

I.4) Contraintes de la Maladie

4.1) Contraintes

- La contrainte la plus répandue était la prise de médicament, vécue comme une obligation.

Cette contrainte avait tendance à s'atténuer avec le temps, la prise du médicament devenant une habitude et l'HTA étant mieux acceptée.

E4 : *” les médicaments sont pas des bonbons heinnn “*

E10 : *” je n'aime pas prendre des médicaments ”*

E12 : *” je suis obligé de prendre Perindopril ”*

- Une contrainte fréquemment décrite est liée à l'organisation des soins lors de voyage de longue durée à l'étranger. Ce voyage de longue durée est souvent un retour dans le pays d'origine. Les patients devaient alors anticiper les rendez-vous médicaux avec le médecin traitant et le cardiologue. Les patients devaient obtenir de leur médecin un médicament pour toute la durée du voyage avec une délivrance en une fois.

E5 : *” oui si vous avez des vacances à faire il faut faire tous les examens avant ... je vais aller en Afrique je suis venue prendre l'ordonnance pour les médicaments donc faut que je fasse d'abord les examens. Il faut être bien organisé. ”*

E5 : *” normalement on me délivre pour 3 mois ”*

E7 : *” quand j'étais partie en Afrique je savais pas que j'allais rester longtemps et la dame m'a donné trois mois moi j'ai fait six mois.... ”*

La contrainte financière dans la prise en charge de L'HTA n'était pas présente pour les patients en cours de droit CMU-C.

La période de renouvellement annuel de la CMU-C pouvait entraîner une rupture temporaire de la protection sociale et cela a eu un impact direct sur leur niveau de vie :

E12 : *” Oui j'étais obligé de payer, j'étais obligé de réduire le manger à la maison, réduire les achats, réduire les dépenses à la maison pour avoir les médicaments... ”*

Certains patients rencontraient des difficultés financières pour payer leur mutuelle :

E1 : *“actuellement j’ai une mutuelle ou avec la XXXXXX je paye quand même donc j’ai pris pour moi et ma femme donc ça nous fait 184 euros par moissi je paye le loyer ça et ça ça ne va pas ça ne suffira pas.”*

- Une patiente a fait “ le choix ” de ne pas prendre une mutuelle, car elle avait perdu son droit CMU-C car ses revenus avaient dépassé le seuil de 23 euros par mois.

Cette patiente prenait les médicaments qui lui restaient et elle ne consulte plus son cardiologue (ni son dentiste).

E10 : *” j’ai pas c’est cher une mutuelle ...moi 47 euros si j’ai ça en moins j’ai plus que rien du tout pour vivre donc c’est...je trouve que la CMU y a c’est vraiment très très bas c’est quoi 797 je sais pas quelque chose comme ça qu’il faut avoir parce que moi j’ai que 820 euros par mois pour vivre ...”*

- Une patiente a subi une discrimination à l’embauche, elle a déclaré son hypertension artérielle à la demande de son employeur.

E11 : *“ je ne trouvais pas le travail....en entretien on demande si on est malade quand on fait les entretiens pour être embauché, je disais toujours que j’avais l’hypertension artérielle, je ne sais pas c’est pour ça que je n’ai pas eu de travail. ”*

4.2) Mécanisme de l’observance

Certains patients ont développé une stratégie inconsciente de résistance au traitement.

Ils mettaient en avant des pratiques de vie qui de leur point de vue étaient bénéfiques alors qu'elles ne sont pas recommandées dans les politiques de prévention de la santé.

Des comportements défavorables à la santé comme l'absence de pratique de sport ou de prise de médicament étaient mis en avant comme relevant d'une philosophie de vie positive.

Exemple avec l'E4 "*je crois au no sport* " et dans l'E10 "*je crois au zéro médicament* ".

4.3) La peur, présente dans plusieurs facettes de la maladie

La peur se retrouve dans plusieurs étapes de la maladie hypertensive :

- Au moment du diagnostic, c'est la peur de l'inconnu, peur passagère.

E7 : "*au début j'ai peur j'ai dit ah mais c'est quoi ?* "

E4 : "*c'était catastrophique* "

- La peur liée à la prise du médicament et aux effets indésirables possibles

E10: "*quand on prend un médicament on a toujours des effets secondaires* "

- La peur liée à l'arrêt du médicament

E4 : "*(risque lié à l'arrêt de la prise médicamenteuse) j'ai deux solutions soit le coeur il va s'arrêter parce qu'il est déjà qu'il va pas très vite soit il s'arrête complètement alors il va s'emballer c'est l'un ou l'autre mais dans les deux cas je suis perdante (rire)* "

E10 : "*j'ai repris à cause de ça j'ai eu peur* "

Cette peur de l'arrêt du médicament entraîne une amélioration de l'observance.

- La peur liée à la gestion du chiffre de pression artérielle :

E4 : *“ j'ai toujours peur les chiffres ... ”*

- La peur liée aux complications de l'hypertension artérielle

E7: *“ bah le danger rire si on te dit danger tout le monde il pense à la mort rire ”*

E4 : *“ j'ai peur déjà de l'hospitalisation.....surtout que c'est quelque chose de sérieux, c'est pas une petite grippe ”*

I.5) Acceptation et appropriation de la maladie

5.1.a) Rôle de la galénique dans l'appropriation du médicament

La galénique a une importance pour les patients, elle permet de nommer le médicament.

Les patients connaissent rarement le nom de leur médicament, ils le nomment par sa présentation en comprimé ou en gélule et par sa couleur. La galénique est souvent inconnue par le médecin. Cela peut avoir des effets indésirables comme une perte d'information en cas de changement de médecin.

E1 : *“ je devais prendre une gélule plus un demi-comprimé ”*

E1 : *“ j'ai oublié de ramener le nom des médicaments ”*

E8 : *“ je connais pas là c'est un petit jaune ”*

E9 : *“ Je prends deux comprimés par jour ”*

5.1.b) Phénomène d'automatisation des prises médicamenteuses

Les patients ont développé une stratégie pour faciliter la prise du médicament et pour améliorer leur observance en diminuant l'oubli de prise. Ils prennent leurs traitements à la suite d'une alarme téléphone ou avant un repas ou après le brossage de dents.

E4: " *je mets mon réveil tous les jours à 8 heures pour me rappeler que j'ai mon médicament à prendre* "

E9: " *dès que je me réveille, je me brosse seulement je prends le médicament.* "

5.2) Mécanisme d'acceptation de l'hypertension artérielle

Certains patients ont relativisé les conséquences éventuelles de l'hypertension artérielle, en disant qu'il fallait bien mourir de quelque chose.

E1 : " *ça va je dis bon au moins, mais de toute façon il faut bien mourir de quelque chose* "

E3 : " *quand je veux partir je vais partir et puis c'est tout* "

Certains patients qui avaient une représentation de la maladie axée sur les symptômes ne pensaient plus à leur hypertension en dehors de ces périodes symptomatiques.

A l'inverse, une patiente a comparé l'hypertension avec un cancer en se disant qu'il était plus facile de vivre avec de l'hypertension qu'avec un cancer.

E12 : " *mais c'est plus gérable que le cancer et autre oui ...on voit toujours le pire donc on se dit qu'on a de la chance* "

Deux patients faisaient preuve de beaucoup d'humour dans l'expression de leur situation, ce qui leur permettait une certaine distance avec le problème de santé rencontré.

Une autre patiente a relativisé le risque cardiovasculaire en expliquant qu'on pouvait mourir d'une autre cause.

II) Littératie en santé

II.1) Acquisition et usage des connaissances sur l'hypertension artérielle

1.a) Connaissance des règles hygiéno diététiques et pratique thérapeutique des patients

A) Lien avec le stress

Tension nerveuse et tension artérielle sont amalgamées par les patients. Cela les pousse à développer des stratégies de réduction de la tension nerveuse, comme le contrôle actif de leur respiration, l'usage de technique de sophrologie ou des demandes à l'entourage proche de diminution des conflits ou de diminution des situations pourvoyeuses de stress.

E7 : *" donc même si il y a des choses qui n'est pas bon il me dit ah il ne faut pas dire maman elle a la tension....Donc maman elle a l'hypertension parce que si il me dit ça va me choquer voilà y a des choses il me dit ah mais pourquoi tu n'as pas dit tu as de l'hypertension "*

E12 : *" oui ils sont au courant (ses enfants de son HTA), je leur dis même tout de suite j'ai dit, mais vous allez me tuer si vous continuez à vous taper. "*

B) Consommation de sel

L'excès de sel comme facteur favorisant l'HTA est souvent connu.

Mais la stratégie adoptée par les patients se limite généralement à éviter de resaler les plats cuisinés. Le problème est ramené pour le patient à une appétence ou non pour le goût du sel.

E4 : *” je ne mange pas trop salé non plus je n'ai jamais aimé ça...je n'ai pas l'habitude de resaler ”*

Des aliments contenant des doses de sel très importantes comme les arômes Maggi® étaient inconnus par les patients.

E8 : *” oui les bouillons moi je mets ”*

E5 : *” je peux mettre l'arôme Maggi® mais pas du sel “*

La patiente E10 utilise des épices pour compenser la perte de goût du sel.

Les patients qui ont entrepris une réduction de salaison ont pu le faire grâce à leur statut de chef de famille E1 et E12 .

E1 : *” je lui ai dit non écoute tu mets un tout petit peu si vous voulez après chacun resale ”*

E12 : *” j'essaye de diminuer dans la sauce aussi quand les enfants réclament je dis vous pouvez en mettre, mais pas trop, mais moi ça me va déjà. “*

Sinon, si le patient était minoritaire dans son groupe social, par exemple le patient E9 qui vit dans un foyer de migrants alors il subissait la salaison. Il faisait alors le choix de jeûner.

E9 : *” même si j'ai faim si je vois il y a beaucoup de sel je laisse ”*

C) Pratique du sport

Le lien entre réduction de la pression artérielle et la pratique de sport d'endurance est très peu mis en avant par la majorité des patients.

Les patients justifient l'absence de pratique de sport ou d'activité physique par ce qu'ils entendent comme des contre-indications médicales : la scoliose, l'arthrose...

E4 : *" j'ai arrêté parce qu'on vieillit on fatigue les jambes "*

E9 : *" avant je joue au foot, mais j'ai eu un problème au genou j'ai arrêté "*

E3 : *" j'ai un problème mon dos comme ça elle montre une courbure anormale "*

D) La réduction pondérale

Une minorité des patients connaissait le lien.

Si le patient avait envie d'initier une réduction pondérale, la maîtrise de la tension artérielle n'était jamais son seul objectif. Le patient E10 n'avait pas les ressources financières pour se permettre une alimentation équilibrée, et celle-ci était notamment axée sur les féculents.

Une patiente n'envisageait pas de gaspillage alimentaire, elle mangeait au-delà de sa faim pour finir les plats.

E3 : *" ce qu'on a fait il faut que je le mange parce qu'on a pas beaucoup d'argent pour faire pour chacun quelque chose "*

E) Autre pratique

L'Alcool n'a jamais été une cause envisagée lors des entretiens.

Il existait parfois une confusion entre les RHD réduction du sel anti HTA et RHD sucre anti DT.

E11 : “ *heu oui j'ai entendu que c'est le diabète quand on mange beaucoup salé* ”

E1 : ” *trop sucré ça risque de me faire des problèmes* ”

Certains patients avaient connaissance d'une influence de l'équilibre thyroïdien sur le contrôle de l'HTA.

E4 : ” *quand je sens que la tension elle monte on refait des examens et là c'est la TSH on change le dosage de médicaments, etc.* ”

Une patiente a incriminé le soleil comme pourvoyeur d'HTA et une réduction de l'exposition au soleil par un retour en France était considérée comme réduisant l'HTA .

E7 : ” *j'étais fatiguée avec le soleil je n'avais plus de traitement.....Oui surtout avec le Soleil là.* ”

Un patient avait totalement arrêté le piment E1 : ” *y a plus de piment* “ et diminué la prise de café.

Des patientes buvaient de l'eau pour faire baisser leur pression artérielle :

E 5 : “ *si c'est haute (la pression artérielle) et que je sais que j'ai déjà pris les médicaments je bois beaucoup d'eau.* ”

1.b) Connaissance des causes de l'HTA.

Notion d'hérédité

Le facteur hérédité est bien connu de la plupart des patients : ceux qui avaient eu un antécédent familial d'HTA ou un événement cardiovasculaire en parlaient spontanément.

E9 : *“ je sais quand même que dans ma famille tout le monde souffre de la tension “*

E9 : *“ si je pense à mes parents je pense à ça tous les jours hein. ”*

E10 : *“ y a déjà eu des problèmes d'hypertension dans la famille ”*

L'âge

Un patient cite l'âge comme cause d'HTA.

E10 : *“ ça peut augmenter avec l'âge ”*

1.2) Source d'informations sur l'HTA

A) Rôle central du médecin généraliste

Le médecin généraliste est la personne vers qui les patients se tournent le plus pour avoir de l'information sur l'HTA.

E1 : *“ quand Docteur m'a expliqué ”*

E3 : *“ pour ça vous pouvez demander au Docteur ... parce que c'est elle qui m'a soignée, c'est elle qui m'écrivait tout c'est elle qui.. ”*

E10 : *“ mon médecin traitant qui me l'a dit ”*

B) Information par le biais des proches.

Une patiente avec un haut niveau de littératie en santé sur l'HTA avait appris des éléments sur l'HTA grâce à sa participation aux consultations de son mari.

E5 : *“ Aprovel® c'est à mon mari qu'on avait expliqué j'étais là donc j'ai pas posé la question “*

C) Information par le biais des notices de médicaments

Les notices des médicaments comportent beaucoup d'informations médicales. Les lire permet au patient de développer son vocabulaire médical et sa connaissance de la maladie (E5), mais cela comporte le risque de majorer sa peur des effets indésirables (E 10).

E5 : ” *10 11 en bas c'est pas bon (parle de la pression artérielle diastolique) quand je lis les ordonnances tout ça la dans les notices ”*

E 10 : “ *Esidrex® ce n'est pas conseillé de le prendre en cas de grande chaleur parce que c'est un diurétique....je pense que c'est sur la notice ”*

D) Information par divers autres moyens : émission télévisée de santé et recherche sur internet

Certains patients avaient d'autres moyens d'information sur leur hypertension artérielle comme des émissions télévisées ou sur internet.

E3 : ” *on regarde des émissions des fois pas beaucoup, mais en libanais quatre médecins qui parlent à chaque fois de quelque chose “*

E5 : ” *je regarde plus les émissions ”*

E10 : “ *c'est vrai que je vais me renseigner sur internet, mais après je suis un peu plus angoissé des fois parce que. ”* La patiente E10 a eu des difficultés à juger de la gravité et de la pertinence des informations trouvées sur internet.

E12 : ” *je fais de temps en temps des recherches sur la tension je regarde. je le fais sur internet ”*

1.2.2) Les aidants des patients

Certains patients dissimulent leur HTA à leur entourage. Les patients qui parlent de leur HTA le font principalement avec leur famille et exceptionnellement avec des amis.

