



HAL
open science

Freins à l'observance des mesures hygiéno-diététiques chez les hypertendus traités dans les Alpes-Maritimes

Julien Moscoviz

► **To cite this version:**

Julien Moscoviz. Freins à l'observance des mesures hygiéno-diététiques chez les hypertendus traités dans les Alpes-Maritimes. Médecine humaine et pathologie. 2017. dumas-01696200

HAL Id: dumas-01696200

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01696200>

Submitted on 12 Feb 2018

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.

THÈSE

ANNÉE 2017

Pour l'obtention le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 26 Octobre 2017

Par

MOSCOVIZ Julien

Né le 7 janvier 1983 à Thionville

**Freins à l'observance des mesures hygiéno-
diététiques chez les hypertendus traités dans
les Alpes Maritimes**

Jury de thèse

Président : Pr HOFLIGER Philippe
Assesseurs : Pr BAQUÉ Patrick
Pr LEFTHERIOTIS Georges
Pr LECOMPTE Thomas
Dr SIMHA Samuel
Directeur de thèse : Dr PAPA Michel

THÈSE

ANNÉE 2017

Pour l'obtention le diplôme d'Etat de Docteur en Médecine

Présentée et soutenue publiquement le 26 Octobre 2017

Par

MOSCOVIZ Julien

Né le 7 janvier 1983 à Thionville

**Freins à l'observance des mesures hygiéno-
diététiques chez les hypertendus traités dans
les Alpes Maritimes**

Jury de thèse

Président : Pr HOFLIGER Philippe
Assesseurs : Pr BAQUÉ Patrick
Pr LEFTHERIOTIS Georges
Pr LECOMPTE Thomas
Dr SIMHA Samuel
Directeur de thèse : Dr PAPA Michel

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice
Doyen

Vice-Doyen

Assesseurs

Conservateur de la bibliothèque

Directrice administrative des services

Doyens Honoraires

M. BAQUÉ Patrick

M. BOILEAU Pascal

M. ESNAULT Vincent

M. CARLES Michel

Mme BREUIL Véronique

M. MARTY Pierre

Mme DE LEMOS Annelise

Mme CALLEA Isabelle

M. AYRAUD Noël

M. RAMPAL Patrick

M. BENCHIMOL Daniel

Professeurs Honoraires

M ALBERTINI Marc

M. BALAS Daniel

M. BATT Michel

M. BLAIVE Bruno

M. BOQUET Patrice

M. BOURGEON André

M. BOUTTÉ Patrick

M. BRUNETON Jean-Noël

Mme BUSSIERE Françoise

M. CAMOUS Jean-Pierre

M. CANIVET Bertrand

M. CASSUTO Jill-patrice

M. CHATEL Marcel

M. COUSSEMENT Alain

Mme CRENESSE Dominique

M. DAR COURT Guy

M. DELLAMONICA Pierre

M. DELMONT Jean

M. DEMARD François

M. DOLISI Claude

M. FRANCO Alain

M. FREYCHET Pierre

M. GÉRARD Jean-Pierre

M. GILLET Jean-Yves

M. GRELLIER Patrick

M. GRIMAUD Dominique

M. HARTER Michel

M. INGLES AKIS Jean-André

M. JOURDAN Jacques

M. LALANNE Claude-Michel

M. LAMBERT Jean-Claude

M. LAZDUNSKI Michel

M. LEFEBVRE Jean-Claude

M. LE BAS Pierre

M. LE FICHOUX Yves

Mme LEBRETON Elisabeth

M. LOUBIERE Robert

M. MARIANI Roger

M. MASSEYEFF René

M. MATTEI Mathieu

M. MOUIEL Jean

Mme MYQUEL Martine

M. OLLIER Amédée

M. ORTONNE Jean-Paul

M. SAUTRON Jean Baptiste

M. SCHNEIDER Maurice

M. TOUBOL Jacques

M. TRAN Dinh Khiem

M VAN OBBERGHEN Emmanuel

M. ZIEGLER Gérard

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

M.C.A. Honoraire

Mlle ALLINE Madeleine

M.C.U. Honoraires

M. ARNOLD Jacques
M. BASTERIS Bernard
Mlle CHICHMANIAN Rose-Marie
Mme DONZEAU Michèle
M. EMILIOZZI Roméo
M. FRANKEN Philippe
M. GASTAUD Marcel
M. GIRARD-PIPAU Fernand
M. GIUDICELLI Jean
M. MAGNÉ Jacques
Mme MEMRAN Nadine
M. MENGUAL Raymond
M. PHILIP Patrick
M. POIRÉE Jean-Claude
Mme ROURE Marie-Claire

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS CLASSE EXCEPTIONNELLE

M.	AMIEL Jean	Urologie (52.04)
M.	BENCHIMOL Daniel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BOILEAU Pascal	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	DARCOURT Jacques	Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
M.	DESNUELLE Claude	Biologie Cellulaire (44.03)
Mme	EULLER-ZIEGLER Liana	Rhumatologie (50.01)
M.	FENICHEL Patrick	Biologie du Développement et de la Reproduction (54.05)
M.	FUZIBET Jean-Gabriel	Médecine Interne (53.01)
M.	GASTAUD Pierre	Ophtalmologie (55.02)
M.	GILSON Éric	Biologie Cellulaire (44.03)
M.	HASSEN KHODJA Reda	Chirurgie Vasculaire (51.04)
M.	HÉBUTERNE Xavier	Nutrition (44.04)
M.	HOFMAN Paul	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	LACOUR Jean-Philippe	Dermato-Vénérologie (50.03)
M.	LEFTHERIOTIS Geogres	Physiologie- médecine vasculaire
M.	MARTY Pierre	Parasitologie et Mycologie (45.02)
M.	MICHIELS Jean-François	Anatomie et Cytologie Pathologiques (42.03)
M.	MOUROUX Jérôme	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)
Mme	PAQUIS Véronique	Génétique (47.04)
M.	PAQUIS Philippe	Neurochirurgie (49.02)
M.	PRINGUEY Dominique	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	QUATREHOMME Gérauld	Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M.	RAUCOULES-AIMÉ Marc	Anesthésie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	ROBERT Philippe	Psychiatrie d'Adultes (49.03)
M.	SANTINI Joseph	O.R.L. (55.01)
M.	THYSS Antoine	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	TRAN Albert	Hépatogastro-entérologie (52.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS PREMIERE CLASSE

Mme	ASKENAZY-GITTARD Florence	Pédopsychiatrie (49.04)
M.	BAQUÉ Patrick	Anatomie - Chirurgie Générale (42.01)
M.	BARRANGER Emmanuel	Gynécologie Obstétrique (54.03)
M.	BÉRARD Étienne	Pédiatrie (54.01)
M.	BERNARDIN Gilles	Réanimation Médicale (48.02)
Mme	BLANC-PEDEUTOUR Florence	Cancérologie – Génétique (47.02)
M.	BONGAIN André	Gynécologie-Obstétrique (54.03)
M.	CASTILLO Laurent	O.R.L. (55.01)
M.	DE PERETTI Fernand	Anatomie-Chirurgie Orthopédique (42.01)
M.	DRICI Milou-Daniel	Pharmacologie Clinique (48.03)
M.	ESNAULT Vincent	Néphrologie (52.03)
M.	FERRARI Émile	Cardiologie (51.02)
M.	FERRERO Jean-Marc	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
M.	GIBELIN Pierre	Cardiologie (51.02)
M.	GUGENHEIM Jean	Chirurgie Digestive (52.02)
M.	HANNOUN-LEVI Jean-Michel	Cancérologie ; Radiothérapie (47.02)
Mme	ICHAÏ Carole	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	LONJON Michel	Neurochirurgie (49.02)
M.	MARQUETTE Charles-Hugo	Pneumologie (51.01)
M.	MOUNIER Nicolas	Cancérologie, Radiothérapie (47.02)
M.	PADOVANI Bernard	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
M.	PRADIER Christian	Épidémiologie, Économie de la Santé et Prévention (46.01)
Mme	RAYNAUD Dominique	Hématologie (47.01)
M.	ROSENTHAL Éric	Médecine Interne (53.01)
M.	SCHNEIDER Stéphane	Nutrition (44.04)
M.	STACCINI Pascal	Biostatistiques et Informatique Médicale (46.04)
M.	THOMAS Pierre	Neurologie (49.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEURS DEUXIEME CLASSE

M.	BAHADORAN Philippe	Cytologie et Histologie (42.02)
Mme	BAILLIF Stéphanie	Ophtalmologie (55.02)
M.	BENIZRI Emmanuel	Chirurgie Générale (53.02)
M.	BENOIT Michel	Psychiatrie (49.03)
M.	BREAUD Jean	Chirurgie Infantile (54-02)
Mlle	BREUIL Véronique	Rhumatologie (50.01)
M.	CARLES Michel	Anesthésiologie Réanimation (48.01)
M.	CHEVALIER Nicolas	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	CHEVALLIER Patrick	Radiologie et Imagerie Médicale (43.02)
Mme	CHINETTI Giulia	Biochimie-Biologie Moléculaire (44.01)
M.	DELLAMONICA Jean	réanimation médicale (48.02)
M.	DELOTTE Jérôme	Gynécologie-obstétrique (54.03)
M.	FONTAINE Denys	Neurochirurgie (49.02)
M.	FOURNIER Jean-Paul	Thérapeutique (48-04)
Mlle	GIORDANENGO Valérie	Bactériologie-Virologie (45.01)
M.	GUÉRIN Olivier	Gériatrie (48.04)
M.	IANNELLI Antonio	Chirurgie Digestive (52.02)
M	JEAN BAPTISTE Elixène	Chirurgie vasculaire (51.04)
M.	LEVRAUT Jacques	Anesthésiologie et Réanimation Chirurgicale (48.01)
M.	PASSERON Thierry	Dermato-Vénéréologie (50-03)
M.	PICHE Thierry	Gastro-entérologie (52.01)
M.	ROGER Pierre-Marie	Maladies Infectieuses ; Maladies Tropicales (45.03)
M.	ROHRLICH Pierre	Pédiatrie (54.01)
M.	ROUX Christian	rhumatologie (50.01)
M.	RUIMY Raymond	Bactériologie-virologie (45.01)
Mme	SACCONI Sabrina	Neurologie (49.01)
M.	SADOUL Jean-Louis	Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques (54.04)
M.	TROJANI Christophe	Chirurgie Orthopédique et Traumatologique (50.02)
M.	VENISSAC Nicolas	Chirurgie Thoracique et Cardiovasculaire (51.03)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PROFESSEUR DES UNIVERSITÉS

M. HOFFLIGER Philippe Médecine Générale (53.03)

MAITRE DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS

M. DARMON David Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS AGRÉGÉS

Mme LANDI Rebecca Anglais
Mme ROSE Patricia Anglais

MAITRES DE CONFÉRENCES DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS

Mme ALUNNI Véronique Médecine Légale et Droit de la Santé (46.03)
M. AMBROSETTI Damien Cytologie et Histologie (42.02)
Mme BANNWARTH Sylvie Génétique (47.04)
M. BENOLIEL José Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme BERNARD-POMIER Ghislaine Immunologie (47.03)
Mme BUREL-VANDENBOS Fanny Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. DOGLIO Alain Bactériologie-Virologie (45.01)
M DOYEN Jérôme Radiothérapie (47.02)
M FAVRE Guillaume Néphrologie (52.03)
M. FOSSE Thierry Bactériologie-Virologie-Hygiène (45.01)
M. GARRAFFO Rodolphe Pharmacologie Fondamentale (48.03)
Mme GIOVANNINI-CHAMI Lisa Pédiatrie (54.01)
Mme HINAULT Charlotte Biochimie et biologie moléculaire (44.01)
M. HUMBERT Olivier Biophysique et Médecine Nucléaire (43.01)
Mme LAMY Brigitte Bactériologie-virologie (45.01)
Mme LEGROS Laurence Hématologie et Transfusion (47.01)
Mme LONG-MIRA Elodie Cytologie et Histologie (42.02)
Mme MAGNIÉ Marie-Noëlle Physiologie (44.02)
Mme MOCERI Pamela Cardiologie (51.02)
Mme MUSSO-LASSALLE Sandra Anatomie et Cytologie pathologiques (42.03)
M. NAÏMI Mourad Biochimie et Biologie moléculaire (44.01)
Mme POMARES Christelle Parasitologie et mycologie (45.02)
Mme SEITZ-POLSKI Barbara Immunologie (47.03)
M. TESTA Jean Épidémiologie Économie de la Santé et Prévention (46.01)
M. TOULON Pierre Hématologie et Transfusion (47.01)

Liste des professeurs au 1er septembre 2016 à la Faculté de Médecine de Nice

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

M. DURAND Matthieu Urologie (52.04)

PROFESSEURS ASSOCIÉS

M. GARDON Gilles Médecine Générale (53.03)
M. GONZALEZ Jean-François Chirurgie Orthopédique et traumatologie (50.02)
M. PAPA Michel Médecine Générale (53.03)
M. WELLS Michael Anatomie-Cytologie (42.03)

MAITRES DE CONFÉRENCES ASSOCIÉS

M BALDIN Jean-Luc Médecine Générale (53.03)
Mme CASTA Céline Médecine Générale (53.03)
Mme MONNIER Brigitte Médecine Générale (53.03)

PROFESSEURS CONVENTIONNÉS DE L'UNIVERSITÉ

M. BERTRAND François Médecine Interne
M. BROCKER Patrice Médecine Interne Option Gériatrie
M. CHEVALLIER Daniel Urologie
Mme FOURNIER-MEHOUS Manuella Médecine Physique et Réadaptation
M. JAMBOU Patrick Coordination prélèvements d'organes
M. ODIN Guillaume Chirurgie maxilo-faciale
M. PEYRADE Frédéric Onco-Hématologie
M. PICCARD Bertrand Psychiatrie
M. QUARANTA Jean-François Santé Publique

A notre Maitre et Président de Thèse

Je vous remercie Professeur HOFLIGER de m'avoir épaulé lors de mon internat à Nice et d'avoir accepté de présider ce jury. Je vous suis très reconnaissant de l'honneur que vous me faites en étant présent pour ce moment.

A notre Maitre et Juge

Merci Professeur BAQUE de m'avoir honoré de votre présence à ma thèse et de faire partie de ce jury. Vous avez su me tendre la main avec humanité dans un moment qui n'était pas forcément évident pour moi. Je ne vous remercierai jamais assez.

A notre Maitre et Juge

Merci au Professeur LECOMPTE qui a marqué mon externat à Nancy dans le service d'Hémostase du CHU de central. C'est grâce à vous si j'apprécie autant les thrombophilies et maladies thombo-emboliques même si je le sais, ma thèse ne porte pas dessus. Vous représentez pour moi un livre de savoir. J'aime votre rigueur et votre perpétuelle remise en question. Merci d'avoir fait le déplacement depuis Genève. Je suis très heureux de vous compter parmi les membres de mon jury.

A notre Maitre et Juge

Merci Professeur LEFTHERIOTIS d'avoir accepté de faire partie de mon jury. J'ai beaucoup apprécié votre spontanéité lors de notre premier échange de mails. J'espère que vous aurez apprécié mon travail. J'apprécie beaucoup l'honneur que vous me faites.

A notre Juge

Merci Samuel pour ta sympathie mais aussi ton aide lors de mes stages à La Palmosa. Tu as su m'aider quand j'en avais besoin et me laisser de l'autonomie lorsque je pouvais en assumer la charge. J'ai beaucoup apprécié travailler avec toi. J'apprécie désormais toute ta famille qui est aussi agréable que toi. J'espère que notre amitié perdurera. Je t'embrasse.

A notre Directeur de Thèse

Docteur PAPA , je vous remercie d'avoir bien voulu reprendre la direction de ma thèse et de m'avoir apporté aide, disponibilité, patience et réassurance.

Soyez assuré de l'estime que je vous porte.

À mon épouse, qui me supporte, dans tous les sens du terme, quotidiennement. Merci. Merci de m'avoir aidé à concrétiser cela. Merci de m'avoir donné Ellana. C'est un très beau cadeau que d'être papa. Merci de rester à mes cotés pour l'éternité. Merci de m'avoir fait un merveilleux garçon que j'attends avec impatience au moment où je rédige ces mots mais qui sera présent pour le jour J. Je t'aime plus que tout au monde.

Merci Ellana pour ta bonne humeur, ton affection et ta gentillesse. Tu es un petit rayon de soleil qui illumine mon coeur. Je t'aime très fort.

Merci à Léo de nous avoir rejoints pour cet événement. J'espère que tu seras fier de ton père. Je t'embrasse. Je t'aime déjà.

Merci à mon père de m'avoir fait aimer la médecine. Tu es un Papa fabuleux. Prends soin de toi.

Merci à ma soeur. Je serai toujours là pour toi.

Merci à ma Mère, sans qui je ne serai pas qui je suis et sans qui je ne serais pas le médecin que je suis. Tu étais une personne très généreuse. Eh maman????.....Je t'aime! Tu me manques.

Merci à mes grands parents qui m'ont donné toute l'affection qu'on peut attendre. Je vous aime.

Merci à ma famille. Je tiens à vous. Vous êtes ma chair, vous êtes mon coeur.

Merci à mes amis, Paul, Bertrand, Laure, mes amis d'enfance. J'espère que vous serez parmi nous. Brice, Virginie, Manue, Kaka, Yamyam, Soph, mes amis de fac avec qui j'ai passé des moments inoubliables.

Merci aux médecins de l'association « Entre deux rives », avec qui je travaille : Pierre, José, Philippe, Jean, Danielle, Géraldine, Charlotte, Michael, Raphael...

Merci à mes formateurs, notamment Dr BAYADA, Dr PERRET, Dr TOMMASI, Pr QUERE, Pr HASSEN KHODJA. Merci au Dr HOGU qui a marqué mes GEASP.

Merci aux autres qui se reconnaîtront.

