



**HAL**  
open science

## Représentations de l'hypertension artérielle : étude exploratoire en France

J. Tantchou, E. Dauchy, H. Bely, S. Daret, S. Julliard, M.F. Morier, F. Escorneboueu, B. Mizejewski

### ► To cite this version:

J. Tantchou, E. Dauchy, H. Bely, S. Daret, S. Julliard, et al.. Représentations de l'hypertension artérielle : étude exploratoire en France. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 2019, 10.1016/j.ancard.2019.07.005 . hal-02293860

**HAL Id: hal-02293860**

**<https://hal.science/hal-02293860v1>**

Submitted on 21 Dec 2021

**HAL** is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

## **Représentations de l'Hypertension Artérielle : étude exploratoire en France**

### ***Representations of High Blood Pressure in France: an exploratory study***

J Tantchou<sup>1</sup>, E Dauchy<sup>2</sup>, H Bely<sup>3</sup>, S Daret<sup>3</sup>, S Julliard<sup>4</sup>, MF Morier<sup>4</sup>, F Escorneboueu<sup>5</sup>, B Mizejewski<sup>6</sup>

<sup>1</sup>CNRS, UMR-5115, Institut d'études politiques de Bordeaux, [j.tantchou@sciencespobordeaux.fr](mailto:j.tantchou@sciencespobordeaux.fr)

<sup>2</sup>CHRU Nancy/Brabois, Centre d'Investigation Clinique Plurithématique, [e.dauchy@chru-nancy.fr](mailto:e.dauchy@chru-nancy.fr)

<sup>3</sup>Hôpital St André, Bordeaux, [helene.bely@chu-bordeaux.fr](mailto:helene.bely@chu-bordeaux.fr) ; [daret.sylvie@gmail.com](mailto:daret.sylvie@gmail.com)

<sup>4</sup>CHU HEH Lyon, [sandrine.juillard@chu-lyon.fr](mailto:sandrine.juillard@chu-lyon.fr) ; [marie-francoise.morier@chu-lyon.fr](mailto:marie-francoise.morier@chu-lyon.fr)

<sup>5</sup>SFHTA, Présidente du groupe « Infirmières et acteurs de santé », [francine.escorneboueu@laposte.net](mailto:francine.escorneboueu@laposte.net)

<sup>6</sup>Nancy, [contact@eclor.fr](mailto:contact@eclor.fr)

#### Auteur correspondant:

Josiane Tantchou

Téléphone : +33 (0)5 56 84 42 82

Fax : +33 (0)5 56 84 43 24

[j.tantchou@sciencespobordeaux.fr](mailto:j.tantchou@sciencespobordeaux.fr)

## **Résumé**

### **But de l'étude**

La dégradation de la prise en charge de l'hypertension artérielle (HTA) en France est signalée depuis 2016 par la Société Française de l'Hypertension Artérielle (SFHTA). L'HTA non contrôlée est due à la non-observance du traitement antihypertenseur, attribuée à l'absence d'information/confiance, le statut socio-économique, les représentations de la maladie. Comprendre la nature de ces représentations permettrait de mieux cibler les messages d'éducation thérapeutique et ainsi, d'accroître l'observance des traitements.

### **Patients et Méthode**

Le « groupe infirmiers et acteurs de la SFHTA » a initié en France une étude exploratoire de type qualitatif des représentations de l'HTA dans trois villes françaises (Bordeaux, Lyon, Nancy). Des entretiens avec des patients hypertendus (définitions de l'HTA, ses causes et conséquences), réalisés par les membres du groupe, ont été transcrits et analysés avec l'aide du logiciel Nvivo pro® 11.

### **Résultats**

L'HTA est découverte de manière fortuite. Les patients ignorent ce qu'est l'HTA et définissent la maladie en fonction de leur expérience (symptômes, risques, conséquences). Les seuils tensionnels sont non maîtrisés, la plupart ignore leur tension de base. La fluctuation des valeurs et les messages contradictoires sur « l'hygiène de vie » sont à l'origine de confusion. L'HTA reste associée au stress. En ce qui concerne le fardeau de la maladie, la prise quotidienne d'un traitement a généré quelques appréhensions avant d'être intégrée aux habitudes des patients qui ont le désir de « faire attention » à leur alimentation principalement.

### **Conclusion**

Ce travail montre la nécessité de renforcer la formation des professionnels de santé et d'harmoniser les messages éducatifs, pour permettre aux patients d'intégrer les recommandations de manière apaisée.

**Mots clés** : hypertension artérielle, représentations, France

## **Abstract**

### **Aim of the study**

Non-adherence to treatment is one of the problems practitioners face with regard to hypertension. This lack of compliance is often attributed to disease representations. Understanding their nature can therefore help to better target therapeutic education messages and thus, increase compliance.

### **Method**

It is in this context that the «*groupe infirmiers et acteurs de la SFHTA*» initiated a qualitative exploratory study of the representations of arterial hypertension in France. The study covered three sites: Bordeaux, Lyon and Nancy. Interviews with patients were conducted by the members of the group. Questions included the disease definition, its causes and consequences. The interviews were recorded and transcribed verbatim; they were analyzed with Nvivo pro® 11 software.