E9 : ” (question sur le fait de parler ou non de l’HTA) : non je parle pas, je parle pas avec quelqu’un souvent mes problèmes aussi je parle pas avec quelqu’un au foyer je parle avec aucune personne j’ai tel problème ... ”

E1 : ”même eux (la famille) ils se rendent pas compte ou je me rends pas compte parfois que j’ai la tension puisque je vis normalement”

E10 : ” oui j’ai une amie qui le sait...je sais pas je lui avais dit que j’avais arrêté mon médicament.. heu bon elle aussi elle a un peu des angoisses comme moi donc elle a sa tension qui monte.... ”

II.2) Influence de la culture, des origines et de la religion

2.1) Représentation culturelle

La “ courte maladie ”

E1 : “ c’est maintenant que quand Docteur m’a expliqué que j’ai compris que ça pouvait avoir un AVC, parce que généralement en Afrique les gens quand ils ont ça ils tombent on dit ah c’est la “courte maladie” parce qu’on peut pas expliquer ce que c’est. ”

Un patient dénomme l’AVC, la courte maladie. C’est-à-dire un événement brutal qui entraîne souvent une chute.

E1 : “ on dit courte maladie il est mort à la suite d'une courte maladie parce que le gars il tombe quelque part personne ne sait ce qu'il faut faire il n'y a pas d'ambulance parfois il y a rien donc le temps qu'on l'amène même si c'est dans un dispensaire ou machin....”

L'expression “courte maladie” fait référence à la courte espérance de vie après l'évènement.

En effet les moyens de santé sont décrits par le patient comme insuffisants. Dans son pays en Guinée il n'y a pas de premier secours, il est nécessaire de se rendre par ses propres moyens à l'hôpital. L'accès aux soins est très onéreux..

La “ courte maladie ” est l'expression culturelle utilisée par ce patient pour parler de l'accident vasculaire cérébral.

Tomber = AVC

Une explication de cette expression est qu'elle permet de nommer l'inconnu, comme probablement il arrive qu'il n'y ait pas souvent de diagnostic médical à l'AVC en Afrique.

On nomme la maladie par le symptôme aigu. C'est le fait de tomber lors de la phase initiale de certains AVC.

La Dame

La patiente de l'E7 parle de “ La Dame ” pour parler de son médecin traitant. Médecin qu'elle décrit comme étant “ très gentille ”. Cette expression évoque peut-être une figure protectrice et en même temps une certaine proximité.

Premier recours aux soins/ Parcours de soins.

Le système de santé en Afrique semble partagé entre la médecine traditionnelle des campagnes et la médecine hospitalière des villes. Cette dernière, est très chère, mais opère des soins techniques reconnus sur un fonctionnement similaire à la médecine occidentale. Cette représentation peut être initialement calquée par les patients d'origine africaine primo arrivants et explique un premier recours vers l'hôpital plutôt que vers le médecin généraliste.

E9 : *“ je suis venu ici quand j'étais parti à l'hôpital on m'a passé un test je souffre de tension tout ça la...on m'a tout découvert que je souffre de tension ”*

E11 : *“ ça tue parce que quand vous avez déjà trop les nerfs tendus c'est comme si la tête gonfle ”.*

L'hypertension artérielle causée par la tension nerveuse (les nerfs tendus) induirait un gonflement de la tête qui explose et entraîne le décès. Ceci fait référence à l'imaginaire de la tension nerveuse. L'excès de pression ne pouvant pas s'évacuer, elle s'accumulerait dans le cerveau et entraînerait la mort .

2.2) Rôle de la religion et de la médecine traditionnelle pour l'HTA

Le rôle de la religion est apparu comme significativement secondaire dans la gestion de l'hypertension artérielle.

Une patiente E11 a parlé du fait que certains tradipraticiens exerçant au Cameroun avaient recours à la prescription de prières comme traitement anti-hypertenseur. Elle jugeait non nécessaire d'aller voir un tradipraticien car de par sa pratique religieuse, elle prie déjà.

E11 : *” non moi je suis une religieuse, nous les tradipraticiens là c'est heu ils disent tu peux prier Dieu, mais pourquoi moi je m'en vais vers lui ? Alors que lui après avoir pris l'argent il va me dire il faut prier Dieu.”*

Une patiente E3 croyait que son dieu décide du jour de sa mort, mais cela ne l'empêchait pas de prendre son traitement.

La patiente E7 m'explique que *“c'est le ciel le problème”* comme cause de l'hypertension artérielle.

Les patients ont tous rejeté l'idée de soins de l'hypertension artérielle avec les tradipraticiens de leur pays d'origine. Une majorité a expérimenté avant la migration les soins des tradipraticiens.

E9 : *” paludisme, si j'ai ça je prends le médicament traditionnel.....en Afrique une majorité bon on prend ça hein...si tu n'as pas de moyen pour aller à l'hôpital ”*

La mesure de la pression artérielle ne semble pas faire partie du rituel traditionnel de la consultation. L'absence de dose dans les thérapies délivrées était la principale raison évoquée pour justifier le rejet de cette pratique.

E9 : *” pour les plantes pourquoi je déteste ça pour les plantes souvent tu ne connais pas la limite de dose, bon si c'est la dose la et un autre moins tu ne peux jamais connaître ça. ”*

E5 : *” je connais mais il donne des choses sans dose donc ... “*

C'est l'arrivée en France et le recours à la médecine occidentale qui a engendré cette distanciation par rapport à la médecine traditionnelle.

E5 : *” quand on arrive ici on voit que le truc qu'il vous donnait là-bas il n'y a pas de dose....là-bas on prenait, mais maintenant qu'on est la (Tchip) j'aime pas ”*

II.3) Hétérogénéité des niveaux de littératie en santé

3.1) Impacts sur les soins du niveau de LS

Lors de l'E8, la patiente ne savait pas reconnaître une ordonnance d'IRM d'une prescription médicamenteuse, en raison de son illettrisme. Cela majore sa dépendance vis-à-vis des autres pour assurer sa santé.

Sa stratégie est d'utiliser la solidarité familiale en l'occurrence son fils. Cela va au-delà d'une aide ponctuelle, il la remplace complètement et fait à sa place. Il assiste aux rendez-vous médicaux, prend la tension artérielle de sa mère à la maison. Il connaît les chiffres seuil de l'HTA; elle lui a abandonné toute l'expertise médicale patient. Par conséquent, elle stagne dans les apprentissages sur l'hypertension artérielle et elle ne peut sortir de cette relation de dépendance aisément.

E3 : *“ j'ai eu la tension depuis longtemps et que je connais pas ”*

La patiente E4 n'ose pas se servir du tensiomètre qu'une de ses connaissances lui a offert :

E4 : *“ non parce que je n'ai pas compris le système comment dirais-je de tensiomètre parce que j'en ai un au poignet, mais à chaque fois j'ai peur de me tromper alors je laisse tomber ”*

La patiente E3 confond les noms des médicaments et envisage que le “ maxilase ® ” soit un traitement anti-hypertenseur.

Nous avons cité les connaissances des patients sur leurs chiffres tensionnels et sur le seuil.

E1 : *“ je ne sais pas, mais quand moi je suis venu ici quand il m'a vu j'ai vu que*

j'étais à 17 ”.

E1 : *” bah maintenant je me sens bien donc j'espère.. J'estime que le 11 que c'est bon. ”*

E11 : *” 16/17/18 c'est élevé jusqu'à 25 c'est élevé....une bonne tension c'est 12 maximum 13. ”*

La plupart des patients ont cité uniquement le chiffre systolique arrondi aux dizaines comme probablement les médecins généralistes le faisaient. Le chiffre diastolique était connu et cité par certains patients.

Des patients ignoraient leurs chiffres tensionnels (aussi bien leur chiffre personnel que le chiffre du seuil) et se fiaient seulement à l'interprétation que le médecin en faisait.

E7 : *“ ahhh je sais pas (rire de la patiente)..... elle m'a consultée elle m'a dit ça va . “*

E8 : *” elle a dit ça va même la dernière que j'ai passée ici elle a dit ça va ça a baissé un peu “*

E9 : *” oui mais ils me donnent eux des chiffres mais... “*

Le seuil retenu par des patients était celui associé à l'absence de symptôme, ou à une sensation de bien-être.

E 4 : *“ à 14 /15 je ne me sens pas bien ”*

E12 : *” au-delà de 14, j'ai parfois de violents maux de tête ”*

3.2) Motifs de consultation et niveau de LS.

La place du dépistage et de la prévention sont négligées par les patients de bas niveau de littératie avec une place plus importante pour les soins “curatifs”:

E3 : *"j'ai parti chez le médecin si j'étais en mortel. "*

E3 : *" je vous dirais que je ne suis pas parti beaucoup chez le médecin. "*

3.3) Barrière de langue

Un certain nombre de patients ont ignoré la signification du mot hypertension artérielle et ont parlé de tension.

Les concepts de cause et conséquence sont difficiles à distinguer pour les patients même pour la patiente E12 qui a un bac scientifique.

E9 : *"bon les conséquences de la tension pour moi c'est le sel. "*

Nous avons cité quelques exemples de pauvreté du vocabulaire:

machin = médicament E1 : *" même docteur .. m'a dit qu'il fallait suivre le machin "*

si ça me chauffe = énervé E7 *" je sais pas comment on dit en français si ça me chauffe "*

zéro heure = minuit E9

supporter = retenir une information E3 *" je peux pas supporter tous les noms des médicaments "*.

De multiples reformulations étaient nécessaires pour que les patients puissent comprendre certaines questions. Fréquemment, les patients n'exprimaient pas le fait qu'ils n'avaient pas compris la question.

3.4) Facteurs de développement de la littératie en santé

L'appropriation de connaissance sur la maladie est passée pour beaucoup par la réalisation d'expériences personnelles.

Ces expériences ont consisté en l'arrêt du médicament pendant une période plus ou moins longue le plus souvent à l'insu du médecin.

J'ai identifié dans mon analyse globale des entretiens des facteurs protecteurs ou à risque sur le développement de la LS dans l'HTA.

Facteurs associés à un haut niveau de littératie en santé ou à son développement :

- expérience familiale de complication liée à l'HTA ;
- investissement dans un tensiomètre non prescrit par le médecin ;

L'achat spontané d'un tensiomètre était signe d'un intérêt marqué pour l'HTA.

E5 : *" j'ai acheté depuis 2007 c'était pas par ordonnance ça se vend "*

- relation médecin malade coopérative ou participative ;
- trait de caractère du patient : la curiosité.

Facteurs associés à un bas niveau de littératie en santé :

- faible estime de soi ;

E10 : *" voila ma nullité à ce niveau la "*

E3 : *" je sais que j'ai de la tension c'est toutje suis nulle je sais "*

Des patients qui m'avaient cité spontanément de nombreuses causes au développement de leur HTA ou des complications de l'HTA me disaient ne rien savoir sur l'HTA.

E9 : *" ce qui crée la tension ça vraiment je ne sais pas "*

- délégation systématique de la gestion des données médicales à un proche ;

E8 : *“ je demande à mon fils de regarder il a dit ça va “*

- passivité du patient dans les soins ;

exemple de passivité du patient : E3 : *“ comment je la soigne ? je prends mes médicaments comme me dit le médecin....j'ai pas cherché à comprendre ”*

- relation médecin patient de type passif/actif.

3.5) Rôle de la personnalité du patient sur la gestion de l'HTA

La personnalité et le caractère des patients ont beaucoup influencé leur gestion de l'hypertension artérielle.

Le patient E1 était très ordonné, méticuleux et il suivait avec beaucoup de sérieux les prescriptions de son médecin. Sur ce profil de patient, une prescription papier des RHD est probablement très efficace.

La patiente E3 se décrivait comme une personne altruiste, empathique et sensible. Elle s'occupe énormément de sa famille et de deux de ses filles en situation de handicap, mais elle néglige beaucoup sa propre santé. Elle ne consulte souvent que tardivement après avoir ressenti un symptôme.

Face à ce type de patientes, probablement qu'un suivi avec des consultations rapprochées pour enrichir sa culture médicale et développer la littératie en santé de cette patiente serait bénéfique. Par ailleurs, cette patiente se dévalorise énormément et il serait utile de la valoriser.

La patiente E4 avait recours à l'humour pour relativiser ses problèmes.

Elle avait tendance à théâtraliser les choses avec des expressions très parlantes “ *vous envolez comme une fusée* ”

Elle a montré une grande appréhension au sujet de l'hôpital, de la relation médecin malade et de la prise de médicaments. Cependant, la relation médecin malade créée riche de confiance, a permis à la patiente de surmonter ses différentes craintes.

La patiente E7 a menti sur son observance à son médecin, car elle a peur de la décevoir. Elle la voit comme une personne bienveillante avec une intentionnalité de soins.

La patiente E10 a exprimé un fort rejet des médicaments. Ce type de patients aura tendance à avoir un intérêt développé pour les RHD.

III) Rôle du Médecin généraliste

1.1) Suivi de l'HTA

Le suivi de l'hypertension artérielle était toujours coordonné dans mon étude par le médecin traitant ; c'était un des critères nécessaires à l'inclusion du patient pour l'étude.

Le rôle du médecin traitant était central dans la prise en charge de l'hypertension artérielle aussi bien pour le diagnostic que pour le suivi.

Parfois, les patients avaient pu voir un cardiologue, ce qui a eu pour effet chez une patiente de lui faire connaître les risques d'infarctus et également d'hypertrophie ventriculaire. Les autres patients ayant vu un cardiologue étaient assez indifférents à cette consultation et avaient simplement noté l'absence de complication décelée.

Certains médecins de l'étude ont endossé un rôle d'aide au recours aux droits sociaux ce qui était valorisé par les patients pendant l'entretien.

Un médecin avait développé un réseau pluri-professionnel local.

La structure de travail de ce médecin est une maison de santé qui porte des projets de santé publique.

Les pratiques des patients étaient directement influencées par les pratiques des médecins.

Ainsi un des médecins prescrivait sur une ordonnance la règle hygiéno-diététique de type réduction sel. Le patient a exprimé au cours de l'entretien E1 avoir été marqué par cela et il a entrepris son changement d'habitude alimentaire avec beaucoup de rigueur.

1.2) Réduction des ISS

- Réseau de soins pluri professionnels

Comme vu précédemment, un des médecins avait constitué un réseau de soins pluri professionnels. Cela a eu un impact positif pour le recours aux droits mais également pour la prise en charge globale.

- Une assistante sociale a été contactée par le médecin pour une aide au renouvellement de la CMU-C d'une patiente.

E7 : *” madame (son médecin) parce que c'est elle qui m'a aidé elle a appelé une dame du coup j'ai vu l'assistante sociale ”*

- La pharmacie du réseau de soins a joué un rôle social par la délivrance des médicaments avec dispense d'avance de frais en période d'absence de couverture sociale complémentaire.

La pharmacie a aussi prêté un tensiomètre pour la réalisation des auto-mesures.

Aucun patient de l'étude n'a été victime d'un refus de soins de la part d'un médecin (spécialisé en médecine générale ou en cardiologie) du fait de la CMU-C.

Le carnet d'adresses des médecins généralistes avec des spécialistes qui acceptent les CMU-C ou qui ne pratiquent pas de dépassement d'honoraires en cas d'absence de couverture sociale complémentaire est une aide pour les patients.

- La connaissance d'acteurs associatifs locaux par le médecin généraliste est une des pistes pour diminuer les ISS.

Une patiente a eu connaissance par le biais de son médecin généraliste d'une association sportive à coût très réduit pour les personnes économiquement défavorisées.

E10 : *” il y a l'aquagym qui sont prises en charge par les médecins j'ai fait l'année dernière ...c'était 10 euros par an....c'est par mon médecin c'est quelque chose qui passait entre ses mains sur l'aquagym c'est une prestation où les médecins signent la feuille c'est pas prescrit c'est les naïades. ”*

E 10 : *” nan jamais c'est au moins 300 euros par an sans compter les vacances ou 250 enfin j'ai regardé pour cette année ”*

Les NAIĀDES sont une association « loi 1901 » à but non lucratif créée en 2008. Elle a pour objet de promouvoir les pratiques sportives et culturelles auprès de tous les publics et plus précisément auprès des personnes en situation d'obésité et de surpoids.