SOMMAIRE

Liste des abréviations p. 16

Introduction p. 17

1. Epidémiologie
2. Observance des mesures hygiéno-diététiques.
3. Bénéfices du suivi des mesures hygiéno-diététiques.
4. Intérêt de ce sujet

Matériel et méthode p. 25

1. Méthode qualitative.
2. Recherche bibliographique et guide d'entretien.
 2. a) Recherche bibliographique.
 2. b) Guide d'entretien
3. Méthode de recrutement des patients.
4. Entretien semi structuré.
5. Retranscription et analyse des entretiens et des retours

Caractéristiques des patients interrogés p. 30

Résultats - Analyse qualitative p. 32

1. Facteurs influençant l'implication du patient dans sa prise en charge. p. 33

a. Éléments liés aux patients p. 33

- i. La compréhension et les connaissances sur l'HTA
- ii. Les co-morbidités
- iii. L'âge, le temps qui passe
- iv. Crainte ou fuite du milieu médical
- v. Représentation de la gravité de la maladie

vi. La recherche d'informations	
vii. Le côté symptomatique ou non de l'HTA	
b. Éléments liés aux médecins	p. 40
i. Information médicale	
1. La durée de consultation	
2. Les contradictions entre médecins	
3. L'information, elle-même	
ii. Fréquence du suivi	
iii. Langage non verbal	
iv. Confiance médecin - patient	
v. Désinvestissement du médecin généraliste	
c. Éléments liés aux médias.	p. 44
2. Facteurs influençant le patient dans le respect des mesures hygiéno- - diététiques de leur hypertension.	p. 45
a. Éléments d'ordre personnels	p. 45
i. La survenue d'un événement grave	
ii. La peur des maladies, du Hcp, de la mort	
iii. Les douleurs	
iv. La dyspnée	
v. Le poids	
vi. La fainéantise, la sédentarité prolongée	
vii. Le plaisir	
viii. Le déni de la maladie et de ses conséquences, le fatalisme	
ix. L'indépendance de consommation, la volonté	
x. L'expérience personnelle	
xi. Le désir de traitements naturels	
b. Éléments d'ordre professionnels	p. 52
c. Éléments d'ordre familial	p. 53
i. Les habitudes alimentaires locales	
ii. L'éducation parentale	
iii. L'expérience familiale	
iv. L'influence de l'entourage	
d. Éléments liés à l'industrie alimentaire.	p. 56
i. Les coûts	
ii. L'étiquetage alimentaire	
e. Infrastructures et climat	p. 57
f. Modèles d'information existants	p. 58

3. Le stress et l'émotion comme perturbateur de l'équilibre tensionnel.	p. 59
4. Conséquences du respect des mesures d'hygiène de vie aux yeux des patients.	p. 60
5. Moyens d'amélioration de leur prise en charge.	p. 61
Discussion	p. 63
1. Les idées principales	p. 63
2. Méthodologie et validité interne	p. 64
a. Les entretiens	
b. Les retours - feedback	
c. La méthode d'analyse	
3. Validité externe	p. 65
a. Recrutement de la population	
b. Population étudiée	
c. Saturation des données	
4. Principaux résultats	p. 67
a. Freins influençant l'implication des patients dans leur prise en charge	
b. Freins influençant les patients dans le respect des mesures d'hygiène de vie	
5. Moyens d'amélioration de la prise en charge non médicamenteuse des patients hypertendus	p. 69
a. Propositions issues directement des entretiens	
b. Propositions issues indirectement des entretiens	
Conclusions	p. 72
Résumé	p. 73
Annexes	p. 74
Références	p. 77

Liste des abréviations

AVC	Accident vasculaire cérébral
CMH	Cardiomyopathie hypertrophique
ETP	Education thérapeutique du patient
FDRCV	Facteur de risque cardio-vasculaire
h	heure(s)
HTA	Hypertension artérielle
HCP	Handicap
IDM	Infarctus du myocarde
IMC	Indice de masse corporelle
MHD	Mesures hygiéno-diététiques
min	minute(s)
OMS	Organisation mondiale de la santé
PAS	Pression artérielle systolique
PAD	Pression artérielle diastolique
PNNS	Plan national nutrition et santé
RHD	Règles hygiéno-diététique
sec	secondes
SPA	Spondylarthrite ankylosante
TV	Tachycardie ventriculaire

Introduction

1.Epidémiologie

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de mortalité dans le monde¹. On estime à 17,5 millions le nombre de décès annuels imputables aux maladies cardiovasculaires, soit 31% de la mortalité mondiale totale. D'après les projections ces maladies devraient rester les premières causes de décès².

En Europe, ces maladies correspondent à 42% des décès toutes causes confondues.

En France, les maladies cardiovasculaires représentent la 2^{ème} cause de mortalité tout âge confondu après les cancers, soit 27% de la mortalité totale.

La prévalence de ces maladies cardiovasculaires augmente avec l'âge et les plus de 60 ans représenteraient 35% en 2040 dans les Alpes Maritimes³.

Les principaux facteurs de risque cardiovasculaire modifiables sont : une mauvaise alimentation et l'obésité, un manque d'activité physique, le tabagisme, et l'usage nocif de l'alcool. Ces facteurs de risques comportementaux sont responsables d'environ 80% des maladies coronariennes et cérébro-vasculaires.

Les effets d'une mauvaise alimentation ou de l'inactivité physique peuvent se manifester par de l'HTA, une élévation des glycémies, une dyslipidémie, un surpoids ou une obésité qui représentent des facteurs de risques cardiovasculaire.

9,4 millions de décès chaque année dans le monde, soit 16,5% de l'ensemble de décès, ainsi que 143 millions d'années de vie corrigées de l'incapacité⁴ (à savoir le nombre d'année perdue par mort subite ou incapacité ou encore du handicap), peuvent être attribués à l'hypertension artérielle⁵. Elle concerne 1 adulte sur 3 dans le monde⁶. Celle-ci est ainsi responsable de 51% des décès dus aux AVC et de 45% des décès dus aux cardiopathies coronariennes⁷.

L'OMS a mis en oeuvre un Plan d'action mondial pour la lutte contre les maladies non transmissibles de 2013 à 2020. Celui-ci a comme sixième cible sur neuf de réduire d'un quart la prévalence de l'HTA dans le monde. (22% en 2014). Pour atteindre cette cible, l'OMS a mis en oeuvre des politiques visant à

améliorer l'hygiène de vie des populations en diminuant l'usage nocif de l'alcool, la sédentarité, le surpoids et l'obésité, et les apports en sodium, ceci dans le but de prévenir les IDM, AVC et autres complications.

Aux États-unis la mortalité cardiovasculaire est liée à 40,6% (IC 95% : 24,5-54,6%) à l'HTA, 13,7% (IC 95%: 4,8 - 22,3%) au tabac, 13,2% IC 95% : 3,5 - 29,2%) à une mauvaise alimentation, 11,9% (IC 95% : 1,3 - 22,3%) à un manque d'activité physique et enfin 8,8% (IC 95% : 2,1-15,4%) à une glycémie anormale.

C'est en cela que le Société française d'HTA recommande de mettre en place ces mesures d'hygiène de vie en prévention primaire et de les associer au traitement médicamenteux au delà de 180 de PAS et/ou 110 de PAD et que de leur côté les U.S. Preventive Services Task Force ont émis une recommandation de grade B pour que les adultes en surpoids ou obèses et ayant un autre facteur de risque cardiovasculaire soient orientés vers un programme intensif de modification du mode de vie à base d'alimentation saine et d'activité physique.

En effet, l'activité physique de loisir intense et l'activité physique modéré au travail ont un effet bénéfique sur la santé cardiovasculaire en réduisant le risque global d'incident coronaire et d'AVC chez les hommes de 20 à 30% (voire 25 à 35% selon les études) et chez les femmes de 10 à 20%⁸. Il n'existe pas de différence significative dans la réduction du risque cardiovasculaire que le niveau d'effort soit intense ou modéré. L'idéal étant une activité physique adaptée à chaque patient.

Elle est recommandée que ce soit en prévention primaire comme en prévention secondaire, après un test d'effort pour dépister les risques et adapter le niveau d'activité physique si besoin chez les patients à risque (diabétiques, Brugada ou QT long, TV polymorphe catécholinergique, dysplasie arythmogène du ventricule droit, Marfan etc.). Cette activité physique sera contre-indiquée en cas d'angor instable, insuffisance cardiaque décompensée, troubles du rythme ventriculaire complexes, HTA non contrôlée, HTAP>60mmHg, thrombus intracavitaire, épanchement péricardique, MTEV à risque, myocardiopathies obstructives sévères (CMH), RAo serré et/ou symptomatique.⁹

Par ailleurs, dès le niveau de surcharge pondérale, le surpoids augmente de manière significative le risque de décès par maladie cardiovasculaire¹⁰.

S'agissant du tabac, après deux ans de sevrage tabagique, il existe une réduction significative du risque cardiovasculaire¹¹. Il existe par ailleurs un meilleur profil lipidique avec une diminution plus ou moins significative du LDLc et une augmentation du HDLc^{12,13}. Une autre étude montre une réduction du fibrinogène et du ratio HDL/LDL après 8 semaines de réduction ou de cessation du tabac¹⁴.

De plus, pour l'alcool une consommation excessive majore le risque d'AVC et de mortalité. Pour des consommations d'alcool faibles à modérées (maximum 1 verre d'alcool pour les femmes et 2 pour les hommes), le risque cardiovasculaire diminue et l'alcool a donc un effet protecteur vis à vis de la morbi-mortalité cardiovasculaire.¹⁵

Enfin, le manque de sommeil apparait lui aussi comme un facteur de risque d'hypertension artérielle^{16,17} cependant dans les recommandations de la Société française d'HTA, il n'est pas mentionné de restituer un sommeil adapté dans les mesures d'hygiène de vie. Cela est probablement dû au manque de preuve significative de la relation entre trouble du sommeil et mortalité cardiovasculaire^{18,19}.

Concernant l'hypertension artérielle, plus la pression artérielle est élevée plus le risque d'événements cardiovasculaires est élevé. Pour des patients présentant des chiffres tensionnels normaux mais compris entre 120 et 129mmHg de pression systolique et 80-84mmHg de pression diastolique correspondant à une pré-hypertension de bas grade et ceux dont les pressions sont comprises entre 130-139/85-89 mmHg correspondant à une pré-hypertension de haut grade présentent un plus grand risque de décès par maladie cardiovasculaire, d'AVC, d'IDM, ainsi qu'un risque cardiovasculaire global plus important.²⁰ Si l'on arrive à diminuer la PAS de 10 mmHg, on diminue de 25% la survenue d'accidents coronaires et de 40% celle des AVC. Le bénéfice est d'autant plus important que le contrôle de la pression artérielle est obtenu rapidement et de manière stable.²¹ Pour réduire cette pression artérielle, il est recommandé de réduire la consommation sodique (<2g / j soit 5g de sel), ce qui diminue également le risque d'AVC, ainsi que de mortalité par AVC et par coronaropathie.²² De même, il faut mettre l'accent sur la consommation de potassium essentiellement contenu dans les fruits et légumes. Même si aucun lien significatif n'a été mis en évidence entre les maladies cardiovasculaires ou les coronaropathies et les apports potassiques, la forte corrélation positive entre

HTA et maladie cardiovasculaire, pousse l'OMS à recommander un apport de fruits et légumes de 400g/jour, d'autant plus que qu'il conviendra de voir par la suite le régime méditerranéen, lui, montre une efficacité certaine dans la réduction du risque cardiovasculaire.^{23, 24, 25}

2. Prescription des mesure hygiéno-diététiques par les médecins généralistes.

L'HTA en France, est essentiellement prise en charge par les médecins généralistes qui assurent 94% des consultations des patients diagnostiqués et traités.²⁶ Les dernières recommandations de la Société Française d'hypertension artérielle mentionnent qu'il faut, avant de débiter tout traitement, déjà mettre en place ces MHD sauf en cas d'HTA sévère. Selon une étude francilienne entre 45 et 95% des patients reçu dans le cadre d'une consultation ne reçoivent pas d'information sur les mesures d'hygiène de vie. Cette information varie en fonction du médecin, du type de patient et de la mesure elle-même. La réduction de la consommation d'alcool est la règle hygiéno-diététique la moins donnée (75 à 95%). Ces RHD sont d'autant moins dispensées que le risque cardiovasculaire est faible et que le suivi médical du patient est pauvre²⁷.

3. Observance des mesures hygiéno-diététiques

Il est possible de prévenir la plupart des maladies cardiovasculaires en s'attaquant aux facteurs de risques tels que le tabagisme, la mauvaise alimentation et l'obésité, le manque d'activité physique, l'hypertension artérielle, le diabète et l'hyperlipidémie.

L'observance des mesures hygiéno-diététiques est effective dans 54% des cas au cours de la première année de traitement²⁸. Celle-ci est directement corrélée à l'information et l'éducation du patient par son médecin.

On sait également que plus des deux tiers de la quantité de sel consommée sont en fait cachés dans les aliments manufacturés, les en-cas et autres denrées telles que le pain, la charcuterie et le fromage. C'est également le cas dans les chaînes de restaurations rapides et dans certains restaurants. Les consommateurs ne peuvent donc contrôler que 20% de leur apport en sel²⁹.

2,7 millions de décès annuel dans le monde peuvent être attribués à une consommation insuffisante de fruits et de légumes³⁰, 1,9 millions à un manque d'activité physique³¹.

Les freins à cette observance des règles hygiéno-diététiques sont pour la plupart une mauvaise santé dentaire, un manque de produits de qualité à des prix abordables (bas niveau socio-économique), des difficultés à trouver des fruits et des légumes préférés par certaines ethnies, des problèmes de mobilité, des habitudes de vie familiale, des contraintes socio-professionnelles (travail de nuit, vie en couple, rupture sociale...) , la représentation sociale et culturelle de certains aliments et le bas prix et l'accès facile à la nourriture à grignoter. L'anxiété et le statut émotionnel notamment dépressif peuvent entraver cette observance. Le cadre de vie influe également sur l'activité physique pour les personnes au niveau socio-économique bas, du fait de la circulation importante, du manque d'éclairage, des infrastructures dégradées ou peu nombreuses, du haut taux de criminalité³². Les autres freins peuvent être la motivation perdue par lassitude de la chronicité de cette pathologie, la négligence, le défaut d'organisation, le déni de la maladie, l'implication de l'entourage, et le manque d'information du corps médical³³. Un des freins majeurs peut être le plaisir des patients à manger, se prélasser, ou encore fumer.

4. Bénéfices du suivi des mesures hygiéno-diététiques

9 milliard d'euros par an en France représentent le coût estimé des complications dues à la mauvaise observance des traitements toutes causes confondues.³⁴

1 million de journées d'hospitalisation par an seraient induites par la non-observance en France.³⁵

8000 décès seraient liés chaque année, en France, à une mauvaise observance.³⁶

En 2013, l'organisation mondiale de la santé a adopté 9 cibles à atteindre d'ici 2025 dont 6 sont en lien direct avec les mesures hygiéno-diététiques à appliquer chez les patients à risque cardiovasculaire :

- réduction >10% de l'usage nocif de l'alcool;
- réduction relative de 10% de l'activité physique insuffisante;
- réduction relative de 30% de l'apport moyen en sel de la population;
- réduction relative de 30% de la consommation de tabac;
- baisse de 25% de la prévalence de l'HTA;
- Arrêt de la recrudescence du diabète et de l'obésité.

Si nous nous recentrons sur les mesures non médicamenteuses, elles permettent notamment de retarder l'instauration d'une thérapeutique médicamenteuse en prévention des risques cardiovasculaires. Elles sont recommandées dans la maladie cardiovasculaire en monothérapie si le patient présente 0 ou 1 FDRCV dans un délai de 3 à 6 mois.³⁷

Si l'on prend chaque mesure indépendamment vis à vis de la morbi-mortalité cardiovasculaire, on peut noter que :

- pour l'alcool, son usage nocif entrainerait dans le monde 3,3 millions de décès chaque année toutes pathologies confondues dont 33,4% seraient attribués aux pathologies cardiovasculaires³⁸.

- pour l'inactivité physique, elle serait responsable de 3,2 millions de décès chaque année toutes causes confondues dans le monde. L'inactivité physique est impliquée dans 30% des maladies cardiovasculaires et représente un facteur de risque majeur de morbi-mortalité. Selon le rapport de l'OMS sur la situation mondiale des maladies non transmissibles de 2014, une activité physique régulière réduit le risque de cardiopathie ischémique, d'AVC (de 25% : Lee IM et col., 2003; Wendel-Vos et coll., 2004), de diabète, mais aussi de cancer du sein et du colon. Elle réduit ainsi, une fois mise en place, le risque relatif de mortalité de 16 à 67%³⁹. Cette réduction de mortalité est d'autant plus marquée chez les patients présentant le plus de facteurs de risque (Richardson et coll., 2004). Elle réduit d'ailleurs de manière significative la pression artérielle lorsqu'elle est réalisée par l'intermédiaire d'un entraînement aérobique (cyclisme, marche, course à pied)⁴⁰.

- pour la consommation de sel excessive, associée à un risque d'HTA, d'AVC et de maladie cardiovasculaire⁴¹, elle serait responsable de 1,65 millions de décès d'origine cardiovasculaire dans le monde chaque année. L'estimation de la consommation actuelle est d'environ 10g de sel par jour au lieu des 5g recommandés par l'OMS. Une réduction de la consommation de sel diminue de façon significative les chiffres de pression artérielle autant chez le patient normo-tendu (1%) que chez celui hypertendu (3,5%)⁴². Cette modification de la consommation de sel réduit aussi le risque cardiovasculaire⁴³ et notamment de 20% le risque de décès par AVC par rapport aux patients n'ayant pas une consommation de sel réduite⁴⁴, de 24% le risque d'AVC, et de 18% le risque de maladie coronaire⁴⁵. En sachant que même une réduction de la consommation de sel d'1 gramme par jour de façon durable pourrait déjà réduire à la fois le risque cardiovasculaire et les coût de

santé associés.⁴⁶ Cependant, si une réduction de la consommation quotidienne de sel à 5 grammes par jour pour l'ensemble des populations était obtenue, cela reviendrait à un quart de million de décès par AVC et 3 millions de décès par maladie cardiovasculaire annuellement dans le monde⁴⁷. Il a d'ailleurs été établi un test rapide pour dépister les gros consommateurs de sel : le Test Exsel® avec une VPP = 0,75 et une VPN=0,92 (cf. Annexe 3).

- pour le tabac, environ 6 millions de personnes meurent des conséquences du tabac, toutes causes confondues. Le fait de consulter en vue d'un sevrage tabagique augmente les chances de sevrage à 6 mois et plus. Les chances de succès augmentent aussi avec l'introduction d'une bithérapie substitutive nicotinique par rapport à une monothérapie⁴⁸.