### **Results**

HTA is discovered accidentally. Patients define the disease according to their experience of symptoms, their perceptions of risks and the disease's consequences. The thresholds of systolic and diastolic blood pressure are unknown; most of the patients ignore their levels of both systolic and diastolic blood pressure. Besides, the fluctuating levels of blood pressure and conflicting messages about "lifestyle" generate confusion. HTA remains associated with stress. Regarding the burden of the disease, having to take a daily medication engendered anxieties, before being integrated into daily routines. The study also showed that patients have the desire to "pay attention" to their diet primarily.

### **Conclusion**

This study showed the need to strengthen the training of health professionals and harmonize educational messages, which would allow patients to integrate new recommendations without stress.

**Key words:** arterial hypertension, representations, France

## 1. Introduction

Les maladies cardiovasculaires sont une des premières causes de mortalité à l'échelle mondiale, responsables de 17,5 millions de décès par an, soit environ un tiers du total des décès. Parmi ces maladies, l'hypertension artérielle (HTA) fait environ 9,4 millions de ces décès par an (9). C'est la maladie chronique la plus fréquente en France (plus de 15 millions d'hypertendus en France et premier motif de consultation en médecine générale) et dans le monde (10). Depuis 2016, la Société française d'hypertension artérielle (SFHTA) alerte sur la détérioration de la prise en charge de l'hypertension artérielle, qu'illustre la stagnation du nombre de personnes connaissant leurs chiffres tensionnels, prenant un traitement et contrôlé (1).

La non-observance des traitements contre HTA est un des problèmes majeurs auxquels les praticiens sont confrontés (2-4). En France, la non-observance est à l'origine de la plupart des hypertensions non contrôlées (2, 4). Cette non-observance est souvent attribuée à l'absence d'information ou de confiance (5), le statut socio-économique (6), les représentations de la maladie (7, 8).

Comprendre la nature de ces représentations permettrait donc de mieux cibler les messages d'éducation thérapeutique et ainsi, d'accroître l'observance des traitements. Les travaux de recherche ont en effet montré que les causes attribuées par les patients hypertendus à leur maladie, le fardeau de la maladie (changements engendrés dans la vie quotidienne), la perception du mode d'action des médicaments et les conséquences de la maladie avaient une influence sur l'observance des médicaments (2, 8, 11, 12). C'est dans ce contexte que le « groupe infirmiers et acteurs de la santé de la SFHTA » a initié et mené une étude visant à explorer les représentations de l'HTA en France.

## 2. Patients et méthode

L'étude a été menée sur trois sites : Nancy, Lyon et Bordeaux. Il s'agissait d'un travail de recherche exploratoire de type qualitatif. La méthode principale utilisée était l'entretien approfondi avec des patients volontaires. L'entretien approfondi est un outil souvent utilisé en sciences sociales pour explorer de nouveaux sujets, des sujets sous-étudiés, comprendre les expériences, les opinions, les aspirations, les attitudes et les sentiments des individus (13, 14). Un outil d'aide (annexe 1) à l'entretien avait été préparé. Outre des éléments devant permettre de renseigner le profil des patients, il abordait les thèmes (définition de la maladie, causes, conséquences) déjà mentionnés. Il a été débattu lors d'une réunion du groupe afin que l'ensemble de ses membres se mettent d'accord sur le sens de chaque question. Ainsi, chacun pouvait reformuler les questions à la demande des patients, sans en modifier le sens. Les entretiens ont été réalisés par les membres du groupe. Ils ont été enregistrés avec l'accord des patients interrogés, qui conformément à la loi française ne sont pas opposés à l'utilisation des données les concernant à des fins de recherche de façon anonyme. Chaque site a reçu un numéro : Bordeaux Centre 01, Lyon Centre 02, Nancy 03. Aucune information pouvant permettre d'identifier les patients n'apparaissait dans les enregistrements, lesquels étaient codés sous la forme suivante : Centre 01\_Patient 01, centre 02\_patient 01, ou centre 03\_patient\_01.

Les entretiens ont ensuite été transcrits par une anthropologue du groupe avant d'être analysés avec l'aide du logiciel Nvivo pro® 11, qui permet la classification et l'analyse des données de type qualitatif. Un total de 33 entretiens (20 femmes et 13 hommes) a été réalisé : 9

entretiens pour Nancy et Lyon respectivement ; 15 entretiens à Bordeaux. Les paragraphes suivants présentent les résultats de cette étude. Après avoir renseigné le profil des informateurs, nous abordons les thèmes traités pendant les entretiens.

### 3. Résultats

#### Profil des patients<sup>1</sup>

Parmi les 33 patients interrogés, 23 ont renseigné leur âge qui variait de 21 à 97 ans. La majorité se trouvant dans la tranche d'âge de 40-59 ans (cf. figure 1). Vingt-neuf patients ont renseigné leur statut matrimonial (cf. figure 2) ; 20 étaient mariés ou en couple. Les autres étant célibataires (5), pacsé (1), divorcés (1), veuf ou veuve (2). L'année de diagnostic (cf. figure 3) a été notée pour 16 patients. Parmi ceux-ci, 12 ont été diagnostiqués entre 2004 et 2019. Nous avons voulu savoir comment ces patients définissaient l'HTA.