Cela a permis à cette personne au-delà des bénéfices positifs sur sa santé physique de trouver un nouveau lieu de socialisation.

E 10 : ” *quand on est ensemble c'est sympathique...on parle on rit puis on rit.* ”

-Le Réseau Comité pour la santé des exilés COMEDE a joué un rôle positif pour l'obtention des droits à la sécurité sociale CMU-C pour une patiente. Cette dernière a pu participer à des consultations de diététique dans le cadre de la prise en charge de son HTA.

Le COMEDE est un lieu de premier recours pour les patients immigrés récemment arrivés en France.

1.3) La relation Médecin Malade, le médecin : une figure protectrice

La relation médecin malade a un rôle important dans le développement de la littératie en santé. J'ai observé que les patients avec une attitude passive dans leur relation médecin malade avaient accumulé moins de connaissances sur leur maladie.

E7 : “ *c'est elle a dit ça va moi je crois que ça va* “

E7 : ” *ça fait longtemps et elle me dit ça ... je fais confiance en mon médecin* ”

La RMM est pensée par les patients comme une relation de confiance, c'est la valeur la plus désirée par les patients.

E3 : *” je viens ici je vois Docteur ,si je vous diraiselle est mon ANGE vraiment je vous dis la vérité ,c'est la meilleure ..c'est elle qui m'a suivie toujours , c'est vrai elle est mon médecin elle est comme une grande soeur elle a suivi toute la famille moi mon mari ma fille alors je lui fais beaucoup confiance sur elle. ”*

Une patiente a souhaité faire plaisir à son médecin en lui mentant sur son observance :

E7 : *” donc elle est là pour me faire du bien donc je dis bon oui je prends toujours. ”*

Et au contraire une RMM plus égalitaire sur le partage de décision permettait un plus large développement de l'autonomie et donc de la LS.

E5 : *”quand Docteur m'a dit je vais te donner aprovel® 300 plus loxen® 50 la j'ai dit c'est trop !....on essaye d'abord si ça marche pas on change”*

IV) Accès aux soins

1.1) Rôle de la CMU-C

La CMU-C a un rôle bénéfique pour les patients. Elle crée un droit à la santé souvent inexistant dans le pays d'origine des patients migrants où seuls les plus fortunés ont accès à la santé dispensée dans les hôpitaux.

E9 : *” en Afrique ce que je connais au Congo tu vas dans un hôpital un centre de santé si tu n'as pas l'argent pff on te regarde même pas. Il faut mettre de l'argent sur la table d'abord après on te contrôle tout ça la si y a pas d'argent on va pas te contrôler. ”*

La France représente un système de soins très performant.

E9 : *“ ici pour moi c'est le meilleur soin hein pour moi ce que je pense c'est le meilleur soin hein ”*

Pour ces personnes avec peu de ressources, il est possible de consulter un tradi-praticien qui ne mesure généralement pas la pression artérielle E9: *” il ne prend pas la tension.”*

E9 : *“ tu vois à l'hôpital on te donne une ordonnance d'une valeur de 100 euros hein, 50 000 franc CFA bon comment tu peux payer l'ordonnance? Bah avec des médicaments traditionnels avec 1000 francs, 1500, 2000 tu peux avoir ça, tu prends, bon si tu te sens vraiment un peu mieux bon c'est bon. ”*

” Pour moi si c'est pas ici en France je vais jamais penser à ça, parce que je pars jamais en hôpital pour dire que j'ai fait le contrôle de tension tout c'est ici seulement que j'ai su ça je souffre de tension pour ”

1.2) Difficultés d'accès aux soins

- Période d'ouverture des droits

Un patient a vu ses droits à la Sécurité Sociale ouverts via l'hôpital et a pu bénéficier de son traitement anti-hypertenseur par le biais de bons pass avec des médicaments délivrés par la pharmacie de l'hôpital.

E9 : “ *c'était difficile avant mais actuellement c'est pas difficile parce que j'ai la CMU...avant je suis parti à l'hôpital je n'avais pas la CMU on me donnait une ordonnance je vais à la pharmacie de l'hôpital ”*

Période de renouvellement de la CMU-C avec rupture temporaire des droits (de plusieurs semaines) pour cause de lourdeur administrative.

E12 : “ *quand la CMU-C expire, ça m'arrive chaque année parce que c'est pour une année donc pour le renouveler il faut attendre 2 mois. J'ai galéré la dernière fois j'avais pas la CMU j'avais pas assez de revenus on a fait la demande et ça a pris du temps 1 mois 2 mois et ça va jusqu'à 3 mois. Oui j'étais obligé de payer, j'étais obligé de réduire le manger à la maison , réduire les achats, réduire les dépenses à la maison pour avoir les médicaments... fait une demande on nous donne des dossiers à remplir je remplis correctement j'envoie sauf qu'après je reçois encore du courrier m'invitant à remplir encore des documents, je remplis une fois , deux fois ça peut même aller 3 fois. ”*

E7 : ” *oui si il vous donne le papier comme ça pour remplir, ça prend du temps si nous on fait envoyer la feuille de papier le temps qu'ils ont fini et tout ça prend du temps “*

Nous avons constaté un non recours à l'ACS par méconnaissance du dispositif, ou limité par les démarches administratives.

E1 : ” *je dois passer à la sécurité sociale pour leur dire s'ils ne peuvent pas maintenant que j'ai les papiers de notification de retraite pour leur dire de revoir mon cas ”*

E10 : ” *j'ai un ami qui le fait et puis un ami m'en a parlé....bon je le ferais mais ... “*

Par ailleurs, l'effet seuil était ressenti comme une injustice par les patients. Nous avons déjà cité le cas de la patiente E10 qui perd sa protection sociale complémentaire pour un revenu qui dépasse de 23 euros par mois le seuil. Une autre patiente E4 a vu sa CMU-C non renouvelée du fait d'une augmentation de revenu de son fils qui avait trouvé un travail saisonnier, elle espérait la création d'une ALD 100% pour une autre maladie pour continuer son suivi.

Les patients n'ont pas subi de refus de soins liés au statut de leur protection sociale complémentaire CMU-C. Cela peut être dû à la petite taille de l'échantillon, mais également au fait que les médecins orientent vers des cardiologues habitués à une patientèle précaire.

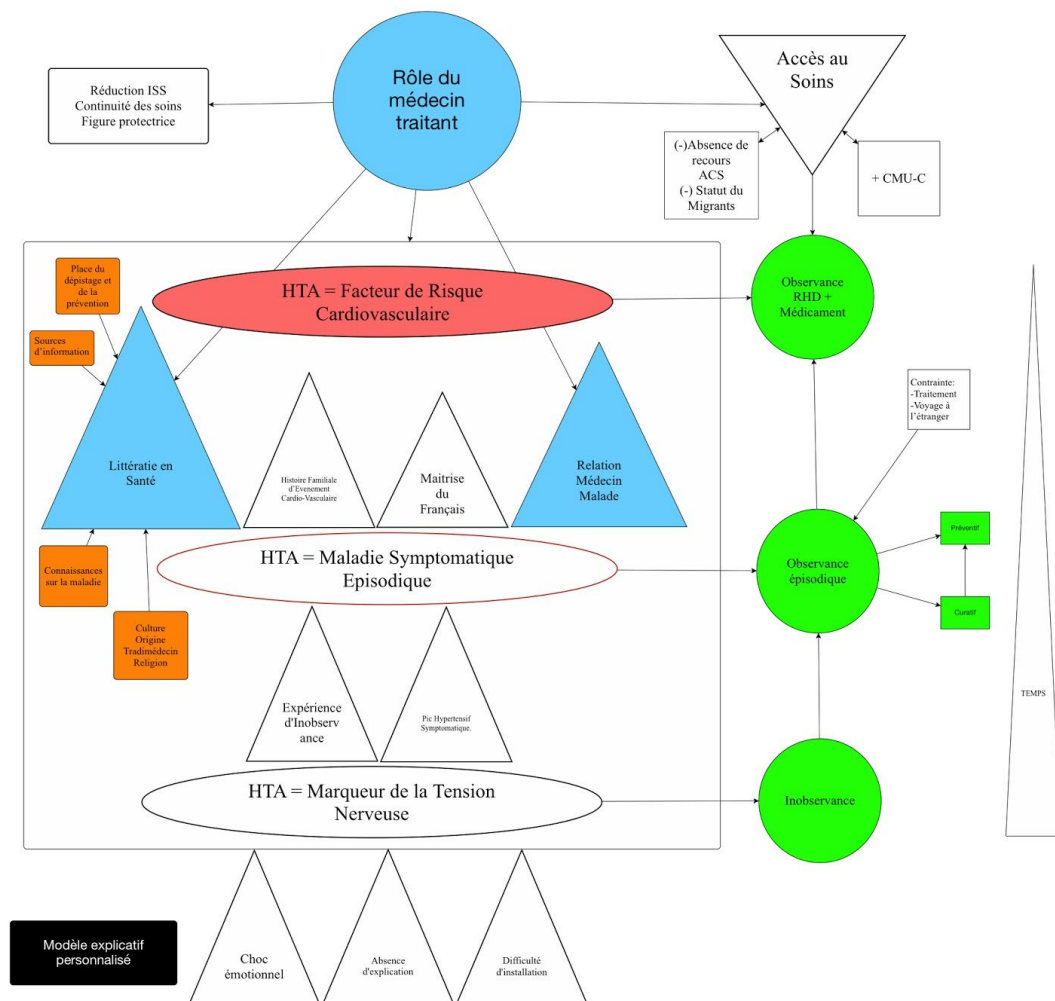
Discussion

I) Synthèse des résultats

1.1) Modèle d'interaction

Les résultats ont été modélisés sous la forme de ce schéma d'interactions :

Schéma : Modèle d'interactions



Modèle d'interactions

1.2) Représentations des patients sur leur HTA

Les patients ont leurs propres explications sur le développement de leur hypertension artérielle.

Les réponses quant à l'origine de la maladie sont personnelles.

Nous retrouvons l'impact de leur parcours migratoire, les difficultés d'installation dans un pays étranger avec une culture différente, comme élément déclenchant l'hypertension artérielle.

Parfois un choc émotionnel (décès familial, conflit conjugal, conflit salarial etc) est à l'origine de l'hypertension (E5, E7, E1).

L'histoire personnelle du patient explique et prévaut sur l'histoire médicale.

1.3) Niveau primaire de représentation (Socle commun) : tension artérielle synonyme de tension nerveuse

Le niveau de représentation unanime dans notre étude est celui d'une hypertension artérielle liée et confondue avec la tension nerveuse. Cette représentation était souvent partagée par des personnes non hypertendues de l'entourage familial par exemple.

De ce niveau de représentation commun découle des attitudes thérapeutiques diverses comme citées dans la section résultat.

Les patients au cours des entretiens décrivaient leurs problèmes de vie car ils y voyaient la cause de leur HTA.

Beaucoup de patients ont mis en place des stratégies de diminution de la tension nerveuse.

Ces Règles hygiéno-diététiques (RHD) pouvaient être appliquées à l'échelle de l'individu avec des stratégies de gestion des émotions comme des respirations contrôlées ou par la pratique de technique de sophrologie ou par l'évitement des situations à risque de conflit.

Ces RHD pouvaient aussi être demandées ou anticipées par l'entourage proche. La famille avait alors à protéger le patient des situations génératrices de stress.

Certains patients utilisaient leur traitement anti-hypertenseur comme ils auraient pu utiliser un anxiolytique.

1.4) Niveau secondaire de la représentation la maladie symptomatique épisodique

L'expérience d'un symptôme attribué par le patient à l'HTA peut créer la représentation d'une maladie symptomatique épisodique. Le symptôme peut être présent au moment du diagnostic ou arriver après l'annonce de la maladie.

J'ai identifié deux types d'expérience patient qui sont des déterminants au développement de cette représentation.

- Le vécu d'un épisode de pic hypertensif symptomatique
- L'expérience d'arrêt du médicament.

La patiente E7 a vu son observance évoluer dans le temps.

Au début de la maladie, elle pratiquait de très longues plages d'inobservance ; puis à la constatation de symptômes handicapants comme une fatigue importante, elle a pris ses médicaments pendant la période du symptôme. Elle prenait son traitement dans un objectif curatif.

Puis elle a observé que le symptôme avait tendance à revenir au cours de la nouvelle période d'arrêt du médicament, elle a opté pour une prise médicamenteuse plus régulière avec pour objectif la prévention de l'apparition de ses symptômes.

1.5) Niveau tertiaire de représentation le risque cardiovasculaire

Le niveau tertiaire de représentation patient est l'intégration de l'hypertension artérielle comme un risque cardiovasculaire. C'est la représentation commune des médecins dont nous aimerions qu'elle soit partagée par nos patients.

E10 : *"oui je pense au risque, bah qui dit hypertension dit problème éventuel cardiaque. ou AVC voilà"*

J'ai identifié quatre déterminants aux développements de cette représentation :

- Les antécédents familiaux d'événement cardiovasculaire ressortent fréquemment de l'analyse des entretiens. Le risque prend une forme concrète, matérialisée par le handicap ou le décès du proche.
- Le niveau de littératie en santé est le déterminant le plus significatif ; il influe évidemment sur la conscience du risque cardiovasculaire. Des patients avec un bas niveau de littératie en santé pouvaient avoir 20 ans de suivi de leur HTA sans avoir conscience du risque cardiovasculaire.

- Le niveau de compréhension du Français. Il s'agit de la "barrière de la langue", comme nous l'employons souvent dans le milieu médical. Il empêche une communication adaptée entre le patient et le médecin. Les concepts de risques sont compliqués à expliquer et à comprendre, la barrière de la langue rajoute une difficulté majeure.
- La relation médecin malade est aussi un déterminant de l'acquisition de cette représentation de facteur de risque. Plus la relation médecin malade rend le patient actif plus celui-ci cherche à acquérir des connaissances sur sa maladie.

Le risque cardiovasculaire était majoritairement connu via l'AVC. Celui-ci véhiculait beaucoup d'imaginaire pour les patients. Il était le plus largement cité loin devant les infarctus du myocarde.

1.6) La représentation de la maladie est le déterminant principal de l'observance

Le niveau d'observance du patient évolue en fonction du niveau de représentation de la maladie et des symptômes qu'il ressent.

Dans le niveau primaire de représentation, le patient a une méconnaissance du risque cardiovasculaire et il ne ressent pas de symptômes. Il ne perçoit donc pas la nécessité de suivre un traitement. Dans ce cas de figure, le comportement majoritaire est une inobservance, comportement généralement observé au début de la maladie.

Dans le niveau secondaire de représentation, le patient qui perçoit un symptôme qu'il attribue à une absence de contrôle des chiffres tensionnels aura tendance à avoir un comportement de prise de médicament à visée anti-symptomatique. Si ses symptômes réapparaissent à l'arrêt prolongé du médicament alors il mettra en place des thérapies pour prévenir l'apparition d'un symptôme.

Dans le niveau tertiaire de représentation, un patient ayant intégré le risque cardiovasculaire de l'HTA aura tendance à être observant vis-à-vis de son traitement. Ce traitement variera en fonction des connaissances des patients.

J'ai constaté que les trois niveaux de représentation de la maladie décrits pouvaient s'additionner. Néanmoins, souvent un des niveaux de représentation était prédominant.