- pour l'obésité, elle accroît la probabilité de survenue d'HTA, de coronaropathie, d'AVC...A l'échelle mondiale, l'obésité a presque doublé depuis 1980. Elle diminuerait l'espérance de vie de 6 à 20 ans. Elle est en effet associée à une augmentation de la mortalité cardiovasculaire.⁴⁹ Le régime méditerranéen (riche en fruits et légumes) permet une réduction significative du risque cardiovasculaire en prévention secondaire⁵⁰, mais aussi en prévention primaire avec une réduction de 30% de la morbi-mortalité cardiovasculaire dans l'étude PREDIMED⁵¹. Dans cette même étude on peut remarquer que ce régime méditerranéen réduit de 39% le risque d'AVC et cela est d'autant plus marqué chez les hypertendus et les dyslipidémiques. Ainsi la réduction pondérale des personnes en surpoids ou obèses est associée à une réduction de la morbi-mortalité toutes causes confondues. Une modification multifactorielle du mode de vie des patients obèses peut améliorer la tolérance au glucose et les facteurs de risque cardiovasculaires.⁵²

- pour la consommation accrue de fruits et légumes à l'image du régime méditerranéen comme dans l'étude PREDIMED, elle réduirait de 30% le risque de survenue d'un événement cardiovasculaire. Il y aurait une réduction statistique significative de la mortalité cardiovasculaire mais non cliniquement significative⁵³. Dans l'étude Lyon Diet Heart study, on note une baisse de 50 à 70% de la morbi-mortalité cardiovasculaire dans le groupe régime méditerranéen⁵⁴. Une étude chinoise incluant un demi million de patients en prévention primaire a démontré une réduction de 40% des décès chez les personnes ayant une consommation quotidienne de fruits par rapport à ceux n'en mangeant pas ou rarement. Cette relation est dose dépendante.⁵⁵

5. Intérêt de ce sujet

Comme nous avons pu le noter précédemment la relation entre réduction de la morbi-mortalité cardiovasculaire et les mesures d'hygiène de vie sus-citées n'est plus à démontrer. Cependant, reste un obstacle de terrain et non des moindres : celui de l'observance de cette modification de mode de vie freinée par des idéologies, des habitudes, la méconnaissance, des contraintes sociales, le plaisir, l'insouciance, le déni de leur pathologie ou l'envie de ne pas être étiqueté malade, etc. C'est dans cette optique, que nous souhaitons réaliser cette thèse afin de comprendre plus précisément ce problème et d'en apporter possiblement une solution même partielle afin de répondre lors de nos consultations de manière peut être plus adaptée aux patients afin qu'ensemble nous puissions leur faire bénéficier d'une meilleure santé cardiovasculaire.

L'objectif de cette thèse est donc d'étudier les connaissances des patients au sujet de leur hypertension artérielle et des mesures d'hygiène de vie associées, mais aussi de comprendre leurs représentations de ces mesures afin de trouver des solutions éventuelles au freins qu'ils peuvent rencontrer.

Matériels et Méthodes

1. Méthode qualitative

Nous avons fait le choix d'employer la recherche qualitative avec entretiens semi-structurés utilisée à la fois en science sociale et dans le domaine commercial.

Cette méthode permet à partir de matériaux empiriques (entretiens) d'élaborer une analyse théorique ancrée à la réalité des patients.

Elle permet de recueillir des expériences de vie, les émotions et pensées des patients interrogés.

Cela nous permet de mieux comprendre les comportements de nos patients pour adapter au mieux notre accompagnement dans les soins de leur pathologie en l'occurrence ici : l'hypertension artérielle.

La méthode qualitative avec entretiens semi-structurés à l'aide d'un guide d'entretien établi sur la base des recherches bibliographiques effectuées nous permet d'aborder au mieux la problématique de cette thèse.

Nous nous sommes aidés tout au long de ce travail, à la fois des documents mis à disposition sur le site internet du Collège Azuréen des Généralistes Enseignants (CAGE), mais aussi d'autres sites internet, thèses et ouvrages⁵⁶ sur la recherche qualitative.

2. Recherche bibliographique et guide d'entretien

a. Recherche bibliographique

Celle-ci a permis de vérifier l'intérêt de ce sujet en faisant un état des lieux sur les preuves scientifiques concernant les mesures d'hygiène de vie de l'hypertension artérielle et le risque cardio-vasculaire global. Elle a également apporté les expériences de mes prédécesseurs dans des pathologies chroniques différentes⁵⁷ afin d'entrevoir les éventuels freins auxquels nous allions être confrontés.

Pour cela, sur les différents moteurs de recherche comme Cismef, Pubmed, EMC, Science direct, Google ou Sudoc les mots clés employés ont été : Lifestyle changes, behaviour modification, cardiovascular diseases, high blood pressure, hypertension, salt, sel et maladies cardiovasculaires, trouble du sommeil, activité physique, alcool, guide d'entretien.

b. Guide d'entretien et questionnaire de fin d'entretien

Le guide d'entretien (cf. Annexe 1) fut réalisé sur la base de la littérature des freins à l'observance des mesures d'hygiène de vie notamment dans d'autres pathologies chroniques.

Nous avons établi 3 parties :

- La première concerne la connaissance générale sur l'hypertension artérielle notamment les facteurs de risque cardiovasculaires modifiables, la symptomatologie, les risques encourus.
- La seconde concerne les mesures hygiéno-diététiques transmises aux patients, leur compréhension, et par quel intermédiaire celles-ci ont été acquises.
- Enfin la troisième partie aborde les freins, les expériences de vie qui expliquent les différences entre la transmission théorique et l'application pratique de ces mesures. Elle essaye aussi de comprendre comment le médecin traitant peut accompagner le patient dans ce périple.

Ces 3 parties ont été abordées, non pas sous forme de listing mais selon l'évolution du discours du patient.

À la suite des entretiens enregistrés, un questionnaire épidémiologique (cf. Annexe 2) a été remis à chacun des participants afin connaître au mieux la population interrogée.

3. Méthodes de recrutement des patients

Les patients ont été recrutés lors de la permanence des soins ambulatoires lorsque ceux-ci étaient porteur d'HTA essentielle. Nous avons récolté leurs coordonnées à ce moment.

Les critères de non-inclusion étaient des troubles cognitifs majeurs, des troubles auditifs ou encore des troubles du langage qui auraient rendu les interviews difficiles.

Le secteur géographique, plutôt urbain, de recrutement était celui de l'association des médecins de garde d' « Entre deux rives » à savoir Saint Laurent du Var, Cagnes sur mer, Villeneuve loubet, La Colle sur Loup et Saint Paul.

Au total, 79 patients avaient initialement accepté d'être recontactés par téléphone en vue de réaliser un entretien. (54% de femmes et 46% d'hommes) 13 personnes ne souhaitaient plus participer à un entretien au moment des appels.

20 patients ont accepté une entrevue et il a fallu interroger 10 patients pour arriver à saturation des données.

4. Entretiens semi-structurés

a. Généralités

Les patients ont été un à un contactés par téléphone. Après avoir manifesté l'envie de participer à cette étude, nous les informions des modalités des entretiens : durée d'environ 30 minutes, information sur le fait que l'entretien porterait sur leur hypertension mais sans en dire plus. Nous souhaitons que les patients ne fassent pas de recherches supplémentaires préalables à notre entretien. Ainsi, les informations, obtenues au cours de ceux-ci, resteraient spontanées.

Nous convenions ensuite d'une date de rendez-vous pour cet entretien en fonction de nos agendas respectifs.

Les entretiens ont tous été réalisés au domicile des patients ou dans leur résidence.

La période de l'étude s'est étalée du 30 mars 2017 au 29 mai 2017.

b. Déroulement des entretiens et des retours

Afin de permettre une retranscription fidèle des entretiens, ceux-ci ont été enregistrés par deux dictaphones numériques après information sur le déroulement et l'objectif de l'entretien et accord des participants. Nous avons bien sûr insisté sur le caractère anonyme de ces recueils d'informations.

La durée de ces entretiens était variable, de 25 minutes à 1 heure et 7 minutes. Lors de ces entretiens nous avons tenté de laisser les patients exprimer toutes leurs idées en les orientant sur l'ensemble des items du guide d'entretien en cas de besoin.

Une fois celui-ci terminé ils pouvaient exprimer des questionnements.

Nous leur présentions ensuite le questionnaire épidémiologique qu'ils devaient compléter.

Les patients ont été rappelés et à nouveau enregistrés après analyse de leur verbatim afin de valider avec eux notre analyse de leur ressenti. (retour / feedback)

5. Retranscription et analyse des entretiens et des retours

Cette partie du travail fut longue mais importante pour l'analyse postérieure.

Les entretiens ont été écoutés puis retranscrits intégralement, hésitations, rires, silences, répétitions, onomatopées... sur le logiciel de traitement de texte Macintosh® Pages®.

L'analyse de ces entretiens s'est déroulée tout d'abord avec une microanalyse lors de la retranscription et après. Puis nous avons dû effectuer un étiquetage afin de regrouper ensuite les différentes étiquettes en propriétés pour établir ensuite des catégories. Enfin sera réalisée la schématisation de chaque analyse en suivant au mieux la méthode de théorisation ancrée.

Pour les retours, ils n'ont pas été retranscrits mais enregistrés à l'aide d'un dictaphone numérique au cours d'un appel téléphonique court (environ 10 minutes) lors duquel les patients donnent leur avis sur l'analyse de leur entretien. Cela permet de valider l'ancrage de la théorie dans la réalité pratique des patients mais aussi d'ajouter des éléments complémentaires au besoin.

Caractéristiques des patients interrogés

Dans le cadre de cette étude, 79 patients hypertendus essentiels, en milieu urbain, ont été sélectionnés lors de la permanence des soins ambulatoires.

35 patients ont été recontactés pour participer à un entretien. 13 des personnes jointes par téléphone n'ont plus voulu participer à un entretien pour des raisons personnelles. 2 personnes n'étaient pas disponibles dans les mois qui suivaient.

20 personnes ont accepté de participer aux entretiens. Au bout du dixième entretien nous étions arrivés à saturation des données ce qui fût confirmé par les 10 entretiens suivants.

Sur les 10 entretiens retranscrits l'équité homme/ femme est parfaite mais du fait du hasard. 60 % résidaient à Cagnes sur Mer, 20 % à La Colle sur Loup, 10 % à Saint Laurent du Var et 10 % à Villeneuve loubet, donc en territoire urbain.

Les entretiens ont eu lieu de mars à mai 2017.

La moyenne d'âge des patients interviewés est de 70 ans. 60 % des patients vivaient en couple.

La durée moyenne des entretiens est de 43 min et 20 sec. (25 min à 1 h 7 min)

Tous les niveaux d'études étaient représentés.

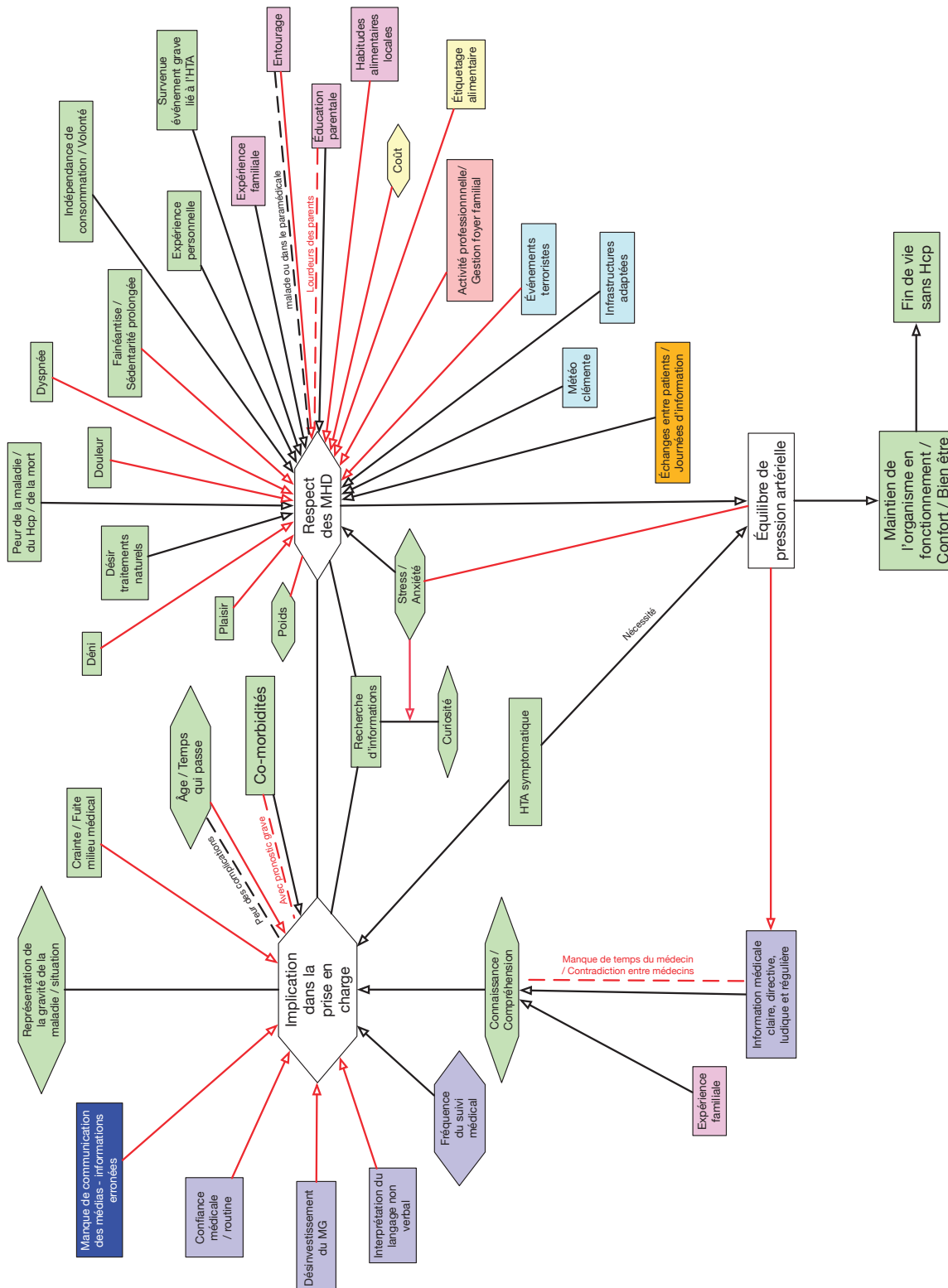
Le suivi de leur hypertension était assuré dans la moitié des cas par le médecin généraliste, dans l'autre moitié par un spécialiste (cardiologue, endocrinologue).

Caractéristiques des patients

	Sexe	Âge	Niveau d'étude	Profession	Statut marital	Nombre d'enfants	Durée de l'hypertension (années)	Cofacteur(s) de risque CV (parmi cholestérol, tabac, diabète)	Complication(s)	Médecin assurant le suivi	Nb de visites / an chez ce médecin(s)	Fréquence annuelle des conseils donnés par ce médecin	
Interviewés et retranscrits	1	F	75	Bac + 4	Professeure de lettre moderne	Mariée	1	15	0	AIT	Généraliste	2	0
	2	M	84	Bac + 4	Ingénieur	Marié	1	34	0	0	Généraliste	12	6
	3	F	69	Brevet	Secrétaire	Veuve	2	5	Hypercholestérolémie	0	Cardiologue/ MG	1/24	0
	4	F	56	BEPC - CAP	Coiffeuse - Mère au foyer	Mariée	3	3	0	0	Cardiologue	1	0
	5	M	58	Bac	Cadre Manager	PACSé	0	3	0	0	Cardiologue	2	2
	6	M	79	CEP	Chef d'atelier confection	Marié	1	28	Hypercholestérolémie	AVC et IDM	Cardiologue	3-4	3-4
	7	M	57	Bac + 2	Chargé de mission	PACSé	0	17	Hypercholestérolémie Diabète	0	Diabétologue	4	0
	8	M	66	CEP	Sapeur Forestier	Divorcé	2	11	Hypercholestérolémie	IDM	Cardiologue	2	0
	9	M	82	Bac + 4	Ingénieur	Marié	3	15	Hypercholestérolémie	0	Généraliste	2	0
	10	F	84	Bac - CAP	Enseignante	Veuve	1	15	0	0	Généraliste	4-6	0
Interviewés	11	F	61	BEP	Secrétaire médicale	Divorcée	2	5	Hypercholestérolémie	0	Généraliste	6	2
	12	F	87	CEP	Aide comptable	Veuve	3	2	Hypercholestérolémie	IDM	Cardiologue	2	0
	13	M	71	CEP - CAP	Imprimeur	Divorcé	1	20	Hypercholestérolémie	0	Cardiologue	4	0
	14	M	67	Bac + 7	Professeur informatique	Marié	2	12	0	IDM	Généraliste	3-4	0
	15	M	54	Bac + 4	Ingénieur	Marié	2	15	Hypercholestérolémie Tabac	0	Cardiologue	1/3	1/3
	16	M	78	BEPC	Informaticien	Marié	2	23	0	0	Cardiologue	2	2
	17	F	66	BEPC	Assistante maternelle	Séparée	1	1	Hypercholestérolémie Tabac	0	Généraliste	2-3	0
	18	M	57	Bac + 2	Employé de banque	Concubin	2	15	0	0	Cardiologue	2	2
	19	M	72	BEPC	VRP	Marié	3	12	Hypercholestérolémie	0	Généraliste	8	0
	20	F	76	BEP	Coiffeuse	Mariée	1	15	Diabète	0	Généraliste	4	2

Résultats - Analyse qualitative

Nous avons schématisé l'analyse de l'ensemble des entretiens ci dessous. C'est de cette représentation que va découler le plan de notre l'analyse.



1. Facteurs influençant l'implication du patient dans sa prise en charge.

a. Éléments liés aux patients

i. La compréhension et les connaissances sur l'HTA

Assez souvent, au cours de ces entretiens, nous avons pu remarquer que les connaissances et la compréhension, que ce soit sur la pression artérielle elle-même ou sur les mesures d'hygiène de vie, n'étaient pas acquises pour une grande partie des patients. Parfois cela découlait d'un manque d'intérêt de la part du patient :

Patient 4 : « Donc j'ai pas cherché plus loin. Et en fait j'ai des plaques d'athérome aussi. Mais...voilà, après je ne sais pas vraiment ce que ça a sur l'organisme, ce que ça peut provoquer si on ne se soigne pas. Tout ces choses là, je ne suis pas au courant. ».