#### Qu'est-ce que l'hypertension artérielle ?

De manière générale, l'HTA est perçue comme une « injustice », une « maladie sournoise, comme le diabète. On n'a pas de symptômes, ça évolue, ça nous tombe dessus comme ça ». Le fait qu'elle puisse être asymptomatique pousse certains patients à la qualifier de « drôle de maladie », car « on ne se sent pas malade quoi, c'est ça qui est déroutant ». Elle engendre un « mal être », non à cause de symptômes qui seraient handicapant, mais en raison des incertitudes quant aux conséquences éventuelles, « on est un peu perturbé quand ça arrive, on a peur, on se demande si on va mourir quoi ».

À la question « Pour vous, qu'est-ce que l'hypertension artérielle ? », certains patients répondent « je ne sais pas », « je ne sais pas, mais je sais ce que ça me fait » ou « je ne sais pas, mais je sais que les conséquences peuvent être graves », ou encore « je ne sais pas, je me sens bien ». L'HTA semble alors être « le problème du médecin », qui a identifié une « anomalie » et l'a régulé ou essaie de la réguler en prescrivant des médicaments. L'HTA est pour d'autres un « problème sanguin », « le sang qui arrive trop puissamment dans les vaisseaux » ou « le cerveau qui part en sucette ». « C'est le fait d'avoir une tension élevée par rapport à la normale sans pourtant faire un effort physique qui le déclencherait », ou la tension qui « monte », d'où le terme hypertension.

Nous avons demandé aux patients d'être plus explicites au sujet de cette tension qui monte ou qui est élevée. Quelques-uns ont fait mention d'un « dysfonctionnement entre la pression haute et la pression basse par rapport à des seuils ». Ces seuils sont constitués de deux chiffres (systolique et diastolique). Le premier (systolique) est plus important pour certains tandis que le second (diastolique) est plus important pour les autres. De même, on leur a demandé ce qu'ils entendaient par « seuils » et le cas échéant, les chiffres correspondant à ces seuils.

Par « seuils », ils entendaient les « valeurs », les chiffres « normaux » de la tension ou les « valeurs à ne pas dépasser ». Ces valeurs étaient très variables selon les patients qui par ailleurs présentaient les chiffres de manière différente, se limitant surtout à celui de la systolique et

<sup>1</sup> Nous n'exprimons pas les résultats en pourcentage, compte tenu du nombre de participants (inférieur à 100).

rarement avec l'unité en mmHg. Ainsi, alors que quelques-uns affirmaient qu'une bonne tension était comprise « entre 12-13, pas plus de 13, pour d'autres, 12, 13, 14, 15 étaient de bons chiffres tensionnels ». Pour d'autres encore, une tension normale était de « 13/6 et au-delà de 13/9 », on pouvait parler d'hypertension. Enfin, quelques-uns notaient que ce n'était « qu'à partir de 14-15, ou 140/100 que l'on pouvait parler d'hypertension artérielle ». On est ici renvoyé à la cacophonie sur les seuils de définition ou de contrôle de la HTA évoquée par Denolle & Ménard (2018), qui notent bien que la définition d'un seuil de traitement est arbitraire et purement pragmatique. En effet, le même niveau de pression artérielle induit des risques variables selon les facteurs génétiques, biologiques, comportementaux et sociaux.

Cette tension qui « monte » se caractérise surtout par ses symptômes, donc par ce que l'on ressent : « pour moi c'est une tension qui monte et surtout les symptômes que ça donne quoi, donc ce n'est pas agréable ». Ainsi, contrairement à ce qui est souvent avancé, l'HTA n'est pas nécessairement un « tueur silencieux » (15), une pathologie asymptomatique comme Linda Garro l'avait suggéré à la suite d'un travail de recherche mené aux USA (16).

Les patients expriment ces symptômes de différentes façons. À côté de la « fatigue, les bouffées de chaleur, les maux de tête, les insomnies », ils mentionnent le cœur qui « tape vite », des « malaises, les extrémités des membres qui deviennent froids, des tremblements, des douleurs à la tête, je peux vomir... ». Les symptômes évoqués prennent aussi la forme d'un « grand coup d'adrénaline, une pression abdominale » qui « fait bizarre », ou des palpitations, avec une « sensation d'oppression » qui donnent « l'impression que mon cœur c'était ma poitrine ... ». Ils mettent également en avant les symptômes parfois opposés « si on se sent fatigué, c'est la tension, si on est excité, c'est la tension... », renvoyant à la variabilité caractéristique de la pathologie qui impose une prise en charge au cas par cas, des patients, au sein d'une organisation adaptée aux situations locales (1).