Grâce à l'analyse des entretiens, sont apparues des pistes de réflexion concernant les RHD.

Au sujet de la consommation de sel, l'idée la plus répandue parmi les patients était que la salaison dépendait uniquement du sel ajouté. Donc si le patient n'avait pas d'appétence pour le sel il ne se sentait pas concerné. Or, comme indiqué en introduction, de multiples aliments et condiments contiennent des concentrations élevées de sel si bien qu'une majorité des patients devait avoir une consommation largement supérieure à 6 grammes de sel par jours.

Il semble important d'aborder la question de l'apport sodé lors d'une consultation dédiée au contrôle de la pression artérielle ou lors d'un renouvellement de traitement.

Le problème de la salaison des aliments est un enjeu de santé publique. Une politique de réglementation de la salaison des plats industriels est donc souhaitable.

Sur le plan de l'activité physique, un patient E3 citait la scoliose comme contre-indiquée sur le plan médical à la pratique de sport ce qui est inexact. Cela pose la question des représentations et de la littératie en santé des patients sur les indications et les contre-indications au sport. Il est possible d'encourager la pratique du sport et de lever les fausses croyances sur les contre-indications au sport.

II) Forces et faiblesse de l'étude

A) Recrutement des patients

Sélection des médecins recruteurs de l'étude.

Deux tiers des patients de l'étude ont été sélectionnés par des médecins participants à des recherches sur les inégalités sociales de santé. Ainsi, des actions de réduction des inégalités sociales de santé organisées par les médecins ont été observées comme par exemple la participation à des associations sportives accessibles aux personnes socialement défavorisées. Comme décrit dans les résultats, un réseau de soins interprofessionnels était constitué par un médecin avec l'implication d'acteurs comme la pharmacie locale.

Divers moyens sont mis en place comme :

- une aide à l'accès aux droits sociaux plus importante.
- la création de réseau de soins sans dépassement d'honoraires, (en secteur 1).
- une prise en compte du niveau de littératie en santé et donc une éducation thérapeutique personnalisée et approfondie.

Les patients recrutés étaient des patients ayant un suivi régulier avec leur médecin généraliste. Les patients perdus de vue après une annonce d'HTA ne sont évidemment pas

représentés au moment de l'étude. Quelques patients ont vécu un changement de médecin traitant avec une phase d'observance prolongée.

Difficultés de recrutement.

J'ai rencontré des difficultés pour le recrutement des patients. En effet, j'ai voulu sélectionner des patients n'ayant pas eu de complication cardiovasculaire.

Les médecins recruteurs m'ont dit que beaucoup de leurs patients précaires hypertendus avaient consulté après la survenue d'une complication cardiovasculaire.

Cela pose la question de l'accès à la prévention parmi ces populations. Dans la partie résultat, j'ai analysé que certains patients avaient une représentation des soins centrée sur les soins curatifs, ayant relayé au second plan les principes de dépistage ou de prévention.

Je pense qu'un travail d'éducation en santé avec pour cible prioritaire les populations socialement défavorisées pourrait avoir un impact favorable sur la santé de ces populations par le développement de leur littératie en santé.

Dans certaines écoles, on transmet déjà des compétences en santé notamment sur la prévention bucco-dentaire (49) mais cela pourrait être étendu à la médecine préventive (frottis cervico utérin, contraception et prévention du risque cardiovasculaire par exemple) (50).

Les patients diabétiques n'ont pas été inclus dans l'étude. Les représentations du diabète sont très fortes et le diabète est un facteur de risque cardiovasculaire majeur. J'ai donc préféré exclure cette catégorie de patients.

Sex-Ratio et origine des patients.

Le sex ratio des patients recrutés est de 4/1. Soit 4 femmes pour 1 homme, cela n'était pas un choix de ma part. D'après les données épidémiologiques de la pauvreté en France les femmes seraient légèrement plus touchées que les hommes. (51).

Comme décrit dans la partie résultat 90% des patients n'étaient pas nés en France.

Possiblement certains médecins non sensibilisés à la question des ISS ignorent la situation sociale de leur patients d'origine Française. De plus, certaines personnes en situation de précarité ressentent une honte vis-à-vis de leur situation (52).

Cependant la population immigrée connaît un niveau de pauvreté bien plus important que la population non immigrée. 38,6 % des personnes vivants dans un ménage immigré sont considérées comme pauvres (au seuil à 60 % du niveau de vie médian), soit 3,5 fois plus que les non-immigrés. Ce taux est de 44% pour les personnes nées en Afrique. (53)

Les migrants d'Afrique subsaharienne dans les pays à hauts revenus ont une prévalence plus importante de l'HTA par rapport à la population de leur pays d'origine et à la population autochtone dans les deux sexes, prévalence associée au surpoids et au diabète surtout chez les femmes (54) (55). Tous ces facteurs permettent d'expliquer les caractéristiques de la population incluse.

Le pronostic de l'HTA des populations de patient migrant de couleur de peau noire est plus défavorable. Les hypertendus noirs dans les pays occidentaux souffrent d'un excès de morbi-mortalité cardiovasculaire (56) très marquée pour la mort subite (57) et les accidents vasculaires cérébraux (58). L'essentiel de cet excès de risque est attribuable, pour une catégorie d'âge et de sexe donnée, à une corpulence plus importante et une hypertension plus ancienne et moins bien contrôlée. Néanmoins, l'hypertrophie ventriculaire gauche électrique

et échocardiographique reste plus fréquente chez les hypertendus noirs, même après ajustement sur ces facteurs (59).

De même, le surcroît de risque d'accident vasculaire cérébral occasionné par une élévation donnée de la pression artérielle systolique est deux fois plus important chez les Américains noirs de moins de 65 ans que chez les blancs (60)(35).

III) Perspectives

La réduction des inégalités sociales de santé passe avant tout par la réduction des inégalités sociales : cela concerne donc l'ensemble de la société.

Pour ce qui est des inégalités sociales de santé proprement dite, l'accès aux soins est la porte d'entrée vers le système de santé. Les deux grands axes pour améliorer la santé des patients hypertendus précaires me semblent être à l'issue de ce travail : l'amélioration de l'accès aux soins et de la littératie en santé.

L'accès aux soins devrait être facilité. Notre étude a montré que plusieurs barrières existent, notamment des coupures de droits à l'assurance maladie complémentaire pendant les périodes de renouvellement. L'Etat devrait donc prendre ses dispositions pour que les droits ne soient pas coupés pendant la période de demande des documents administratifs.

La protection universelle maladie (PUMa) représente une avancée dans le domaine de l'accès aux soins. Depuis le 1^{er} janvier 2016, La PUMa permet l'accès à la couverture sociale de base à toute personne qui travaille ou réside en France de manière stable et régulière.

Cela a permis d'assurer la continuité des droits à la prise en charge des frais de santé et de réduire les démarches administratives.

Un grand nombre de personnes précaires ont des difficultés pour remplir les documents demandés, les patients de l'étude le signalent, ce qui est en accord avec les données de la littérature.(38)

Une simplification des procédures d'obtention de la CMU-C est souhaitable.

L'effet seuil est le fait de passer d'une prestation totale à l'absence de prestation pour un revenu donné. Cet effet seuil crée un sentiment d'injustice, il serait plus judicieux de lisser l'aide.

Le dispositif d'ACS était soit inconnu des patients soit les patients n'avaient pas encore initié les démarches. Bonne nouvelle : le dispositif va être remplacé par une extension de la CMU-C.

La CMU-C va être étendue aux personnes éligibles à l'ACS sous réserve d'une participation financière, déterminée en fonction de leur âge.

Le panier de soins et la prise en charge des dépenses seront identiques pour l'ensemble des bénéficiaires de la CMU-C, qu'ils soient redevables ou non d'une participation financière.(61)

Le deuxième axe pour améliorer la santé des patients est celui des représentations des patients et de la littératie en santé. Il serait intéressant de réaliser des études à plus large échelle sur l'impact pronostique des représentations patients (l'HTA comme marqueur de la tension et HTA comme maladie symptomatique épisodique).

Le niveau de littératie en santé des patients de l'étude était hétérogène pour un même niveau socio-économique et pour un même niveau d'étude. Cependant une partie des patients avaient

un niveau de littératie en santé très faible. Un bas niveau de LS est plus fréquent parmi les patients ayant un “bas” niveau socio-économique. (32),(33).

Le dépistage des patients à bas niveau de LS par le médecin est important.

La médecine occidentale du XXI^e siècle a tendance à proposer beaucoup d'outils diagnostiques sous la forme de questions fermées (question par laquelle on peut répondre seulement par oui ou par non et qui ne laisse pas la place à un développement de la pensée).

La réponse à ses questions entraîne une cotation puis un score qui est comparé au chiffre seuil du diagnostic.

Interroger la perception des patients de leur maladie et de leur objectif thérapeutique par des questions ouvertes sans jugement semble être un moyen très efficace d'estimer un niveau de LS. Une fois qu'un bas niveau de LS est dépisté, le médecin a un rôle à jouer pour diminuer les ISS. En effet, l'objectif de nos soins ne doit pas être d'être égalitaire au sens d'un même temps de consultation pour tous, un même service ou prestation délivré ; il est souhaitable d'être égalitaire dans le résultat, c'est ce qui est théorisé par la notion d'équité des soins.(62)

Il est donc préférable que le médecin suive plus fréquemment les patients de bas niveau de LS, avec une éducation thérapeutique personnalisée. Il ne faut pas oublier l'importance des rappels des messages d'éducation thérapeutique au cours du suivi car souvent les messages d'ETP sont regroupés au moment du diagnostic.

Nos résultats démontrent que la relation médecin malade influence le développement de la LS des patients.

Autant qu'il soit possible de le faire, il est préférable d'éviter d'une relation médecin malade de type paternaliste.

L'objectif est de développer les capacités d'autosoins des patients et de les rendre acteurs actifs de leur santé en augmentant leur niveau de LS.

Beaucoup de patients de bas niveau de LS n'avaient pas confiance en leurs connaissances, il me semblait nécessaire de les valoriser.

Conclusion

Les inégalités sociales de santé (ISS) sont un déterminant de santé et de l'espérance de vie.

Il existe des gradients sociaux de santé sur l'espérance de vie, le risque cardiovasculaire et l'hypertension artérielle. Cette étude qualitative a permis de mettre en lumière trois niveaux de représentations de l'HTA parmi des patients hypertendus précaires sans complications cardiovasculaires.

Nous avons décrit trois niveaux de représentation de l'hypertension artérielle.

- Le premier niveau de représentation, communément admis dans cette étude, est celui d'une hypertension artérielle vécue comme un marqueur de la tension nerveuse.
- Le second niveau de représentation se manifeste après l'expérience du symptôme. C'est l'HTA vécue comme une maladie symptomatique épisodique.
- Dans le troisième niveau de représentation, l'hypertension artérielle est intégrée par le patient comme un facteur de risque cardiovasculaire.

Ce dernier niveau de représentation est adopté par le patient grâce à la participation active du patient dans la relation médecin malade, aux antécédents familiaux d'épisodes cardiovasculaires, au niveau de compréhension de la langue française, et par le niveau en littératie en santé du patient.

Ces différentes représentations ont une influence sur les objectifs et les conduites thérapeutiques des patients. Elles ont un lien direct avec l'observance.

Il est pertinent pour un médecin traitant d'interroger régulièrement les représentations de ses patients sur leur maladie par l'emploi de questions ouvertes et bienveillantes.

Le concept de facteur de risque peut être difficile à comprendre. Le caractère abstrait d'une maladie asymptomatique peut freiner l'observance.

Pour lutter efficacement contre les ISS à l'échelle d'un médecin traitant il est possible d'enregistrer la position sociale de nos patients tel que recommandé par le collège de la médecine générale :

- Identifier parmi sa patientèle les patients de bas niveau de littératie en santé.
- Délivrer une éducation thérapeutique personnalisée et régulière au patient de bas niveau de littératie en santé.
- Voir plus fréquemment les patients de bas niveau de littératie en santé. (Notion d'universalisme proportionné).
- Aider les patients précaires à connaître et entreprendre les démarches d'accès à une couverture sociale.
- Développer son réseau de soins avec d'autres médecins spécialistes travaillant en secteur 1 ou au minimum qui ne refuse pas les patients CMU-C.
- Travailler avec d'autres acteurs de santé locaux (pharmacien, travailleur social, etc..)
- Travailler avec le secteur associatif impliqué sur la question des inégalités sociales de santé (accès au sport pour tous etc...)

BIBLIOGRAPHIE :

1. Perrine A-L. L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006
2. Letrillart I, Supper I, Schuers M, Darmon D, Boulet P, Favre M, Guérin MH,, Mercier A. ECOGEN,Étude de la consultation en médecine générale. 2014;(114):148-57.
3. SFHTA_HAS_Fiche-Memo-HTA_PRISE-EN-CHARGE-HTA-ESSENTIELLE.pdf [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur:
http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2018/06/SFHTA_HAS_Fiche-Memo-HTA_PRISE-EN-CHARGE-HTA-ESSENTIELLE.pdf
4. Mancia G, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. :98.
5. FEDECARDIO | L'athérosclérose [Internet]. <https://www.fedecardio.org>. 2016 [cité 8 juin 2019]. Disponible sur:
<https://www.fedecardio.org/Les-maladies-cardio-vasculaires/Les-pathologies-cardio-vasculaires/latherosclerose>
6. OMS | Panorama mondial de l'hypertension [Internet]. WHO. [cité 6 juin 2019]. Disponible sur:
http://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/fr/
7. Gourbail L. Haute Autorité de santé. 2016;150.
8. Rapsomaniki E, Timmis A, George J, Pujades-Rodriguez M, Shah AD, Denaxas S, et al. Blood pressure and incidence of twelve cardiovascular diseases: lifetime risks, healthy

- life-years lost, and age-specific associations in 1.25 million people. *Lancet*. 31 mai 2014;383(9932):1899-911.
9. Forouzanfar MH, Liu P, Roth GA, Ng M, Biryukov S, Marczak L, et al. Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at Least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015. *JAMA*. 10 2017;317(2):165-82.
 10. Messerli FH, Williams B, Ritz E. Essential hypertension. *The Lancet*. 18 août 2007;370(9587):591-603.
 11. Hypertension artérielle (HTA) [Internet]. Inserm - La science pour la santé. [cité 8 juin 2019]. Disponible sur:
<https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/hypertension-arterielle-hta>
 12. Blacher J, Halimi J-M, Hanon O, Mourad J-J, Pathak A, Schnebert B, et al. Management of arterial hypertension in adults: 2013 guidelines of the French Society of Arterial Hypertension. *Médecine Thérapeutique*. 1 janv 2014;20(1):39-47.
 13. Brunström M, Carlberg B. Association of Blood Pressure Lowering With Mortality and Cardiovascular Disease Across Blood Pressure Levels: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA Intern Med*. 01 2018;178(1):28-36.
 14. INCA 3 : Evolution des habitudes et modes de consommation, de nouveaux enjeux en matière de sécurité sanitaire et de nutrition | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail [Internet]. [cité 6 juin 2019]. Disponible sur:
<https://www.anses.fr/fr/content/inca-3-evolution-des-habitudes-et-modes-de-consommation-de-nouveaux-enjeux-en-mati%C3%A8re-de>
 15. Le sel | Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de

l'environnement et du travail [Internet]. [cité 6 juin 2019]. Disponible sur:

<https://www.anses.fr/fr/content/le-sel>

16. Whelton PK, Appel LJ, Espeland MA, Applegate WB, Ettinger WH, Kostis JB, et al. Sodium reduction and weight loss in the treatment of hypertension in older persons: a randomized controlled trial of nonpharmacologic interventions in the elderly (TONE). TONE Collaborative Research Group. *JAMA*. 18 mars 1998;279(11):839-46.
17. He FJ, Li J, Macgregor GA. Effect of longer term modest salt reduction on blood pressure: Cochrane systematic review and meta-analysis of randomised trials. *BMJ*. 3 avr 2013;346:f1325.
18. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of Aerobic Exercise on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized, Controlled Trials. *Ann Intern Med*. 2 avr 2002;136(7):493-503.
19. He J, Whelton PK, Appel LJ, Charleston J, Klag MJ. Long-term effects of weight loss and dietary sodium reduction on incidence of hypertension. *Hypertens Dallas Tex* 1979. févr 2000;35(2):544-9.
20. Puddey IB, Beilin LJ, Rakic V. Alcohol, hypertension and the cardiovascular system: a critical appraisal. *Addict Biol*. 1997;2(2):159-70.
21. Item 130 : Hypertension artérielle de l'adulte. :28.
22. L'espérance de vie par niveau de vie : chez les hommes, 13 ans d'écart entre les plus aisés et les plus modestes - Insee Première - 1687 [Internet]. [cité 28 févr 2018]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3319895>
23. RENAILLER F, Université Paris Descartes. Paris. FRA / com. Influence de la position sociale sur la pression artérielle : une étude d'observation chez les maîtres de stage franciliens. 2012.