À d'autres moments on peut se rendre compte que les explications reçues ont été trop complexes et donc non ou mal assimilées :

Patient 9 : Lorsqu'on l'interroge sur les chiffres tensionnels à partir desquels on est hypertendu : « Alors 8, attendez voire...ça fait donc 15, non je prends sei... donc 16, ça ferait 8 moins,...moins,...plus 1, ça fait 9, donc 8 c'est pas beaucoup pour 15. ». (...) « On prend bien la tension sur les yeux. »

Enfin, parfois le patient a des connaissances erronées de part son expérience personnelle ou de celle de son entourage :

Patient 2 : « : Je ne suis pas sûr si vous voulez que la pratique sportive m'a protégé, m'a protégé d'une trop grande...trop grande hypertension. »

Patient 9 : « ça peut provoquer aussi des problèmes dans le genre : des varices, »(...) En parlant de la demi-heure de marche recommandée : « Si on dépasse ça, c'est là où on dit si on en fait trop, ça se retourne contre vous. Et ça revient au même de pas en faire. » (...) « Et puis ça je pense que c'est vraiment des viandes fortes qui doivent influencer sur....entre autre sur...la tension. » (...) concernant le sucre : « Ben c'est un énergisant hein....D'ailleurs si, ça

augmente la tension, parce que quand j'ai des problèmes avec...à ma souvenance, je mange du sucre et puis ça passe. » (...) « Eh bien je pense que oui, je pense que le café, ça énerve, ça excite, ça peut donc jouer, je pense...ça peut jouer sur la tension. »

Nous avons très probablement un rôle à jouer dans ce versant de la prise en charge et chacun le sait. Nous essaierons de détailler cela plus loin.

ii. Les co-morbidités

Autant pour certains patients les comorbidités peuvent être des obstacles au respect des mesures d'hygiène de vie notamment en ce qui concerne les pathologies de pronostic grave, les pathologies traumatiques, ou rhumatologiques :

Patient 1 : *« Il faut dire que là j'ai un nouveau problème, et que ce nouveau problème fait passer l'hypertension en deuxième position. » (...) « Ma préoccupation de santé n'est...n'est plus tellement là. »*

Patient 4 : *« Après je n'ai pas cherché plus loin parce que j'avais d'autres soucis. »* (En parlant de son hypertension versus sa spondylarthrite ankylosante)

Patient 7 : *« Moi, il se trouve que depuis 6 mois j'ai un genou qui est en carafe donc j'ai dû stopper la marche que j'aimais bien. »*

Patient 9 : *« j'ai des diverticules, je ne dois pas avoir tout ce qui est graines, tout ce qui est fibres, tout ce qui est...ça fait beaucoup de choses, vous voyez. »,*

autant pour d'autres elles peuvent constituer un élément simplifiant le respect des MHD liées à l'HTA comme les pathologies rénales ou cardiaques :

Patient 4 : *« Mais en même temps, étant donné que j'ai une SPA, je fais attention déjà à ce que je mange. »*

Patient 10 : *« Evidemment, à cause de mon rein là, je bannis complètement le sel. »*

iii.L'âge, le temps qui passe

Avec l'âge, et l'espérance de vie se réduisant sous le flot des années, certains patients se mettent moins de contraintes que lorsqu'ils étaient plus jeunes, notamment sur l'alimentation mais aussi sur l'activité physique :

Patient 1 : « Et puis je me dis qu'à mon âge, il faut se préparer à tout hein. » (...) « Donc je fais du jardinage, je fais une heure de gymnastique par semaine. J'en faisais deux, mais cette année je...j'ai passé un cap d'âge donc j'ai décidé que ça ne serait plus qu'une heure » (...) « quand il nous reste plus beaucoup de temps à vivre, ben on peut se dire aussi que...c'est pas parce que je vais faire un régime draconien que je vais récupérer 50 ans de vie. J'ai que... voilà. Le chemin est déjà bien parcouru. Il reste un peu de temps. Ce temps là, je ne veux pas le gaspiller, je vais essayer de faire un équilibre si vous voulez entre le plaisir de vivre et le soin que je peux apporter à ma santé. »

Patient 3 : « C'est vrai que je...à mon âge je me dis...non plus...je fais attention, mais voilà.ça. » (...) « Je ne me prive pas de tout à mon âge »

Patient 9 : « Et puis au fur et à mesure de l'âge, on ne peut plus marcher, on ne peut plus rien »

Patient 10 : « Ben je marchais avant...mais de...entre temps j'ai eu un...en plus...parce que faut que je vous avoue quand même que j'ai 84 ans... Bon, je ne peux plus faire grand chose, avant je jouais au tennis, je bougeais beaucoup. Je faisais de la gymnastique, je faisais un tas de choses mais maintenant je ne peux plus faire grand chose. Je fais un peu mon jardin.» (...) Cause de l'arrêt d'activité physique : « Un peu l'âge aussi, hein. »

Certains même avouent que s'ils étaient moins âgés, il prêteraient attention de manière plus rigoureuse aux MHD de l'HTA :

Patient 1 : « Oui, oui, Ah ben là, Ah ben oui là il faudrait quand même être un petit plus rigoureux parce que quand même, on a devant soi, la moitié de sa vie là. A 40 ans on a la moitié de sa vie devant soi. »

D'autres, à contrario, devant la crainte des complications redoublent de vigilance notamment sur leur hygiène de vie.

Patient 9 Retour : « Je fais d'avantage attention qu'avant. Parce que je sais que si j'ai un problème, si je...je prends une certaine liberté, je vais avoir tout de suite une punition, hein. »

Certains expriment le fait qu'avec l'âge leurs besoins alimentaires diminuent à tel point que les mesures d'hygiène de vie deviennent moins contraignantes :

Patient 6 : « Bah puis en vieillissant, on mange moins qu'avant et puis on a moins de besoins. »

Enfin le temps qui passe laisse les anciennes habitudes reprendre le dessus et fait oublier les recommandations des médecins :

Patient 8 : « Il est vrai qu'on est beaucoup plus réceptif dès le...dès le moment où on a...où on est touché par ces problèmes là,... Alors, là pendant cette période là, on est...et puis au fur et à mesure, après parce que les choses se gâtent... »

Dans ce dernier cas, on note l'importance de faire des rappels réguliers aux patients même lorsqu'ils sont équilibrés.

iv.Crainte ou fuite du milieu médical

Il arrive parfois que les patients, soit n'affectionnent pas particulièrement le milieu médical, soit le craignent de peur de découvrir une pathologie plus ou moins grave :

Patient 5 : « Après je ne pose pas de questions en fait... C'est quelque chose qui me traumatise assez donc je suis déjà en stress quand je vais voir le cardiologue. »

Ceci peut parfois limiter le suivi médical et par la même occasion la dispensation des informations ne peut être assurée qu'insuffisamment.

v. Représentation de la gravité de la maladie

En effet, dès lors que le patient assimile sa maladie comme comportant des risques graves, ou en tout cas qu'il ne pourrait tolérer, il fait nettement plus attention aux éventuelles recommandations et à l'observance de celles-ci :

Patient 5 : « Enfin, j'avais peur d'avoir les mêmes problèmes que mon père a eu. C'est à dire, il avait perdu l'usage de la parole, il avait...il était handicapé. »

Patient 7 : « Ben pour moi pas de vision au delà, au delà de ce risque, au delà de ce risque majeur. » (...) « Ah non, ça le sel c'est un peu notre mal...notre mal du siècle hein. »

Patient 8 : « Quand on pense aux personnes qui sont dans des chaises roulantes ou...au mieux pour ceux qui s'en sortent et ceux qui s'en sortent pas. Donc... non c'est un problème important, très très grave, qu'il faut absolument, qu'il faut absolument... »

vi. La recherche d'informations

Les patients, comme dans tout autre pathologie, ont parfois, au moins au début de leur pathologie, le désir d'en savoir plus sur celle-ci et sur les remèdes associés :

Patient 1 : « Ah ben il suffit de regarder, de lire un peu les,...les revues, le journal même dans le Nice-Matin il y a une...une rubrique santé et il y a l'émission à la télévision avec le docteur si célèbre là...dont j'ai oublié le nom (rire) qui fait beaucoup de...de représentations quoi, qui est très amusant à écouter. Donc voilà, ça s'appelle...la santé...un truc comme ça. »

On remarque que l'information médicale passe d'autant mieux qu'elle est distillée avec bonne humeur, et adaptée à la compréhension de chacun.

Patient 1 : « Hormis ça, ben quand on a un problème, on va...on va...à la librairie. On va regarder dans les bouquins de médecine, parce que on (sic) ne

manipule pas bien l'ordinateur donc on va regarder encore dans les bouquins, ben et puis on se documente sur ça. »

Patient 6 : *« Non ma petite femme, elle lit Paris Match, il y a beaucoup de trucs sur Paris Match pour la santé. »*

Patient 7 : *« en des différentes lectures que j'ai pu faire ou vision sur internet de sites médicaux : Médecis, il y a...il y a santé naturelle,...enfin il y a 2-3 sites qui parlent de temps en temps de la tension et des risques liés à la tension. Après je regarde mais je mémorise pas forcément tout hein. »*

Patient 8 : *« Ben moi je...par la lecture parce que je lis pas mal de magazines, de magazines où il y a des articles sur la médecine...Par exemple, on a une page santé toute les semaines sur le Nice-Matin. Il y a pas mal de magazines qui justement abordent des sujets de santé assez régulièrement, donc c'est surtout là-dessus que je récolte mes informations. »*

Patient 2 : *« Eh ben à partir de différentes sources. Il y a les entretiens avec le cardiologue, les entretiens avec le médecin généraliste, et puis quelque fois il y'a des émissions de vulgarisation à la télévision qu'on écoute au passage, et puis il y a des articles dans la presse qui traitent des problèmes d'hypertension, de cerveau, de différentes choses qu'on survole et qui permettent d'avoir une petite idée de la chose, pas forcément exacte mais une idée quand même. »*

Patient 3 : *« Sincèrement non, mais j'ai un livre là, sur l'hypertension avec... que j'ai là. » (...)* *« Je demande à mon docteur, oui. »*

Patient 4 : *« Alors...la réglisse c'est du médecin, il m'a dit que ça n'était pas bon pour la tension... Après le reste, c'est en discutant, par internet, avec des revues, avec...voilà. »*

Le médecin reste malgré tout une source d'information. Il reste important, pour les patients mais aussi pour la relation médecin-patient, de prendre le temps de renseigner ceux-ci. On remarque dans la citation suivante à quel point il nous est possible d'adapter notre discours au patient que l'on suit :

Patient 5 : *« Après, mais la problématique avec internet, c'est que c'est une arme à double tranchant, ça peut rassurer ou alors ça peut angoisser encore plus. Et comme je suis un petit peu quand même hypochondriaque, j'évite maintenant de lire de choses comme ça. C'est pas forcément adapté à chaque personne. Et c'est d'une manière générale et c'est flippant. » (...)* *« Non, après consulter effectivement les documents mis à disposition en salle d'attente du cardiologue, ou chez le médecin, ou il y a les magazines de santé, tout ça, mais je ne regarde pas ce genre de choses. »*

Enfin il y a le cas du patient ayant son entourage dans le corps paramédical, où l'hypertendu va se reposer sur les connaissances de la personne impliquée sans pour autant aller chercher et en faisant confiance parfois à tort à cette personne :

Patient 9 : « Vous savez une maison où il y a des infirmières, elles me disent, on parle tout le temps de ça, alors... »

vii. Le côté symptomatique ou non de l'HTA

Effectivement, les patients symptomatiques connaissent les signes concomitants des hausses de tension et sont sensibilisés peut-être un peu plus au besoin d'un équilibre tensionnel :

Patient 3 : « Tout à fait, et c'est ce qui me sauve. Moi, alors ce que je ressens c'est que j'ai l'énervement en moi-même, plus je deviens très rouge, très rouge et si ma tension est haute jusqu'à 20, maux de tête. » (...) « Et j'ai une chance inouïe, c'est ça moi hein! Parce qu'on m'a dit qu'il y avait des gens qui avaient comme moi 18 - 19 et qui ne sentaient absolument rien. Hors j'ai cette chance là. C'est que moi, je sais quand j'ai de la tension, je le ressens. »

Patient 4 : « Ben en fait, je ne m'en rendais pas compte. »

Comme dans ce cas, les patients asymptomatiques sont souvent moins préoccupés par leur hypertension, le fait de ne pas la ressentir, ils l'oublient. Seul leur traitement leur rappelle qu'elle est présente.

Patient 5 : « je sais que c'est quelque chose qui me pèse dans mon quotidien même si j'essaye de ne pas y penser. Mais enfin je prends quand même mes médicaments tous les jours donc ça me le rappelle tous les jours. »

b. Éléments liés aux médecins

i. Information médicale

1. La durée de consultation

Lors des entretiens beaucoup de patients exprimaient que les médecins manquaient de temps pour pouvoir assurer l'information nécessaire.

***Patient 5 :** « C'est ce qui (sic) m'a expliqué en moyenne, enfin en général suite à la visite que j'ai tous les 6 mois, qui dure pas très très longtemps. Ça dure en général même pas une demi heure. Et donc voilà, je ne sais pas grand chose en fait. »*

***Patient 7 :** « je pense, je pense que ça aiderait aussi. Mais ils ont jamais le temps. Les médecins, ils sont débordés... Ils prendront jamais le temps de pouvoir être à ce niveau là. »*

2. Les contradictions entre médecins

L'évolution de nos connaissances sur les différents sujets fait que nos recommandations auprès des patients peuvent changer avec le temps. Certains d'entre eux, notamment si les changements de conseils ne sont pas assortis d'explications, peuvent éprouver une sorte de confusion.

***Patient 9 :** Dans l'évolution des recommandations vis à vis des fruits et légumes : « Parce que tout n'est pas bon dans ce qu'on dit. Un jour c'est bon, là maintenant c'est plus bon. »*

Par ailleurs, sur des sujets quelques médecins donnent des informations contradictoires sur la prise en charge et les mesures d'hygiène de vie.

***Patient 5 :** « En fait j'ai des informations contradictoires. J'ai des médecins qui sont pro et puis il y en a d'autres qui sont contre. » en parlant de l'activité physique dans un contexte d'hernie discale sans indication opératoire.*

Il serait important d'uniformiser le discours médical selon un avis pluri-disciplinaire entre médecins libéraux.

3. L'information elle-même

Dans la majeure partie des entretiens, les patients expriment un manque de connaissances et d'informations, même pour ceux qui connaissent plutôt bien la pathologie et les mesures d'hygiène de vie associées.

Patient 5 : « Donc ça fait trois ans que je suis traité donc que je vois un cardiologue en fait, qui m'a effectivement pas forcément expliqué ce que c'était réellement... »

Patient 10 : « Non, à part les médicaments qu'on me donne, on ne m'a rien dit du tout. »

Un des interviewés a exprimé qu'il était plus agréable de s'informer dans la bonne humeur.

Patient 1 retour : « Oui, c'est plus agréable de s'informer avec quelqu'un qui... qui sait plaisanter et qui ne fait pas....enfin qui ne se prend pas la tête, quoi »

Parfois les patients mémorisent des informations erronées liés à de mauvaises sources ou une mauvaise compréhension. Ils appliquent alors des mesures d'hygiène de vie fausses.

Patient 3 : « Je mange 3 ou 4 fruits par jour et je sais que c'est trop. Je le sais... Ben parce que je sais qu'il faut en manger que 2 par jour. »

Par ailleurs une information incomplète peut parfois aboutir à l'incompréhension de situation vécue comme dans le cas suivant :

Patient 3 : « A chaque fois que je fais une hausse de tension...C'est là que ça me...je me dis : « Bon, qu'est-ce que tu as fait pour en arriver là? »... Alors je me pose ces questions alors que j'essaye de suivre les indications qu'on me donne. Et c'est pas pour autant que je n'en fais pas. »

Régulièrement les patients affirment ne pas recevoir d'informations et pourtant expriment l'envie d'en obtenir de la part du corps médical :

Patient 4 : « Bon après le médecin, il n'a pas trouvé utile de...de m'en parler plus que ça ou de me dire faites attention à votre alimentation. » (...) « ce serait

bien que les médecins quand on va les voir et qu'on a de l'hypertension, nous expliquent...bien ce qu'est l'hypertension et qu'est ce qu'on peut faire en dehors d'avoir des traitements médicamenteux. »

Patient 5 : *En parlant de son médecin : « En fait, c'est pas quelqu'un qui discute beaucoup. » (...) « Mais après, je ne sais pas si la course à pied améliore la tension. Je ne sais pas. » (...) « Que ce soit la médecine du travail ou mon médecin traitant ou mon cardiologue, à aucun moment ils m'ont conseillé de faire du sport pour faire baisser ma tension. »*

Patient 8 : *« on ne met pas l'accent sur le fait de changer de mode de vie en fonction de la nourriture ou sur le fait de faire...oui de faire du sport on me le dit, mais on n'en parle pas tellement de la nourriture »*

Patient 10 : *Concernant la connaissance des MHD de l'HTA : « Non, je...le sel...je savais pas trop ça pour le sel. C'est surtout l'alcool que je connaissais. » (...) « Non ça ils s'en foutent, hein. » (...) « Oh la...alors là ils s'en foutent... Ben je l'aurais peut-être écouté mais déjà il fallait qu'il me le dise. »*

Enfin ils signalent parfois le manque de rappels sur les MHD aboutissant assez souvent à des oublis ou des déformations de l'idée initialement reçue.

Patent 8 : *A propos de l'existence de rappels des MHD : « Ah non pas sur ça. Ça non, non. Pas du tout... Effectivement, c'est...une fois qu'on l'a dit une fois, on a l'impression qu'on l'a dit pour toujours. Alors...(rire)» (...) « Mais il serait bon de faire des piqûres de rappel, voilà ça c'est sûr. C'est clair. »*

Patient 6 : *« Non pas régulières, une fois que c'est bon, c'est tout. »* Dans ce cas le patient ne souhaitait pas trop avoir de rappels réguliers mais pour autant avait quelques manques de connaissances.

ii. Fréquence du suivi

La fréquence du suivi est primordiale pour le respect des mesures d'hygiène de vie sur la durée, mais aussi pour évaluer la tolérance de celles-ci et comprendre en quoi les patients sont gênés dans la mise en oeuvre de ces mesures.

Patient 3 : *« Ah oui, si on est en mauvaise santé, si on a... on est pas suivi par un... par un médecin, etc... Ah ben tout peut arriver hein. »*

Patient 7 : « Avoir un contrôle régulier qui donnerait envie de suivre et envie d'avoir des éléments de... comment dirai-je... d'amélioration... Sans ça tout seul c'est... »

Patient 8 : « Ben je le fais un peu moi-même parce que le cardiologue, c'est pas en voyant le cardiologue une fois par an ou 2 fois par an qu'il...qu'il va pouvoir me donner des signes de...de...concernant la régularité de ma tension donc j'ai investi dans un appareil...simple, bon qu'on achète en pharmacie et puis de temps en temps je prends régulièrement la tension pour voir si je peux »

iii.Langage non verbal

Parfois sans le verbaliser, le médecin adopte un comportement faussement rassurant qui amène le patient à négliger son HTA et le traitement associé.