### **À quoi attribue-t-on la maladie ?**

Les données collectées montrent que l'HTA est de manière générale découverte de manière fortuite, à la suite d'un choc, d'une consultation pour un autre problème ainsi qu'en témoigne les extraits d'entretiens ci-après :

« Je suis tombé, ce sont les pompiers qui sont venus me chercher, ils ont dit que je faisais une crise cardiaque, carrément. Et c'est à partir de là que l'on s'est aperçu que c'est la tension qui grimpait en flèche quoi. »

« Je n'ai pas eu l'impression d'avoir des symptômes ça a vraiment été une découverte. Le point de départ c'était une consultation pour un autre sujet donc mes chiffres étaient élevés, donc mon médecin traitant m'a demandé de faire des prises de tension sur trois jours à trois moments de la journée et de faire des moyennes et c'est à ce moment-là qu'on s'est aperçu que ça restait très élevé et on a décidé de prendre un traitement, mais je n'avais pas l'impression d'avoir des symptômes. »

À quoi attribue-t-on la maladie ? Quelles sont les causes de l'HTA. En premier lieu, l'hérédité apparaît souvent comme le principal facteur explicatif ou facteur de risque :

« Je sais que du côté de ma mère, on m'a raconté l'histoire familiale, du côté de ma maman, pratiquement tous ses frères et sœurs sont hypertendus, dont il doit y avoir une composante génétique dans mon hypertension. »

« Je suis d'une famille hypertendue, ma maman, mon papa, ma sœur mes grands-parents, ma grand-mère est décédée de d'AVC mais ce n'était pas contrôlé comme maintenant... ».

« Ah je ne comprends pas du tout, si, dans les facteurs de risque, qu'est-ce que j'ai, il y a surtout un facteur héréditaire chez moi, ma mère est traitée, mon père est plus âgé, il a aussi de l'hypertension, et j'ai un jeune frère qui a 45 ans, ça fait déjà 5 ans qu'il est traité. »

« ...J'ai un frère qui a un problème au cerveau, un AVC, donc ça aussi selon moi, c'est dû à l'hypertension. Avec un certain parcours génétique, on fait plus attention. »

Le stress, les chocs émotionnels, les ennuis et les soucis constituent le deuxième groupe de facteurs expliquant l'apparition de l'HTA : « Mon avis, je ne sais pas, je ne suis pas docteur, des fois je me dis que c'est peut-être parce que j'ai eu des ennuis, des soucis, j'ai peut-être eu une vie depuis toute jeune qui n'était peut-être pas adaptée comme elle devait être... ». Le type de personnalité également, principalement lorsqu'on est prompt à la colère, quand on est un « énervé ».

L'hygiène alimentaire et l'hygiène de vie sont également mentionnées. Ici, le terme « excès » revient régulièrement. Concernant l'hygiène alimentaire, l'HTA serait le résultat d'excès « à tous les niveaux » : surconsommation de sel, « excès alimentaires et boissons, la cigarette ... à tous les niveaux ». Pour ce qui est de l'hygiène de vie, la sédentarité, le manque/baisse d'activité physique, ainsi que l'obésité sont relevés.

Enfin, un dernier groupe de facteurs explicatifs apparaît avec les causes organiques, comme la détérioration de la fonction rénale, l'insuffisance cardiaque, le « vieillissement du système artériel », des dysfonctionnements au niveau des reins, des glandes surrénales, une carence en protéines, des comorbidités (diabète, malformations cardiaques, etc.), et enfin, la pilule.

### **Et les conséquences de la maladie ?**

Certains patients préfèrent ne pas se poser de questions, parce qu'ils estiment ne pas être « de nature curieuse ». D'autres affirment se sentir bien, l'HTA reste donc le problème du médecin. Pour d'autres encore, ne pas se poser de question, c'est aussi une façon de ne pas donner d'importance à la maladie. À côté de ces patients, d'autres relèvent les conséquences de la maladie à deux niveaux : biologique/médical et social.

#### *La dimension biologique/médicale*

Sur le plan biologique/médical, quelques-uns affirment que l'HTA engendre une fatigue physique et intellectuelle, des dérèglements auditifs, des insomnies, des douleurs dans la poitrine, des céphalées. L'HTA peut « boucher les veines, le sang ne peut pas bien circuler », la maladie « épuise le cœur », compromet le projet de fonder une famille, car elle met à mal la possibilité d'une grossesse et d'un accouchement sans risque. Elle est susceptible d'engendrer des « choses plus graves avec le temps ». Parmi ces « choses plus graves », les patients citent une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale, un infarctus ou un AVC perçu comme la conséquence la plus importante. D'ailleurs, c'est souvent quand le médecin a évoqué un risque d'AVC que les malades ont pris la décision de « se prendre en main », c'est-à-dire, se conformer aux règles d'hygiène de vie et de prendre leur traitement anti-HTA selon les prescriptions. La perception que l'on a des conséquences de la maladie peut donc engendrer une meilleure observance des traitements.



On a demandé aux patients qui faisaient mention d'un AVC d'expliquer ce qu'ils entendaient par là. D'après eux, il s'agit d'une « rupture d'anévrisme », un « accident vasculaire cérébral », un « caillot ou un vaisseau qui se rompt », « une veine qui se rompt et cela engendre un saignement dans la tête », ou « une veine qui a une fuite » (Lyon), ou encore une « veine qui subit trop de tension et qui va éclater au niveau de cerveau ». L'AVC est aussi défini comme un « accident vasculaire de la circulation, quand les veines sont bouchées au niveau du cerveau ».

#### *La dimension sociale : faire attention*

En ce qui concerne la dimension sociale, nous l'avons analysée principalement à partir des réponses à la question : est-ce que l'hypertension a changé quelque chose dans votre vie ? Les patients commençaient par y répondre non, avant d'affirmer qu'en fin de compte, la maladie changeait à minima le quotidien, par le fait d'avoir à prendre un traitement tous les jours<sup>2</sup>. Si prendre un traitement tous les jours n'était pas perçu comme très contraignant, des ajustements et un changement dans les représentations avaient néanmoins été nécessaires, comme en témoigne une patiente : « ça a été compliqué de gérer ça, le fait de se dire que tous les matins on doit prendre un médicament ou deux, pour moi psychologiquement je me trouvais trop jeune. Pas avant 40 ans et moi j'y suis déjà quoi ». Quelques patients ont eu des appréhensions, prenant les médicaments « par obligation », pour « rester en vie pour ses enfants ». Dans l'ensemble, ils finissent par intégrer la prise d'un traitement quotidien à leurs habitudes en mettant en place des routines, principalement le matin : on prend ses médicaments avec la « la tartine et le café du matin; mesurer sa tension le matin, rappelle qu'on a un médicament à prendre ou l'inverse ». En fin de compte, ce traitement qui n'avait pas été envisagé avant un certain âge, qui a été appréhendé, aurait des effets positifs, car « on se sent mieux ». Outre la prise quotidienne d'un traitement, un diagnostic d'HTA entraîne d'autres aménagements englobés sous l'expression « faire attention ».

#### *Faire attention : alimentation*

On fait attention à son alimentation et on essaie d'avoir une activité physique ou de bouger. En ce qui concerne l'alimentation, deux verbes reviennent dans les entretiens : éviter et faire. On évite les excès, on évite les aliments forts en goût, trop poivrés, le Pastis, les graisses, « les trucs acides », les biscottes, les bananes. On mange équilibré : on consomme des fruits, des légumes et féculents en « proportion correcte », on réduit les portions de viandes et on privilégie les poissons. Enfin, on boit beaucoup d'eau pour éliminer.

Quand une alimentation équilibrée est acquise, on fait plus attention au sel. D'ailleurs, pour quelques patients, la réduction du sel constitue le changement majeur. On évite donc de manger salé : « le sel je n'en prends pas, je ne sale pas ». « Moi j'aimais bien saler ; maintenant, je ne mange pratiquement plus salé ». On réduit les portions de sel, en salant de manière sélective, ce qui n'est pas sans générer des tensions au sein du couple. « Je commence déjà à ne plus saler tous les plats, il n'est pas très content. Il commence à en rajouter un petit peu là. »

---

<sup>2</sup> Au moins un comprimé par jour pour l'HTA, parfois associé aux médicaments pour d'autres pathologies (diabète, hypercholestérolémie, ...). Il est important de souligner que plusieurs patients ignoraient le nom de leur médicament, affirmant qu'ils ne s'y intéressaient pas, soit parce que c'est l'épouse qui préparait les doses ou encore parce que « c'est la chose du médecin. Il dit que ça peut soigner, on garde l'ordonnance et on prend ses médicaments comme indiqué sans plus. » Ici aussi, il s'agit de ne pas donner d'importance à la maladie.

Réduire les portions de sel, c'est aussi ne plus saler les plats cuisinés : « je fais plus attention à la consommation de sel, je savais auparavant qu'il y a suffisamment de sel dans les produits finis, que je ne rajoute pas dans mes plats. Donc je fais plus attention peut-être au sel... » Malgré cela, on note que la référence reste l'ajout de sel avec la salière et les patients ne savent pas toujours que le sel peut se « cacher » dans les aliments, sous d'autres formes, comme l'illustrent les propos suivants: « je ne mets pas de sel, je mets des (cubes) Maggie, des trucs comme ça ... ». Ou cet autre patient qui aime les potages et avait arrêté de les saler (sel de la salière). Puis, il a découvert les cubes de bouillon, « j'ai réduit beaucoup, mais je viens de découvrir le bouillon cube..., j'en mets beaucoup dans la soupe et j'en mange été comme hiver ». Il apprendra plus tard qu'ajouter des cubes de bouillon aux potages, c'est saler autrement.

On constate que pour les patients, ces changements ne constituent pas nécessairement un fardeau, puisque pour différentes raisons, ils les avaient été intégrés du fait d'une comorbidité (comme le diabète). « Je suis diabétique donc je mange, j'essaie de manger une entrée, une viande, un légume, un yaourt et un fruit donc déjà alimentation équilibrée du fait du diabète. » Dans d'autres cas, l'impulsion donnée par un parent a été déterminante : « ma maman comme elle avait ça on s'est habitué à manger moins de sel parce qu'elle cuisinait les aliments sans sel... elle ne voulait pas que ça nous arrive. Donc elle cuisinait comme ça et personne ne doit rajouter. J'ai été habitué comme ça, chez moi je mets moins de sel. »

Quand bien même ces changements seraient relativement aisés à intégrer à la vie quotidienne, ils restent « embêtants », pour certains, surtout en termes de socialisation. C'est ce que souligne cette patiente : « ça m'embête parce que je suis en société, quand je suis invitée... » Elle trouve néanmoins des stratégies : « au restaurant, on peut demander sans sel ou une entrée, une entrée de crudités, je ne demande pas de sauce, je mets de l'huile et du vinaigre. » Outre l'alimentation, faire attention implique d'avoir une activité physique.

#### *Faire attention : activité physique*

Les patients affirment qu'il faut bouger, avoir une activité physique. Au total, deux personnes (sur 33 interrogées) avaient une activité physique régulière. Certains sportifs ont abandonné leur pratique, souvent avec regret, pour différentes raisons : temps, éloignement, blessure, mais aussi parce qu'en dépit d'une activité sportive régulière, ils avaient une HTA. L'activité physique n'était donc pas une stratégie de prévention efficace.

S'ils ne sont pas inscrits dans une salle de sport, les patients affirment « bouger », « être actifs ». Ils prennent les marches plutôt que l'ascenseur, souvent par obligation « notre ascenseur, ils sont en train de le changer, il y en a pour six mois, alors je me tape les six étages, tous les jours, monter et descendre alors de l'exercice j'en ai. » Ils jardinent et marchent : « je fais de la marche, je suis champion de la marche, toute la journée je marche. On peut tout me reprocher sauf ça. » Certains préfèrent les transports en commun pour se donner l'occasion de marcher, d'un arrêt à un autre par exemple : « je suis en transport en commun, je marche d'un arrêt à un autre, je monte les escaliers, pour moi, je trouve que c'est déjà beaucoup. » Les patients en profitent pour souligner les contradictions à propos des messages de santé publique relatifs à l'hygiène de vie, lesquelles génèrent de la confusion. « À la télé, ils disent qu'il ne faut pas manger ci, si on les écoute ... il ne faut pas boire de l'eau alors que je bois 1,5l par jour, faut pas manger sucré, il ne faut pas manger salé, il ne faut pas boire de vin, si on les écoute ... alors on fait quoi des vigneron ? »

#### **4. Conclusion**

Cette étude exploratoire montre que l'HTA est découverte de manière fortuite, souvent lors d'une consultation pour un autre problème de santé. Les patients ignorent ce qu'est l'HTA sur le plan médical et définissent la maladie en fonction de leur expérience des symptômes, les risques encourus et les conséquences de la pathologie. Les seuils tensionnels ne sont pas maîtrisés et ils ignorent pour la plupart, leur tension de base. Les chiffres de la mesure ne sont pas exprimés en mmHg. La fluctuation des valeurs, de même que les messages contradictoires relatifs à « l'hygiène de vie » sont à l'origine de confusion, d'incompréhension et d'agacement. On note également que l'HTA reste associée au stress et aux soucis.

En ce qui concerne le fardeau de la maladie, on relève que la prise quotidienne d'un traitement a nécessité des ajustements ; elle a souvent généré des inquiétudes avant d'être intégrée aux habitudes. On relève aussi le désir de « faire attention » à son alimentation principalement. La libido ne semble pas affectée par le traitement et/ou la maladie.

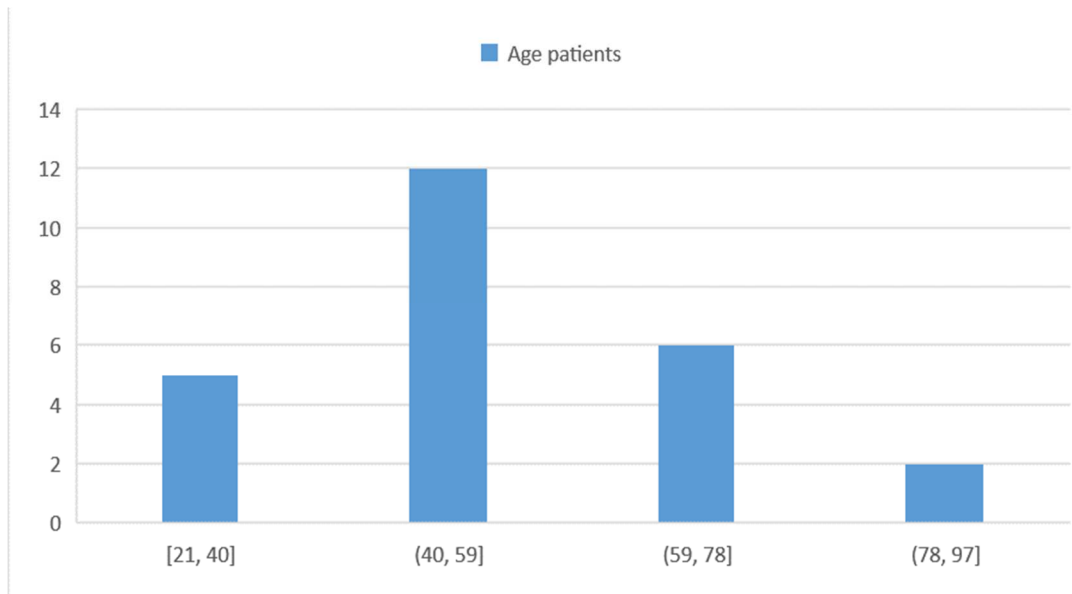
Ce travail montre la nécessité de renforcer la formation des professionnels de santé quant aux informations à dispenser aux patients, notamment celles qui concernent les valeurs de la tension artérielle et le fait que chaque patient a un objectif tensionnel adapté à son âge et à la présence de pathologies associées comme le diabète ou une insuffisance rénale. Il met aussi en évidence la nécessité d'une harmonisation des messages relatifs aux traitements, à l'hygiène de vie, une stratégie de communication qui permettrait aux patients d'intégrer les nouvelles recommandations de manière apaisée.

Ce travail montre enfin la nécessité d'une étude plus approfondie, quantitative et qualitative, sur un échantillon représentatif de la population de personnes hypertendues en France, qui prendrait en compte des malades avec et sans complications, afin de voir dans quelle(s) mesure(s) on pourrait établir un lien entre les représentations, l'observance des traitements et la survenue de complications.

**Conflits d'intérêts :** aucun

## 5. Bibliographie

1. Denolle T, Ménard J. Le nécessaire tournant organisationnel de la France dans les maladies hypertensives. *Presse Med.* 2018;47:839-41.
2. Burnier M. Drug adherence in hypertension. *Pharmacological research.* 2017;125(142-149).
3. Melaku Abegaz T, Shehab A, Alemayehu Gebreyohannes E, Bhagavathula Akshaya S, Elnour Asim A. Non adherence to antihypertensive drugs. A systematic review and meta-analysis. *Medicine.* 2017;96(4):e5641.
4. De Geest S, Ruppert T, Berben L, Schönfeld S, Hill M. Medication non-adherence as a critical factor in the management of presumed resistant hypertension: a narrative review. *EuroIntervention.* 2014;9(9):1102-9.
5. Retta TM, Kwagyn J, Randall Os. Non-adherence in hypertension management. deficit in information or trust? *Journal of the national medical association.* 2017;109(1):60-2.
6. Antignac Marie IBD, Diane Macquart de Terline, Kouadio Euloge Kramoh,, Dadhi M. Balde AD, Beatriz Ferreira, Martin Dèdonougbo Houenassi, Dominique Hounsou,, Méo Stéphane Ikama AK, Suzy Gisèle Kimbally-Kaki, Samuel Kingue, Charles Kouam Kouam,, Emmanuel Limbole LMK, Jean Bruno Mipinda, Roland N'Guetta, Carol Nhavoto,, Zouwera Sesso ASA, Ibrahim Ali Toure, Pierre François Plouin, Marie Cécile Perier,, Kumar Narayanan JPE, Xavier Jouven. Socioeconomic Status and Hypertension Control in Sub-Saharan Africa The Multination EIGHT Study (Evaluation of Hypertension in Sub-Saharan Africa). *Hypertension.* 2017; 71(4).
7. Buckley L, Labonville S, Barr J. A systematic review of beliefs about hypertension and its treatment among African Americans. *Curr Hpertens Rep.* 2016;18(52).
8. Ghembaza M, Senoussaoui Y, Tani M, Meguenni K. Impact of patient knowledge of hypertension complications on adherence to antihypertensive therapy. *Curr Hypertens Rev.* 2014;10(1):41-8.
9. WHO. Global Status Report on noncommunicable diseases. Geneva: WHO; 2014.
10. Denolle T. Un deuxième souffle pour l'hypertension artérielle : propositions de la Société Française d'Hypertension Artérielle (pré-*presse*). *Bull Acad Natle Méd* 2018(séance du 30 octobre 2018 ):Version pré-*presse* mise en ligne le 30/10/2018.
11. Burnier M. Long-term compliance with antihypertensive therapy: another facet of chronotherapeutics in hypertension. *Blood Press Monit.* 2000;5 (Suppl 1):S31-4.
12. Sarrandon-Eck A. Le sens de l'observance. *Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues. Sciences sociales et santé.* 2007;25(2):5-36
13. Carson D, Gilmore A, Perry C, Gronhaug K. *Qualitative Marketing Research.* London: Sage; 2001.
14. May T. *Social Research: Issues, Methods and Process.* 2nd ed: Milton Keynes: Open University Press; 1997.
15. WHO. A global brief on hypertension. Silent killer, global public health crisis. Geneva: WHO.; 2013.
16. Garro L. Explaining high blood pressure: variation in knowledge about illness. *American ethnologist.* 1988;15(1):98-119.



**Figure 1 : Répartition de l'âge de la population étudiée**

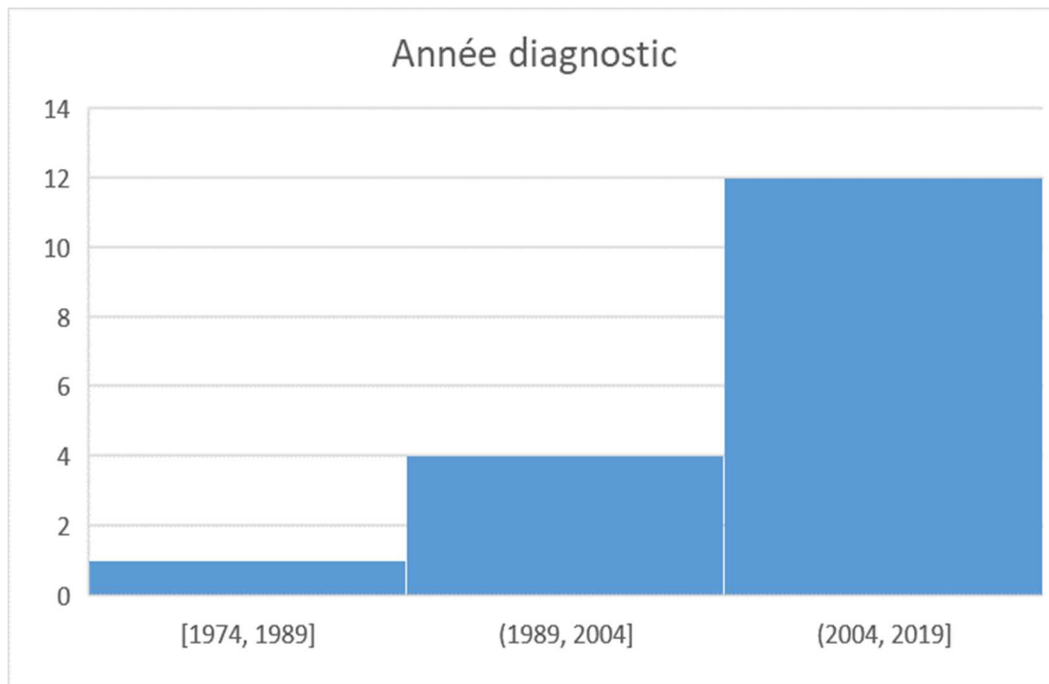


Figure 2 : Année de diagnostic de l'hypertension artérielle de la population étudiée

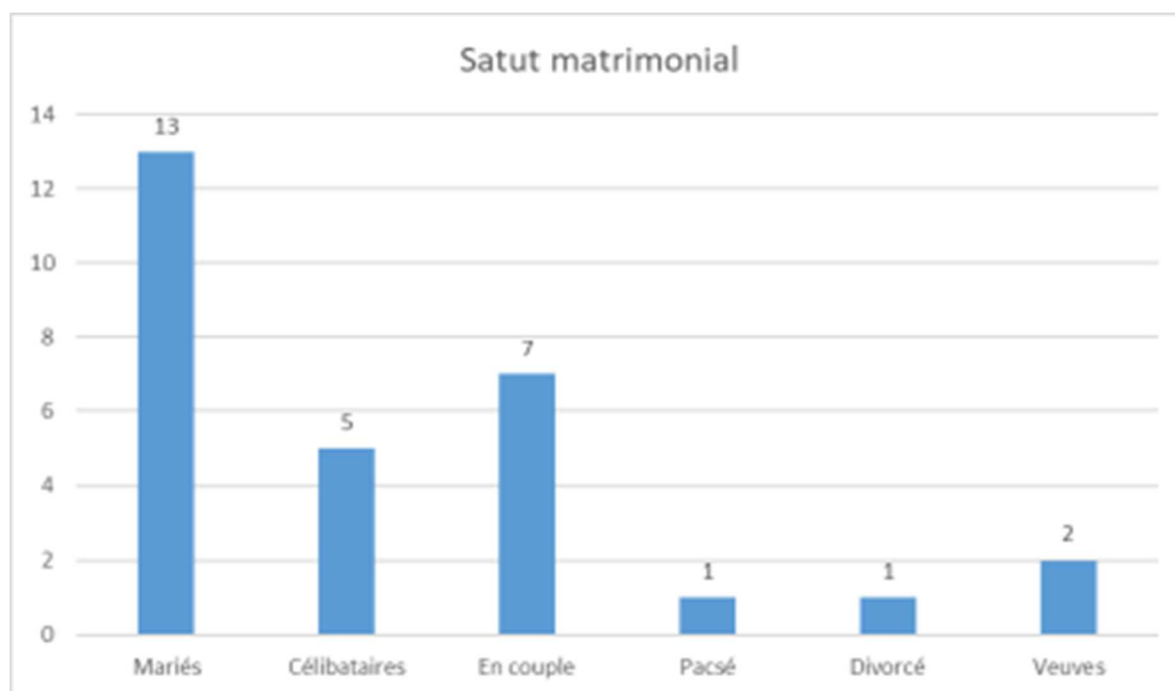


Figure 3 : Statut matrimonial de la population étudiée