24. Progrès récents de l'espérance de vie en France | Cairn.info [Internet]. [cité 8 juin 2019].
Disponible sur:
<https://www.cairn.info/revue-population-2006-4-page-437.htm?contenu=resume>
25. Widening socioeconomic inequalities in mortality in six Western European countries | International Journal of Epidemiology | Oxford Academic [Internet]. [cité 8 juin 2019].
Disponible sur:
<https://academic-oup-com.accesdistant.sorbonne-universite.fr/ije/article/32/5/830/665731>
26. Huisman M, Kunst AE, Bopp M, Borgan J-K, Borrell C, Costa G, et al. Educational inequalities in cause-specific mortality in middle-aged and older men and women in eight western European populations. *Lancet Lond Engl*. 5 févr 2005;365(9458):493-500.
27. Franks P, Winters PC, Tancredi DJ, Fiscella KA. Do changes in traditional coronary heart disease risk factors over time explain the association between socio-economic status and coronary heart disease? *BMC Cardiovasc Disord*. 3 juin 2011;11(1):28.
28. Fouriaud C, Jacquinet-Salord MC, Degoulet P, Aimé F, Lang T, Laprugne J, et al. Influence of socioprofessional conditions on blood pressure levels and hypertension control. Epidemiologic study of 6,665 subjects in the Paris district. *Am J Epidemiol*. juill 1984;120(1):72-86.
29. Nutbeam D. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promot Int*. 1 sept 2000;15(3):259-67.
30. Représentations de la maladie chez des patients hypertendus originaires d'Afrique noire ayant migré en France. - CMGE - UPMC [Internet]. [cité 11 sept 2018]. Disponible sur:
<http://www.cmge-upmc.org/spip.php?article256>
31. Du S, Zhou Y, Fu C, Wang Y, Du X, Xie R. Health literacy and health outcomes in

- hypertension: An integrative review. *Int J Nurs Sci.* 10 juill 2018;5(3):301-9.
32. Wolf MS, Gazmararian JA, Baker DW. Health Literacy and Functional Health Status Among Older Adults. *Arch Intern Med.* 26 sept 2005;165(17):1946-52.
33. Sudore RL, Mehta KM, Simonsick EM, Harris TB, Newman AB, Satterfield S, et al. Limited Literacy in Older People and Disparities in Health and Healthcare Access. *J Am Geriatr Soc.* 2006;54(5):770-6.
34. Schultz SE, Kopec JA. Impact of chronic conditions. *Health Rep.* 2003;14(4):41-53.
35. Pandit AU, Tang JW, Bailey SC, Davis TC, Bocchini MV, Persell SD, et al. Education, literacy, and health: Mediating effects on hypertension knowledge and control. *Patient Educ Couns.* 1 juin 2009;75(3):381-5.
36. McNaughton CD, Jacobson TA, Kripalani S. Low literacy is associated with uncontrolled blood pressure in primary care patients with hypertension and heart disease. *Patient Educ Couns.* 1 août 2014;96(2):165-70.
37. Son Y-J, Song E-K. Impact of Health Literacy on Disease-related Knowledge and Adherence to Self-care in Patients with Hypertension. *J Korean Acad Fundam Nurs.* 2012;19(1):6-15.
38. Warin P. Communiquer pour tous : les enjeux de la littératie en santé. :2.
39. Douteau S. Impact de la littératie en santé sur la relation médecin-malade: revue de la littérature. :99.
40. Influence de la précarité sur la prise en charge médicale96-7_exe114_petitclerc (2) copie.pdf.
41. Synopsis_ecogen_site_internet.pdf [Internet]. [cité 19 juin 2019]. Disponible sur: https://www.cnge.fr/media/docs/cnge_site/cnge/Synopsis_ecogen_site_internet.pdf
42. Laws RA, Jayasinghe UW, Harris MF, Williams AM, Powell Davies G, Kemp LA, et al.

- Explaining the variation in the management of lifestyle risk factors in primary health care: a multilevel cross sectional study. *BMC Public Health*. 29 mai 2009;9:165.
43. Rigal L, Falcoff H, Rahy Z, Flores P, Saurel-Cubizolles M-J, Ringa V. Absence de conseils hygiéno-diététiques donnés aux hypertendus et caractéristiques des patients et de leur médecin généraliste. *Glob Health Promot*. 1 juin 2013;20(2_suppl):33-42.
44. SFHTA_Etat_des_lieux_maladies_hypertensives_en_FRANCE_JHTA-2017_Decembre2017_VF strategie resumé.pdf.
45. Paillé: L'analyse par théorisation ancrée - Google Scholar [Internet]. [cité 16 juill 2019]. Disponible sur:
https://scholar.google.com/scholar_lookup?title=L%E2%80%99analyse+par+th%C3%A9orisation+ancr%C3%A9e&author=Paill%C3%A9+P&journal=Cahiers+de+recherche+sociologique&volume=23&pages=-181&publication_year=1994
46. Méliani V. Choisir l'analyse par théorisation ancrée : illustration des apports et des limites de la méthode.
47. Lejeune C. Manuel d'analyse qualitative: analyser sans compter ni classer. 2016.
48. enr-social-mars2014.pdf [Internet]. [cité 24 août 2019]. Disponible sur:
<http://www.cmge-upmc.org/IMG/pdf/enr-social-mars2014.pdf>
49. La santé à l'école - UFSBDUFSBD [Internet]. [cité 23 juill 2019]. Disponible sur:
<https://www.ufsbd.fr/espace-grand-public/espace-encadrants/la-sante-a-lecole/>
50. Prévention - Politique de santé à l'école | AFPSSU [Internet]. [cité 23 juill 2019]. Disponible sur: <http://www.afpssu.com/dossier/prevention-politique-de-sante-a-lecole/>
51. La pauvreté selon le sexe [Internet]. Observatoire des inégalités. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur: https://www.inegalites.fr/La-pauvrete-selon-le-sexe?id_theme=22

52. Rapport_ONPES_2016_bd-2.pdf [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur:
http://www.onpes.gouv.fr/IMG/pdf/Rapport_ONPES_2016_bd-2.pdf
53. Les immigrés frappés par la pauvreté et les bas revenus [Internet]. Observatoire des inégalités. [cité 19 juill 2019]. Disponible sur:
https://www.inegalites.fr/Les-immigres-frappes-par-la-pauvrete-et-les-bas-revenus?id_theme=24
54. Commodore-Mensah Y, Samuel LJ, Dennison-Himmelfarb CR, Agyemang C. Hypertension and overweight/obesity in Ghanaians and Nigerians living in West Africa and industrialized countries: a systematic review. *J Hypertens*. mars 2014;32(3):464-72.
55. Modesti PA, Reboldi G, Cappuccio FP, Agyemang C, Remuzzi G, Rapi S, et al. Panethnic Differences in Blood Pressure in Europe: A Systematic Review and Meta-Analysis. Fuchs FD, éditeur. *PLOS ONE*. 25 janv 2016;11(1):e0147601.
56. Vital Signs: Avoidable Deaths from Heart Disease, Stroke, and Hypertensive Disease — United States, 2001–2010 [Internet]. [cité 4 juin 2019]. Disponible sur:
<https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/mm6235a4.htm>
57. Reinier K, Nichols GA, Huertas-Vazquez A, Uy-Evanado A, Teodorescu C, Stecker EC, et al. Distinctive Clinical Profile of Blacks Versus Whites Presenting With Sudden Cardiac Arrest. *Circulation*. 4 août 2015;132(5):380-7.
58. Markus HS, Khan U, Birns J, Evans A, Kalra L, Rudd AG, et al. Differences in Stroke Subtypes Between Black and White Patients With Stroke: The South London Ethnicity and Stroke Study. *Circulation*. 6 nov 2007;116(19):2157-64.
59. Kizer JR, Arnett DK, Bella JN, Paranicas M, Rao DC, Province MA, et al. Differences in Left Ventricular Structure Between Black and White Hypertensive Adults: The Hypertension Genetic Epidemiology Network Study. *Hypertension*. juin

2004;43(6):1182-8.

60. Howard G, Lackland DT, Kleindorfer DO, Kissela BM, Moy CS, Judd SE, et al. Racial Differences in the Impact of Elevated Systolic Blood Pressure on Stroke Risk. *JAMA Intern Med.* 14 janv 2013;173(1):46.
61. ReferencesCMU75(1).pdf [Internet]. [cité 18 juill 2019]. Disponible sur:
[http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ReferencesCMU75\(1\).pdf](http://www.cmu.fr/fichier-utilisateur/fichiers/ReferencesCMU75(1).pdf)
62. Entretien avec le Pr Hector Falcoff - « Etre égalitaire ne signifie pas être équitable » [Internet]. [cité 23 juill 2019]. Disponible sur:
https://www.legeneraliste.fr/actualites/article/2015/12/18/etre-egalitaire-ne-signifie-pas-et-re-equitable-_284771

ANNEXE 1 : Guide d'entretien

Données Socio-Economique :

-Date de naissance

-Sexe

-Adresse

-Couverture complémentaire :

CMU-C? ACS ? Mutuelle? Absence ?

-Niveau d'étude :

Supérieur au Bac

Bac

BEPC

Primaire

Analphabète (lecture et écriture)

- Profession:

Catégorie 1 : Ouvrier.

Catégorie 2 : Profession intermédiaire, employé, agriculteur.

Catégorie 3 : Cadre, profession libérale, commerçant, artisan, chef d'entreprise.

-Est-ce que vous avez besoin que quelqu'un vous aide pour comprendre les ordonnances ou pour lire les ordonnances ?

Guide d'entretien :

- Qu'est-ce que l'hypertension artérielle pour vous ?
- Comment ça a été découvert ? Qui vous l'a dit ?
- Quels sont les chiffres de l'hypertension ?
- Quelles sont les causes (poids, OH, sel, génétique) ? Comment le savez-vous ?
- Quelles sont les conséquences ? Comment le savez-vous ?
- Quels sont les signes / symptômes de l'HTA chez vous ?
- Comment pensez-vous que cela puisse évoluer ?

- Qu'est-ce qui a changé pour vous depuis que vous êtes hypertendu ?
- Avez-vous changé votre alimentation (sel , oh ?) et pourquoi ?
- Pratiquez-vous plus d'activité physique ? Anamnèse du sport.
- Avez-vous perdu du poids ?
- Prenez-vous un médicament ? Lequel pouvez-vous le citer ?
- Souhaitez-vous gagner en autonomie dans la prise en charge de l'HTA?
- Avez-vous des difficultés depuis que vous êtes hypertendu ?
- Difficulté financière ? Accès aux soins ? cs de spécialiste ? lié au médicament ?

- Comment gérez-vous votre santé ?
- Avez-vous un appareil à tension à la maison ? Pourquoi ? (coût , envie, stress)
- Est-ce difficile de prendre votre traitement ?
- Que faites-vous en cas d'oubli ?
- Que peut-il se passer si vous ne prenez pas votre traitement ?
- Quels sont les risques à ne pas le prendre?
- Pensez-vous que le traitement vous est bénéfique?

- Pensez vous avoir une influence sur votre HTA, ou votre santé en générale ?
- Comment voyez vous l'avenir ? Avez vous des projets ?
- L'hypertension vient-elle interférer dans vos projets ou vie quotidienne ? Cela change t-il quelque chose pour votre famille, vos proches?

- Qui vous soutient ?
- Y a-t-il des choses que vous aimeriez savoir ou à prendre pour mieux prendre en charge votre maladie ?

ANNEXE 2 :

Formulaire de consentement éclairé

Titre du projet : Quelles sont les représentations en santé des patients hypertendus précaires suivis en médecine générale?

Responsables du projet : Alexis HOLL doctorant et interne en médecine générale Dr KAPASSI Amar et Dr Chavannes Barbara.

Présentation du projet: recueillir les témoignages des patients hypertendus précaires pour améliorer la connaissance par le monde médical de votre représentation de la santé. Je vais vous écouter et vous poser quelques questions pendant un entretien d'environ une heure. L'entretien sera enregistré pour permettre la meilleure analyse possible de l'entretien.

L'objectif de ce projet est de décrire les points de vue des patients hypertendus précaires sur leur santé, leur maladie, leur parcours de soins, leur relation médecin malade, leurs connaissances et leurs moyens d'informations.

Vos droits à la confidentialité. Toutes les informations recueillies dans cet entretien seront traitées de façon anonyme. Celles-ci seront conservées dans un fichier informatique respectant la loi « informatique et liberté » du 6 janvier 1978 modifiée en 2004 ainsi que le règlement européen sur la protection des données (RGPD).

Les résultats obtenus à l'issue du traitement de cet entretien feront l'objet d'une thèse et pourront faire l'objet de publications scientifiques, mais l'identité des participants ne sera pas révélée.

Les résultats de l'étude pourront vous être communiqués si vous en faites la demande.

Vos droits de vous retirer de la recherche en tout temps. La participation à cette étude est entièrement volontaire. De plus, conformément au règlement européen sur la protection des données (RGPD) vous bénéficiez d'un droit d'accès et de rectification aux informations qui vous concernent, que vous pouvez exercer en vous adressant à Alexis HOLL.

Diffusion. Les résultats de cette recherche pourront être publiés dans des revues scientifiques ou lors de congrès scientifiques.

Vos droits de poser des questions en tout temps. Vous pouvez poser des questions au sujet de la recherche à tout moment en communiquant avec le responsable du projet par courrier électronique à Alexis HOLL : hollhta@gmail.com

L'évaluation du bénéfice risque de votre participation à l'étude a été réfléchi en amont et validé par un comité de protection de personnes. Les bénéfices de l'étude sont majoritairement indirects et concernent l'amélioration des connaissances par le monde médical de votre représentation de la santé.

Le risque est de l'ordre de l'inconvénient : se rendre disponible pour un entretien d'une durée d'environ une heure avec un inconnu sur un thème non choisi par vous.

Consentement à la participation. Vous certifiez que vous avez lu et compris les renseignements ci-dessus et que l'on vous a informé que vous étiez libre d'annuler votre consentement ou de vous retirer de cette recherche en tout temps, sans préjudice.