Patient 2 : « Non, il est pas...il n'est pas inquiet si vous voulez... Il n'a pas lieu de le faire. » en parlant des conseils vis à vis de la tension.

iv.Confiance médecin - patient

La confiance médecin traitant- patient peut avoir des effets bénéfiques et dans ce cas l'information transmise au patient est considérée comme importante et surtout fiable,

Patient 2 : « Et alors si vous voulez, personnellement je crois plus en l'influence du médecin traitant qu'en l'influence du cardiologue qu'on voit pas tous...qu'on ne voit pas régulièrement. » (...) « C'est au médecin traitant à donner des, à donner des indications pour la vie courante. »

elle peut aussi devenir néfaste si la sympathie prend le dessus sur l'empathie et que les informations médicales sont délaissées au profit de discussions sur la vie courante, ou si la normalité itérative des relevés tensionnels induit un oubli des rappels.

Patient 7 : En parlant des conseils vis à vis de la tension : « Ben si....comme la tension est bonne, il ne me le dit pas souvent hein. »

Patient 9 : En parlant de l'information dispensée : « Non, non. Ben il voit que c'est toujours bien et il y a 20 ans qu'il me suit maintenant. Pour lui ça

continue, ça ne change pas, hein. » (...) « Depuis...depuis 20 ans qu'il me soigne.....et qu'il me connaît, il ne me dit plus rien, parce que déjà il sait comment je suis. »

v. Désinvestissement du médecin généraliste

Le médecin se réduit parfois à son seul rôle de prescripteur ce qui amène le patient à avoir un désintérêt des consultations médicales.

***Patient 6 :** Il me donne les médicaments pour 3 mois, alors je suis bien obligé d'y retourner. »*

Parfois les patients ressentent même jusqu'au désintérêt des mesures d'hygiène de vie de la part de leur médecin.

***Patient 10 :** « Ben...il s'en fout le docteur parce que une fois qu'il m'a donné le...le médicament, qu'est-ce que vous voulez que ça lui fasse que je... »*

c. Éléments liés aux médias.

Les médias ont un rôle primordial de nos jours dans la distribution d'informations quel que soit le sujet. Pour les patients hypertendus à la recherche d'informations, internet, la télévision et la radio sont des sources de connaissances.

***Patient 8 :** « Je pense qu'effectivement le fait de se nourrir avec des fruits et des légumes, c'est important aussi, on a assez eu d'informations là dessus. » (...) « Voilà bon je suis traité par des médicaments mais je ne suis pas très favorable sur ce que j'ai entendu. »*

Certains patients, par défaut de compréhension, ou par inquiétudes des informations relayées, modifient leur traitement.

***Patient 6 :** « Ben maintenant le lait il est même plus bon pour les enfants et tout ça alors vous savez...c'est un...c'est un changement de vie là hein. »*

Patient 8 : « Ah ben on est sur les 5 fruits et légumes par jour, mais bon je crois que ça ne veut pas dire grand chose. » (...) « bon du coup j'ai décidé de... comme j'ai entendu des informations sur les médicaments qui traitent la tension et qui traitent le cholestérol, donc j'ai décidé de couper en 2 la dose. » (...) « Il y a des produits chimiques qui nous entourent. Bon quand on parle de bio, je ne sais pas si il y a encore réellement des aliments bio. Moi, je suis conscient de ça, je suis conscient que on est un peu...et même énormément envahi par tous les produits chimiques partout. »

Parmi eux, quelques uns évoquent la tentation, qui nous est soumise par les médias, à laquelle il est difficile de résister.

Patient 8 : « Ben parce que il y a tellement de tentation autour de nous... et puis ben, oui c'est difficile de résister parce que...au niveau des choix qu'on nous propose, il y a effectivement une alimentation qui est tellement riche et variée, bon c'est difficile. »

Enfin pour clore cet intitulé lié aux médias, un des interviewés disait être mal informé d'une manière générale (probablement aussi par les médecins), mais une comorbidité accentuait le manque d'intérêt porté à la pression artérielle.

Patient 4 : « Non. Mais c'est vrai qu'on est mal informés. »

2. Facteurs influençant le patient dans le respect des mesures hygiéno-diététiques de leur hypertension.

a. Éléments d'ordre personnels

i. La survenue d'un événement grave

La survenue d'un événement grave entraîne assez souvent un regain d'observance des MHD.

Patient 7 : « Alors, on le dit toujours avant d'être dans des niveaux très, très délicats, du style hospitalisé, du style...des conséquences graves où là on se repose sans doute comme tout le monde les...comme les fumeurs, tant qu'ils ne sont pas arrivés à des stades...très compliqués, ils nient la réalité. »

Patient 8 : « Bon moi même j'ai eu un infarctus à l'âge de 56 ans donc j'ai eu l'aorte bouchée à 90%. Je pense que j'ai...j'ai passé...de près, on peut dire, à... à quelque chose de très grave donc ça va, j'ai été pris à temps. On m'a sauvé. Et puis maintenant je pense que je suis une personne à risque donc il faut que je surveille effectivement tout ça » (...) « Il est vrai qu'on est beaucoup plus réceptif dès le...dès le moment où on a...où on est touché par ces problèmes là... »

Patient 10 : « J'essayais de ne pas exagérer, mais enfin...il a fallu quand même qu'on me dise attention, il n'y a plus qu'un rein. Si vous avez des difficultés à uriner, vous appelez le 15 et...(rire) »

ii. La peur des maladies, du handicap et de la mort

Cette crainte stimule parfois certains patients au respect des MHD,

Patient 3 : « Eh oui que ...finir mais finir en bonne..comme on dit en bonne... plus ou moins en bonne santé, pas comme ma grand mère, hein. »

Patient 8 : « Faire prendre conscience aussi des risques, ce qui est important c'est que...il y a...ce que je sais, ce qui m'effraie c'est...quand...j'ai pas le chiffre en tête mais quand j'entends le nombre de personnes par jour qui sont victimes d'AVC ou de...voilà, ça quelque part c'est vrai que ça me...ça me freine dans...dans mes...justement dans mes excès. »

D'autrefois cette crainte paralyse le patient dans sa quête d'informations et crée un frein à son éducation et par conséquent au respect des MHD.

Patient 5 : « Enfin, je pense que c'est ça mais j'en sais pas plus et étant donné que c'est quelque chose qui me traumatise un petit peu j'essaie de ne pas savoir. »

iii. Les douleurs

Les douleurs, souvent rhumatologiques, constituent un des principaux freins à l'activité physique.

Patient 2 : « Quand je n'ai pas une...quand je n'ai pas une canne anglaise. En ce moment, là, depuis 3 semaines, je suis emmerdé avec ça. » (...) « Oui du fait de la douleur. Et je ne vais plus à la salle de sport du fait de ça aussi. »

Patient 4 : « Oui je marche mais j'ai une spondylarthrite ankylosante. Donc je marche quand je peux. »

Patient 8 : « J'ai toujours été très sportif. J'ai toujours...toujours aimé...donc l'activité physique. J'en ai même besoin. Donc pour moi c'est pas difficile. Ce qui est difficile, c'est de ne pas pouvoir en faire parce qu'en prenant de l'âge justement, j'ai...ben des douleurs de dos » (...) « J'ai une algodystrophie et j'ai du mal à tenir le volant (sic) par exemple quand je fais du vélo. » (...) Il y a des jours où j'aimerais en faire et je ne me sens pas physiquement assez costaud pour le faire, voilà. »

Patient 10 : « Je marche mais j'ai eu un épanchement de synovie, j'ai eu un... mon genou qui m'a fait mal, donc j'ai été...j'étais un peu coincé quoi. J'ai été obligée de rester un peu tranquille à la maison. »

iv. La dyspnée

La dyspnée, elle aussi handicape les patients concernés dans la réalisation d'activité physique.

Patient 4 : « (...)quand je fais beaucoup d'effort je n'arrive plus à respirer. »

Patient 9 : « Alors il ne faut pas que je coure, il ne faut pas que je monte...les... Bien sûr; si je commence à prendre des pentes comme ça, alors la je souffle. » (mime d'être essoufflé)

v. Le poids

Le poids, par l'intermédiaire des 2 freins précédents, représente un facteur modifiable à corriger en vue d'assurer la réalisation de l'activité physique nécessaire.

Patient 4 Retour : « Franchement j'ai pris du poids, donc j'ai pris 12 kilos et franchement oui, oui ça m'handicape...parce que je suis essoufflée. »

Patient 5 Retour : *Mais je n'ai pas repris mes kilos donc j'ai beaucoup moins mal au dos déjà, c'est déjà une bonne chose. »* sachant que ses douleurs de dos le restreignaient dans son activité physique.

Patient 7 : En parlant de la marche : *« Et puis la perte de poids hein, c'est évident que la perte de poids serait un facteur déterminant. »*

vi. La fainéantise, la sédentarité prolongée

Une chose compliquée à pallier dans notre exercice reste la fainéantise. Il faudrait adapter nos mesures de façon à s'en rapprocher le plus possible.

Patient 3 : *« je ne fais pas de sport parce que je suis une fainéante pour le sport » (...)* *« Il faudrait que je marche plus énergiquement, etc. Mais je... non ça ne me dit pas. »*

Patient 5 : En parlant de la salle de sport : *« Rien en fait, il faudrait que je... que je me raisonne, que j'y aille... elle est à coté. Elle est à 10 mètres. Donc aujourd'hui, non ça ne serait pas compliqué mais faut que je... je suis un gros fainéant en fait »*

Il faudrait essayer de motiver chacun de nos patients à poursuivre l'activité physique pratiquée jusqu'à l'adolescence afin d'éviter une sédentarité prolongée.

Patient 5 : *« Donc rien dans mon quotidien, peut être ça a été plus compliqué de reprendre le sport après toutes ces années sans sport. Ca fait 4 mois que je suis inscrit à la salle, j'y suis allé une fois. »*

vii. Le plaisir

Le plaisir correspond à une priorité qu'accordent les patients à certains comportements plutôt qu'à d'autres. Celui-ci, peut entraver le respect des mesures d'hygiène de vie le plus souvent partiellement. Nous nous devons d'avoir une discussion avec nos patients afin de nous rapprocher au plus de nos objectifs.

Comme en nutrition, il faut éviter la restriction.

Patient 4 : *« Je préférerais bouquiner plutôt que d'aller marcher. »*

Patient 5 : « Après effectivement, j'ai des travers hein. J'adore les cacahuètes, les chips et ça j'ai plutôt éliminé de mon alimentation. » (...) « Oui ça sert pas à grand chose de vivre jusqu'à 105 ans avec les médicaments ou des choses comme ça, je préférerais la qualité à la longévité. »

Patient 6 : « Mais on ne mange pas de pain sans sel, parce que c'est affreux. » (...) « Ah oui c'est bon. Faut quand même pas...mais on a droit à une journée, une journée par semaine de manger ce qu'on veut plein pot. »

Patient 8 : « Je suis un grand épicurien, donc malheureusement j'ai du mal à établir ce programme » (...) « Le pain, oui. Donc j'en mange beaucoup. » (...) « bon épicurien que je suis, bien manger, bien boire, ça fait partie de ma vie au quotidien. »

Patient 9 : « Mon cardiologue, je l'ai vu il y a 3 jours. Il m'a dit : « Continue à marcher. » Pour lui, marcher c'est marcher une demi heure par jour ça suffit, ça c'est pas de la sédentarité... Je sais que c'est que ça... Mais je n'arrive pas le faire parce que j'ai autre chose à faire. »

Patient 10 : « Du poisson. On m'a dit des viandes blanches, mais enfin... sans sel c'est dégueulasse, hein. »

viii. Le déni de la maladie et de ses conséquences, le fatalisme

Le déni et le fatalisme sont deux difficultés pour le médecin dans sa prise en charge. Il faut essayer de trouver à quoi le patient porte de l'importance pour pouvoir le faire réaliser la balance bénéfices/risques de ses comportements. C'est loin d'être toujours simple.

Quelques exemples de patients interviewés qui usent du déni pour vivre sereinement avec leur comportement :

Patient 8 : « Bon, moi je vais peut-être passer au travers hein, on a toujours le sentiment qu'à nous, ça nous arrivera pas mais... ça c'est faux, c'est absolument faux. Je le sais. On essaie de se rassurer. »

Patient 9 : « Je ne veux pas trop savoir. »

Certains usent du fatalisme pour continuer à vivre plus ou moins comme avant :

Patient 1 : « Ceci dit même si je ne bois pas d'alcool, je peux très bien avoir un cancer du foie. Ca peut arriver. Ca arrive. Les gens sont tout étonnés. »

Patient 6 : « Pourtant mon père fumait énormément. Il n'est pas mort de ça d'ailleurs. (rire) »

ix.L'indépendance de consommation, la volonté

La volonté et le côté non dépendant aide certains patients à réduire les choses nocives pour leur tension mais aussi pour leur santé.

Patient 2 : « Non, non, non j'ai pas de sel, j'ai pas de frein si vous voulez parce que le tabac, j'ai arrêté sans problème. » (...) « Mais ma femme n'y est pour rien. 3 semaines après, elle m'a dit : « Mais tu ne fumes plus! » Eh ben j'ai dit : « Non, je ne sais pas. Je ne fume plus » Comme ça. Donc si vous voulez je n'ai eu aucun problème pour m'arrêter de fumer. Boire de l'alcool, boire du vin, j'en buvais quand j'étais en activité parce que j'avais des repas d'affaire, des choses comme ça donc je buvais du vin et puis progressivement ça a diminué et puis... avec la perte d'activité, j'en suis arrivé à ne plus boire du tout. »

Patient 5 : « Parce que j'étais aussi fan des bonbons Haribo® et notamment ceux avec de la réglisse donc ça j'ai arrêté aussi. »

Au contraire, d'autres présentent parfois un manque de volonté ou une addiction plus difficile à vaincre.

Patient 7 : « Bon et après il faut avoir une volonté de fer et cette volonté de fer, pour l'instant, je ne l'ai pas forcément. »

Patient 8 : « je me rend compte que justement, lors de repas, lors de convivialité, on a tendance à...c'est...vous savez...c'est un échelon qu'on gravit, on s'en rend pas compte, c'est ce qu'on appelle l'alcoolisme mondain. Après, on boit comme tout le monde. « Vous buvez beaucoup? Non juste 2 litres par jour. » (mime un dialogue) (...) « pour moi c'est très difficile de rester à un verre par jour, par repas, par exemple »

x. L'expérience personnelle

L'expérience personnelle est représentée par les situations de vécu où les patients remarquent qu'il est préférable de suivre certains conseils. Ces expériences sont bénéfiques au respect des MHD.

***Patient 6 :** « Ben 27/12 de tension faut pas le refaire plusieurs fois hein. »*

***Patient 10 :** « Si je dépassais un peu...l'alcool ou la charcuterie, si je mangeais trop, j'étais pas bien. »*

xi. Le désir de traitements naturels

Quelques patients sont désireux de traitements les plus naturels possibles. Ils sont en quête d'attitudes à adopter pour réduire leur pression artérielle notamment. Il paraît intéressant de mettre en oeuvre une période de 3 mois en cas d'HTA non sévère au cours de laquelle sont mises à l'oeuvre les MHD pour vérifier si à elles seules, elles permettent de maîtriser l'HTA. Cela correspond aux recommandations de la SFHTA. Ceci d'autant plus dans la période actuelle où il y a un « pharmaco-septicisme ». Il faudrait laisser sa chance aux MHD et apaiser les esprits sur les médicaments s'ils sont nécessaires.

***Patient 4 :** « Alors par contre maintenant avec le recul, avec les problèmes de santé que j'ai, j'aurais préféré que ce soit approfondi et qu'on puisse m'expliquer que...ben je pouvais améliorer par un régime alimentaire, par du sport ou des choses comme ça, plutôt que de prendre des médicaments. »*

***Patient 4 Retour :** « Oui, et puis le fait de prendre des médicaments pour l'hypertension, ça vous fait oublier un peu qu'il y a des méthodes qui sont peut-être plus naturelles...Et voilà, on oublie un peu. »*

***Patient 5 :** « Au début, j'ai été curieux effectivement. Je me suis dit quelle pourrait être l'hygiène de vie pour essayer de la faire baisser...naturellement, pas forcément par les médicaments. »*

***Patient 8 :** « les médicaments ne font...ne font pas que du bien. Mais quelque part, ils me sauvent aussi la vie paraît-il alors donc je suis obligé de suivre ce traitement. J'aimerais retrouver un équilibre et puis me sortir de ces médicaments. » (...) « je suis allergique aux médicaments...au fait de prendre des médicaments » (...) « Est-ce qu'on pourrait...que par le fait de diminuer...de faire très attention à notre alimentation, est-ce qu'on pourrait diminuer voire*

même éliminer les cachets par derrière? Ca c'est la très bonne question. Voilà... ça c'est ma préoccupation parce qu'effectivement je souhaiterais vraiment me débarrasser des cachets. »

b. Éléments d'ordre professionnels

L'activité professionnelle actuelle entrave régulièrement notre hygiène de vie. Il devient ardu pour certains de pratiquer une activité physique ou encore de s'alimenter correctement. Pourtant certaines entreprises mettent des mesures en place pour améliorer ces conditions. Espace remise en forme dans les locaux de l'entreprise ou ayant un partenariat et permettant aux salariés de se dépenser. Il existe par ailleurs des selfs avec repas équilibrés disponibles quotidiennement. Cependant pour certaines catégories de travailleurs, comme les indépendants ou les représentants ayant beaucoup de déplacements, il est difficile de mettre en place ce genre de mesures.

Patient 6 : « *Hein. Ben au boulot c'était mon surmenage hein. Quand j'ai fait mon excès de tension. » (...)* « *... Non, je faisais 10 heures par jour, 60 heures par semaine... j'en avais assez hein. »*

Patient 7 : « *Peut être la forte activité professionnelle, ça peut peut-être éventuellement dans certains métiers aggraver. » (...)* « *Oui, le stress principalement, enfin le stress...l'activité professionnelle. Moi, j'ai une activité professionnelle intense. Je suis très souvent en déplacement. »*

Patient 9 : « *Puis, il y a une grande partie de bureau aussi, donc je pouvais passer 12 heures sur un chantier et puis rentrer et faire 3 jours au bureau sans bouger parce que...il y a tous les rapports, etc. Enfin ça c'est la part de travail active, je dirais. En vieillissant, mes gros chantiers sont devenus surtout des chantiers de direction donc je n'étais plus sur le tas mais plus dans l'organisation. »*

L'activité de parent au foyer peut également être accaparante et réduire l'attention de que l'on devrait porter à notre santé au même titre que l'activité professionnelle.