J'ai lu et compris les renseignements ci-dessus et j'accepte de plein gré de participer à cette recherche.

Date:

Lieu:

Signature :

ANNEXE 3 : Avis Favorable CPP EST I

CPP EST I

EXTRAIT DU PROCES VERBAL

RÉUNION EN COMITE RESTREINT DU LUNDI 8 AVRIL 2019

PERSONNES PRESENTES :

Médecins ou personnes qualifiées en matière de recherche biomédicale (Catégorie I):

Dr QUENOT (Titulaires) ; Mme SOUDRY-FAURE (Suppléante)

Personnes qualifiées en raison de leur compétence à l'égard des questions d'éthique (Catégorie V):

Mme POURREZ (Titulaire) ; Dr BOGGIO (Suppléant)

Personnes qualifiées en raison de leur compétence en matière juridique (Catégorie VIII):

Mme MONNIER (Suppléante)

Au cours de cette réunion le comité restreint du CPP EST I a examiné les informations complémentaires transmises par le promoteur pour le dossier :

N° SI : 18.12.07.96112 - ID RCB : 2018-A03323-52

«Thèse : représentations des patients hypertendus précaires suivi en médecine générale»

Promoteur : Département de Médecine générale Sorbonne Université Paris 6

Investigateur principal : Alexis HOLL

Documents examinés par le Comité :

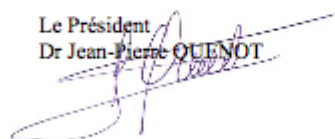
- Courrier d'accompagnement – daté du 18/03/2019
- Résumé du protocole – version 4 du 18/03/2019
- Formulaire de consentement éclairé – version 2 du 18/03/2019

Les modifications demandées par le CPP EST I ont bien été prises en compte.

Avis du Comité : AVIS FAVORABLE

Fait à Dijon, le 9 avril 2019

Le Président
Dr Jean-Pierre QUENOT



Président : Mr le Dr QUENOT – Centre Hospitalier La Chartreuse – 1 Boulevard Chanoine Kir – BP 23314 – 21033 DIJON CEDEX Tél : 03 80 42 54 85 Fax : 03 80 42 54 86 mail : cppest1@chcdijon.fr
Vice-président : M. Yann LECOMTE – CISS BOURGOGNE – 21000 DIJON
Secrétaire : M. Mathieu BOULIN – CHU Dijon – Rue Gaffarel – 21000 DIJON

ANNEXE 4 :

Entretien patiente E10

P : patiente E 10

M : moi l'interviewer

M : C'est quoi l'hypertension artérielle pour vous ?

P : (rire) je me suis pas trop posée la question heuu c'est à dire que ... oui c'est une bonne question. Moi je pense au risque c'est à dire qu'une tension c'est que c'est (un rire) non je ne sais pas, je ne sais pas.

M : vous pensez au risque c'est à dire ?

P : oui je pense au risque, bah qui dit hypertension dit problème éventuel cardiaque. Ou AVC voilà. C'est parce que quand on m'a prescrit ce n'était pas ce médecin-là qui .. On m'a dit risque : vous voulez faire un AVC ? (rire)

Mais si ce n'avait été que moi je n'aurais pas pris de médicament même en sachant que j'avais une hypertension puisque je n'aime pas prendre des médicaments.

D'ailleurs quand j'ai pris celui-là j'ai mis un an à m'habituer alors que c'était un tout petit un tout petit dosage.

M : c'était quoi le nom du médicament ?

P : Esidrex® c'est celui que je prends encore.

M : Ok et ça a été découvert comment l'hypertension ? et quand ?

P : En prenant ma tension, c'était un cardiologue.

M : C'était il y a combien d'années ?

P : En 2011 peut-être.

M : Donc c'est plutôt récent, ça fait 8 ans.

P : oui à peu près un truc comme ça, c'est un cardiologue. Mais comme moi j'ai une tension qui est très labile, il n'a pas été fait comment on dit la tension le matin, le midi ce qu'on fait normalement pendant 3 jours.

M : oui vous connaissez ça l'automesure, oui ?

P : oui l'automesure ça n'a pas été fait alors que si ça avait été fait peut être que je n'aurais pas commencé à prendre des médicaments parce que quand je prends des médicaments, parce quand je prends automesure bien là j'ai arrêté le médicament cet été. J'ai arrêté.

M : donc vous avez un appareil à tension chez vous, que vous avez acheté par vos propres moyens.

P : oui

M : est-ce qu'on vous a demandé de l'acheter ? ou est-ce que c'était votre initiative ?

P : non, c'est mon initiative.

M : et du coup vous avez essayé d'arrêter le médicament de votre propre chef et de regarder ensuite ce que ça faisait sur votre tension ?

P : oui

M : et alors ?

P : bah c'était plutôt bien et puis ça a commencé à augmenter et puis après j'ai été un peu angoissé donc là ça monte plus et heu j'ai quand je suis revenu je l'ai repris. Et puis aussi c'est un médicament qu'on ne doit pas prendre quand il fait trop chaud et il faisait très, très chaud. Esidrex® ce n'est pas conseillé de le prendre en cas de grande chaleur parce que c'est un diurétique, et comme suite à mon cancer du côlon j'avais des problèmes intestinaux souvent des diarrhées des choses comme ça et quand j'ai arrêté ça a arrêté aussi...

“Interruption de l'entretien par un appel téléphonique.”

M : Donc vous disiez l'Esidrex® en cas de forte chaleur...

P : Oui ils disent qu'il faut l'arrêter en cas de forte chaleur.

M : C'est qui ce ils ?

P : C'est sur la notice je crois et ou même mon médecin traitant qui me l'a dit mais je pense que c'est sur la notice et puis j'avais pas envie de le poursuivre je voulais tester ce que ça donnait si je l'arrêtais parce que j'ai fait progressivement j'ai diminué, diminué, diminué, diminué et puis j'ai arrêté.

M : d'accord donc comment vous faisiez pour diminuer ? Vous aviez un comprimé par jour ou deux ?

P : Non, non je n'en avais qu'un et puis j'ai fait 3/4, 1/2, 1/4.

M : Ok vous le cassez en petit morceau ?

P : Oui je cassais (rire) j'ai pris pendant 6 mois 1/4 seulement, mais je me disais ça ne sert à rien de prendre 1/4 et je pourrais ne rien prendre mais le problème c'est que quand on commence ce genre de médicament c'est qu'après il faut le continuer. C'est ce qu'on m'a dit.

M : vous pensez que l'hypertension c'est une maladie à vie ? ou c'est une maladie qui part et qui revient ?

P : J'aurais aimé que ce ne soit pas une maladie à vie (rire). Mais on m'a dit que c'était une maladie à vie et que quand on prenait le médicament on le prenait à vie et ça, ça me hérisse.

M : Oui.

P : Parce que dès fois je l'oublie aussi.

M : C'est combien de temps quand vous l'oubliez ?

P : Non c'est un jour deux maximum.

M : Est-ce que vous avez déjà eu des symptômes dus à cette hypertension ? Des signes ? Est-ce que ça vous a fait déjà quelque chose ?

P : non heu mais pourquoi je l'ai repris là ? Alors que je l'avais arrêté depuis quand même longtemps parce que j'ai eu un point que j'ai pensé être au cœur. (se touche la région épigastrique et de l'hypochondre gauche). Alors j'ai pensé que ça pouvait être ça donc j'ai

repris le médicament. Alors que pour moi j'avais moins de diarrhée donc je pensais que c'était le diurétique qui faisait que je continuais à avoir des diarrhées.

Déjà on m'a enlevé une partie de colon donc ce n'est pas neutre par rapport à tout ça et donc j'ai repris à cause de ça : j'ai eu peur. Mais à l'hôpital je suis allée au urgence et à l'hôpital ils ont dit que ben ils m'ont pas parlé de l'hypertension si j'avais de la tension hein heuuu quand j'y suis allée mais heu

M : c'était en quelle année que vous êtes allée à l'hôpital ?

P : là, là récemment.

M : Alors que vous étiez en période d'arrêt du médicament ?

P : oui oui.

M : et vous avez trouvé étonnant qu'il ne vous en parle pas finalement ?

P : Mais je suis pas sure que je leur en ai parlé...

M : Ils vous ont trouvé une tension peut-être élevée. D'ailleurs pour vous c'est quoi les chiffres de l'hypertension ?

P : bah je sais pas 16/17 et au-delà, 15 peut être je sais pas.

Mais c'est vrai que quand je l'ai repris le matin j'avais pas plus de 15 mais comme j'ai eu cette peur mais comme je pense que j'ai des éructations aussi que c'est peut-être un problème et comme je suis une angoissée de première. Je pense que l'angoisse joue énormément sur la tension.

M : Oui ? L'angoisse elle joue sur la tension à un moment donné ou sur la tension toute l'année ?

P : Heu quand j'ai de l'angoisse.

M : Quand vous êtes en période d'angoisse la tension monte et du coup si vous êtes angoissée vous faites des automesures vous prenez votre tension ? Et si jamais la tension est haute qu'est-ce que ça implique chez vous qu'est-ce que vous faites ? comment vous réagissez ?

P : j'essaye de me calmer (ton de la voix rigolard) mais heu est ce que j'augmente ma dose ?? peut-être.

M : ça vous est arrivé d'ajuster peut-être ? de mettre à deux ?

P : non pas à deux jamais, mais un ça n'a pas duré longtemps je prenais 3/4 il faut le faire prendre 3/4 franchement (rire).

M : ça ne doit pas être facile de....

P : mais non c'est jamais facile et puis c'est jamais pareil même quand on fait 1/2

M : ce n'est pas très précis oui 1/2 si mais le 1/4 c'est plus flou.

P : plus flou mais moi je voulais prendre le moins possible.

M : et qu'est-ce que vous savez des traitements non médicamenteux de l'hypertension ?

P : Rien.

M : Ok.

P : Si heu moins de sel, des choses comme ça.

M : Oui.

P : Moi j'aime bien le sel mais bon c'est vrai que...

M : Vous resalez les plats ?

P : Non je ne les resale pas.

M : Et vous mangez des aliments déjà cuisinés ?

P : Non jamais.

M : Vous cuisinez vous même ?

P : humm mais je vois l'autre jour j'ai mangé chez mon fils et il avait pas assaisonné sa sauce ; bah il faut dire qu'il est doctorant pour l'instant et il avait pas de sel chez lui dans son appartement où il avait juste un petit truc et pour moi sa sauce n'avait pas de goût et donc j'en est pas rajouté du sel mais...

M : et là vous avez remarqué que vous aviez le besoin de sel finalement ?

P : oui que j'avais besoin que ça rehausse le goût des aliments, même si on met des épices... Mais j'en mets pas non plus trop je fais attention. Je ne bois pas d'eau c'est ça mon problème je sais que ce doit être un des éléments pour la tension.

M : Vous pensez que le fait de boire de l'eau ça peut faire baisser la tension ?

P : oui bah c'est un diurétique que je prends si je buvais de l'eau est ce que j'aurais besoin d'un diurétique ?

M : C'est là que je m'aperçois que je ne sais rien sur le fonctionnement, alors que je pourrais comprendre hein sur l'hypertension qu'est-ce que c'est finalement ?

P : est-ce que c'est un resserrement est-ce que ce sont des contractions ? je ne sais pas en fait.

M : Oui à quel niveau il y aurait des contractions par exemple ?

P : Que ce soit au niveau des vaisseaux ou au niveau de.... je sais rien, du cœur peut-être mais plutôt des vaisseaux puisque si c'est l'AVC donc y a une artère enfin je pense pourtant j'aimais bien les sciences (rires). Voilà ma nullité à ce niveau-là.

Bon peut-être je n'ai pas voulu aller voir non plus je ne sais pas si j'étais

M : Vous avez été voir par internet par quel moyen ? Par la télé par des magazines ?

P : Non j'ai été voir plutôt pour qu'est ce qui pouvait faire baisser la tension sans prendre de médicament.

M : Oui une alternative, et vous avez trouvé quoi ?

P : Bah cette histoire de sel et puis j'ai oublié déjà puisque je vais prendre le médicament

M : Et ça vous est arrivé de pratiquer des médecines alternatives, médecine homéopathique, l'acupuncture ?

P : Non, non je ne fais pas mais je crois pas trop à l'homéopathie, mais bon c'est arrivé quand j'étais chez des gens qui pratiquaient de prendre juste ce qu'ils m'ont proposé. Quand j'ai eu quelque chose je suis tombée sur le bras, récemment elle m'a donné des trucs j'ai pris mais moi je ne crois pas trop, je crois au zéro médicament (rire) c'est horrible.

Parce que je pense que ce que j'ai vu là cet été c'est que mes symptômes intestinaux ils étaient réduits donc là je fais du lien dans ma tête et je me suis dit que quand on prend un médicament on a toujours des effets secondaires qui heu bon mais bon il y a aussi j'ai un bout de colon en moins hein mais quand même pendant cette période-là j'ai eu moins de ...

M : Donc là vous êtes quasiment sûre qu'il y a des effets indésirables au médicament.

P : Oui

M : et est-ce que vous pensez qu'il y a des bénéfices à prendre ces médicaments ?

P : bah quand je prends mon automesure elle n'est plus à 15 elle est à 16 comme j'avais eu certain matin.

M : Mais le fait de baisser cette tension qu'est-ce que ça peut entraîner finalement ? Quel bénéfice vous pouvez en tirer de ne pas être à 16 mais à 14 par exemple ?

P : heu bah de pas faire un AVC

M : ouais ok.

P : Ou peut être de ou faire quelque chose de cardiaque. Mais comme moi j'ai un cœur qui bat très très lentement et heu quand je prends il m'est arrivé avec ces automesures d'avoir un cœur qui battait à 47 et je trouve que ce n'est pas beaucoup 47, donc je ne sais pas si c'est lié au médicament ou pas.

M : D'accord

P : Mais mon cœur il bat normalement à 55.

M : Quand vous observez chez vous un phénomène de santé vous vous questionnez souvent pour savoir si c'est le médicament qui est en cause ?

P : Heu, là en parce que je voulais l'arrêter aussi, c'est ça moi je ne voulais ne plus avoir aucun médicament, quoi parce qu'à vie c'est chiant quoi.

M : c'est chiant c'est le fait de le prendre tout le temps c'est une contrainte c'est ça ?

P : Oui et puis je suis profondément pas pour, je pense qu'on peut se guérir sans médicament, mais bon.

M : Justement dans ces causes de la tension, vous m'avez parlé du sel, est ce que vous connaissez d'autre cause ?

P : Je pense que l'angoisse, l'angoisse comme je vous ai dit, je pense que c'est vraiment chez moi quelque chose qui peut être...parce que je pense que la tension elle est élevée quand je suis chez le médecin et elle est pas élevée chez moi le matin ou le soir donc y a aussi des situations.

M : Vous avez ce qu'on appelle un effet blouse blanche ?

P : Ouais c'est ce que mon médecin m'a dit et puis bon je me suis posée la question est ce que mon appareil...parce qu'ici ça serre tellement que j'ai mal donc comme j'ai mal ça monte à l'hôpital leur appareil serre moins. Je sais que l'angoisse chez moi fait monter la tension mais terriblement.

M : Quand vous avez l'angoisse ça fait monter la tension mais à l'inverse quand vous avez la tension élevée il n'y a rien qui se produit, vous n'avez pas de symptômes ?

P : Si des fois j'ai le cœur qui bat plus vite et dès fois je peux avoir des (montre ses tempes).

M : ça fait une pression ici ?