Patient 4 : « *Et quand on a 3 enfants, c'est compliqué de s'occuper de soi après. »*

L'influence des habitudes sociétales amène de temps en temps aussi dans le milieu professionnel à adopter des comportements moins bénéfiques à la pression artérielle.

Patient 2 : « Boire de l'alcool, boire du vin, j'en buvais quand j'étais en activité parce que j'avais des repas d'affaire, des choses comme ça donc je buvais du vin »(...) « On ne peut pas être dans un repas professionnel et offrir de l'eau à ses...à ses convives, hein. C'est pas...c'est mal vu. »

A contrario, les interviewés mentionnent bien que les périodes de vacances, la jeunesse ou la retraite favorise une hygiène de vie favorable.

Patient 2 : En parlant de l'alcool à la retraite : « ... puis progressivement ça a diminué et puis... avec la perte d'activité, j'en suis arrivé à ne plus boire du tout. »

Patient 6 : « Mais enfin, maintenant ça fait 20 ans que je suis à la retraite, alors ça se passe bien. » (...) « J'ai fait que du sport, du volley, avant de partir au service militaire, enfin un temps. Après je n'ai plus fait de sport... Jusqu'à la retraite. (rire) Oh ben oui. »

c. Éléments d'ordre familial

i. Les habitudes alimentaires locales

Dans certaines régions, les habitudes alimentaires et les spécialités locales peuvent avoir des répercussions sur l'hypertension. La Lorraine en est un bon exemple (quiche lorraine, fuseau lorrain, Alcool de quetsche ou de mirabelle). Quelques interviewés conservent ces habitudes même après avoir émigré dans le sud de la France :

Patient 6 : « Ah nous on est du nord, on mange du beurre, du fromage. »

Patient 8 : « Je suis issue d'une famille de personnes de la terre...issue de la terre, mes parents étaient horticulteurs, d'autant plus ils étaient d'origine italienne alors comme on le sait, c'est...(rire)...c'est...les italiens aiment bien manger hein. C'est bien connu, bon voilà. Bien manger, bien boire donc je pense aussi...oui ça a....ça a... »

ii. L'éducation parentale

Il y a deux versants à l'éducation parentale. Si elle est pratiquée avec mesure et de manière raisonnée, elle est le plus souvent bénéfique à une alimentation saine, et à la pratique d'une activité physique quelle qu'elle soit :

Patient 2 : « Ah pour l'activité physique, si vous voulez j'en fais depuis 60 ans. C'est un...C'est une...Ca vient d'une habitude de jeunesse que j'ai continuée, parce que ça me fait du bien. » (...) « A mon avis le moment le plus propice, c'est à l'adolescence et après. De manière à apprendre à...de manière à apprendre un style de vie.... En prévention. si vous voulez c'est créer, c'est créer des réflexes que l'adulte ensuite conservera.»

Patient 3 : « Ma mère avait de l'hypertension... Et ma grand mère aussi... Il y a une histoire avec ce qu'on...ce qu'on mange, je pense hein. »

Patient 5 : « Rien en particulier parce que j'avais une maman qui me faisait la cuisine et qui m'interdisait de rajouter du sel parce que ça n'était pas utile. Donc c'est pas quelque chose que je consomme. »

Si toutefois elle est faite avec lourdeur sans réflexion par ailleurs, celle-ci peut vite devenir contre productive :

Patient 7 : « C'est une démarche personnelle. Tu sais j'ai entendu tellement : « Tu devrais maigrir. » ...par mes parents...que au bout d'un moment c'est... c'est plus rédhibitoire qu'autre chose c'est un...c'est un contre effet. »

iii.L'expérience familiale

L'hérédité étant un facteur non modifiable de risque d'HTA, il apparait que chez les patients qui ont une histoire d'hypertension familiale, une certaine sensibilisation sur l'HTA, ses risques et les mesures d'hygiène de vie associées a déjà eu lieu et que ces situations les préparent en partie au moins à leur pathologie.

Patient 3 : « Je peux dire que ma grand mère a eu un AVC, que pendant 5 ans, elle a été paralysée dans un lit, que je m'en suis occupée avec ma mère, et que

ça m'a marqué. » (...) « Eh oui que ...finir mais finir en bonne..comme on dit en bonne...plus ou moins en bonne santé, pas comme ma grand mère, hein. »

Patient 5 : *« Après, je prends comme référence mon père, parce que il a eu, il a... suite à... il était architecte. Il avait quand même beaucoup de stress par rapport à sa clientèle et effectivement, il a fait un anévrisme. » (...) « Enfin, j'avais peur d'avoir les mêmes problèmes que mon père a eu. C'est à dire, il avait perdu l'usage de la parole, il avait... il était handicapé. »*

En revanche, lorsqu'une personne de la famille représente un cas particulier, comme dans la citation suivante, cela peut nuire à l'observance des MHD, le patient pouvant espérer que rien ne lui arrive.

Patient 6 : *« Pourtant mon père fumait énormément. Il n'est pas mort de ça d'ailleurs. (rire) »*

iv.L'influence de l'entourage

Régulièrement, l'entourage a une influence sur le mode de vie du patient.

Cela peut être de manière positive :

Patient 2 : *« J'ai réduit le sel par la force des choses parce que ma femme a fait un problème pas d'hypertension mais d'autres problèmes qui font qu'on mange très peu salé. »*

Patient 9 : *« Ecoutez, je dois dire que (rire)....mon épouse saurait vous répondre habilement. Nous sommes...elle a fait des études d'assistante sociale, elle est... infirmière à l'époque ça se faisait comme ça. J'ai ma fille qui est infirmière aussi, donc de tout temps déjà, elles réglaient l'alimentation, le... etc, tout ça. Elles le font régulièrement. »*

Ou de manière négative :

Patient 1 : *« si j'ai envie de faire un bon plat pour régaler mon fils, eh ben je vais partager avec lui, je vais pas me retenir, même si je sais que dans la sauce il y a des ingrédients qui sont peut être pas très bons, ni pour mon estomac, ni pour mon hypertension, voilà. Mais je vais accompagner. » (...) « Ah oui, ah oui parce que quand je mets une matinée à faire une soupe et que mon mari fait la mauvaise tête, pour la manger. Alors là, j'ai plus envie de faire la soupe quoi. C'est sûr. C'est sûr. »*

Patient 5 : « *Et aujourd'hui, il faudrait que mon partenaire de vie vienne avec moi, et que ce soit pas moi qui le traîne* » (...) « *Après oui, je ne m'interdis pas un verre quand il y a des amis* »

Patient 6 : En parlant du nombre de verres d'alcool pendant les invitations : « *Et quand c'est la fête, c'est 5-6.* » (...) « *Ah non, non, non, ...sauf quand on fait la fête hein. Là on ne regarde pas.* » (...) « *Et tout le monde est content quand on arrose bien.* »

Patient 8 : « *Bon et puis il y a aussi le côté convivialité où on se retrouve avec des amis avec de la famille et... comme on sait toujours le faire, c'est toujours autour d'une bonne table hein. On mange bien, on boit bien et puis voilà. Donc ça il faut peut être aussi... Oui, la convivialité, ça au niveau d'une table ça mène à ces dérives, je vais dire.*»

Enfin la solitude a également ses travers, et du fait du regard d'autrui parfois mais pas seulement... il est aussi possible de dévier de l'alimentation recommandée :

Patient 7 : « *on mange vite fait dans la chambre parce que le restaurant tout seul, ça n'est pas... pas marrant.* »

d. Éléments liés à l'industrie alimentaire.

i. Les coûts

Il est vrai que le coût, notamment des fruits et légumes peut être élevé pour certains budgets. Les 5 fruits et légumes par jour peuvent alors devenir difficiles à réaliser.

Patient 1 : « *On arrive pas à avoir des fruits qui ont du goût. Mais c'est terrible ça... On... J'ai acheté l'autre jour 3 poires chez un marchand qui les vendait à un prix...exorbitant.* »

ii. L'étiquetage alimentaire

Un point très important surtout concernant le sodium, et compte-tenu que la tension concerne aussi des personnes de la cinquantaine et plus, l'étiquetage alimentaire n'est pas adapté. En effet, les indications sont très souvent écrites en

petite police. Le sodium est aussi très utilisé à la fois comme conservateur, et comme exhausteur de goût. Il faudrait par des mesures d'État changer ces pratiques industrielles.

Patient 1 : « Et faudrait peut-être qu'ils en...que l'industrie...en fasse un peu moins quoi, en mette un peu moins, ça serait mieux. Parce que les gens, ils achètent, ...ils achètent ce qui est dans les magasins, ils ne peuvent pas..., ils ne vont pas regarder chaque fois la quantité de sel, etc. »

Patient 7 : « On sait que tout les industriels en mettent, comme c'est un exhausteur de goût et comme c'est pas cher, eh ben on nous en met à outrance hein. Et ça c'est pernicieux parce qu'on ne voit pas, il y a beaucoup de sel caché. » (...) « Mais je sais le sel est partout. »

Patient 8 : « Ce qui contient du sel...ben le pain, les plats préparés, je pense que dans tous les aliments qu'on a aujourd'hui, pour donner de la saveur, on met du sel. Donc on a sûrement de ce fait, sans...sans...sans en rajouter nous même, on en a déjà une dose qui est au dessus...de ce qu'on pourrait dire la normale. »

Patient 10 : « Ben il y en a partout, hein, pour la conservation... Eh ben ils en mettent partout. »

Un des interviewés souvent en déplacement professionnel attire notre attention sur la restauration :

Patient 7 : « Et puis au restaurant, quand vous regardez, ils proposent rarement...ils proposent beaucoup de choses qui ne sont pas forcément bonnes...pour la santé, j'entends. »

e. Infrastructures et climat

Dans notre région, le climat est plutôt favorable à la pratique d'une activité physique. En effet avec 2724,2 heures d'ensoleillement annuel, notre département fait partie des plus ensoleillés de France. Malgré cela lors des épisodes de pluie, ou de forte chaleur, certains réduisent leur activité physique.

Patient 5 : « Oui, oui, faudrait...là les beaux jours vont revenir, faut peut être que je me motive. »

Patient 6 : « Oh ça fait pas de mal hein. Nous, on aime bien marcher. On fait le bord de mer. On a le bord de mer ici qui est plat maintenant. » (...) « On fait 5 Km à peu près, tous les jours pratiquement quand il fait beau. »

Patient 10 : « Non, la natation, bien sûr c'est...tout le monde vous dira de faire de la natation pour tout. Mais moi je suis coloni...enfin j'ai vécu à Madagascar jusque tard, et si l'eau n'est pas à 30 degrés, je ne peux pas me baigner. »

Pour ce qui est des infrastructures, notre département dispose de nombreuses solutions à disposition des patients pour pratiquer l'activité physique de leur choix. Dans le cas suivant, le patient manquait de connaissances des infrastructures environnantes et se restreignait au sport en salle, alors que son plaisir était de courir. Le médecin peut aussi orienter ce genre de patient au besoin en plus de la municipalité.

Patient 5 : « Donc aujourd'hui, je sais que la dernière fois que j'avais fait... mais bon ici à Cagnes sur Mer c'est surtout du goudron. Il n'y a pas de... forcément de campagne. Je sais que la dernière fois que j'avais essayé j'avais eu mal pendant 2 jours. » (...) « Et aujourd'hui, je pense que la région... enfin là où je vis c'est pas adapté à ce genre de chose. Ça aurait été où j'étais avant, même à Paris j'allais courir au bois de Boulogne c'était... j'avais pas de problème de dos quand j'allais courir, parce que c'était de la terre, pas du dur. »

f. Modèles d'information existants

Un des interviewés évoquait au moment de son entretien l'intérêt des groupes ou associations de patients pour partager une expérience et peut-être moins se sentir esseulé face aux MHD. Il a aussi pu participer à des journées d'informations mises en place par les assurances et caisses de retraite.

Patient 8 : « Alors, on a aussi par le biais de... des organismes de sécurité sociale, ... moi je suis... je suis du régime MSA, et c'est vrai qu'il y a de temps en temps des journées d'informations là dessus où on vous apprend les... comment dirai-je?... le comportement qui pourrait le mieux nous... nous éviter ce genre de problème là, voilà. Par exemple, on a eu des journées d'informations, justement c'est là où je disais, où l'on nous a appris sur la nourriture, pas manger trop gras, trop salé, les olives, les petits apéritifs, l'alcool, etc. Donc ça je pense que c'est important aussi. Beaucoup... on insiste

beaucoup sur l'activité physique, qui est très importante » (...) « Voilà, donc c'est bien ces petites journées d'information. Alors, il n'y pas que les... la MSA ou la CPAM. Il y a aussi des caisses de retraite complémentaire. J'ai vu les caisses... voilà enfin il y a pas mal d'organismes qui organisent des journées d'information. Et c'est bien de se retrouver avec d'autres personnes en groupe parce qu'on peut échanger. C'est bien aussi. C'est bien d'échanger, d'avoir l'expérience de certaines personnes. Donc voilà, ça je... je pense que c'est des choses à développer, des actions à développer. »

Il serait important que le médecin généraliste puisse mettre en place ce genre de journées avec ses patients (ETP dans le cadre d'un pôle de santé). Ainsi, la confiance médecin-malade ne ferait que grandir en permettant aux patients de mieux apprécier les connaissances de leur médecin.

3. Le stress et l'émotion comme perturbateur de l'équilibre tensionnel.

Une grande partie des patients expriment le fait que le stress serait un « facteur de risque » d'HTA. Dans toutes nos recherches, nous n'avons trouvé aucun article assimilant le stress à un facteur de risque. Toutefois, celui-ci peut accentuer de manière ponctuelle une HTA déjà présente. Il peut donc nuire à l'équilibre tensionnel.

Patient 1 : *« Oui, oui ça le stress, les caractères angoissés qui...qui ruminent leurs problèmes...voilà je pense que ça doit faire, ça doit augmenter l'hypertension, c'est...sûrement. »*

Patient 3 : *« Et bon je...sincèrement je ne connais pas trop, trop, trop, mais je pense que moi, personnellement, mon cas vient de mon anxiété. »*

Patient 5 : *« Après je ne pose pas de questions en fait... C'est quelque chose qui me traumatise assez donc je suis déjà en stress quand je vais voir le cardiologue. » (...) « Effectivement, j'ai consulté. Après, mais la problématique avec internet, c'est que c'est une arme à double tranchant, ça peut rassurer ou alors ça peut angoisser encore plus. Et comme je suis un petit peu quand même hypochondriaque, j'évite maintenant de lire de choses comme ça. C'est pas forcément adapté à chaque personne. Et c'est d'une manière générale et c'est flippant. »*

Patient 6 : « Hein. Ben au boulot c'était mon surmenage hein. Quand j'ai fait mon excès de tension. » (...) « Ben non, je suis bien marié avec une petite femme calme, alors ça ne m'énerve pas. »

Patient 7 : Ce qui aggrave l'HTA : « ... le stress principalement, enfin le stress... l'activité professionnelle. Moi, j'ai une activité professionnelle intense. »

Patient 8 : « Il y a le stress aussi qui est un facteur de risque important. Là je crois que c'est difficile de lutter parce qu'on est tous...tous dans une...une spirale où le stress nous touche à un degré plus ou moins important. Le stress, oui. Le stress, surtout le stress. »

Patient 10 : « Évidemment, je suis très émotive. » (...) « Disons que quand j'ai perdu mon mari, il y a seulement 2 ans, ça m'a déclenché de l'hypertension. 1 an après jour pour jour, j'ai perdu mon frère. Je... je... je capte les... les... je capte les nouvelles ou les choses difficiles peut-être plus que d'autres. »

4. Conséquences du respect des mesures d'hygiène de vie aux yeux des patients.

Un certain nombre des patients interrogés remarque un bénéfice au respect des MHD.

Patient 1 : « Ah oui, j'ai remarqué une chose. quand je reste assise à ma table pour travailler... je travaille à ma table... bon. Je ne bouge pas de l'après midi. Le soir, j'ai d'avantage mal à la tête, je suis beaucoup moins bien que quand je fais un après midi complet au jardin où on me dit : « oh tu travailles trop, tu fais trop, etc ». Eh ben je suis bien mieux quand je me démène au jardin. »

Patient 2 : « Se donner de l'exercice, marcher, aller dans une salle de... dans une salle de sport. Maintenir l'organisme en fonctionnement. »

Patient 5 : En parlant de l'activité physique : « Et pourtant j'ai fait ça pendant des années, c'était pas un problème, au contraire, c'était quelque chose qui me donnait du plaisir. »

Patient 6 : « Non on sent qu'on a un bien être quand on a fait une bonne marche. »

Patient 7 : « Faut que je voie un kiné pour essayer d'améliorer ça aussi et reprendre la marche, parce que c'est vraiment un plaisir une fois qu'on s'est ré-entraîné »

5. Moyens d'amélioration de leur prise en charge.

Un patient signale pouvoir mieux gérer sa tension hors des périodes d'activité professionnelle.

Patient 7 : « Les périodes de vacances... Où on est beaucoup plus détendu donc ça permet de mieux...de mieux se comporter, de mieux manger, de faire un peu plus d'exercice, voilà d'être...mais en dehors de ça...compliqué. »

Il signale également qu'un suivi rapproché de l'observance des mesures mises en place serait intéressant soit par un paramédical, soit par un coach.

Patient 7 : « Faudrait être coaché. Faudrait avoir un coach, qui permette de prendre régulièrement des... des... faudrait que je passe par une nutritionniste, très clairement, pour arriver à...à avoir à rendre compte régulièrement d'une....Avoir un contrôle régulier qui donnerait envie de suivre et envie d'avoir des éléments de... comment dirai-je... d'amélioration. Sans ça tout seul c'est... »

Il serait intéressant de faire développer par les grandes et peut-être aussi les moins grandes entreprises, poussées par des politiques de santé, des créneaux dédiés à l'activité physique, voire de mettre à disposition, comme c'est déjà le cas dans certaines entreprises des espaces de remises en forme dédiés aux employés. Cela pourrait aussi se concrétiser avec des partenariats entre entreprises et structure « sportive » pour faciliter l'accès à l'activité physique.

Il est vrai que tout au long de nos études des dispositions nous permettent de pratiquer du sport au moins dans les écoles, collèges, lycées, et facultés. Pourquoi ne pas poursuivre cette démarche pour que l'activité physique soit pratiquée jusqu'à nos vieux jours? Ceci rejoint la suggestion du patient 2 qui disait qu'il ne faudrait jamais arrêter l'activité physique.

Par ailleurs, le Plan national nutrition et santé met l'accent sur les troubles du comportement alimentaire dès le plus jeune âge dans les écoles. Le sel est déjà banni des tables des cantines pour les élèves d'après une professeure des écoles contactée à ce sujet. Pourquoi ne pas informer ces jeunes enfants également sur le sel. D'autant plus que, dans le PNNS, il a été noté qu'en éduquant les enfants,

les comportements alimentaires à domicile changeaient. Ceci recoupe l'idée du patient 2 qui estime que l'éducation doit se faire dès le plus jeune âge.

En outre, pour chaque maladie chronique, il serait important de mettre en place une consultation dédiée à l'information, au cours de laquelle le médecin aurait l'occasion d'expliquer la pathologie, ses conséquences et les mesures à prendre qu'elles soient médicamenteuses ou non. Aucun des interviewés n'a proposé cette possibilité mais quasiment tous ressentaient un manque d'information.

Discussion

1. Les idées principales

Avec cette étude, on peut noter que, bien que le patient ressente un manque d'information, assez souvent il a reçu ou retenu une information au moins partielle.

Elle permet aussi de confirmer l'intérêt des patients pour l'information sous forme de journées d'information ou de groupe de patients.

Beaucoup affirment l'importance du médecin généraliste dans leur prise en charge, mais aussi dans l'information sur l'hypertension et les conseils à prodiguer vis à vis des MHD. L'information peut aussi être dispensée de façon multidisciplinaire avec le personnel paramédical (infirmier(e), kinésithérapeute, nutritionniste), avec les coaches et responsables sportifs, avec les municipalités. Ceci permettrait aux patients de connaître tous les outils qui leur sont disponibles pour pouvoir s'approcher au mieux des recommandations sur les MHD.

L'activité professionnelle doit être adaptée afin de pouvoir conserver une hygiène de vie correcte. Ceci aura un intérêt à la fois, pour le patient, mais aussi pour les employeurs et les organismes d'assurance maladie, en restreignant la survenue de pathologie évitable et donc potentiellement d'arrêt maladie.

Les médias doivent peut-être maîtriser un peu plus leur communication surtout sur l'alimentation notamment en pondérant celle-ci en fonction du rapport bénéfique/risque pour la santé de leur public.

En parallèle, les pouvoirs publics devraient inciter les industriels à modérer l'usage du sel dans les produits industriels et promouvoir un meilleur étiquetage de leurs plats afin que celui-ci soit accessible à toutes les tranches d'âge.

Enfin, il serait intéressant d'ajouter dans le PNNS, une information sur le sel, ses intérêts et ses risques dans le cadre de l'éducation nationale. Parce qu'en

effet le fait de supprimer les salières des tables scolaires n'implique pas forcément que ce soit le cas à domicile.

2. Méthodologie et validité interne

a. Les entretiens

Les entretiens se sont tous déroulés au domicile des patients. Cela leur permettait d'être dans un climat familial favorisant leur expression.

La durée moyenne de ces entrevues était d'environ trois quarts d'heure.

Nous avons essayé autant que possible de laisser s'exprimer les patients tout en les orientant au besoin sur les différents items du guide d'entretien sous forme de questions ouvertes.

Après informations sur le déroulement et accord des interviewés sur l'enregistrement de l'entretien, celui-ci a pu débuter.

Ils ont été enregistrés par 2 dictaphones numériques, sauf l'entretien du patient 9 pour lequel un des dictaphones s'est arrêté en cours d'entretien suite à un problème technique. L'entretien a, malgré cela, pu être retranscrit avec le deuxième enregistrement.

b. Les retours - feedback

Les retours ont été réalisés par téléphone. Ils ont été tous enregistrés par un seul enregistreur numérique après nouvel accord de chacun des interrogés en début d'appel.

La durée moyenne des retours est de 10 minutes et 30 secondes.

Les patients ont tous trouvé que l'analyse faite de leur entretien reflétait leur pensée et ce qu'ils avaient pu verbaliser lors des entrevues initiales.

Le patient 4 a souhaité ajouter le poids comme frein au respect des mesures d'hygiène de vie. Le patient 5 souhaitait pour sa part mentionner suite à une

expérience récente que la perte de poids pouvait être facilitatrice dans le respect des MHD.

L'analyse correspond donc bien au reflet de la pensée des patients interrogés.

c. La méthode d'analyse

Nous avons fait le choix d'une analyse qualitative compte tenu de l'objectif de cette étude. Dans un souci de logistique nous nous sommes plutôt orientés sur des entretiens individuels semi-structurés. Nous avons tenté de balayer dans un premier temps l'ensemble de la littérature sur les mesures d'hygiène de vie ainsi que leur efficacité sur la morbi-mortalité cardiovasculaire. L'épidémiologie de l'observance de mesure d'hygiène de vie est relativement pauvre ainsi que celle des conseils sur ces MHD donnés aux patients. Nous avons ensuite établi le guide d'entretien ainsi que le questionnaire « épidémiologique » à partir des données trouvées. Pour l'analyse, nous avons utilisé la méthode par théorisation ancrée.

Cette méthode de recherche ne visant pas à obtenir de résultats quantitatifs, nous devions atteindre la saturation des données pour stopper les interviews.

Après 10 patients interviewés nous avons atteint cette saturation. Nous en avons interrogé 10 autres pour le vérifier.

Pour augmenter la représentativité de nos résultats et donc la validité interne nous avons effectué des retours ou feedback⁵⁸ par téléphone.

3. Validité externe

a. Recrutement de la population

Les patients ont intégralement été recrutés par nos soins au fur et à mesure de nos gardes en permanence de soins à domicile sur le secteur de l'association « Entre deux rives ». (Saint Laurent du Var, Cagnes s/ Mer, Villeneuve Loubet, La Colle sur Loup et Saint Paul de Vence)

Pour chaque patient visité présentant de l'hypertension traitée, je leur proposais de participer à cette étude en leur mentionnant que celle-ci porterait sur l'HTA et leur connaissance mais sans les informer d'avantage.

S'ils acceptaient leurs coordonnées complètes était retranscrites et stockées jusqu'au moment des entretiens.

Chaque patient fut rappelé pour savoir s'il voulait toujours participer à cette étude. Si sa réponse était favorable, nous convenions d'un rendez-vous ensemble. Sur les 33 personnes recontactées, 60,6% ont accepté de participer.

b. Population étudiée

Les patients étant tous recrutés à partir de la permanence de soins à domicile, il se peut que notre panel ne soit pas parfaitement représentatif de la patientèle de cabinet de médecine générale.

Toutefois dans le but d'éviter un biais de compréhension entre les interviewés et moi-même, les critères de non-inclusion se limitaient aux troubles cognitifs majeurs, des troubles auditifs ou des troubles du langage.

Nous avons pu malgré tout avoir un ensemble d'interviewés diversifiés dont l'âge est plutôt représentatif des patients hypertendus en France⁵⁹. Nous avons eu du fait du hasard une équité homme/femme sur les patients dont les entretiens ont été retranscrits.

La population interrogée est plutôt urbaine et compte tenu du faible nombre de documents sur le sujet, il serait intéressant de compléter cette étude par une étude similaire dans les régions rurales et semi rurales de notre département.

c. Saturation des données

La saturation des données a été obtenue après 10 entretiens tous retranscrits, puis contrôlée avec 10 autres entretiens enregistrés.

Elle est primordiale pour explorer l'ensemble des idées. Elle permet une fois que celles-ci deviennent récurrentes de stopper les entretiens.

4. Principaux résultats

a. Freins influençant l'implication des patients dans leur prise en charge

- L'information des patients sur la maladie et ses traitements ainsi que les rappels.

Le rôle du médecin généraliste est central sur cet item. C'est à lui que revient, d'après les patients, le rôle d'information sur la maladie, ses mécanismes et ses traitements. Il peut s'aider, dans le cadre de la multidisciplinarité, d'autres professionnels notamment paramédicaux, du sport, de l'éducation nationale et de la municipalité. Ceci permettra de donner tous les outils aux patients dans un premier temps pour connaître les méthodes pour remédier à son HTA.

Associé à cela les médias ont eux aussi un rôle important dans la dispensation d'informations de santé. Il est primordial que ces données soient distribuées dans un objectif bénéfique pour le public sans chercher sans cesse le scandale. En effet, ceci engendre la confusion dans les esprits ce qui peut nuire aux patients.

- Considération de la gravité des conséquences de la tension notamment pour les patients asymptomatiques.

La connaissance des risques de l'hypertension entraîne parfois un regain d'enthousiasme à suivre l'ensemble du traitement (médicament(s) et MHD) dont le patient bénéficie.

Il faut que le patient ait conscience des risques encourus pour pouvoir prendre la meilleure décision pour sa prise en charge en tant qu'acteur de sa santé.

Il est de notre devoir de le renseigner à ce sujet.

b. Freins influençant les patients dans le respect des mesures d'hygiène de vie

- La balance plaisirs/risque

Le plaisir prend une part importante dans la vie de beaucoup de personnes. Parfois celui-ci se retrouve dans l'activité physique ou dans un autre divertissement, parfois dans la nourriture.

Le but de notre démarche est de se rapprocher au mieux des recommandations sur les MHD sans être restrictif.

Une fois la connaissance des tenants et aboutissants de cette prise en charge acquise, le patient choisi d'être observant ou non.

Certains patients souhaitaient un discours directif, clair, ludique et régulier.

- Les douleurs

Il faut parfois être amené à rediscuter une indication thérapeutique lorsque celle-ci induit une sédentarité forcée chez un patient. En effet, la douleur est souvent mentionnée comme frein à l'activité physique et les patients sont en demande de recommandations claires et consensuelles.

- la responsabilité des industriels dans le marketing, la production et l'étiquetage

Cette responsabilité n'est pas à négliger. Dans notre société, où l'activité professionnelle prend une grosse part de notre temps, l'industrie doit améliorer la composition des aliments afin de permettre aux personnes s'alimentant rapidement de pouvoir le faire sans nuisance ultérieure.

Il en va des pouvoirs publics pour modifier ces attitudes et améliorer la santé des Français.

- L'éducation à une hygiène de vie saine

Celle-ci se fera sur le long terme à la fois par la famille dont certains des devoirs sont de manger sainement (fruits-légumes, peu salé...) et de pratiquer une

activité physique régulière, mais aussi par l'éducation nationale avec inclusion dans le PNNS de l'information sur le sel. Si celle-ci est donnée précocement, elle pourra avec plus de chance se pérenniser dans le temps.

- L'activité professionnelle

Effectivement, celle-ci nuit dans tous les domaines aux mesures d'hygiène de vie. Du fait des habitudes sociales et de la nécessité de compétitivité, l'activité professionnelle défavorise assez souvent la pratique d'une activité physique régulière. Par ailleurs, l'alimentation au travail est souvent moins riche en fruits et légumes au profits de féculents, sel,... Elle induit parfois lors des repas d'affaire une consommation d'alcool sociale plus que désirée. Il paraît important de modifier ces habitudes dans un intérêt commun.

5. Moyens d'amélioration de la prise en charge non médicamenteuse des patients hypertendus

a. Propositions issues directement des entretiens

- Développement de journées d'information.

Un patient ayant participé à des journées d'information réalisées à l'initiative des assurances maladie ou caisses de retraite, considérait que ce mode d'informations lui convenait parfaitement car une information globale, par ailleurs partagées avec d'autres patients, était reprise sur la pathologie, et les MHD associées. Cela lui permettait d'avoir un rappel.

- Suivi rapproché de l'observance des mesures d'hygiène de vie, au besoin multidisciplinaire.

Un autre interviewé mettait en avant le fait de suivre l'observance des MHD afin que le patient ne se retrouve pas « seul » face à la réalisation de ses mesures et pour avoir un soutien. Il n'a pas exclu l'intervention de professionnels du sport comme les coachs, dont il faudrait voir et peut-être prévoir la formation.

- Mise en place de groupe/association de patients

En effet, lors de ces entrevues les patients peuvent échanger leurs expériences, leurs astuces et se motiver les uns les autres pour un meilleur suivi des MHD.

Il est aussi possible dans ce cadre de faire participer des intervenants médicaux extérieurs pour compléter leur savoir.

- Éducation à la pratique du sport et à une alimentation saine

Celle-ci est primordiale et permettrait au patient de réduire leurs efforts pour adhérer aux MHD. Elle doit être faite conjointement par les parents et l'éducation nationale en complétant le champ d'action du PNNS.

- Prise de conscience des pouvoirs publics dans la responsabilité des industriels de l'alimentation dans la composition de leurs aliments, leurs étiquetages et leur marketing.

Il semble impératif que les pouvoirs publics imposent aux industriels des changements radicaux pour promouvoir une alimentation plus saine et en faire le marketing. Ceci passe aussi par un étiquetage des compositions des plats industriels accessibles à tous.

b. Propositions issues indirectement des entretiens

- Mise en place de consultations dédiées à l'information dans les différentes maladies chroniques

Elle aurait 2 objectifs :

- A la fois de redonner son rôle au médecin généraliste qui doit avoir un rôle de prévention et d'information,
- mais aussi de restaurer la confiance patient-médecin en ayant des patients informés et prêts à être acteurs de leur santé.

Il devrait y avoir une régularité dans cette consultation (quinquennale) à discuter avec les organismes de sécurité sociale et les complémentaires pour la mettre en place dans l'ensemble des maladies chroniques. Cela sous entend également que les médecins puissent bénéficier au besoin des formations nécessaires.

- Aménagement de plages horaires dédiées à l'activité physique des employé(e)s dans les grandes et moyennes entreprises

Dans certaines entreprises les employés peuvent bénéficier d'un accès à une salle de remise en forme soit directement au sein de l'entreprise soit dans une autre structure ayant un partenariat avec l'entreprise. Pourquoi ne pas généraliser ce concept afin de promouvoir l'activité physique et la santé au travail, cela dépend également des pouvoirs publics.

Conclusion

Notre étude a permis de saisir les difficultés rencontrées par les patients hypertendus dans l'application des mesures hygiéno-diététiques.

L'information reste le moteur du respect des ces mesures. Elle doit être multidisciplinaire centrée par le médecin généraliste qui garde une place importante auprès des patients. Elle peut être complétée au besoin par des associations ou groupes de patients pour favoriser l'échange.

Elle permet l'implication du patient lui-même dans sa prise en charge, ce qui pourrait permettre d'augmenter l'observance des MHD.

Les pouvoirs publics ont un rôle important à jouer en imposant aux industriels des modifications d'attitudes notamment sur la composition et l'étiquetage alimentaire. Ils doivent aussi penser à inclure l'activité physique au travail pour que celle-ci ne subisse pas de rupture prolongée tout au long de la vie.

Résumé : « *Freins à l'observance des mesures hygiéno-diététiques chez les hypertendus traités dans les Alpes Maritimes* »

Introduction:

Les maladies cardiovasculaires représentent la première cause de décès dans le monde. 9,4 millions de décès ainsi que 143 millions années de vie corrigées de l'incapacité sont attribuables à l'hypertension. Les mesures d'hygiène de vie recommandées par la société française d'hypertension ont prouvé leur efficacité sur la morbi-mortalité cardiovasculaire. Il est recommandé hormis pour l'HTA sévère de mettre en place ces mesures en début de traitement afin de voir si celle-ci se stabilise par modification du mode de vie.

Objectif :

L'objectif de cette thèse est donc d'étudier les connaissances des patients au sujet de leur hypertension artérielle et des mesures d'hygiène de vie associées, mais aussi de comprendre leurs représentations de ces mesures afin de trouver des solutions éventuelles aux freins qu'ils peuvent rencontrer.

Méthode :

Nous avons réalisé sur 10 patients en zone urbaine une étude qualitative avec entretiens semi-structurés de Mars à Mai 2017. Après retranscription des verbatims et réalisation des retours, nous avons effectué une analyse par théorisation ancrée.

Résultats :

Notre étude a permis de cerner les acteurs responsables de l'information des patients hypertendus. Le rôle central du médecin généraliste a été réaffirmé associé aux médias, aux professionnels paramédicaux, et à ceux de la municipalité. Il faut essayer de favoriser le développement de moments d'information des patients sur la pathologie. Il reste encore beaucoup d'efforts à fournir à ce sujet de la part des pouvoirs publics concernant l'éducation alimentaire, le changement de comportement de l'industrie dans ce domaine, ainsi que l'encouragement des entreprises à la promotion de l'activité physique.

Conclusions :

Ce travail a confirmé le besoin de renforcer la promotion de la santé au niveau de notre société actuelle par des mesures au niveau des industriels, de l'éducation et des entreprises. Les patients ressentent toujours un manque d'information sur leur santé et considèrent le médecin généraliste comme le pivot de cette information.

Mots-clés : Hypertension, mesures hygiéno-diététiques, règles hygiéno-diététiques, médecine générale, relation médecin-patient, entretiens semi-structurés, recherche qualitative.

Annexes

Annexe 1

HTA	<p>Chiffres normaux</p> <p>Signification systolique /diastolique</p> <p>Comment a débuté la PEC de l'HTA (MHD, Traitement médical.)</p> <p>Signes fonctionnels</p> <p>Conséquences réduction TA</p> <p>Autres FDRCV</p> <p>Maladies liées à l'HTA (athérome carotidien, AVC, pathologie rénales, ophtalmiques...)</p>
Traitements de l'HTA	<p>Mesures hygiéno-diététiques +++</p> <ul style="list-style-type: none">- Na+ (quels aliments ?)- K+ (quels aliments ? conseil médical, influence de l'entourage, mode de vie habituel?)- OH (nombre de verres)- activité physique (quoi?) <p>Recommandations vis à vis de chaque MHD (5 fruits et légumes/jour, 5g de sel/jour, 3 verres pr les Hommes et 2 pour les Femmes, 30 min de marche/jour, arrêt tabac).</p> <p>Médicaments (cités mais pas le sujet)</p> <p>Sources des connaissances à ce sujet.</p> <p>Méthodes possibles pour la mise en place de ces MHD en douceur mais pour un suivi à long terme.</p>
Freins à l'application des MHD	<p>Freins, obstacles, blocages à la mise en oeuvre ou au maintien des MHD.</p> <p>Méthodes pour pallier à ces obstacles ou faciliter la mise en oeuvre et le maintien des MHD.</p> <p>Rôles et aides du MT</p> <p>Moment propice à la mise en oeuvre des MHD.</p> <p>Rôle et influence de l'entourage.</p>
Généralités sur mode de vie	<p>Importance qualité/ longévité de la vie</p> <p>Mode de vie habituel :</p> <ul style="list-style-type: none">- activité physique- alimentation- Tabac

Annexe 2

Fiche d'informations

Tous les renseignements recueillis ci-dessous sont confidentiels et ne seront utilisés qu'à des fins scientifiques.