P : Là oui un peu ouais.

M : Et dans ce cas-là vous vérifiez votre tension ?

P : Des fois oui c'est arrivé, quand j'ai eu cette angoisse je vais aux urgences, j'ai peur mais c'est parce que j'ai peur de mourir, c'est ça.

M : Et il vous rassure aux urgences ?

P : Oui oui oui il rassure mais....

M : ça vous arrive plusieurs fois par an ?

P : Non

M : Et cette tension comment vous pensez que ça peut évoluer ?

P : Oh j'aimerais tellement ne plus prendre de médicament (rire). Vous le comprenez bien, c'est bien mon problème et puis comment ça peut évoluer je voudrais pas qu'elle monte plus hein heu donc j'ai repris mais je prends 1/2.

M : Et vous en avez parlé à votre médecin de l'arrêt ? après vous lui avez dit ?

P : Je lui ai dit.

M : Mais vous l'avez dit après coup pas avant.

P : Non j'ai fait par moi-même c'est pas bien je sais.

M : Parce que sinon elle ne vous l'aurait peut-être pas permis ?

P : je ne sais pas. Mais comme ça tombait avec cette période de canicule.

M : Vous avez eu peur d'un risque de déshydratation si je comprends bien ?

P : Oui voilà donc déjà que je bois pas, donc prendre un diurétique qui n'est pas un médicament forcément très fort pour la tension, si on m'avait donné un bêta bloquant je ne suis pas sûre que je l'aurais pris hein.

M : Mais comment vous savez que ce n'est pas très fort ?

P : J'imagine (rire) ou alors est ce qu'on me l'a dit ? Je crois qu'on m'a dit que c'était le médicament le plus heu simple ou le plus ancien.

M : D'accord est ce que vous avez changé des choses depuis que vous êtes hypertendu dans votre vie ?

P : Je sais pas... peut-être que je mange différemment mais je sais qu'il faudrait que je fasse du sport.

M : Oui ? Vous pensez qu'il y a un rôle entre tension et sport ?

P : Oui parce que ça m'est arrivé, j'ai pas eu de chance sur ce coup là. Quand au début je faisais de l'automesure, je devenais folle, je faisais l'automesure tous les jours, tous les jours je la faisais !

M : Ah oui ?

P : Oui, ce n'était pas possible de la faire autant que ça et pas trois, cinq fois, six fois !

M : Vous aviez arrêté le médicament ?

P : Non pendant que j'avais arrêté le médicament je la prenais un petit peu quoi j'ai arrêté d'être aussi... C'était au début au lieu de prendre la tension trois fois je la prenais six fois.

M : Et vous savez quoi en faire de ce chiffre ?

P : Je le notais.

M : Après vous les avez montrés au médecin cardiologue ?

P : Non mais quand elle me demandait, 3 jours d'auto mesure de temps en temps j'en fais pour voir et en général ce peut varier de 11 / 12 / 13 à la limite enfin bon.

M : Et vous le preniez dans quelles conditions l'automesure ?

P : Le matin c'est lui qu'il faut prendre le matin avant.

M : Vous preniez la tension dans quelles conditions ? en position assise ?

P : Oui en position assise mais je n'attendais pas forcément les cinq minutes (rire) c'est pour ça que j'en prenais au moins six fois parce qu'au début c'était élevé puis ça diminue ça diminue, mais c'est vrai que je n'attendais pas le temps qu'il aurait fallu.

M : Donc si je comprends bien vous savez qu'il y a un rôle entre l'activité physique et le fait que la tension puisse baisser ?

P : Oui.

M : Mais est-ce que vous avez augmenté votre activité physique ?

P : Et bien à ce moment-là quand j'étais au début je me suis dit parce que j'ai vu quand c'est arrivé que je marche avant le petit déjeuner que je fasse par exemple une prise de sang ou je ne sais pas quoi ou que je marche avant de petit déjeuner et quand je prenais ma tension elle était vraiment plus basse.

Et alors j'avais décidé d'aller au butte Chaumont et puis la première fois que j'y suis allée j'ai glissé dans l'herbe et je me suis fait une double entorse donc ça a coupé court à mon..... Mais là ici il y a l'aquagym les Naïades qui sont prises en charge par les médecins j'ai fait l'année dernière et normalement on avait droit qu'à une année c'était 10 euros par an et là après le début de l'année elle m'a redit qu'il y avait une place donc j'y suis retournée. Je pourrais y aller trois fois par semaine mais je n'y vais qu'une fois.

M : C'est quoi les naïades ?

P : C'est l'aquagym, ça c'est bien ! Mais bon j'y vais qu'une fois le samedi à 8h30 parce que je suis du matin et les autres c'est vers 18 heures et moi vers 18 heures comme je suis levée à 6 heures du matin à 18 heures j'ai déjà fait une journée de 12 heures donc...

M : Et pourquoi vous dites il faudrait le faire 3 fois ?

P : Parce que j'ai la possibilité avec ce programme d'y aller trois fois si je voulais il y a encore le mercredi soir.

M : ça ne serait pas plus cher ?

P: Non de toute façon je ne pourrais pas faire l'aquagym puisque je suis en dessous du seuil de pauvreté mais j'ai plus que la CMU donc je n'ai pas ..

M : C'est pour ça que vous n'avez pas de mutuelle ?

P : Avant j'avais la CMU maintenant je ne l'ai plus.

M : D'accord et il y a des situations parfois intermédiaires.

P : Je sais je n'ai pas fait les démarches.

M : Votre médecin vous en a parlé peut être ?

P : Heu j'ai un ami qui le fait et puis un ami m'en a parlé c'est l'ACS ? Oui l'ACS ,c'est ça que j'avais en tête. Bon je le ferais mais ... je connais quelqu'un d'handicapé mais c'est différent lui il n'a pas la CMU il a l'ACS mais bon.

M: Et du coup les médicaments ça vous coûtent cher ?

P: Non

M: Pourquoi ?

P: Bah parce que là j'en avais qui me restaient .Bon bah c'est vrai que je vais pas chez le dentiste alors que je devrais aller chez le dentiste que j'ai pas Mais bon quand je vais chez le dentiste que j'avais la CMU qui était bien il ne prenait pas la CMU pour les prothèses hein

il ne la prenait pas, c'est clair. Je suis allée dans un centre où ils m'ont salopée, ils m'ont fait un truc qui m'a fait mal et ils m'ont même arraché une dent qui est restée un bout de dent donc je heu il prenait la CMU oui mais pour faire un boulot.. Mon dentiste à moi il prenait la CMU que pour les soins, il prenait pour les soins, j'avais jamais mal avec lui il faisait toujours bien. Donc je suis restée quand on a eu un bon dentiste c'est compliqué de .. et puis bon alors je sais pas.

M : ça fait combien d'année que vous n'avez plus la CMU ?

P : ça fait depuis deux ans non depuis un an je crois.

M : Ah donc c'est récent, peut-être faire la démarche de l'ACS ?

P : je la ferais, je la ferais et puis mon fils aussi il n'a plus la CMU mais je sais pas lui comment il fait mais il s'occupe pas de ça et j'ai pas vu qu'à son boulot de doctorant je sais pas si il est à la LMDE mais je sais pas si il a une complémentaire.

Bon il est jeune il a pas besoin de Remarquez il pourrait tomber il pourrait lui arriver n'importe quoi hein, mais bon c'est toujours moi qui me suis toujours un peu trop occupée. Je suis une mère célibataire et vu qu'on a jamais eu beaucoup d'argent j'avais le RSA on avait un tout petit appartement donc on est resté un peu comment dire dans la fusion (rire). Là il est parti pour son doctorat à Aix en Provence donc bon c'est bien mais il ne sait toujours pas s'occuper de .. je lui ai dit mais bon.

M : Et du coup ça ne vous met pas en difficulté financière ce médicament non ?

P : Non celui-là il n'est pas cher je crois

M : Et pour les rendez-vous, vous voyez toujours le cardiologue ?

P : Bah je l'ai vu juste avant de ne plus avoir la CMU.

M : Et du coup vous n'envisagez pas de le revoir ?

P : Bah je devrais mais Il faut que je prenne une mutuelle mais bon moi j'ai pas C'est cher une mutuelle-moi si je prends une mutuelle disons que ça coûte quoi, y a l'ami qui a l'ACS, il m'a dit que ça lui faisait au moins 47 euros par mois heu moi 47 euros si j'ai ça en moins j'ai plus que rien du tout pour vivre donc c'est... je trouve que la CMU y a c'est vraiment très très bas c'est quoi 797 je sais pas quelque chose comme ça qu'il faut avoir parce que moi j'ai que 820 euros par mois pour vivre ..

M : Vous devez être juste au-dessus du seuil ?

P : Voilà c'est ça.

M : Et vous avez un sentiment d'injustice par rapport à ça ?

P : De toute façon le sentiment d'injustice quand on vit en dessous du seuil de pauvreté on l'a donc... parce que les retraites (rire) bah c'est dramatique, et puis quand à partir d'un certain âge vous ne trouvez plus de travail vous savez que vous n'avez pas les dernières années et puis quand vous êtes au régime général.

M : Vous avez été en période de recherche d'emploi un moment donné ?

P : Oui longtemps à partir de 50 ans c'était même plus la peine ... la dernière fois que j'ai travaillé c'était en 2004, donc ça fait long donc voilà quoi...

Vous pouvez avoir un niveau d'étude élevé ça ne change rien, si sauf qu'après c'est plus compliqué, moi je suis pas douée pour faire le ménage (rire) c'est vrai mais je dis ça parce

que je sais qu'il y a des postes qui sont il y a du travail pour lequel je ne suis pas forcément compétente pour. Et puis je me suis beaucoup occupée de mon fils et je suis contente là où il est si j'avais pas été là je pense qu'il ne serait pas en doctorat ..

M : vous avez participé à le pousser à le motiver pour ses études ?

P : Oui à l'aider oui

M : Il est en doctorat de quoi ? vous m'avez dit ?

P : D'hydrologie, oui il a fait un master à l'école national des ponts et chaussés et là il a trouvé un doctorat à Aix en Provence .

M : Il est rémunéré ?

P : Oui là normalement il devrait pouvoir ... (rire nerveux)

M : Est-ce que vous souhaiteriez gagner en autonomie pour la prise en charge de votre hypertension ?

P : Pour la prise en charge ?

M : De votre hypertension

P : C'est à dire ?

M : L'autonomie c'est la capacité d'agir soit même de réguler son médicament.

P : Ah bah oui.

M : C'est ce que vous faites finalement.

P : Si même je pouvais supprimer. C'est vrai que si le sport si tout ça je serais capable de .. Je pense que le sport j'en fais pas beaucoup mais je pense que ça joue énormément sur tous les choses que j'ai l'angoisse, la dépression sur .. je suis un peu une dépressive hein sur cette angoisse de mort qu'on a après il y a bien souvent mais ça doit jouer sur le morale ou sur mon angoisse parce que c'est vrai que quand je me retrouve toute seule le soir heu la nuit quand j'ai eu ça, je je fermais pas le téléphone comme je le ferme en ce moment tous les soirs je coupe mon téléphone mais pendant cette période d'angoisse là je ne fermais par le téléphone je enfin je laissais la porte ouverte des symptômes d'une angoisse de première (rire) mais bon mais je pense que ça ça joue, et le sport je pense que si on est pas en groupe, si on est en groupe c'est plus stimulant.

M : En groupe pour vous c'est plus facile de se motiver à y aller à faire l'activité, vous avez un coach ou un entraîneur ?

P : Oui oui et puis on est un petit groupe on se connaît maintenant.

M : Vous avez socialisé avec eux ?

P : Bien sûr.

M : ça fait combien d'années que vous avez ?

P : Non non c'est la deuxième année mais normalement on a le droit qu'a une année ce programme la gratuit enfin à 10 euros c'est gratuit.

M : Mais comment ça se fait que vous ayez pu bénéficier d'une deuxième année ?

P : C'est par mon médecin c'est quelque chose qui passait entre ses mains sur l'aquagym, c'est une prestation où les médecins signent la feuille c'est pas prescrit aussi c'est autre chose c'est les naïades, je voulais faire de la savate mais je suis pas sûr de vouloir faire je suis en plein réflexion.

M : C'est quoi la savate ?

P : Bah la savate c'est un peu genre la boxe. Bon l'aquagym c'est bien, j'ai eu le droit à une deuxième année alors que normalement c'est une année.

M : Vous trouvez que c'est bénéfique pour vous ces dispositifs ?

P : Ah bah complètement, c'est aussi pour les gens qui sont en surpoids donc je suis avec plein de personne en surpoids.

M : Et c'est un de vos objectifs le poids ?

P : Bien j'ai beaucoup grossi mais de toute façon mon objectif... Quand on maigrit, après ça fait le yoyo, moi ça a fait comme ça.

M : Vous parlez des régimes peut être ?

P : Oui mais je me suis habituée sans m'habituer à mon surpoids.

M : Vous pensez qu'il y a un lien avec la tension ?

P : Avec la tension oui je pense, il me semble avoir lu que quand on est en surpoids on a plus de On fait plus de ou on fait moins de sport j'ai l'impression que ... et par rapport à la tension ? Je le dis mais c'est flou dans ma tête.

M : Donc si je comprends bien vous pensez qu'on peut avoir directement une influence sur votre hypertension par votre activité par un régime éventuel avec moins de sel, par une influence sur votre mode de vie, être moins stressée, vous pensez que ça peut avoir une influence par la prise ou non du médicament ?

P : Oui, oui, oui et puis aussi mais bon aussi quand on est « pfouuu larme ».

M : Prenez votre temps.

P : Je vous ai dit je suis une émotive de première et je suis très empathique.

M : Vous absorbez le malheur des autres ?

P : Oui j'absorbe le malheur des autres et je n'ai pas de barrière. Mon fils, il rigole quand il voit que des choses qui sont tristes, il me regarde puis il me dit, tu ne pleures pas ? J'avais de l'émotion parce que je pensais aussi quand on n'a pas d'argent vous faites aussi une étude sur les moyens et...

M : Tout à fait.

P : Quand on n'a pas d'argent on est beaucoup moins sociable dans le relationnel avec les autres parce que pour aller au café pour aller au restaurant pour aller tout ça il faut de l'argent si vous n'en avez pas.

M : Vous avez moins de lieux de sociabilité ?

P : Oui et puis aussi vos amis, bon ça m'est arrivé bon bah, ils vous offrent, vous allez pas vous faire offrir tout le temps...

M : Oui parce que ça entraîne quoi ? Une relation de dépendance ?

P : Oui et puis c'est pas correct

M : C'est pas agréable ?

P : C'est pas agréable on peut pas c'est pas.. Alors après on refuse on va et puis on dit qu'on va prendre juste l'apéritif et puis ... mais non ce n'est pas possible et après on s'isole et bon tout ça la solitude l'angoisse.

M : Et vos amis sont plus fortunés que vous c'est ça ?

P : Oui sauf quelques-uns hein que je vois (rire) mais la nourriture ça joue aussi quand on a pas l'argent .

M : Vous faites quoi comme choix par rapport à l'alimentation ?

P : Des pâtes du riz... hein de la semoule. Les produits les moins chers en fait et qui nourrissent bien et puis peut être aussi par rapport à mes intestins je sais qu'il y a certain, les tomates je pense que c'est pas bon pour mes intestins, des choses que j'ai vu...la viande c'est vraiment rare le poisson j'en prends du congelé chez picard parce qu'il est pas cher et puis... donc mais c'est vrai on ne se nourrit pas de la même manière.

M : Et même pour le sport vous dites que c'est....

P : Bah ça c'est hors de question.

M : Sans le programme vous n'auriez jamais fait de l'aquagym.

P : Nan jamais c'est au moins 300 euros par an sans compter les vacances ou 250 enfin j'ai regardé pour cette année. Bah j'ai dit bah j'irais pas deux ans, sauf quand elle m'a proposé il devait y avoir une place. Euh mais bon et puis je me suis pas renseignée sur autre chose je sais qu'à un moment donné, il y a longtemps je faisais du chi Kong et du tai chi ça fait du bien ça c'était bien mais bon ça c'est pareil c'est... j'ai une amie qui m'en a parlé l'autre jour qu'elle faisait ça si c'est pas trop cher peut-être je ferais je ne sais pas. Bon je sais qu'il y en a gratuitement aux buttes Chaumont heu oui si on y va le dimanche matin.

M : Ah oui ?

P : On voit des tas de gens qu'on voit qui font ça je suppose qu'ils ont pas comme c'est dans le parc.

M : Et le fait de reprendre une activité physique dans ce programme ça vous a permis comme vous disiez de vous socialisez avec ses gens-là ?

P : Oui c'est à dire que quand on est ensemble c'est sympathique. Oui on parle on rit puis on rit mais ça ne va pas au-delà on a pas socialisé au groupe.

M : Vous n'allez pas vous revoir pour le moment ?

P : Même je fais une autre activité mais ce n'est pas du sport je fais de la peinture dans une association aussi c'est pas cher mais ça c'est parce que je peins moi hein je peins depuis des années c'est à dire que quand j'ai été à la retraite.

M : Vous avez déjà ce savoir-faire.

P : ça m'aide, bon en ce moment je peins pas trop mais j'essaye d'y aller pour me forcer parce que ça me fait du bien c'est pas sportif quoique ça dépend avant c'était sportif maintenant j'ai réduit mes formats j'ai réduit un peu tout mais c'est vrai quand c'est des grands formats comme ça il faut une belle énergie pour peindre, il faut de l'énergie.

Si on n'a pas d'énergie... (rire).

M : Comment vous voyez l'avenir ?

P : L'avenir (RIRE) sombre hein hein.

M : Vous dites ça en rigolant.

P : Bah oui.

M : Sombre c'est à dire ?

P : C'est à dire que financièrement j'ai pas l'impression que ça va s'arranger.

M : Oui.

P : Et j'ai un peu peur à ce niveau-là bon si c'est mon fils qui va devoir ... au niveau des logements comment ... j'ai accepté ce qu'on m'a donné.

M : Vous avez un HLM ?

P : Oui j'ai un HLM dans une cité chaude et... et j'ai....

M : Vous avez des problèmes de voisinages ?

P : Dans ma cage d'escalier oui (rire), mais de toute façon c'est bien écrit sous la voûte il y a les trois singes donc tu vois rien, tu n'entends rien et tu dis rien.

M : Ah c'est marqué.

P : Bah il y a trois fresques ils les ont laissé paris habitat ils doivent trouver ça bien mais enfin bon avec.. et il y a aussi le christ en majesté c'est à dire un dealer qui fait ça (un doigt d'honneur) avec sa chaîne, (rire) c'est ça les fresques sous ma voûte (rire).

M : Le message est clair

P : Le message est clair donc.. et puis mon appartement c'est pour 2 là où on était mon fils n'avait pas de chambre et il n'en a jamais eu sauf avant que l'on déménage.

Ou même on dormait dans la même chambre mais elle était très grande tandis que là il dort dans le salon, il n'y a pas de canapé il y a son lit et il n'y a pas de place pour mettre une table, mon appartement est très petit.

M : Ok.

P : Je pleurais quand on m'a... surtout que c'était une cité où j'avais refusé quand il était petit d'aller.

M : Et ils vous ont fait déménager quand ?

P : J'ai déménagé parce que mon ancien propriétaire a repris son appartement qui n'était pas très grand non plus.

M : Parce que vous étiez dans le privé avant ?

P : Oui mais il était pas très grand qui était un F2 mais qui était différemment, en haut du parc de Belleville c'était bien il y avait le parc c'est là qu'il a appris à marcher. Là c'est à ***** dans la cité chaude je suis au *** ça fait 40 ans qu'il y a des dealers mais bon au par moment, alors en ce moment ils envahissent la cage oui avec tous leurs trucs au plafond mais bon.

Non c'est pas ... on s'y fait, on s'y fait j'ai de la lumière... pour un peintre c'est bien

M : vous avez une capacité à relativiser, à ironiser par l'humour un peu.

P : oui pas tout le temps mais bon heu bon ça veut dire que c'est plutôt un bon point on dirait mais.

M : Est-ce que l'hypertension elle a modifié votre projet de vie ou votre vie quotidienne ?

P : Bah ça modifie toujours le fait qu'on soit obligé de prendre les médicaments tous les jours heu à la même heure le matin mais surtout heu ça porte une dimension d'angoisse que je n'avais pas forcément avant.

M : C'est intéressant pour moi ça, ça veut dire que quand on vous a annoncé la maladie ça vous a créé finalement une angoisse.

P : Oui une angoisse pour comment gérer cette tension? Parce que vous aviez le dilemme du médicament aussi ?

Oui mais oui mais le médicament pour moi.

M : C'est pas une solution ..

P : Oui mais c'est vrai ...et je regrette toujours que la médecin qui m'avait elle m'a donné tellement la peur de "vous voulez avoir un AVC" et toutes ses choses de prévention.

M : C'est culpabilisant cette phrase ?

P : Oui bien sûr vous voulez avoir un AVC alors que.

M : Parce que vous lui expliquiez peut-être que vous ne vouliez pas forcément le médicament ?

P : Oui c'est ça heu je et puis en même temps les choses qui n'ont pas été faites on ne m'a pas fait prendre heu ma tension le matin.

M : L'automesure vous avez l'impression que ça a mal été géré ?

P : Voilà et qu'une fois qu'on l'a pris on est coincé quoi.

C'est ce que j'essayais d'aller contre cet été mais heu heu mais oui ça a donné cette dimension d'angoisse mais quand on a cette tension qui monte on se dit bah voilà merde je vais avoir un AVC alors on court aux urgences heu ou alors que si on m'avait dit plutôt de traiter mon angoisse ou de traiter des choses comme ça ou je ne sais pas de ...

M : D'agir en amont ? plus de prévention ?

P : Oui mais différente pas une prévention médicale ou en me disant

M : Plus bienveillant ?

P : Oui voilà. Vous voulez avoir un AVC ? je sais plus qui m'a dit c'est pas mon médecin généraliste.

M : Ca m'étonnerait d'elle.

P : Ah non non c'est pas son genre.

P : Mais heu bon mais c'est vrai que c'est l'angoisse parce que l'angoisse de mort on l'a quand la tension monte heu ou alors nan quand j'ai oublié je ne fais rien d'autre je prends pas je reprends après.

M : Vous reprenez au cours de la même journée si vous avez oublié ?

P : Non.

M : C'est le lendemain ?

P : Si ça m'est arrivé, je traficote (le dit en rigolant) ou je le reprends le lendemain ça dépend je traficote.

M : Parce que vous vous dites quoi si je prends un demi comme le matin ça aurait agi comme un demi ça couvre le soir ?

P : Oui je vais prendre 1/4 si je prends à midi par exemple mais si je m'en aperçois quand il est 4 heures je prends rien.

M : Ok.

P : Et puis des fois je m'en aperçois deux jours après seulement (rire) voilà

M : Qui vous soutient dans tout ça ?

P : Bah personne

M : Votre fils il sait que vous êtes hypertendu ?

P : soupir réflexion 3 secondes, je ne sais pas

M : Vous ne lui en avez pas parlé ?

P : Bah il voit bien que je prends un médicament mais est ce que je lui en ai parlé ? Pas vraiment.

M : Ce n'est pas un sujet de conversation entre vous ?

P : Non il sait que j'ai eu un cancer, il sait les symptômes que j'ai pénible, depuis ça il le sait, il l'a vécu au quotidien mais peut-être il n'a pas envie de savoir non plus. Je ne sais pas ou peut être que je ne veux pas m'angoisser plus mais des fois moi quand j'ai eu ces angoisses de mort il était présent et je l'ai embêté alors j'ai du l'angoisser.

M : Et est ce qu'il y a quelqu'un d'autre qui sait que vous êtes hypertendu ?

P : Oui oui j'ai une amie qui le sait.

M : Donc vous pouvez lui en parler ?

P : Oui.

M : C'est quelque chose de réconfortant pour vous ?

P : Je sais pas si je lui avais dit que j'avais arrêté mon médicament.. Heu bon elle aussi elle a un peu des angoisses comme moi donc elle a sa tension qui monte.

M : Elle doit bien vous comprendre. Dernière question est ce qu'il y a des choses que vous aimeriez savoir pour mieux prendre en charge votre maladie ?

P : Oui bah finalement savoir tout ce qu'on peut faire qui n'est pas médicamenteux ou je sais pas, est ce qu'on doit prendre les médicaments à vie ? est-ce que ça peut s'améliorer ? est-ce que ? Parce que finalement je ne sais pas grand-chose de cette maladie enfin si un petit peu.

M : ça vous préoccupe beaucoup, mais finalement vous n'avez pas toutes les informations ?

P : Non.

M : Et est-ce que c'est des choses que vous demandez ?

P : Non mais c'est vrai que je vais me renseigner sur internet mais après je suis un peu plus angoissée des fois parce que.

M : Vous allez sur internet et finalement on trouve tout et rien on ne sait pas juger de la gravité ou de la pertinence de l'information.

P : Oui parce que quand j'ai eu mes éructations là très fréquentes bon ça peut être une hernie hiatale ou alors un cancer de l'estomac c'est pas réjouissant (RIRES explosifs), mais bon.

M : Comment faire la part des choses quand on est patient ?

P : Oui.

M : Bah merci beaucoup pour l'entretien je suis désolé j'ai pris pas mal de votre temps

P : J'ai pas vu le temps passer donc ..

M : On est à 55 minutes d'enregistrement.

P : ça va, vous avez eu ce que vous vouliez ?

M : Ah oui parfait plein d'informations.

M : Juste je vous ai pas demandé c'est quoi votre origine ?

P : Je suis française.

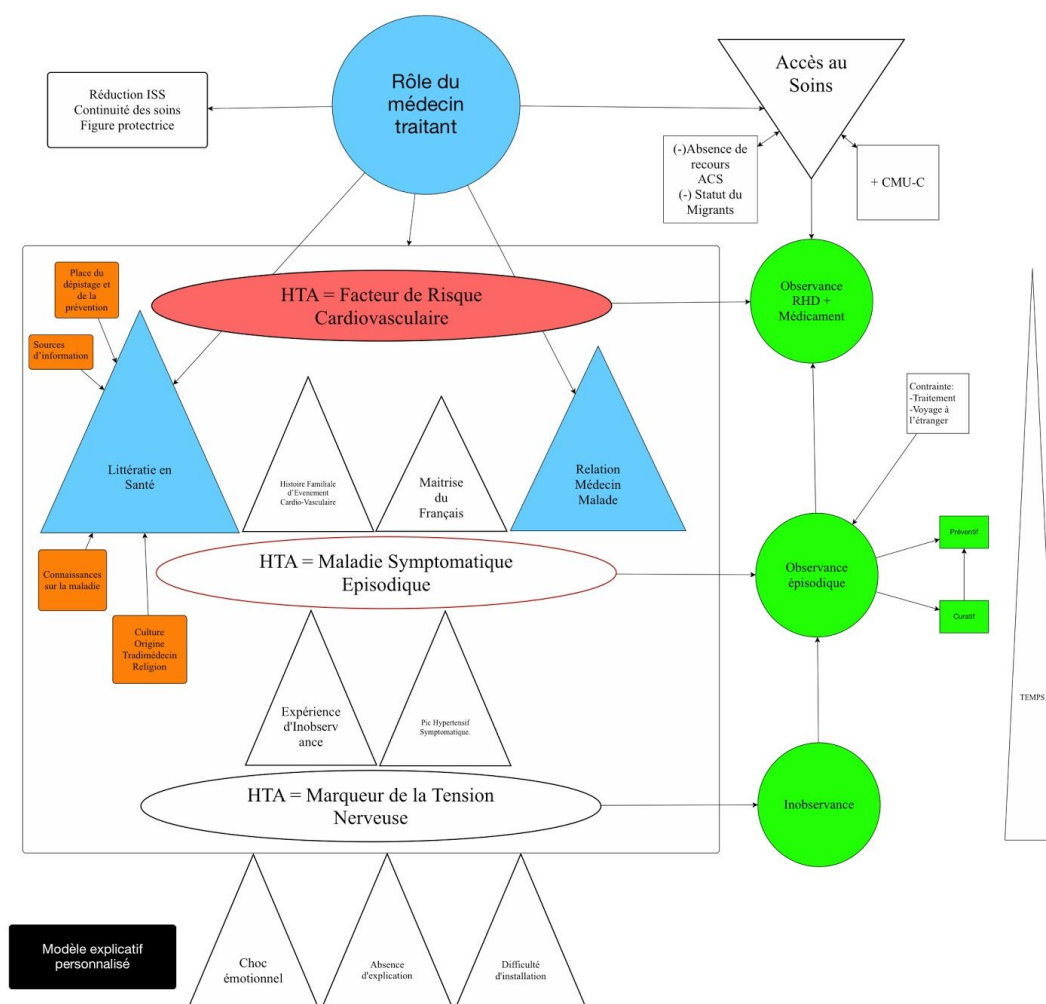
M : Des deux parents ?

P : Oui, j'ai un nom hollandais

fin de l'entretien

ANNEXE 5:

Modèle d'interactions



Modèle d'interactions

Résumé

Contexte : Les inégalités sociales sont reconnues comme un déterminant majeur de la santé. Il existe des gradients sociaux de santé sur l'espérance de vie, le risque cardiovasculaire et l'hypertension artérielle. Nous nous sommes intéressés aux représentations des patients hypertendus précaires en médecine générale.

Méthodes : Une étude qualitative avec une approche par théorisation ancrée a été conduite en 2019 auprès de patients hypertendus précaires sans complication cardiovasculaire recrutés en consultation de médecine générale, après accord d'un CPP et de la CNIL. Les entretiens semi-dirigés ont été menés jusqu'à saturation des données, enregistrés et retranscrits. Une analyse par comparaison constante avec triangulation des données a été réalisée, ainsi qu'un modèle d'interaction.

Résultats : Dix entretiens ont été retenus pour analyse. Cette étude qualitative a permis de mettre en lumière trois niveaux de représentations de l'hypertension artérielle : l'hypertension vécue comme marqueur de la tension nerveuse, une maladie symptomatique épisodique puis un facteur de risque cardiovasculaire.

Quatre déterminants à l'appropriation de cette représentation ont été identifiés :

La participation active du patient dans la relation médecin malade.
Le vécu familial d'épisode cardiovasculaire.
Le niveau de compréhension de la langue française.
Le niveau en littératie en santé du patient.

Conclusion : Les différentes représentations des patients hypertendus précaires de leur maladie ont une influence sur leur observance. Le médecin traitant a un rôle central dans l'acquisition de compétence de gestion de l'hypertension artérielle par le patient et dans la réduction des inégalités sociales de santé.

Mots clés :

Médecine générale
Représentation
Vécu
Education thérapeutique
HTA
littératie en santé
Inégalité Sociale de Santé ISS
Etude qualitative
Théorisation ancrée