Date :

Nom :

Prénom :

Email :

@

(Information à caractère confidentielle dans le but de vous transmettre les résultats de notre étude)

Sexe : Féminin

Masculin

Age :

Niveau d'étude :

Profession actuelle ou antérieure si retraité:

Situation maritale :

Nombre d'enfants :

Depuis combien d'années êtes vous hypertendus :

Consommez vous du tabac :

Présentez vous une hypercholestérolémie :

Présentez vous du diabète :

Avez-vous déjà fait un infarctus cardiaque ou un accident vasculaire cérébral :

Spécialité du médecin qui suit votre hypertension :

Fréquence des RDV chez ce médecin :

Fréquence des conseils donnés par votre médecin sur la prise en charge de l'hypertension : /an

Annexe 3

Le questionnaire ExSel Test dépiste une consommation excessive de sel (CES). À chaque question, une réponse « oui » attribue des points (1 ou 2). Le score est calculé en faisant la somme des points. Si le score est < 5, une CES peut être exclue avec une probabilité de 0,92 (valeur prédictive négative dans une population ayant une prévalence de CES de 19 %). Pour une utilisation clinique de l'ExSel Test, une version électronique est disponible sur <http://www.comitechta.org>.

<i>Homme</i>	Si oui : 1
<i>Obésité (BMI ≥ 30)</i>	Si oui : 2
<i>Dans une journée habituelle, votre consommation totale pour le pain/biscottes/viennetierie est de</i>	
6 morceaux/parts ou plus par jour (240 g ou plus)	Si oui : 2
4 à 5 morceaux/parts par jour (160 à 200 g)	Si oui : 1
0 à 3 morceaux/parts par jour (100 g ou moins)	Si oui : 0
<i>Dans une semaine habituelle, vous consommez du fromage (à l'exclusion du fromage blanc) au cours de 7 repas ou plus par semaine</i>	Si oui : 2
<i>Dans une semaine habituelle, vous consommez de la charcuterie (à l'exclusion du jambon blanc) au cours de 2 repas ou plus</i>	Si oui : 1
<i>Dans une semaine habituelle, vous consommez 2 fois ou plus, un des plats suivants : pizza, quiche, burger, crevettes, poisson fumé, olives, graines salées, chips, plat traiteur artisanal</i>	
<i>Pour la préparation de certains plats, vous utilisez des bouillons cubes ou des rehausseurs de goût</i>	Si oui : 1

Bibliographie

- ¹ WHO LIBRARY CATALOGUING-IN-PUBLICATION DATA.
Global status report on noncommunicable diseases 2010
http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/en/
(consulté le 15/04/2013)
- ² MATHERS CD, LONCAR D.
Projections of global mortality and burden of disease from 2002 to 2030.
PLoS Med 2006 ; 3 (11) : e442.
- ³ DE PLAZAOLA J.P.
Ralentissement démographique et vieillissement à l'horizon 2040
Marseille : INSEE décembre 2010 ; n° 1
- ⁴ FOROUZANFAR M.H, LIU P, ROTH G.A.
Global Burden of Hypertension and Systolic Blood Pressure of at least 110 to 115 mm Hg, 1990-2015.
JAMA Janvier 2017; 317(2): 165-82.
- ⁵ LIM SS, VOS T, FLAXMAN AD, DANAEI G, SHIBUYA K, ADAIR-ROHANI H, et al.
A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2010.
Lancet 2012; 380(9859):2224-2260.
- ⁶ WORLD HEALTH ORGANIZATION.
Tension artérielle élevée (Hypertension)
http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0009/186048/Fact-sheet-World-Health-Day-2013-Fre-final.pdf?ua=1
(Consulté le 25/02/2017)
- ⁷ WORLD HEALTH ORGANIZATION
The global burden of disease: 2004 update. Geneva,, 2008.
http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GBD_report_2004update_full.pdf?ua=1
(consulté le 12/06/2011)
- ⁸ LI J, SIEGRIST J.
Physical activity and risk of cardiovascular disease—a meta-analysis of prospective cohort studies.
Int J Environ Res Public Health 2012; 9: 391-407.
- ⁹ AQUATIAS S, ARNAL J-F, RIVIÈRE D.
Activité physique - Contextes et effets sur la santé : Expertise collective.
Paris : INSERM, 2008. p. 351-408
(Recherche en Octobre 2016)
- ¹⁰ KATZMARZYK PT, REEDER BA, ELLIOTT S, JOFFRES MR, PAHWA P, RAINE KD, et al.
Body mass index and risk of cardiovascular disease, cancer and all-cause mortality.
Can J Public Health 2012; 103: 147-51
- ¹¹ ERHARDT L.
Cigarette smoking: an undertreated risk factor for cardiovascular disease.
Atherosclerosis 2009; 205: 23-32.
- ¹² TERRES W, BECKER P, ROSENBERG A.
Changes in cardiovascular risk profile during the cessation of smoking.
Am J Med 1994; 97:242-9.

- ¹³ BOTELLA-CARRETERO JI, ESCOBAR-MORREALE HF, MARTÍN I, VALERO AM, ALVAREZ F, GARCIA G, et al.
Weight gain and cardiovascular risk factors during smoking cessation with bupropion or nicotine.
Horm Metab Res 2004; 36 (3):178-82.
- ¹⁴ ELIASSON B, HJALMARSON A, KRUSE E, LANDFELDT B, WESTIN A.
Effect of smoking reduction and cessation on cardiovascular risk factors.
Nicotine Tob Res 2001; 3:249-55.
- ¹⁵ RONKSLEY PE, BRIEN SE, TURNER BJ, MUKAMAL KJ, GHALI WA.
Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis.
BMJ 2011; 342: d671
- ¹⁶ GUO X, ZHENG L, WANG J, ZHANG X, ZHANG X, LI J, et al.
Epidemiological evidence of the link between sleep duration and high blood pressure : A systematic review and meta-analysis.
Sleep Med 2013; 14 (4) : 324-32.
- ¹⁷ SUKA M, YOSHIDA K, SUGIMORI H.
Persistent Insomnia is a Predictor of Hypertension in Japanese Male Workers.
J Occup Health 2003; 45(6) : 344-50.
- ¹⁸ PHILLIPS B, MANNINO DM.
Do Insomnia complaints cause hypertension or cardiovascular disease?
J Clin Sleep Med 2007; 3(5) : 489-94.
- ¹⁹ ROD NH, VAHTERA J, WESTERLUND H, KIVAMAKI M, ZINS M, GOLDBERG M, et al.
Sleep Disturbances and Cause-Specific Mortality : Results From the Gazel Cohort Study.
Am J Epidemiol 2011; 173(3) : 300-09.
- ²⁰ GUO X, ZHANG X, GUO L, LI Z, ZHENG L, YU S, et al.
Association between pre-hypertension and cardiovascular outcomes: a systematic review and meta-analysis of prospective studies.
Curr Hypertens Rep 2013; 15(6): 703-16.
- ²¹ MANCIA G, MESSERLI F, BAKRIS G, ZHOU Q, CHAMPION A, REPINE C.J.
Blood pressure control and improved cardiovascular outcomes in the International Verapamil SR-Trandolapril Study
Hypertension 2007; 50(2): 299-305
- ²² ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.
Directives : Sur l'apport en sodium chez l'adulte et chez l'enfant. Résumé d'orientation.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85223/1/WHO_NMH_NHD_13.2_fre.pdf?ua=1&ua=1
(consulté le à 03/03/2013)
- ²³ PIENOVI L, LARA M, BUSTOS P, AMIGO H.
Fruit and vegetable intake, and blood pressure. A population research.
Arch Latinoam Nutr. 2015 Mar; 65(1) : 21-6
- ²⁴ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ.
Directives : Sur l'apport en sodium chez l'adulte et chez l'enfant. Résumé d'orientation.
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/85223/1/WHO_NMH_NHD_13.2_fre.pdf?ua=1&ua=1
(consulté le à 03/03/2013)
- ²⁵ SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE.
BLACHER J, HALIMI J.-M, HANON O, MOURAD J.-J, PATHAK A, SCHNEBERT B.
Recommandation : Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte.
<http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/12/Recommandation-SFHTA-2013-Prise-en-charge-HTA-de-lAdulte.pdf>
(Consulté le 21/11/2014)

- ²⁶ ASSURANCE MALADIE CAISSE NATIONALE
SAMSON S, RICORDEAU P, PÉPIN S, TILLY B, WEILL A, ALLEMAND H.
Hypertension artérielle et facteurs de risque associés: évolutions des traitements entre 2000 et 2006. Points de repère N° 10 2007
http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/10/Points_de_repere_n_10-2.pdf
(Consulté le 08/05/2012)
- ²⁷ RIGAL L, FLACOFF 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.
Global Health Promotion 2013; 20 (2): 33-42.
- ²⁸ BAUDRANT-BOGA Magalie.
Penser autrement le comportement d'adhésion du patient au traitement médicamenteux : modélisation d'une intervention éducative ciblant le patient et ses médicaments dans le but de développer des compétences mobilisables au quotidien - Application aux patients diabétiques de type 2 - Médicaments.
Thèse de doctorat : Modèles, méthodes et algorithmes en biologie santé et environnement : Grenoble Université Joseph FOURIER ; 2009GRE10156
- ²⁹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ: BUREAU RÉGIONAL DE L'EUROPE.
Réduire la consommation de sel.
<http://www.euro.who.int/fr/health-topics/disease-prevention/nutrition/news/news/2011/10/reducing-salt-intake>
(Consulté le 2/04/2012)
- ³⁰ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Rapport de la Santé dans le Monde 2002. Chapitre 4 : Quantification de certains risques majeurs pour la santé.
<http://www.who.int/whr/2002/en/chapter4fr.pdf?ua=1>
(Consulté le 5/9/11)
- ³¹ ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ
Rapport de la Santé dans le Monde 2002. Chapitre 4 : Quantification de certains risques majeurs pour la santé.
<http://www.who.int/whr/2002/en/chapter4fr.pdf?ua=1>
(Consulté le 5/9/11)
- ³² ARTINIAN NT, FLETCHER GF, MOZAFFARIAN D, KRIS-ETHERTON P, VAN HORN L, LICHTENSTEIN AH, et al.
Interventions to promote physical activity and dietary lifestyle changes for cardiovascular risk factor reduction in adults : a scientific statement from American Heart Association.
Circulation 2010; 122(4) : 406-41.
- ³³ COMITÉ FRANÇAIS DE LUTTE CONTRE L'HYPERTENSION ARTERIELLE, SOCIÉTÉ FRANÇAISE D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE, SOCIÉTÉ FRANÇAISE NEURO-VASCULAIRE, DIRECTION GÉNÉRALE DE LA SANTÉ.
Objectif 2015 70% des hypertendus contrôlés. Livret pour le plan d'action national « Accident vasculaire cérébral »2010-2014
http://www.comitehta.org/wp-content/uploads/downloads/2012/01/cflhta_Obj2015-vDEF-0901-vWEB.pdf
(Consulté le 29/07/2016)
- ³⁴ IMSHEALTH, CERCLE DE RÉFLEXION DE L'INDUSTRIE PHARMACEUTIQUE.
Améliorer l'observance. Traiter mieux et moins cher.
<http://lecrip.org/wp-content/uploads/2014/11/BrochureObservance-imprim1.pdf>
(Consulté le 18/02/2015)
- ³⁵ SERENI D.
L'observance des traitements : un défi aux politiques de santé.
Paris : Livre Blanc de la Fondation Concorde, 2014 p. 1 -39

- ³⁶ SERENI D.
L'observance des traitements : un défi aux politiques de santé.
Paris : Livre Blanc de la Fondation Concorde, 2014 p. 1 -39
- ³⁷ HAUTE AUTORITÉ DE SANTÉ.
Rapport d'orientation : Développement de la prescription de thérapeutiques non médicamenteuses validées.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-06/developpement_de_la_prescription_de_therapeutiques_non_medicamenteuses_rapport.pdf
(Consulté de 12/12/2011)
- ³⁸ WORLD HEALTH ORGANIZATION.
Global status report on alcohol and health. 2014
http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/112736/1/9789240692763_eng.pdf
(Consulté le 13/04/2015)
- ³⁹ GRABER CE, BLISSMER B, DESCHENES MR, FRANKLIN BA, LAMONTE MJ, LEE IM, et al
American College of Sports Medicine position stand. Quantity and quality of exercise for developing and maintaining cardiorespiratory, musculoskeletal, and neuromotor fitness in apparently healthy adults : guidance for prescribing exercise.
Med Sci Sports Exerc 2011; 43(7): 1334-59
- ⁴⁰ SOSNER P.
Activité physique : une efficacité anti-hypertensive démontrée en mesure ambulatoire de pression artérielle (MAPA) des 24 heures.
Arch Mal Coeur Vaiss Prat 2016; 2016 (252) : 2-6
- ⁴¹ STRAZZULLO P, D'ELIA L, KANDALA N-B, CAPUCCIO F.P.
Salt intake, stroke and cardiovascular disease : meta-analysis of prospective studies.
BMJ 2009;339:b4567
- ⁴² GRAUDAL NA, HUBECK-GRAUDAL T, JURGENS G.
Effects of low-sodium diet vs high-sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol and triglyceride
Cochrane Database Syst Rev. 2011; 11 : cd004022
- ⁴³ STAMLER J, ROSE G, STAMLER R, ELLIOTT P, DYER A, MARMOT M.
INTERSALT study findings : public health and medical care implications.
Hypertension 1989; 14(5):570-7.
- ⁴⁴ STRAZZULLO P, D'ELIA L, KANDALA N-B, CAPUCCIO F.P.
Salt intake, stroke and cardiovascular disease : meta-analysis of prospective studies.
BMJ 2009;339:b4567
- ⁴⁵ HE FJ., MACGREGOR GA.
How far should salt intake be reduced?
Hypertension 2003; 42(6): 1093-9.
- ⁴⁶ BIBBINS-DOMINGO K, CHERTOW GM, COXSON PG, MORAN A, LIGHTWOOD JM, PLETCHER MJ, et al.
Projected Effect of Dietary Salt reductions on future Cardiovascular Disease.
The NEJM 2010; 362:590-9.
- ⁴⁷ STRAZZULLO P, D'ELIA L, KANDALA N-B, CAPUCCIO F.P.
Salt intake, stroke and cardiovascular disease : meta-analysis of prospective studies.
BMJ 2009;339:b4567
- ⁴⁸ SIU A. US PREVENTIVE SERVICES TASKFORCE
Behavioral and Pharmacotherapy Interventions for Tobacco Smoking Cessation in Adults, Including Pregnant Women : U.S. Preventive Services task Force Recommendation Statement.
Ann Intern Med 2015 ; 163 (8) : 622-34
- ⁴⁹ FLEGAL KM, GRAUBARD BI, WILLIAMSON DF, GAIL MH.
Cause specific excess deaths associated with underweight, overweight, and obesity.
JAMA. 2007; 298(17): 2028-37.

- ⁵⁰ DE LORGERIL M, SALEN P, MARTIN JL, MONJAUD I, DELAYE J, MAMELLE N.
Mediterranean diet, traditional risk factors, and the rate of cardiovascular complications after myocardial infarction: final report of the Lyon Diet Heart Study.
Circulation 1999; 99(6): 779-85
- ⁵¹ ESTRUCH R, ROS E, SALAS-SALVADÓ J, COVAS MI, CORELLA D, ASOS F, et al.
Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet.
N Engl J Med 2013;368(14):1279-90 [Erratum in: N Engl J Med 2014; 370(9): 886].
- ⁵² MOYER VA.
Screening for and Management of Obesity in Adults : US Preventive Services Task Force Recommendation Statement.
Ann Intern Med 2012;157(5): 373-8.
- ⁵³ ESTRUCH R, ROS E, SALAS-SALVADÓ J, COVAS MI, CORELLA D, ASOS F, et al.
Primary prevention of cardiovascular disease with a Mediterranean diet.
N Engl J Med 2013;368(14):1279-90 [Erratum in: N Engl J Med 2014; 370(9): 886].
- ⁵⁴ KRIS-ETHERTON P, ECKEL RH, HOWARD BV, ST JEOR S, BAZZARRE TL.
AHA Science Advisory : Lyon Diet Heart Study. Benefits of a Mediterranean-style, National Cholesterol Education Program/ American Heart Association Step I Dietary Pattern on Cardiovascular Disease.
Circulation 2001;103(13):1823-5.
- ⁵⁵ DU H, LI L, BENNETT D, GUO Y, KEY TJ, BIAN Z, et al.
Fresh fruit consumption and major cardiovascular disease in China. China Kadoorie Biobank Study.
N Engl J Med 2016; 374(14): 1332-43.
- ⁵⁶ LEJEUNE C.
Manuel d'analyse qualitative, Analyser sans compter ni classer. 1^{ère} édition
Bruxelles : De Boeck supérieur, 2014
- ⁵⁷ PICHON Marianick
Éléments pour une modélisation des déterminants anthropo-didactiques de l'éducation thérapeutique du patient dans la médecine de proximité : Cas des maladies cardio-vasculaires.
Thèse de doctorat : Sociétés, Politiques, Santé publique, Spécialité Science de l'éducation : Bordeaux ; 2015
- ⁵⁸ DRAPEAU M.
Critères de scientificité en recherche qualitative.
Prat psychologiques 2004; 10(1) : 79-86.
- ⁵⁹ CENTRE DE RECHERCHE, D'ÉTUDE ET DE DOCUMENTATION EN ÉCONOMIE DE LA SANTÉ
L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique. (En ligne)
<http://www.irdes.fr/Publications/Qes/Qes22.pdf>
(consulté le 30/08/17)

Serment d'Hippocrate

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate je promets et je jure au nom de l'être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au dessus de mon travail.

Admis dans l'intérieur des maisons mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me sont confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs, ni à favoriser le crime.

Respectueux et reconnaissant envers mes maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses !

Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque.