



HAL
open science

Observance non médicamenteuse des patients atteints d'hypertension artérielle et influence de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant

Hatim Abdoulaly

► To cite this version:

Hatim Abdoulaly. Observance non médicamenteuse des patients atteints d'hypertension artérielle et influence de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant. Sciences du Vivant [q-bio]. 2021. dumas-03435546

HAL Id: dumas-03435546

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03435546>

Submitted on 18 Nov 2021

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

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



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial - NoDerivatives 4.0 International License

**UNIVERSITE PARIS EST CRETEIL
FACULTE DE MEDECINE DE CRETEIL**

ANNEE 2021

N°

**THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE
DOCTEUR EN MEDECINE
Discipline : médecine générale**

**Présenté et soutenu publiquement le :
A : CRETEIL (UPEC)**

**Par ABDOULALY HATIM
Né le à**

**TITRE : Observance non médicamenteuse des patients atteints d'hypertension artérielle
et influence de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant.**

DIRECTRICE DE THESE :

Dr Julie FABRE

LE CONSERVATEUR DES

BIBLIOTHEQUE UNIVERSITAIRE :

CO-DIRECTEUR DE THESE :

Dr William MIRAT

**Signature de la directrice et du co-
directeur de thèse :**

Cacher de la bibliothèque universitaire :

REMERCIEMENTS

C'est avec beaucoup d'émotion que je dédie ce travail de thèse à mes parents pour leurs affections inépuisables. Vous m'avez permis d'avoir une scolarité normale à Madagascar et vous m'avez soutenu et fait confiance pour aller encore plus loin. Du fond du cœur, merci.

Également, je tiens à sincèrement remercier le docteur FABRE Julie, ma directrice de thèse, et le docteur MIRAT William, mon co-directeur de thèse, qui m'ont accompagné et guidé durant la rédaction de ma thèse. Vous avez su m'aiguiller vers les bons axes de recherche, mais aussi trouver les mots d'encouragement tout le long de ce parcours. En un mot, vous avez été formidables !

Mes pensées vont aussi à tous les membres de l'équipe pédagogique et administrative du département de médecine générale de l'université de Paris Est Créteil. Merci de m'avoir accompagné durant ces quelques années d'internat. Votre dévouement pour la médecine générale est exceptionnel.

A ma chère et tendre Maria, mes mots ne seront jamais à la hauteur de l'amour et du soutien que tu m'as témoigné tout au long de mes études. J'aimerais t'exprimer toute ma gratitude par cette dédicace. Je t'aime.

A mes chers frères pour leurs soutiens. A ma défunte sœur, tu as probablement été la raison qui m'a poussé à devenir médecin.

Aussi, je ne pourrais oublier toutes les personnes que j'ai croisé durant mes stages de médecine et qui m'ont tant appris sur le terrain. Ils ont contribué à cette réussite et je tiens également à leur souhaiter le meilleur.

A ces personnes formidables, qui m'ont accueilli chez eux alors que je n'avais rien à offrir.

A la France, pour m'avoir donné l'opportunité d'effectuer des études universitaires.

TABLE DES MATIÈRES

REMERCIEMENTS.....	2
TABLE DES MATIÈRES	3
LEXIQUE	4
INTRODUCTION.....	5
1. DONNEES EPIDEMIOLOGIQUES.....	5
2. REGLES HYGIENO-DIETETIQUES	6
3. OBSERVANCE DES MESURES HYGIENO-DIETETIQUES.....	7
4. POSTURES DU MEDECIN ET DU PATIENT	9
5. IMPACT DE LA RELATION MEDECIN-MALADE SUR L'OBSERVANCE.....	10
6. HYPOTHESE ET OBJECTIFS	11
MATÉRIEL ET MÉTHODE.....	13
1. ORIENTATION METHODOLOGIQUE	13
2. METHODE DE SELECTION DES PARTICIPANTS.....	13
3. CONTEXTE.....	14
4. RECUEIL DES DONNEES.....	14
5. ANALYSE DES ENTRETIENS.....	15
RÉSULTATS.....	17
1. GENERALITES SUR LES ENTRETIENS.....	17
2. THEME 1 : ETAPES DE LA MALADIE.....	19
3. THEME 2 : RELATION MEDECIN-PATIENT	24
4. THEME 3 : REGLES HYGIENO-DIETETIQUES	31
5. THEME 4 : LES LEVIERS VERS DE MEILLEURS COMPORTEMENTS DE SANTE	36
6. SCHEMA DES CONCEPTS.....	40
DISCUSSION	41
1. RAPPEL DES PRINCIPAUX RESULTATS	41
2. FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	43
3. ANALYSE DES DONNEES DE L'ETUDES ET COMPARAISON AVEC CELLES DE LA LITTERATURE	44
4. PERSPECTIVES	50
CONCLUSION.....	52
BIBLIOGRAPHIE	53
ANNEXES.....	60
ABSTRACT	66
RÉSUMÉ.....	67

LEXIQUE

HTA : hypertension artérielle

FDRCV : facteurs de risque cardiovasculaire

HAS : haute autorité de santé

IMC : indice de masse corporelle

MHD : mesures hygiéno-diététiques

MG : médecine générale

NASH : Non-Alcoholic SteatoHepatitis (stéatohépatite non alcoolique)

OMS : organisation mondiale de la santé

PAD : pression artérielle diastolique

PAS : pression artérielle systolique

RHD : règles hygiéno-diététiques

SAHOS : syndrome d'apnée hypopnée obstructif du sommeil

INTRODUCTION

L'hypertension artérielle (HTA) se définit par une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mmHg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mmHg (40). Une pression artérielle élevée contribue à l'apparition d'affections cardio-neuro-vasculaires (37).

1. Données épidémiologiques

En 2013, selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), sur 17 millions de décès annuel dans le monde suite aux maladies cardio-vasculaires, 9,4 millions étaient imputables aux complications de l'HTA. Cette dernière était responsable de 45% des décès par maladies cardiaques et 51% par accidents vasculaires cérébraux. En 2015, on note une progression sur les chiffres de décès par les maladies cardio-vasculaires dans le monde avec 17,7 millions de personnes, soit 31% de l'ensemble des décès mondiaux (21, 48).

L'hypertension artérielle est la pathologie chronique la plus fréquente en France, touchant près d'un adulte sur trois. En 2009, on estimait à 10,8 millions le nombre de patient hypertendus traités en France avec une progression du nombre de cas liée au vieillissement de la population (46, 30).

Une étude de 2015 sur l'estimation de patient hypertendu en France, basée sur les données issues de l'enquête nationale ESTEBAN, retrouve une prévalence importante de l'HTA (32,3% [IC 95% : 29,7-34,9]), avec une portion élevée de patients hypertendus non traités (seulement 50% avaient un traitement) ou non contrôlés (seulement 55% des patients traités avaient des chiffres tensionnels normaux). Les proportions de patients traités et/ou ayant des chiffres tensionnels contrôlés n'ont pas progressé depuis 2006 (50).

L'HTA représente un coût important pour notre société. Selon les chiffres de l'assurance maladie de 2006, l'HTA est la 3^{ème} cause de prise en charge à 100% derrière les cancers et le diabète. Les remboursements de l'assurance maladie concernant l'HTA s'élevaient en 2006 à 4,4 milliards d'euros. Le coût moyen du traitement était de 422 euros par an et par patient. Ces chiffres ont augmenté depuis l'an 2000. Cette augmentation s'explique par une prise en charge plus précoce des patients, une meilleure prise en compte du risque cardiovasculaire et le coût des traitements (5).

Il est à noter que l'hypertension artérielle non compliquée représente 7% de l'activité des médecins généralistes sur les données issues de l'étude ECOGEN (32).

2. Règles hygiéno-diététiques

L'intérêt de la prise en charge de l'HTA est la baisse des chiffres tensionnels afin de réduire l'incidence des affections cardio-neuro-vasculaires. Il existe deux modalités thérapeutiques : les mesures hygiéno-diététiques (MHD) et les traitements pharmacologiques.

Les MHD font parties intégrantes de la prise en charge de l'HTA à tous les stades de la maladie. Ils sont sans risque et ont un coût moindre par rapport aux traitements pharmacologiques pour l'assurance maladie. Ils contribuent à la réduction des chiffres tensionnels et du risque cardio-vasculaire. Elles peuvent empêcher ou retarder la mise sous traitements médicamenteux dans le cadre des HTA légère et contribuer à une réduction des chiffres tensionnels chez les patients hypertendus traités, permettant une réduction des doses et du nombre des médicaments antihypertenseurs. Par ailleurs, ils favorisent le contrôle des autres facteurs de risque cardio-vasculaires (40, 51).

En 2018, les MHD recommandées dans le cadre de l'hypertension artérielle, par la société européenne de cardiologie et la société européenne d'hypertension artérielle sont les suivantes (40) :

- La limitation de l'apport en sel à 5 grammes par jour.
- Limitation de la consommation d'alcool au maximum à 14 unités par semaine pour les hommes et 8 unités pour les femmes. En pratique, limiter l'apport de 2 à 3 verres l'alcool par jour chez l'homme et 1 à 2 verres pour la femme. Cependant, il existe aujourd'hui de nouvelles recommandations pour limiter les risques pour la santé, valables chez les deux sexes sans distinction : maximum 2 verres standard par jour, sans dépasser 10 verres par semaine, et avoir des jours sans consommation dans une semaine (41).
- Favoriser une alimentaire saine et équilibrée contenant des légumes, des légumineuses, des fruits frais, des produits laitiers faibles en graisse, des céréales complètes, du

poisson et des acides gras insaturés et avoir une faible consommation de viande rouge et saturée, éviter les boissons sucrées.

- Pratiquer une activité physique régulière avec au moins 30 minutes d'exercice dynamique d'intensité modérée (marche, jogging, vélo ou natation) 5 à 7 jours par semaine. La réalisation d'exercices de résistance 2 à 3 jours par semaine peut également être conseillée. Pour un bénéfice supplémentaire chez les adultes en bonne santé, une augmentation progressive de l'activité physique aérobie à 300 min par semaine d'intensité modérée ou 150 min par semaine d'activité physique aérobie d'intensité vigoureuse, ou une combinaison équivalente de ceux-ci, est recommandée.
- Maintenir un poids corporel sain avec un IMC entre 20 et 25 kg/m² chez les personnes de < 60 ans et plus élevé chez les patients plus âgés. Le tour de taille recommandé est < 94 cm chez les hommes et < 80 cm pour les femmes.
- Arrêt du tabac.

3. Observance des mesures hygiéno-diététiques

L'observance, sur le plan thérapeutique est définie par l'académie nationale de pharmacie comme une « observation fidèle, par un patient, des prescriptions concernant, par exemple, un régime et/ou un traitement. Elle est conditionnée par différents facteurs d'ordre émotionnel, cognitif, comportemental et social ». Le comportement du patient vis-à-vis de son traitement ou des MHD est la traduction matérielle de l'acceptation à des degrés variables des prescriptions. L'observance devient une traduction physique de l'adhésion. Elle est elle-même dépendante de nombreux éléments (pathologie, traitement et effets secondaires, éducation et représentation du patient, interaction avec les acteurs du système de soin, facteurs socio-économique et environnement du patient, etc.) (1, 23).

Une des causes principales d'un contrôle tensionnel insuffisant, est la mauvaise observance des MHD par les patients hypertendus. Pourtant l'association entre certains comportements et les chiffres tensionnels a bien été établie. L'intérêt de ces mesures ne semblent pas être compris et appliqué. L'inobservance des traitements est également associée à celle des MHD. Plusieurs études et articles permettent d'appuyer ces constats.

- Il existe une association significative entre l'obésité principalement abdominale et l'HTA (39). Une analyse de plusieurs études a montré une variation de la PAS associée à la perte de poids dans la proportion -1kg/-1 mmHg de PAS (8).
- Le sel et l'alcool augmentent les chiffres tensionnels, avec un apport calorique supplémentaire pour l'alcool (10). A l'inverse, la restriction sodée chez les patients hypertendus baisse la PAS de -4,18 mmHg (-5,08 à -3,27) et la PAD de -1,98 mmHg (-2,46 à -1,32) (31). Une étude sur des patients hypertendus en Ile-de-France retrouve une consommation de sel de 8,5 g par jour en moyenne. Elle était plus élevée chez les personnes obèses (29).
- Une étude menée sur des patients hypertendus noirs Africains montre une corrélation positive entre un mauvais contrôle tensionnel et un régime alimentaire inadapté (58).
- La sédentarité a été observée comme associée à un niveau tensionnel plus élevé et à l'inverse, la prévalence de l'HTA est plus faible chez les sportifs (55). L'exercice aérobie induit une baisse de PAS de 3,9 mmHg (2,72 à 4,97) et de PAD de 2,6 mmHg (1,81 à 3,35). Le bénéfice existe à tous les âges et s'additionne à celui des traitements (57).
- Une étude sur des patients hypertendus suivi en médecine générale (MG), retrouve un risque cardiovasculaire élevé chez 63.4% des patients et une normalisation tensionnelle chez seulement 39% de l'échantillon. La normalisation tensionnelle était significativement liée au niveau de connaissance sur la maladie et le traitement du patient suivi en MG. Dans le cadre de cette étude, seulement 10% des patients appliquaient totalement les règles hygiéno-diététiques, 70% partiellement et les 20% restant n'appliquaient aucune des mesures recommandées (6).
- Une étude sur les facteurs prédictifs du comportement d'observance au traitement chez les patients hypertendus non contrôlés en France, retrouve 21% de patients non observants majeurs. Parmi les facteurs prédictifs d'inobservance, on retrouvait la sédentarité et la consommation excessive d'alcool. Les autres facteurs étaient le nombre important de traitement et de prise, la non-connaissance de leur intérêt, la peur des effets secondaires, la présence d'un symptôme, la pratique régulière de l'automesure. (47)

- L'adhésion aux règles d'hygiène alimentaire associée au traitement hypocholestérolémiant dans un échantillon de patients dont la moitié était hypertendue, démontre que 25% des patients adhèrent mal à ces règles et que l'intérêt fondamental de la diététique semble être mal comprise des patients. Les mesures ne sont pas perçues comme susceptibles d'améliorer leur pronostic cardiovasculaire global (3).
- L'hygiène de vie des femmes se dégradent depuis une trentaine d'année, associée à des comportements à risque plus important (tabac, alcool, sédentarité, habitude alimentaire). Chez les femmes de 27 à 44 ans, la moitié des facteurs de risques cardio-vasculaires (FDRCV) dont l'HTA et $\frac{3}{4}$ des accidents coronaires sont attribués à une hygiène de vie inadaptée. Les femmes s'exposent de plus en plus tardivement au tabac et le cumulent avec d'autres FDRCV. Entre 2006 et 2015, dans la tranche d'âge des 40-54 ans, il y a eu une baisse de 16% de la proportion de femmes actives physiquement et la prévalence d'obésité est devenue supérieure à celle des hommes (36).

Il existe un réel bénéfice à appliquer les MHD recommandées dans le cadre de l'HTA mais elles ne semblent pas être appliquées.

4. Postures du médecin et du patient

Dans la littérature, on constate chez les médecins généralistes, qu'il est plus facile d'échanger avec le patient sur la connaissance et la technique dans la gestion de l'HTA que sur les habitudes de vie, (alimentation, exercice physique, tabac, alcool), quel que soit le niveau d'atteinte cardiovasculaire, induisant une inobservance. Or 58% des médecins généralistes adhèrent « fortement » aux recommandations sur les règles hygiéno-diététiques dans le cadre des maladies chroniques. Ils pensent cependant, que les patients ne souhaitent pas être considérablement responsabilisé dans la gestion de leur maladie. Il existe ainsi une dichotomie entre le biomédical et la dimension psychologique et sociale. Le patient déplace la causalité de sa maladie sur des éléments hors de portés (intrinsèque) et situe la possibilité de contrôle de la maladie sur des facteurs extérieurs. Les MHD et l'éducation ne semblent pas être prioritaire pour le malade. Hors l'obtention d'une alliance thérapeutique et l'autonomisation du patient sont basées sur l'expertise mais aussi sur la coopération et la coexistence entre des « savoirs hétérogènes ». En mettant en évidence les mauvaises habitudes de vie et le lien de causalité avec la maladie, le médecin peut clarifier les engagements du patient et faire de l'hygiène de

vie un médicament. Aussi l'éducation du patient concernant leur habitude hygiéno-diététique est officiellement intégrée à la spécialisation de la médecine générale mais peu objectivée (22, 28).

Du côté des malades, l'HTA est perçue comme une simple réaction au « stress ». Leurs inobservances seraient secondaires à une carence de leur médecin généraliste dans la gestion du « stress », du mode de vie et des traitements des malades. Son rôle serait de « conseiller, définir les objectifs, et surveiller l'observance et les chiffres de pression artérielle » (33).

L'observance est la traduction matérielle de l'adhésion. Elle est secondaire à une alliance thérapeutique entre le médecin et son patient. Cette alliance est fondamentale dans les pathologies chroniques comme l'HTA. Elle est utile à la fois pour le médecin confronté à des situations parfois difficiles et conflictuelles mais aussi pour le malade afin d'adhérer à une prise en charge parfois contraignante ou génératrice d'angoisse, dans un contexte où l'opinion du patient et sa relation forte avec son médecin jouent un rôle important sur la qualité des soins. A la différence des interventions traditionnelles plus directives, à efficacité limitée dans la promotion des comportements de santé dans les maladies chroniques, l'entretien motivationnel semble être une alternative appropriée. Il s'agit d'un style de communication centrée sur la relation médecin malade, dans le but de favoriser un changement. Il explore la motivation propre du malade ainsi que son ambivalence pour promouvoir le changement des habitudes de vie. Un autre processus utile pour améliorer l'observance des patients dans les pathologies chroniques, est le bilan éducatif partagé qui est une technique à part entière, qui consiste à impliquer le patient et ses proches dans le cadre d'une démarche d'éducation thérapeutique, où le médecin devient un accompagnateur à long terme. Le but étant que le malade devienne expert dans sa pathologie, collaborateur des décisions afin de conserver son état de santé et améliorer sa qualité de vie. Il est à noter qu'il n'existe pas de lien majeur entre la qualité des soins perçue par le patient et la qualité technique des soins, la qualité des procédures, le coût des soins et la fréquence de recours au soin (12, 56, 15).

5. Impact de la relation médecin-malade sur l'observance

Une thèse sur les freins à l'observance des mesures hygiéno-diététiques chez les patients hypertendus traités dans les Alpes Maritimes évoque le rôle central du médecin généraliste dans la dispensation des informations sur les habitudes de vie mais aussi du rôle majeur de la société dans la promotion de santé des patients. L'absence d'informations claires sur la maladie, les

traitements et les risques encourus, données par le médecin généraliste, mais aussi par l'absence de dispensation d'informations de santé par les médias seraient des freins à l'implication des patients dans leur prise en charge. Par ailleurs, le plaisir à travers la nourriture, les douleurs restreignant les activités physiques, la responsabilité des industries par rapport à la composition des produits alimentaires, l'absence d'éducation précoce à une hygiène de vie saine et l'activité professionnelle (repas inadaptés, baisse de l'activité physique) sont les freins retrouvés au respect des mesures des règles hygiéno-diététiques (45).

On retrouve un impact positif sur l'observance et la relation médecin-patient dans une thèse dont l'objectif était de définir s'il existait un lien entre la connaissance des indications des traitements, l'observance et la relation médecin-malade. Cependant l'évaluation par le score APMG (échelle des attitudes professionnelles des médecins généralistes) qui témoigne de la relation médecin malade, retrouve une moins bonne note dans la dispensation de conseils de prévention par rapport aux différents aspects de la relation médecin malade évalués par cette échelle (14).

Une thèse autour des facteurs d'observance sur les traitements chroniques révèle sur le résultat de méta-analyse, que la qualité de la relation médecin malade est essentielle. L'attitude du thérapeute permet d'améliorer sa relation avec son patient et améliorer son observance médicamenteuse (4).

6. Hypothèse et objectifs

Il existe peu de travaux autour de la relation médecin-malade et son influence potentielle sur l'observance des MHD chez les patients hypertendus. Le type de relation du médecin, ainsi que la posture prise par le professionnel avec son patient, semblent influencer l'application des mesures hygiéno-diététiques. Il semble alors intéressant d'explorer et de comprendre comment la relation médecin-malade peut moduler l'aptitude au changement de comportement des patients hypertendus.

Nos hypothèses sont les suivantes :

Une approche médecin-malade centrée sur le patient est plus pertinente dans une démarche d'acceptation et d'application de meilleurs comportements de santé face à l'hypertension artérielle.

Le type de relation médecin-malade modifie l'observance non médicamenteuse dans le cadre de l'hypertension artérielle.

L'objectif de l'étude est d'explorer et comprendre la relation entre l'observance des règles hygiéno-diététiques des patients hypertendus contrôlés ou non et leur relation avec leur médecin généraliste.

MATÉRIEL ET MÉTHODE

1. Orientation méthodologique

Il s'agit d'une étude qualitative exploratoire selon une approche phénoménologique. Cette méthode permet de décrire et explorer des données. Il s'agit d'améliorer la compréhension des phénomènes, notamment dans le cadre de la relation entre l'observance des règles hygiéno-diététiques des patients hypertendus contrôlés ou non et leur relation avec leur médecin généraliste (18, 7, 49).

La réalisation de ce travail de recherche et la rédaction de cette thèse ont suivi les lignes directrices COREQ qui fait office de référence pour l'élaboration et la rédaction de travaux de recherche qualitatifs (27).

2. Méthode de sélection des participants

La population étudiée regroupe des patients présentant une hypertension artérielle essentielle contrôlée ou non et suivis par des médecins généralistes dans des maisons de santé réparties dans les différents départements d'Île-De-France.

Le recrutement s'est fait à la suite d'une demande par mail, téléphone ou par un contact direct du thésard auprès des médecins exerçant en maison de santé afin qu'ils puissent mettre celui-ci en relation avec un ou des patients hypertendus qui auront donné leur accord au préalable pour participer à ce projet de thèse. Les médecins généralistes ont été informés de la nécessité d'être vague autour du projet lors de leur échange avec les patients afin de garantir un discours authentique et non pas préparé lors de l'entretien à posteriori. Un document d'information à remettre lors du recrutement leur a été transmis (annexe 1). Les patients ont été sélectionnés avec l'aide des médecins généraliste selon leurs caractéristiques, afin d'obtenir un échantillon le plus large et exhaustif possible, de manière raisonnée. Les variables de recrutement ont été l'âge, le sexe, l'ethnie, le niveau d'étude, le tabac, le poids, l'activité physique, le nombre de traitements, la date du diagnostic et le nombre d'année de suivi par le médecin généraliste. Ces patients ont été ensuite contactés par le thésard après que celui-ci a eu reçu le numéro de téléphone des participants, pour annoncer les modalités de l'entretien sans détailler le contenu

de l'échange à venir et convenir d'un rendez-vous à la date et au lieu de leur convenance pour réaliser un entretien individuel semi-directif. Une note d'information écrite a été remise au patient lors du rendez-vous le jour de l'entretien (annexe 2).

La taille de l'échantillon n'était pas définie au préalable. Il était prévu que les entretiens seraient interrompus lorsque l'analyse aurait permis d'atteindre la suffisance des données (pas de nouveaux éléments lors de l'analyse axiale). Aucun patient sélectionné par les médecins ayant répondu à la demande de recrutement n'a refusé de s'entretenir avec le thésard.

3. Contexte

La collecte des données a été effectuée au domicile pour quatre patients, un dans un café, un autre au téléphone puis à distance par vidéo (Zoom® ou Skype®) pour les quatre derniers patients en raison du confinement lié à la Covid-19. Les lieux de recueils en présentiel ou les méthodes de recueil par téléphone ou vidéo ont été choisis à la convenance des patients.

Il n'y avait pas de présence de non participant lors des entretiens. Un seul entretien avait été interrompu brièvement par une tierce personne (facteur).

4. Recueil des données

Les entretiens ont été structurés selon un guide d'entretien (annexe 3) validé par le comité de pilotage du projet (directrice de thèse, co-directeur de thèse et thésard) qui aborde différents thèmes : la perception de l'hypertension artérielle par les patients, la connaissance et l'application des règles hygiéno-diététiques, la relation avec le médecin et l'impact des consultations de suivi sur le comportement de santé, approche médecin-malade en faveur de la promotion des comportements de santé.

Il a été testé sur la première participante pour laquelle les données recueillies ont été prises en compte dans l'analyse. Ce guide d'entretien a été modifié une seule fois (annexe 4) suite à la première confrontation de l'analyse des données sur les cinq premiers participants entre le thésard, la directrice de thèse et le co-directeur de thèse. La modification était axée sur la suppression ou la modification des questions peu contributives à la collecte des données et

l'ajout de questions supplémentaires pour améliorer le recueil et explorer des champs d'intérêts complémentaires.

La durée des entretiens a varié entre 40 minutes et 1 heures 30 minutes. Globalement, la durée a été plus courte lors du recueil à distance. Il n'y a eu qu'un seul entretien par participant. Chaque entretien a été enregistré en totalité par audio grâce à un dictaphone avec l'accord des patients puis retranscrits manuellement, mot à mot, par le thésard sur le logiciel Word®. Chaque retranscription a nécessité entre six et dix heures. Lors des entretiens, des petites notes étaient prises au fur et à mesure (émotions, personnalité, habitus, éléments non verbaux).

Au total, dix médecins ont répondu à la demande sur les trente-six médecins contactés progressivement sur une période de sept mois. Au total, dix personnes ont été interrogés, tous suivis par un médecin différent, couvrant huit maisons de santé. Le recrutement des patients a été arrêté aux dixièmes patients en l'absence de nouvelles données recueillies.

Aucun participant n'a souhaité un retour des retranscriptions pour des éventuels commentaires ou corrections, principalement en raison du covid-19 ou du manque de temps, mais trois d'entre eux ont souhaité connaître la conclusion de la thèse. Un des médecins ayant participé au recrutement a également souhaité obtenir les résultats de cette étude.

5. Analyse des entretiens

Le contenu des entretiens a été analysé par une méthode d'analyse thématique manuelle par confrontation d'un triple codage entre le thésard, la directrice et le co-directeur de thèse. L'analyse a été inductive et progressive et les entretiens ont été interrompus lorsque l'analyse a permis d'atteindre la suffisance des données.

L'intégralité des propos et émotions des interviewés ont été reporté sur le logiciel Word® puis lu à de nombreuses reprises. Les textes ont été découpés au maximum en unité de sens afin d'analyser et dégager chaque élément pertinent des entretiens. Le thésard, le directeur de thèse et le co-directeur de thèse ont travaillé séparément pour effectuer les codages puis les confronter ensemble.

Nous avons travaillé sur le logiciel Excel® pour effectuer le codage axial. Le thésard s'est aidé d'un tableau à trois colonnes, avec une première colonne contenant le concept émergent, la deuxième, l'extrait du verbatim puis la dernière, le numéro de l'entretien.

L'analyse thématique et transversale a fait l'objet de plusieurs séances d'échange entre les chercheurs. Une restitution au terrain (personnes interviewés) des résultats n'a pas été possible par manque de temps.

Un arbre des catégories (schéma des concepts) a permis de décrire la situation avec une meilleure visualisation des connexions entre les différents concepts (voir en fin de résultat).

RÉSULTATS

1. Généralités sur les entretiens

Dix entretiens semi-dirigés ont été réalisés entre juin et décembre 2020. Ils ont duré entre 40 minutes et 1 heure 30 minutes avec une moyenne de 50 minutes. Les entretiens ont été classés par ordre chronologique de réalisation, et sont désignés par la lettre E suivie d'un chiffre (par exemple E1 correspond au premier entretien).

L'échantillon comportait cinq femmes et cinq hommes, dont un patient antillais et un autre Camerounais. Leur âge était compris entre 50 ans et 85 ans avec des niveaux d'études très variables. L'âge de découverte de l'HTA était compris entre 24 et 59 ans et le nombre d'année de suivi avec le médecin traitant actuel varié de 6 mois à 32 ans. Le nombre antihypertenseur pris par les patients allait de 0 à 3 et le nombre de consultation annuelle de 0 à 4. Parmi les patients, deux étaient poly pathologiques (E6, E9). La moyenne des indices de masse corporelle était de 30,42 kg/m² (de 23,11 à 62 kg/m²). Deux étaient tabagiques actifs au moment de l'entretien. La consommation en boissons alcoolisées, la pratique d'une activité physique, l'application des mesures alimentaires étaient très variables au sein de cet échantillon.

Tableaux des caractéristiques des patients

E	Age Et Sexe	Ethnie	Niveau d'étude Et Travail	Année Découverte de l'HTA	Nombre de médicaments pour l'HTA	Nombre annuel de consultation pour l'HTA	Année de suivi avec le médecin traitant	Comorbidité(s)
1	69 F	Française	Primaire (CEP) / Poissonnière	2006	1	4	2 ans (10 avec ancien médecin)	Hashimoto Prothèse totale de hanche Agoraphobie
2	50 M	Français	Bac +3 (Scientifique) Directeur de production	2018	0 (Refus du traitement)	2	3 ans	SAHOS
3	85 F	Française	Bac +3 (Littéraire) Enseignante puis romancière	1959	1	Pas de consultation spécifique	9 ans (Ne consulte pratiquement pas son médecin)	Cancer de l'utérus
4	53 M	Français	CAP Plombier	2018	1	2	1,5 ans	Crise de goutte Hypercholestérolémie
5	50 M	Antillais	Bac +5 (Littéraire) Réalisateur	2020	2	1 tous les mois. Maintenant tous les 3 mois.	6 mois	Glaucome
6	69 F	Française	CAP Travail dans de nombreux domaines (petit boulot).	1990	1	Pas de consultation spécifique	32 ans	Diabète type 2 SAHOS Obésité morbide Dyslipidémie Stéatose hépatique Hypothyroïdie Biermer Arthrose/hernie discale Cystite chronique ...
7	73 F	Franco-marocaine	Bac +3 Enseignante	2006	2	Pas de consultation spécifique	4 ans	Infarctus du myocarde Arthrose Hernie discale
8	62 F	Française	Bac +3 Enseignante	1988	1	2	7 ans	Aucune
9	65 M	Français	CAP cuisine Restauration	2000	3	4	20 ans	Diabète type 2 SAHOS Dyslipidémie Crise de goutte
10	58 M	Camerounais	Bac +5 (Économie et sociale) Sécurité incendie	2013	2	1 tous les mois	1 an	Aucune

E	Tabac Alcool (OH)	Activité Physique	Poids Tailles IMC	Sel Alimentation	Lieu entretien
1	Tabac 0 OH 10 grammes par semaine	Marche 1h30 à 2 h tous les jours.	66,8 kg 170 cm 23,11 kg/m ²	Ne sale pas ou peu. Utilisation de sel aromatique/avec moulin ou substitution par la spiruline. Alimentation très équilibrée et bien proportionnée, riche en fruits et légumes	Domicile
2	Tabac 0 OH 30-40 grammes par semaine	Judos et course à pied 2 à 3x/semaine	107 kg 195 cm 28,1 kg/m ²	Ne sale pas Alimentation très équilibrée et produits non transformés consommés.	Domicile
3	Tabac 0 OH 0	Néant	85 kg 168 cm 30,3 kg/m ²	Ne fait pas attention au sel Alimentation non équilibrée (petit-déjeuner très gras et calorique, dîner pauvre, pas de déjeuner) Consomme beaucoup de fruits	Domicile
4	Tabac 0 OH sévère en 2019 suite HTA	Vélo et fitness au domicile 3x/semaine	84 kg 182 cm 25,4 kg/m ²	Sale pas au domicile. Mange salé au travail. Alimentation plus ou moins équilibré au domicile. Déjeuner à la cantine sur le lieu du travail. Consomme des fruits et légumes.	Téléphone
5	Tabac 10/jour depuis le diagnostic HTA (reprise) OH 0	Marche 1h à 2 h tous les jours	90 kg 180 cm 27,7 kg/m ²	Baisse de la quantité de sel/pain fait maison Alimentation équilibrée (légume, féculent, viande) mais consommation importante de viande. Consomme peu de fruits. Évite l'apport en sucre.	Café
6	Tabac 0 (Mari qui fume) OH occasionnel	Néant (Mobilité réduite à cause des comorbidités)	190 kg 175 cm 62 kg/m ²	Ne fait pas attention au sel Alimentation non équilibrée. Consommation importante de viande, Beaucoup de grignotage. Appétence pour le sucre. Ne consomme pas de fruits.	Domicile
7	Tabac 0 OH 0	Marche et vélo d'appartement	66 kg 160 cm 25,78 kg/m ²	Sale peu au domicile Alimentation équilibrée. Consommation de fruits et légumes. Peu de grignotage.	Vidéo
8	Tabac 0 OH 0	Marche, randonnée, vélo	70 kg 170 cm 24,22 kg/m ²	Sale peu au domicile Alimentation non équilibrée. Mange ce qui lui fait plaisir.	Vidéo
9	Tabac 0 OH occasionnel	Vélo elliptique 3 à 4 h par semaine	95 kg 170 cm 32,8 kg/m ²	Tendance à beaucoup saler. Essaie de faire attention. Alimentation non équilibrée. Mange ce qui lui fait plaisir. Consommation pauvre en fruits et légumes.	Vidéo
10	Tabac 10/jour 21 PA OH 10-20 grammes par semaine	Néant	87 kg 187 cm 24,8 kg/m ²	Sale peu. Alimentation non équilibrée avec des horaires variables. Consommation de fruits +	Vidéo

L'analyse thématique a permis de catégoriser quatre grands concepts évoqués par les dix patients interrogés qui sont : étapes de la maladie, relation médecin patient, règles hygiéno-diététiques et leviers vers de meilleurs comportements de santé. Ces concepts sont articulés entre eux et s'organisent selon le schéma des concepts (*voir en fin de la section résultat*).

2. THEME 1 : ETAPES DE LA MALADIE

a. *Facteurs prédisposants*

Le travail, l'hérédité et l'alimentation sont perçus comme des éléments prédisposant à l'HTA.

a.1 Travail

E2 : « j'ai une vie professionnelle qui m'a toujours mis dans des situations de grosse tension »

E3 : « Pour ses livres sur la guerre de 14, il travaillait trop. Donc, la surchauffe, c'est grave et ça donne de la tension et la tension elle peut être mortelle. Ça c'est sûr. Il faut le signaler. »

a.2 Hérité

E8 : « Alors cette tension elle est apparue sur un terrain héréditaire de par ma grand-mère maternelle »

E10 : « ma maman elle a 85 ans, elle a l'hypertension et j'en ai hérité ! Donc il y a toujours de la tension dans la famille »

a.3 Alimentaire

E1 : « je pense que quelqu'un qui est cool n'a pas de tension. Sauf s'il y a des facteurs génétiques ou sauf s'il y a des facteurs alimentaires... à savoir manger beaucoup »

E9 : « Après pourquoi j'ai de la tension (...) Et peut-être parce que je mange trop salé aussi. Parce que je suis sel, je suis très sel. »

b. Origine

L'origine de l'HTA serait liée à des éléments hors de portée du malade. Elle n'est pas associée à une mauvaise hygiène de vie.

b.1 Période de stress

E6 : « je crois que c'est le stress qui fait ça, le stress. »

E7 : « Et en ce moment, si vous voulez, il y a des nuits, quand je fais des cauchemars, je prends ma tension, je monte, j'ai peut-être 16 de tension. Je pense que le système nerveux, mon système nerveux, fait qu'elle monte. Voilà, c'est le stress. »

b.2 Vie

E5 : « Et je pense que l'entrée du covid et de ressasser des souvenirs personnels, dures, de vie, qui font qu'on se retrouve dans des situations un peu de vulnérabilité, en tout cas de se dire qu'on est vulnérable. Ça a peut-être, encore fait monter la tension. »

E8 : « Quand j'étais enceinte, pendant ma maternité, je n'ai eu aucun souci de tension. C'est au moment du divorce, après le divorce, que ça s'est déclaré. Je ne sais pas si c'est le terrain héréditaire, le stress lié au divorce »

b.3 Personnalité

E1 : « Il y a certainement une petite part d'ego aussi. Certainement une grosse part d'ego, à vouloir dire c'est moi qui aurais raison par rapport à toi. »

E2 : « que ce soit à la maison ou au boulot, je suis toujours en mode super dynamique. Et du coup, je l'ai lié à ça »

b.4 Facteur déclenchant

E2 : « Je pense que ce qui a déclenché vraiment chez moi l'hypertension, c'est ce qui est venu par-dessus, c'est l'apnée du sommeil (...) Je me dis que le cœur il a dû prendre. »

E3 : « Le diagnostic, c'est la phlébite. C'est la phlébite qui... C'est les médicaments qu'on m'a donné qui ont fait baisser la tension parce que je devais faire de la tension quoi, pour avoir ça. Donc c'est à cette occasion-là, donc ça remonte à des années quand même. »

c. Représentations

Les représentations sur l'HTA sont très variables et peu savantes. Mais les patients sont conscients des risques cardio-vasculaires.

c.1 Image du corps

E1 : « On peut prendre ça, un peu comme une bouilloire. Et puis, ça déchaine un peu tous les éléments dans l'organisme »

E10 : « C'est la vitesse à laquelle ça circule dans les vaisseaux. »

c.2 Psychisme

E3 : « C'est ça la tension. C'est le souci de l'équilibre »

E5 : « Moi, ça représente un moment de grande tension, de panique, de peur »

c.3 Age

E1 : « Mais vous ne pensez pas tout ça, en fait. Vous êtes plus jeune, moi on m'a diagnostiqué ... je devais avoir 52, 53. Je n'ai rien changé. »

E8 : « J'étais jeune ! Parce que pour moi, la tension, c'était quelque chose qui correspondait à un certain âge, peut être à l'âge que j'ai aujourd'hui. »

c.4 Mystère

E2 : « J'ai dû mal à matérialiser en tant que tel, parce que c'est quelque chose d'assez transparent je dirais, incolore, inodore »

E5 : « Je ne me rends pas compte de ce que ça veut dire techniquement »

c.5 Risques cardio-vasculaires

E3 : « Et puis, c'est des risques vasculaires quand même. »

E6 : « Mais il faut faire, souvent attention au cœur quand-même ! On peut faire des AVC, n'importe quoi après ! »

c.6 Mortelle

E8 : « Elle est décédée de ça. Ça ne se traitait pas de la même manière à l'époque et aujourd'hui »

E10 : « Moi je ne connais pas la conséquence de la tension sauf qu'il y a décès ! Pour le reste, je ne connais pas le mécanisme qui conduit au décès. »

d. La rencontre

Le contexte induisant le diagnostic de l'HTA est variable sans lien établi avec l'observance des MHD.

d.1 Le médecin

E1 : « Donc, il me l'a dit tout simplement et ça ne m'a pas gêné plus que ça. Non, je m'en foutais. »

E9 : « Une fois, on me la prenant, elle a dû se rendre compte que j'avais trop de tensions. Mais je ne m'en souviens pas. Il n'y a rien qui m'a marqué spécialement »

d.2 La maladie (symptomatique)

E6 : « C'est un jour, je ne sais pas pourquoi, je n'étais pas bien. J'avais des vertiges. J'avais des bouffées de chaleur. J'avais été à Meaux à l'époque, j'étais à Meaux. J'étais allé voir mon médecin, il m'a pris ma tension, il m'a dit « Oh, vous faites un peu trop de tension ». Il m'a donné un médicament »

E8 : « Le diagnostic, c'est moi qui me sentais mal, avec des sensations bizarres dans la tête, un peu comme des vertiges, mais je n'ai jamais eu de malaises. Je sentais qu'il y a quelque chose qui était bizarre (...) Et donc, à l'occasion d'une consultation avec mon médecin de l'époque, puisque là ce n'était pas le docteur M qui ne me suivait évidemment pas à l'époque. Je lui en ai parlé et en prenant ma tension, il avait trouvé que j'étais à plus de 23. Donc, c'était une tension qui était très élevée et donc il ne m'a pas traité tout de suite. Il m'a fait revenir quelque temps plus tard. Il a repris ma tension qui était toujours très élevée et là il a décidé de commencer un traitement de l'hypertension. »

d.3 Fortuit

E4 : « "Parce que comme j'étais suivi pour de l'acide urique... j'ai une prise de sang à faire tous les six mois et voir les médecin tous les six mois pour avoir mon traitement. Et de là donc, à chaque fois, il faisait la prise de tension, les choses comme ça. C'est là, qu'ils se sont aperçus que je faisais de l'hypertension. »

E5 : « Oui, c'était un ou deux mois dans le covid. Je pensais que j'étais infectée alors que... je ne comprenais pas, je n'avais pas bougé, je travaillé à la maison et tout ça, je n'avais pas été infecté par une seule personne. Et donc voilà, je suis allé faire le test, les médecins m'ont dit,

non ça va tout va bien, vous n'avez pas le covid, mais par contre pour la tension, il y a vraiment un gros souci quoi »

e. La minimisation

L'HTA n'est pas une maladie pour le patient hypertendu et ne favorise pas un meilleur comportement de santé.

e.1 Invisible

E2 : « la maladie, elle est plutôt invisible »

E6 : « Mais je ne me suis jamais posé trop de questions sur la tension. »

e.2 Asymptomatique

E4 : « Je n'ai jamais ressenti les symptômes qu'elle m'a décrit »

E10 : « C'est ce que moi je me disais dans ma tête, je n'ai rien, donc voilà. »

e.3 Pas malade

E1 : « Pour moi, ce n'est pas une maladie (rigole). »

E5 : « Moi je ne suis pas très malade »

e.4 Bénigne

E2 : « le sujet n'est pas très grave en fait »

E9 : « Parce que ce n'est pas si grave que ça la tension, non ? Ce n'est pas grave »

e.5 Pas de changement

E1 : « J'ai continué à vivre aussi énervé et aussi stressé et aussi exigeante vis à vis de moi-même. Et puis, être aussi négligentes (hausse le ton sur ce mot). Cela voulait dire ne pas faire attention à ma nourriture, ne pas faire attention à mes activités physiques. »`

E5 : « Je ne m'en suis pas vraiment occupé. J'ai quand même acheté le tensiomètre. Je ne l'ai pas fait tout de suite. »

f. Acceptation

Une HTA sévère ou symptomatique, une meilleure gestion technique des chiffres tensionnels, un caractère contrôlant et une conscience de la maladie, semblent être associés à une meilleure acceptation de la maladie sans préjuger de l'observance.

f.1 Hypertension artérielle sévère +/- symptomatique

E5 : « Et puis, un jour, j'avais mal à la tête, je l'ai fait et j'ai vu... Je n'en comprenais pas les chiffres que je lisais. Je suis allé voir le pharmacien et le pharmacien m'a dit d'aller voir le

médecin tout de suite. C'est comme ça que j'ai été là-bas. C'était le docteur Y. Donc, c'était génial. »

E10 : « "J'avais déjà une notion de ce que c'était une tension... Une tension normale, c'est 12, 13, 14 ... Donc quand ça dépasse les 20, c'est qu'il y a un souci. »

f.2 Patient acteur

Tensiomètre

E1 : « Et puis il m'a dit « Ça ne va pas » quoi. Donc j'ai acheté un appareil »

E4 : « j'en ai acheté un, de manière à ne plus emprunté à eux »

Relevé de la tension

E6 : « Je marque tout, je le fais tout voir. »

E9 : « Je sais que chaque fois que j'ai un rendez-vous avec le médecin, trois jours avant, il faut que je m'occupe de ma tension, matin et soir, je m'en occupe. J'essaye de faire le mieux possible. Je me suis fait un fichier informatique. Je rentre tous mes chiffres, comme ça, quand je vois le docteur I, je lui emmène un truc tout nickel avec la tension matin, soir, matin, soir »

Contrôle

E2 : « Non. Non, non. Moi, je vous dis, j'ai ma ligne directrice. Je n'en démords pas. »

E9 : « Au rendez-vous où je vais, je prends toujours mon rendez-vous pour trois mois plus tard. »

f.3 Conscience de la maladie

E2 : « il faut se prendre en main quoi. On est avant tout responsable de soi et ce n'est pas les autres. »

E7 : « Ce n'est pas le médecin qui va changer les choses quelques parts, c'est moi »

3. THEME 2 : RELATION MEDECIN-PATIENT

a. Caractéristique

La relation avec le médecin généraliste décrite par les patients est basée sur la confiance, l'écoute, l'échange, l'empathie, l'humanisme, la bonne connaissance du patient et de son environnement. Les médecins sont décrits comme compétent et investi. Cette relation peut être amicale ou rester dans un cadre très professionnel.

a.1 Confiance

E1 : « Donc, on a vraiment des rapports sains avec confiance. Je ne sais pas comment vous dire, mais moi je pose ma tête sur le billot avec elle. »

E9 : « Je pense qu'elle me suit correctement. J'ai confiance ! C'est tout hein, je fais confiance !! »

a.2 Écoute

E4 : « Je ne suis pas du genre à parler beaucoup donc... Mais bon quand il a des choses que j'ai besoin de dire, je lui en parle et elle est à l'écoute. »

E7 : « Madame K, c'est quelqu'un qui vous écoute ! Oui, on peut rester une demi-heure dans son cabinet, oui. Elle prend la tension. Non, je sais qu'elle m'a bien soigné, voilà ! »

a.3 Échange

E6 : « De tout, on parle de tout. Dès fois, on parle de plein de choses. On parle même des vacances. On parle de tout. On parle de la santé mais après on peut parler d'autres choses. »

E8 : « Moi, je l'apprécie. On n'a pas quelqu'un de froid devant soi qui ne semble pas prêter d'intérêt au-delà de... Qui ne vas pas se limiter à l'auscultation, a donné une ordonnance, puis au revoir madame. Non, il y a quand même cet échange qui est important et qui me paraît nécessaire chez un bon médecin. Un peu comme les médecins, comme autrefois de campagne vous savez, qui sont très proches de la population et en ville c'est quelque fois plus difficile, mais je trouve qu'il joue encore un peu ce rôle-là. »

a.4 Empathie

E1 : « Elle n'a pas eu d'apitoiement, justement, mais elle a eu les mots justes. Elle a eu la réponse. Elle ne m'a pas dit comme j'entendais souvent « Oh ma pauvre, tu me dois ça comme balle, salut ». Et elle a eu des mots justes. Elle a eu les mots justes, elle a été empathique sans pour autant être pleureuse, voyez-vous. »

E6 : « Mais bon, comme moi j'ai un mari bipolaire, il m'a dit « c'est compliqué pour vous ». Moi je gère tout hein, tout, tout. »

a.5 Humain

E4 : « Mais je n'ai aucun problème, elle est très gentille, très gentille »

E8 : « Docteur M, vous le croisez dans la rue, il va vous dire bonjour, il va parler avec vous, vous demandez comment vous allez, ce n'est pas quelqu'un d'inaccessible. Certains médecins peuvent être inaccessible, avoir un air supérieur. Ce n'est pas du tout son cas, il est très accessible. C'est bien, c'est agréable. »

a.6 Connaissance du patient et de son environnement

E6 : « Comme je sais que mon docteur, il sait ce que j'apprécie, ce que je n'apprécie pas, que les autres ne connaissent pas. »

E9 : « Non mais, docteur I, pour ça, elle me comprend, elle me connaît bien je pense. Je pense qu'elle a compris le bonhomme. »

a.7 Investi

E4 : « elle essaie de faire au mieux »

E8 : « C'est un médecin qui va téléphoner pour prendre des nouvelles »

a.8 Compétence

E1 : « Bah Docteur A, elle a tout de suite traité quoi, elle a traité mieux. »

E10 : « Il est compétent, c'est déjà ça. »

a.9 Type de relation

Amicale

E1 : « Moi, je parle comme si c'était une vieille copine. »

E9 : « Je l'appelle pour son anniversaire, ça j'aime bien ! »

Professionnelle

E2 : « Ce n'est pas ma mère, ce n'est pas mon père »

E6 : « Mais ce n'est pas mon ami non plus. C'est un médecin, c'est normal »

b. Analyse des postures du médecin

Les médecins peuvent être paternalistes ou autonomistes. Mais souvent, on retrouve une posture de soutien vis-à-vis du patient.

b.1 Soutien

E9 : « Après, éventuellement, je peux en parler avec elle quand je suis en consultation avec elle. Je vais lui dire, je fais tel sport, est-ce que c'est bien ? Et, elle va me dire, oui c'est bien ça ! Vous faites ça tous les jours ou tous les deux jours, c'est bien. »

E10 : « Non j'ai dit au docteur, vous me dites de supprimer le sel mais ça n'a pas le même goût hein. Il m'a dit alors, diminue de moitié... Voilà, il m'a compris aussi hein ! C'est important hein ! »

b.2 Paternaliste

E1 : « C'est mon médecin qui s'occupe de tout. Moi, je m'emmène sur le plateau, et je dis voilà (rigole). »

E6 : « Il me dit, il faut vous habituer... mais il m'a dit il faut maigrir ! Ça, c'est le plus important pour vous. »

b.3 Autonomiste

E2 : « Elle me laisse faire mes activités sportives quand je fais un 10-13 km ou à chaque fois, il faut un certificat médical maintenant, elle me le donne, à charge pour moi de respecter mes règles d'hygiène, de perdre du poids, etc. Et d'avoir des indicateurs qui soient dans le bon sens quoi. C'est un peu le deal qu'on a entre nous. »

E6 : « il m'a dit « c'est à vous de gérer ». »

c. Analyse des stratégies du médecin

L'éducation thérapeutique du patient semble primée parmi les stratégies employées par les médecins. Mais on retrouve également la réassurance, la responsabilisation, le suivi adapté et l'orientation.

c.1 Éducation

E4 : « Il y a des choses à faire, il faut le faire, voilà. Il faut prendre votre médicament... La tension, elle pas très bien, il faut faire attention, des choses comme ça. Non, non, vraiment très cool. Moi, j'aime bien ! »

E9 : « elle m'a dit qu'il faut au moins essayer de faire un petit peu attention à ne pas se resservir, à essayer de manger un peu moins, faire du sport, bon... C'est ce que j'essaie de faire. »

c.2 Réassurance

E6 : « Il me rassure ! Je pense c'est ce qu'il fait, il me rassure beaucoup ! »

E7 : « Bien l'autre fois, elle a trouvé que j'en avais beaucoup. Et elle me dit, « oh mais je sais, c'est nerveux quoi ». Elle me dit de ne pas me stresser, d'éviter de... Faire du yoga ou des choses comme ça. »

c.3 Responsabiliser

E6 : « Le médecin, il le sait. C'est pour ça qu'il me dit, « vous savez ce qui est bon et ce qui n'est pas bon pour vous ». Je sais hein. Il me dit, « ça sert de faire des régimes, de voir les nutritionnistes, diététiciennes parce que vous savez très bien que ce qui est bon, ce qui n'est pas bon vous. Donc vous savez très bien quand vous faites des bêtises ou pas ». »

E6 : « Quand je vois mon médecin, je dis « oh j'ai fait des bêtises et manger ça, ça, ça ». Il ne me dispute pas ! Mais il me fait comprendre que ce n'est pas bien pour moi. Et il ne m'a jamais disputé. Il ne m'a jamais dit « t'as fait des bêtises ». Non, non, il m'a dit « fais attention ! C'est important ! Tu vieillis » »

c.4 Suivi adapté

E5 : « au début, je l'ai vu toutes les semaines »

E10 : « Je vois mon médecin traitant une fois par mois. »

c.5 Orientation

E8 : « C'est un généraliste, donc après quand on a des problèmes, des symptômes qui sont liés à une spécialité, ils nous dirigent automatiquement vers un spécialiste donc c'est tout à fait normal »

E9 : « Parce que le docteur I, une fois, elle m'a dit, vous voulez que je vous envoie vers une diététicienne ou une spécialiste, une diététicienne. Je lui ai dit, mais non, ce n'est pas la peine ! Je sais ce qu'il faut faire ! Il n'y a pas besoin ! Et puis je n'ai pas la moindre envie. »

d. Besoins et attentes des patients

Les patients proposent l'utilisation de la peur à bon escient (en fonction du patient) pour induire un changement de comportement. Ils souhaiteraient également un accompagnement personnalisé en fonction de leur besoin, avec un médecin compétent, humain et utilitaire. Ils voudraient également plus d'informations et de conseils sur les MHD.

d.1 Niveau d'utilisation de la peur

Effet inverse

E3 : « J'en avais un qui était pessimiste et qui avait toujours peur que tout le monde attrape une crise cardiaque. Je l'ai fui ! »

Inefficace

E10 : « Et il m'a sorti tout le rôle du tabac, ça bouche ci, ça bouche ça... J'ai dit oui, oui, je vais y penser (rigole). »

Dépendant des patients

E2 : « Il y a des gens, je pense que si vous leur faites trop peur, ça va être une catastrophe nucléaire, donc ça a été encore pire. Moi, si vous me faites peur, ça va me faire réagir. »

Solution

E1 : « Pour moi, il y aurait eu une solution, qui vaut ce qu'elle vaut. « Alors, écoutez monsieur, je vais vous dire ça, vous avez de la tension. Vous fumez, vous buvez, ne faites pas de sport, vous avez de l'embonpoint, etc. Alors je vais vous dire ce qui va se passer. Il y a 2 circonstances, la première, vous allez probablement avoir une hémorragie cérébrale. (...) L'infarctus pourrait avoir des dégâts. Vous ne pourrez plus monter les escaliers parce que vous vous serez essoufflé. Vous aurez tous les problèmes que vous connaissez en pathologie, etc. Je vous demande de

réfléchir à ça. Prenez votre temps, puis revenez me voir et dites-moi ce que vous avez décidé et on fera un protocole de soins. Maintenant, si vous préférez, et dans le meilleur des cas, vous pouvez mourir, mais ce n'est pas garanti. ». Alors, je sors un petit pourcentage de gens qui meurent et un gros pourcentage de gens handicapés. »

d.2 Caractéristiques du médecin

Adaptation au patient

E2 : « D'être plus intrusif dans les efforts que je fais, pour rétablir la situation. Encore une fois, ça correspond à mon caractère. »

E3 : « Il faut un médecin qui soit calme »

E4 : « Et après il faut être soit même c'est tout. Il faut rester soi-même... »

Accompagner

E1 : « Vous êtes là, pour effectivement épauler, accompagner, avoir un certain soutien »

E5 : « Être à l'écoute mais si on a compris, laisser les gens dire leur façon et puis leur dire finalement non, ce n'est pas tout à fait comme ça mais en fait c'est un peu vrai ce que vous dites mais, mais voilà. »

Connaître le patient

E4 : « Après c'est selon la personne qu'on a en face. Chaque personne est complètement différente. Vous ne pouvez pas être comme ça avec quelqu'un, comme ça avec quelqu'un d'autre. Chaque personne à son tempérament. »

E5 : « Parler des choses personnelles de ma vie aussi, qui ont amené vers cette tension très élevée. »

Adaptation du contenu de la consultation

E8 : « Si j'aborde la partie alimentation, ce serait plutôt par rapport à une prise de poids. Mais jamais pour la tension en fait »

E9 : « Mais je n'ai pas besoin spécialement »

Compétent

E1 : « Il y a le relationnel et la compétence, il y a les deux, c'est indissociable »

E8 : « La confiance, l'écoute pour moi c'est important et après évidemment les compétences du médecin. »

Médecin outil

E1 : « Mais pour moi, le médecin est le pivot central d'une maladie que vous pouvez faire durer pendant des années parce que vous avez une confiance absolue avec la personne. Et c'est comme la foi dans l'Église ou dans ce que vous voulez... Brahma, etc. Quand vous avez la foi,

tout va, il n'y a pas de souci. Et donc, moi, quand j'ai des problèmes, je vais le voir. Je ne me pose pas de questions »

E2 : « Moi, je refuse cet aspect technique au sens, au sens du traitement et en même temps, je détermine moi-même du coup mon protocole. Alors aidé par le docteur G, bien sûr »

d.3 Conseiller et informer les patients

E9 : « Ah bah, je lui dirais comme je pense, qu'il faut faire attention à ce qu'on mange, à ce qu'on sale... Et puis, essayer de faire au moins une activité physique régulière. Après, c'est ce que je me dis, parce qu'après à long terme, il y a quand même des risques. Sûrement ! Donc, voilà, je lui dirai ça et c'est ce que je pense d'ailleurs pour moi. »

E10 : « La relation médecin-patient... Il y a la relation de conseil... Il nous fait comprendre... Voilà c'est un peu ça... Voilà ! »

d.4 Éviter les expériences antérieures négatives

E1 : « Lui, il donnait des médicaments, mais ne faisait pas attention à moi. Il était dans la routine (...) Il était dans la routine. Il ne faisait pas attention. »

E6 : « Il y a des médecins, c'est plus dur. Dès fois, ils viennent et après paf paf, ils font un médicament et ils s'en vont. »

e. Facteurs externes altérant la relation

La formation médicale plus technique et les consultations courtes altèrent la relation entre le médecin et son patient. Par ailleurs, le rôle du médecin généraliste ne semble pas être acquis.

e.1 Formation du médecin généraliste

E2 : « le système de formation médicale amène des gens extrêmement performants et techniques. Mais je ne suis pas sûr qu'on note l'empathie du médecin »

E6 : « Je trouve que maintenant, on est un peu plus des numéros qu'autre chose. Ouai, ouai. Pas pour tous ! Mais la plupart, on est un peu des numéros. Je suis ce qu'on me dit et puis c'est tout. Tu n'as plus qu'à la fermer (rigole). C'est malheureux à dire mais c'est comme ça. Et je trouve que la médecine de nouvelles générations, moi ça me fait un peu peur. »

e.2 Organisation du temps de travail

E2 : « En plus la relation avec le médecin, elle est courte aujourd'hui »

E7 : « Et puis, ils sont pressés vous savez. On vient pour... Mais je trouve que les médecins maintenant c'est... Oui ils sont pressés. Et c'est tel médicament et c'est tout. »

e.3 Rôle du médecin traitant

E4 : « Mais au début, on a besoin d'eux quand même, pour le diagnostic, et puis voilà on a besoin d'eux... Savoir ce qu'on a, comment on fait, comment on se sert des médicaments... On a besoin d'eux, mais c'est vrai qu'arriver à un moment, on en a plus besoin. »

E7 : « Oui, la diététique, ils ne font pas. »

4. THEME 3 : REGLES HYGIENO-DIETETIQUES

a. Source de connaissance

Les connaissances sur les RHD ne proviennent pas du médecin généraliste.

a.1 Savoirs expérientiels (personnels)

E8 : « J'ai pratiqué de l'aviron en compétition jusqu'à l'âge de 25 ans. »

E10 : « Oh parce que moi depuis le temps, le rôle du tabac, moi je vous le dis, je suis un spécialiste ! »

a.2 Savoirs externes (professionnel de santé, internet, entourage, etc.)

E5 : « Le fait de parler autour de moi, je découvre que d'autres gens ont de la tension depuis plus longtemps et me dise des choses sur ça, sur la tension, donc je l'adopte. »

E6 : « je n'y arrivais pas toute seule, j'étais allée voire une diététicienne puis une nutritionniste »

b. Domaine d'attention et d'action

L'alimentation, le sel, l'activité sportive et l'alcool sont les domaines d'attention et action des patients. Ce n'est pas le cas du tabac.

b.1 Alimentation

E1 : « Mais on a gardé le principe, à savoir on mange peu de viande, mais à chaque fois, on prend un légume et féculent. Le pain je suis toujours à 30 grammes, 40 grammes le matin, 30 grammes le midi. Sur la journée, c'est 100 grammes. J'ai toujours gardé les 30 grammes de fromage. J'ai toujours gardé le fruit du midi, parce que je n'ai droit qu'à un fruit le midi. Le soir, c'est pareil, des légumes et un yaourt sans problème puisque le soir, je ne mange pas beaucoup. »

E2 : « Je fais attention aussi aujourd'hui, maintenant, plus à ce que je mange, en termes d'équilibre, féculents, légumes, viandes, etc. »

b.2 Sel

E4 : « Pour le sel, ma femme n'en met jamais dans les plats. Moi je n'en rajoute jamais non plus. »

E10 : « Je mange moins de sel. Moi on me dit, j'applique ! »

b.3 Activité sportive

E5 : « J'ai repris le sport et j'ai vu que ça a baissé de suite la tension »

E9 : « Là je fais du vélo elliptique tous les jours, tous les deux jours. J'essaie de faire 40 minutes tous les deux jours et 20 minutes d'abdos. Mais mes abdos, ils sont un peu planqués, il y a un peu de gras dessus. Ils sont en profondeurs les miens (rigole). Et je fais un peu de tapis de course aussi »

b.4 Alcool

E2 : « Mais sinon, l'hygiène, c'était de faire attention, de limiter l'alcool si possible, ce qui était très bien »

E4 : « Après l'alcool, bon je n'ai jamais été un gros buveur. Mais bon, j'avais tendance à boire un peu plus le week-end. Et puis, ça allait toujours crescendo, toujours de plus en plus, voilà (...) Là, j'ai complètement arrêté (...) C'est par rapport à la maladie, ça va être par rapport à la tension ça ! »

c. Place de l'HTA et des RHD dans la vie du patient

Certaines pathologies ont des conséquences négatives sur l'application des MHD. Tandis que d'autres sont favorables au changement de comportement et bénéfiques pour l'HTA. Cependant, l'HTA est placée au second plan en cas de polyopathologies. Globalement, les MHD ne sont pas une priorité chez les patients hypertendus.

c.1 Conséquences négatives des autres pathologies

E6 : « Il faut que je marche un peu plus, comme maintenant je suis handicapée à cause de mes jambes et de mon dos. J'essaie de marcher avec mon petit déambulateur et puis comme j'ai un problème de cartilage et mon poids aussi, je suis vite essoufflée quand même. J'essaie de bouger mais bouger beaucoup plus que ça avant. Avant je marchais beaucoup, je bougeais beaucoup avant »

E7 : « J'ai une hernie discale L4-L5 qui m'empêche, c'est-à-dire que dès que je fais 400-500 mètres, j'ai très, très mal au dos et je suis obligée de m'asseoir. Assise, ça passe ! Et ça a un impact par rapport à la tension parce que je sens le cœur, il fatigue. J'essaie de marcher, mais ça me fatigue de trop. »

c.2 Conséquences positives des autres pathologies (comportements commun, priorisation)

E1 : « Parce que j'ai des problèmes de foie en plus, ce qu'on appelle NASH, à cause du sucre (...) Mon foie fonctionne bien, mais j'ai du gras, de la graisse en décoration et donc on m'a dit, il faut perdre du poids déjà. Cela va diminuer un peu la graisse. Et c'est ce que j'ai fait »

E9 : « Un jour, elle m'a dit, je pense que vous faites de l'apnée du sommeil. (...) Il me l'a fait quand même et il a trouvé que j'en faisais. Et quand il m'a dit qu'il fallait m'appareiller, je lui ai dit que je n'en ai pas envie, que je n'ai pas du tout envie d'être appareiller à 40 ans (...) Du coup... Si à ce moment-là, j'ai fait un gros régime ! J'ai perdu quasiment 10 kilos. Effectivement, ma tension est revenue pratiquement normale. »

c.3 Cercle vicieux et cercle vertueux

E1 : « Parce qu'avec une surcharge pondérale, eh bien votre cœur fatigue davantage, vous faites moins de sport, vous bougez moins, même si ce n'est pas une question de sport. Vous n'avez pas envie de vous balader avec 18 kilos de bouteilles, par exemple hein... Ça fait à peu près ça. Donc vous avez envi plus de manger, la frustration de ne pas faire d'effort vous incite à encore vous goinfrer plus (rigole), à faire encore moins de sport et vous rentrez dans un circuit permanent. C'est le serpent qui se mord la tête. »

E2 : « On en perd encore 10 parce que ça me permettrait aussi de pouvoir faire mes activités, mes activités sportives, sans trop de dégâts physiques. J'ai un petit abonnement chez mon kinésithérapeute moi, qui me connaît bien et surtout à cause du judo, les bobos, les entorses du doigt, les entorses de la cheville, etc. Donc voilà, moi en ce moment, mais j'allais quand même régulièrement chez le kiné. Parce qu'il faut perdre du poids, faut perdre du poids pour être plus à l'aise. Moi, j'ai vu en perdant 12 kilos, tout ce que ça m'a amené en plus. La facilité et l'aisance. Avant je montais les escaliers, j'étais essoufflé. Aujourd'hui, je monte les escaliers quatre à quatre. Voilà, voilà une dynamique de vie qui est sans commune mesure. »

c.4 HTA au second plan par rapport à d'autres pathologies

E6 : « Mais je ne me suis jamais posé trop de questions sur la tension. C'est le diabète qui me travaille le plus. J'ai plus peur du diabète parce que c'est une maladie quand même qui est cachée et qui détruit plein de choses. La tension, bon, je l'ai bien vécu. Je fais attention mais bon »

E6 : « L'obésité, c'est énorme, ça fait faire plein de trucs. Le diabète aussi ! La tension pour l'instant, ça s'épargne mais bon ça va »

c.5 Mesures hygiéno-diététiques au second plan

E3 : « Mais autrement, si on sait se limiter, on n'a pas besoin de faire attention à chaque pas. Même au contraire, pas trop, parce que sinon on ne fait plus rien d'autre. »

E8 : « Non, franchement, je ne fais pas très, très attention. Je ne me dis pas « je ne mets pratiquement pas de sel à cause de ma tension. » »

d. Place centrale du médicament

Les médicaments sont au premier plan dans la gestion de l'HTA au détriment des MHD. Les médecins semblent renforcés cette place du médicament.

d.1 Priorité au médicament au détriment des MHD : effet pervers

E8 : « J'ai dit, c'est quand même tôt pour être traité, mais je savais que ma grand-mère maternelle avait eu ce problème là et je me suis dit « C'est comme ça ! Quoi faire, à part le traitement ! » »

E10 : « Je vous dis, pour la tension, je n'ai pas grand-chose à faire. Je vous dis, je suis le traitement et puis voilà c'est tout. »

d.2 Place du médicament renforcée par les médecins

E6 : « J'ai fait « Ah bon ! ». Je sais, c'est dangereux pour le cœur. C'est ce qui m'a choqué le plus. Elle m'a dit, non pas spécialement. C'est des afflux de sang, elle m'a dit, c'est des afflux de sang. Si c'est surveiller, il n'y a pas de raison. Si c'est bien surveillé, vous avez vos médicaments, il n'y a pas de raison d'avoir peur. »

E7 : « Le médecin traitant, il vous accompagne en vous renouvelant les médicaments. Vous voyez ce que je veux dire (rigole). »

e. Freins à l'application des mesures hygiéno-diététiques

Il existe de nombreux freins multifactoriels à l'application des MHD, très souvent liés au patient (représentation, motivation, absence de plaisir, volonté) et à son environnement (sociétal, professionnel, familial, culturel, psychologique). Il existe également des freins liés à un défaut d'appropriation des MHD par les médecins.

e.1 Liés au patient : environnementaux

Sociétaux

E8 : « Et donc pour me muscler, j'ai pensé aux salles de gym. Et malheureusement, nous avons le covid, le confinement... Là pour le moment, on est à zéro à par continuer à marcher et faire du vélo »

E9 : « Il faut avoir envie ou alors pour un régime, il faut avoir moins de vie sociale, moins d'ami, ne plus aller aux restos, à la pizzeria, pas boire d'alcool... Alors ce n'est pas que je boive de l'alcool mais c'est vrai que quand on est en fête, mes enfants, quand voilà on ... On boit l'apéro »

Professionnels

E4 : « C'est une cantine self, ils mettent du sel partout. Donc voilà on ne peut pas éviter »

E10 : « Je travaille de nuit et on s'ennuie beaucoup de nuit hein. Du coup, on prend le café, on fume »

Familiaux

E6 : « Par contre, mon mari, il mange très, très gras, très sauce »

E9 : « Hier soir, par exemple, on a mangé des pâtes au Roquefort. Oh c'était bon. J'ai une fille de 20 ans qui aime bien manger aussi. Bien vivre ! Ma femme aussi. Donc voilà, j'ai dû mal à suivre »

Culturels

E10 : « Vous voyez, je n'ai pas l'âme du médecin dans ma culture à moi. Donc j'ai du mal à suivre les consignes. »

E10 : « J'ai 58 ans, je n'avais jamais vu de médecin avant l'hypertension, jamais ! Je n'étais pas allé à l'hôpital, jamais ! Je n'ai pas cette culture du médecin »

Psychologiques

E6 : « Mais avant, quand je sentais que j'avais envie de manger des cochonneries, je sortais, je marchais et j'allais voir des amis, on buvait un café. Et donc, j'étais occupée ! Et si je ne suis pas occupée, alors là, c'est mortel ! Je m'ennui, c'est foutu. Là je grignote, il ne faut pas que je m'ennuie. »

E10 : « Limite, je me suis même dit, si on me disait d'arrêter de fumer sinon vous allez mourir demain, je ne tiendrai pas compte ! Je suis assez fataliste, je me dirai que je paye ce que j'ai fumé, c'est tout. »

e.2 Liés au patient : représentation à l'origine des mauvais comportements

E2 : « j'avais tendance à me dire, bon je peux manger ce que je veux. Le sport va compenser, là j'ai fait une erreur »

E4 : « Et moi c'est ce que je disais au médecin, je n'ai pas besoin de faire du sport puisque je travaille, donc je travaille au boulot. Et puis, quand je rentre à la maison, je bricole toujours, donc il y a toujours des choses à faire, en train de bricoler, en train de me baisser, lever, des

choses comme ça. Je lui disais, je n'ai pas besoin de faire du sport puisque j'en fais, j'en fais tous les jours, on va dire. »

e.3 Liés au patient : défaut de volonté et de motivation

E2 : « Après faudrait peut-être que j'aille voir un diététicien. Je me suis posé la question à un moment pour se dire voilà, mais... Je n'ai pas non plus envie. »

E6 : « J'ai tout fait pour maigrir, j'ai tout fait, j'ai abandonné là, j'en ai marre ! »

e.4 Liés au patient : restriction du plaisir

E7 : « Et les fromages, on m'a dit pas trop. Mais j'aime le fromage, donc là, je ne fais pas trop le régime »

E10 : « « Après, quand le médecin vous dit il faut faire attention à ça, à ça... on ne peut pas toujours suivre ce qu'il dit hein. Quelqu'un qui a l'habitude de manger ses steaks, et qu'on lui dit de manger des légumes, je suis désolé mais ça ne va pas passer comme ça hein (rigole). Il ne faut pas déconner. Ça n'a pas le même goût. Ma maman, elle avait de l'hypertension, quand on lui a supprimé le sel, je suis désolé mais c'est dégueulasse ! »

e.5 Liés au médecin : insuffisance d'appropriation des MDH

E5 : « Ils ne m'ont pas dit grand-chose, c'est moi qui aie fait. Enfin ils ne m'ont même pas dit... Ils m'ont dit, pas de sel, pas de ça, pas de ça. Mais pas grand-chose, vraiment pas grand-chose quoi. Il m'a demandé, qu'est-ce que vous savez sur la tension. J'ai dit ce que je savais, de lu sur internet ou presque qu'on trouve. Mais très franchement ils ne m'ont pas dit grand-chose, je me suis débrouillé. »

E7 : « Je crois que les médecins connaissent très bien ce genre de choses, les mesures diététiques et tout ça, mais qu'ils ont l'impression que leurs patients le savent déjà. Vous voyez ce que je veux dire. Ils pensent qu'on sait déjà ça, donc ils n'insistent pas là-dessus »

5. THEME 4 : LES LEVIERS VERS DE MEILLEURS COMPORTEMENTS DE SANTE

a. Ressources internes

Les croyances sur les comportements de santé, l'âge, la motivation et la volonté du patient, sa personnalité, l'image du corps en fonction du sexe, le maintien du plaisir ou encore la peur du médicament, sont autant de ressources intrinsèques favorables au changement de comportement.

a.1 Représentations favorables à l'application des règles hygiéno-diététiques

E1 : « Oui, oui, en même temps, cela réduit beaucoup la tension. L'idée était la même. Quand vous mangez, mal et trop, vous avez de la tension, c'est obligatoire. Vous avez du diabète quand vous... et vous avez le cancer, quand vous fumez beaucoup. »

E4 : « J'ai vu mon père malade, qui était très malade (...) Parce que mon père continué à fumer, mon père continué à boire »

a.2 Volonté et motivation

E2 : « Si possible, moi ce que j'aimerais, c'est atteindre 95 kilos »

E5 : « A chaque fois que j'en prend une, je me dis, il faut que tu arrêtes, tu es con »

Âge

E1 : « Quand on vieillit, plus on vieillit, il faut faire attention à soi »

E4 : « Mais pour moi, c'est bien, donc arrivé à un âge où il faut faire du sport. »

a.3 Personnalité du patient

E2 : « Non. Non, non. Moi, je vous dis, j'ai ma ligne directrice. Je n'en démords pas. »

E6 : « J'ai un caractère de dire, non lève tes fesses ! Fais pas ci, fais pas ça ! C'est mon subconscient comme on dit. »

a.4 Image de soi

E1 : « Et au fur et à mesure que le temps est passé et le chemisier commençait à coller là et j'ai envie de finir appétissante »

E8 : « Alors ça dépend de la période de l'année (rigole). Voilà ! L'hiver, je supporte mieux mais quand les beaux jours arrivent, il faut mettre des petites robes, des tenues... Alors on a moins de vêtements sur soi, je me sens moins à l'aise et c'est un problème de se sentir à l'aise. Donc là, l'impact sera plus important puisque je vais me dire, là oui, il faut absolument que tu fasses quelques choses. »

a.5 Plaisir de soi

E2 : « Je n'ai pas non plus envie de manger pour manger. J'ai envie de manger pour me faire plaisir, même si je le fais différemment. Mais c'est important pour moi. Ça fait partie des plaisirs de la vie dont je n'ai pas non plus envie, qu'il y ait quelqu'un qui me dise tous les jours ce que je dois manger »

E8 : « mais moi, ayant pratiqué l'aviron, j'ai besoin d'une activité physique à l'extérieur, donc ce qu'on faisait, c'était de marcher, faire des randonnées, du vélo... »

a.6 Éviter la restriction stricte

E1 : « Oui, ça n'a pas été difficile parce que m'a aménagé des petites portes de sortie je veux dire. Par exemple, on m'autorise l'alcool une fois dans la semaine. »

E5 : « il faut faire attention de ne pas trop chargé en disant attention, mangez plus ça ! Faites plus ça ! Faites plus ça... »

a.7 Éviter les médicaments

E2 : « Je reviens plus à une hygiène de vie, je ne dirais pas parfaite mais en tout cas de meilleure qualité liée au fait que sinon, je vais avoir un traitement médicamenteux. Je ne supporte pas l'idée d'être esclave de ça. »

E2 : « moi, ce dont j'avais peur vis à vis du médicament, c'est l'effet de voie sans issue. C'est-à-dire qu'une fois qu'on commence à prendre le traitement, on s'en sort plus quoi »

b. Ressources externes

L'environnement du patient, parfois quelques astuces propres à chaque patient peuvent être favorables à l'application des MHD.

b.1 Environnement

E4 : « C'est mes enfants qui (siffle) me force un peu aussi à arrêter tout ça aussi, à me soigner surtout, voilà ! »

E6 : « c'est mon fils qui cuisine mais mon fils, il sait très bien cuisiner ! Il fait toujours des trucs allégés. Il fait attention à la graisse et tout lui. Lui, il a suivi des cours pour ça, donc ça va »

b.2 Astuces du patient

E1 : « Oui et puis il y a les fines herbes, ce n'est pas la peine de mettre beaucoup. Vous avez aussi un autre truc, qu'on n'utilisait pas avant, qui sale un peu, qui s'appelle la spiruline. La spiruline est une algue salée. Je ne connaissais pas. J'essaie de me tourner vers ça parce que je ne veux pas avoir des pathologies. »

E7 : « J'ai tout essayé, des huiles essentielles par exemple que je mets les soirs, j'essaie de masser un petit peu sur les côtés. Ça m'aide à me calmer et à baisser l'hypertension artérielle... Aussi l'acupuncture. Je pense qu'avec tout ça, ça va la tension, j'ai 14, j'ai 14, 7, donc c'est bon »

c. Interaction avec le médecin

Un climat de confiance et un échange avec le médecin généraliste sont favorables à un engagement vers un meilleur comportement de santé du patient hypertendu.

c.1 Échange avec le médecin

E4 : « voilà je leur dis la vérité. Je leur dis, je fais mon traitement, j'ai arrêté de boire, j'ai arrêté ceci, voilà je n'ai pas besoin de me cacher ou quoi ce soit. C'est pour ma santé, c'est pour moi »

E6 : « Là, il vient vendredi, je verrai avec lui. Je vais discuter avec lui. Je vais discuter avec lui de tout ce que j'ai. »

c.2 Suivi des consignes du médecin

E5 : « Forcément, le médecin m'a dit ça, mais du coup j'applique. »

E7 : « Non, mais sinon, je fais ce qu'on m'a dit de faire. Là par exemple, à midi, on a mangé des carottes râpées, des crudités, du poulet et des pommes de terre, parce que mon mari fait le jardin, c'est des pommes de terre du jardin »

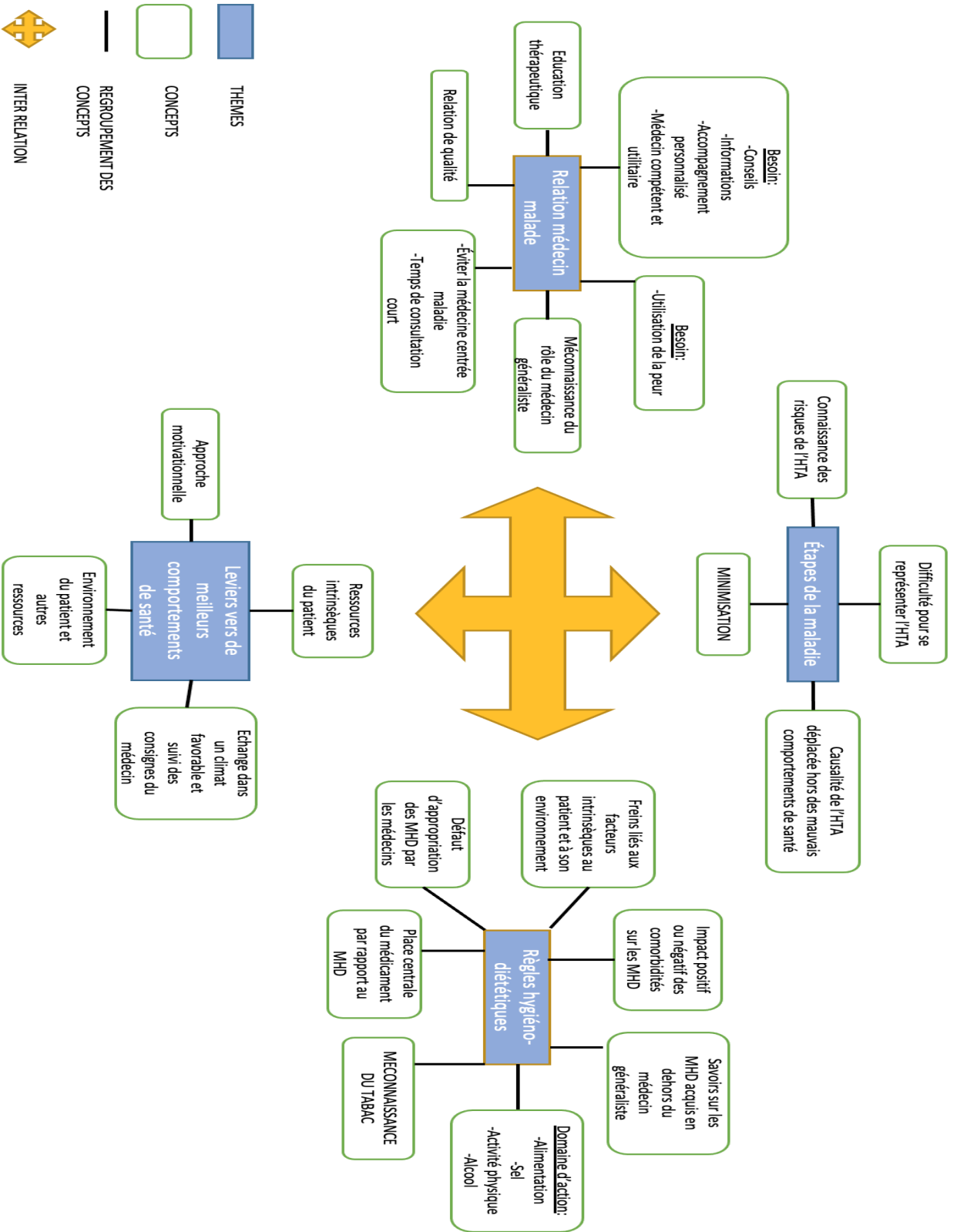
d. Entretien motivationnel

L'entretien motivationnel induit un changement de comportement centré sur le patient et renforce sa motivation propre en explorant son ambivalence ou ses obstacles.

E8 : « Comme je vous l'ai dit, je ne mange pas très salé, mais parfois je me dis, je vais mettre encore un petit moins de sel ou je ne vais pas resaler mon plat mais voilà c'est tout. Je ne suis pas plus vigilante que ça »

E10 : « Ben je vous dis forcément, quand je vais faire quelque chose, je vais manger, je vais me dire, bon, pour la tension il faut que tu fasses attention à ça quand même... Voilà, je prends en compte !! Même si je n'applique pas totalement, je prends compte. »

6. Schéma des concepts



DISCUSSION

1. Rappel des principaux résultats

L'analyse des entretiens a permis de catégoriser quatre grands concepts qui sont les suivants : **étapes de la maladie, relation médecin patient, règles hygiéno-diététiques et leviers vers de meilleurs comportements de santé.**

Le premier thème (**étapes de la maladie**), pointe du doigt plusieurs éléments importants : La causalité de la maladie est déplacée sur des éléments extérieurs, hors de portée ou difficilement modifiables par les patients, tels que l'hérédité, le travail, la personnalité, les périodes de stress, les difficultés de la vie, voire un facteur déclenchant (autre pathologie). L'alimentation est timidement évoquée mais sur l'ensemble des entretiens, l'HTA est peu associée aux mauvais comportements de santé. Par ailleurs, les malades ont beaucoup de mal à se représenter cette maladie. Ils l'associent parfois à l'âge, à l'image du corps et/ou au psychisme. Ces éléments induisent une minimisation de la maladie sans changement comportemental, d'autant plus que l'HTA est souvent invisible (asymptomatique) pour le patient lors du diagnostic. Paradoxalement, les patients connaissent assez bien les complications graves de l'HTA car ils évoquent souvent les risques cardiovasculaires. Certains parlent de maladie mortelle. Quoi qu'il en soit, lors des entretiens, l'acceptation d'être hypertendue s'accompagnait souvent d'une conscience de la maladie et d'une meilleure gestion technique (utilisation du tensiomètre, relevé des chiffres tensionnels, contrôle des rendez-vous) sans véritable lien établi avec une meilleure observance des MHD.

Le second thème (**relation médecin patient**), témoigne d'une relation de qualité entre le patient et son médecin traitant (écoute, confiance, échange, empathie, humain etc.). Les patients évoquent souvent des médecins soutenant dans leur démarche, qui font de l'éducation thérapeutique avec un suivi régulier dans le temps. Parfois, ils décrivent des médecins qui rassurent, qui responsabilisent ou qui orientent vers d'autres spécialités (diététicienne, addictologue, cardiologue). Les patients évoquent certains besoins, tels qu'un accompagnement personnalisé avec des médecins compétents, mais aussi d'être mieux conseiller et informer autour des MHD. Plus étonnement, les patients ont évoqué la nécessité d'utiliser la peur, qui pourrait selon eux, s'avérer utile pour favoriser l'observance des MHD, pour peu que le patient

soit réceptif d'où la nécessité de connaître son malade. Par contre, certains éléments, tels qu'une médecine décentrée patient et centrée maladie, un temps de consultation court et la méconnaissance du rôle du médecin traitant semblent être des freins à la relation entre le médecin et son patient.

Le troisième thème (**règles hygiéno-diététiques**), montre les éléments qui favorisent l'observance des MHD et ceux qui freinent leurs applications. Les patients portent souvent leur attention sur l'alimentation, le sel, l'activité physique et l'alcool. Par contre le tabac ne faisait pas partie des domaines d'action pour les deux patients qui étaient tabagiques actifs lors de l'entretien. Par ailleurs, les patients qui n'étaient pas ou plus tabagiques, n'ont pas évoqué ce sujet ou n'ont pas été plus critiques. Les expériences personnelles du patient et les connaissances acquises (internet, entourage, professionnel) favorisent l'adhésion des patients à certaines MHD. D'autres pathologies, telles que l'obésité, la NASH, le SAHOS qui semblent prioritaires pour le patient, présentent des MHD communes avec l'HTA et sont donc favorables pour les deux. Cependant, d'autres pathologies ont l'effet inverse, notamment sur l'activité physique (handicaps physique, sciatique, agoraphobie). Parmi les autres freins, on retrouve beaucoup d'éléments dans l'environnement du patient (travail, famille, culture, covid-19, patient fataliste, etc.), mais aussi ses représentations propres, souvent erronées. La restriction du plaisir, notamment alimentaire, le manque de volonté et de motivation, induisent une minimisation des MHD. Par ailleurs, les médicaments antihypertenseurs ont une place centrale, au détriment des MHD. Cette position des médicaments est renforcée par les médecins. Il existe par ailleurs une insuffisance d'appropriation de ses MHD par les médecins traitants selon les patients.

Le quatrième et dernier thème (**leviers vers de meilleurs comportements de santé**), met en avant les ressources internes et externes du patient qui favorisent un changement de comportement. Parmi ces éléments, on retrouve la personnalité du patient (contrôlant, favorable aux règles), les représentations positives autour des MHD, l'âge, la volonté et/ou la motivation au changement. L'image de soi, notamment en rapport avec le poids, principalement chez les femmes, et le maintien du plaisir alimentaire (régime sans restriction stricte) ou dans le cadre de l'activité physique, sont des éléments favorables à l'application des MHD. Par ailleurs, l'idée de devoir débiter un médicament constitue, en elle-même, un levier chez un des patients de l'étude. Le soutien familial, les enfants, voire des astuces (exemples : sel aromatisé, hypnose) propres à certains patients sont autant de ressources externes pouvant favoriser de meilleurs

comportements de santé. L'échange avec le médecin constitue également un levier important. Une approche motivationnelle semble également être un facteur favorable à l'adhésion et à l'engagement du patient vers de meilleurs comportements de santé inclus dans une démarche d'éducation thérapeutique.

2. Forces et limites de l'étude

Sujet original au cœur de la médecine générale

Le travail autour de l'observance des MHD chez une population hypertendue et l'impact de la relation avec le médecin traitant est malheureusement un sujet peu travaillé dans la littérature, pourtant il s'agit d'une problématique essentielle en soins premiers. Il était donc essentiel de travailler autour de ce sujet pour explorer et comprendre l'interaction qu'il y peut exister. Par ailleurs, l'originalité de ce travail, tient aussi par le fait qu'il s'intéresse au point de vue des patients et non des médecins.

Méthodologie de recherche

La méthodologie a été validée en amont de l'étude par un correcteur expérimenté rattaché à la faculté de médecine par l'intermédiaire d'une fiche de thèse. Par la suite, la triangulation de l'analyse a augmenté la validité des résultats de l'étude. Par ailleurs, la qualité du travail autour du codage pour aboutir aux résultats était empreint de l'expérience de ma directrice de thèse et co-directeur de thèse, tous deux étant chef de clinique de médecine générale et ayant déjà mené des projets de thèses.

Échantillon très varié dans ses caractéristiques

L'échantillon de l'étude est très diversifié avec autant de femmes et d'hommes, de tous âges, de tous les niveaux socio-économiques. Certains n'étaient pas d'origine française, d'autres étaient polypathologiques, ce qui a permis de faire varier les caractéristiques des patients et de rechercher l'exhaustivité du discours. Ils avaient été recrutés dans une multitude de maison de santé et avait tous un médecin traitant différent.

Limites liées à la méthode de recherche

Il peut exister dans le travail qualitatif un biais d'interprétation lié à la sélection et au classement catégoriel, manuel, des données recueillies lors des entretiens. Nous avons tout de même limité ce biais par la triangulation de l'analyse entre le thésard, la directrice et le co-directeur de thèse.

Le second biais lié à la méthode de recherche, est celui inhérent aux conditions de l'entretien. Le confinement, le couvre-feu et les distanciations sociales liés à la pandémie de la Covid-19 ont laissé place à des entretiens par vidéo. Les entretiens ont pu être bien menés, cependant ils ont été plus courts sur la durée et probablement moins riches par leur contenu. Les entretiens en présentiels étaient nettement plus favorables à l'échange.

Limites liées à la constitution de l'échantillon

Il y a un biais de sélection lié au recrutement des patients provenant des maisons de santé, avec une surreprésentation de médecins au profils universitaires qui pourraient être plus sensibilisés aux questions d'ordre relationnel et d'ordre médical autour des mesures hygiéno-diététiques. Biais de sélection également lié aux patients participants qui étaient peut-être plus motivés.

Limites liées à l'intervention de l'investigateur

Le thésard est l'investigateur, mais aussi celui qui a réalisé les entretiens afin de mener l'enquête. Cela peut constituer un biais d'induction. Par ailleurs, malgré que l'entretien fût appuyé par un questionnaire semi-directif, le style de communication, l'aisance et l'expérience du thésard peut constituer un biais d'intervention. En effet, l'utilisation de questions fermées a possiblement orienté les réponses par exemple.

Par ailleurs, la posture du chercheur est également celle d'un médecin en formation, les personnes interviewées en avaient connaissance, ce qui a pu entraîner un discours différent que s'ils avaient parlé à un non-médecin, bien que le chercheur ait essayé de ne pas influencer les discours dans ses relances et sa posture.

3. Analyse des données de l'études et comparaison avec celles de la littérature

Représentation et minimisation de l'HTA et leur impact

La causalité de l'HTA est déplacée sur des éléments hors de portée du patient. Ses résultats rejoignent ceux d'une enquête sur les représentations populaires de la maladie et de ses causes (54). On retrouve ainsi, une origine exogène, une rétention de tout ce qui doit être extériorisé comme le stress, la perturbation de la circulation du sang au sens du mouvement ou de l'énergie, la rupture de l'équilibre énergétique, l'usure du corps ou encore le travail. Les patients ont une culture populaire qui s'oppose à la culture savante du médecin. Ils pensent le corps et la maladie

à leur façon. On se retrouve ainsi devant une incompréhension mutuelle qui pourrait compromettre le processus thérapeutique avec une minimisation de la maladie. Cette sous-évaluation de la maladie est également retrouvée dans notre étude. Cependant, on ne retrouve pas dans la littérature de lien entre connaissance autour de l'HTA et l'observance médicamenteuse ou non médicamenteuse, ni un meilleur contrôle tensionnel (17, 35). Par ailleurs, il n'est pas non plus retrouvé de lien entre l'automesure tensionnelle et l'observance, ni même avec un meilleur contrôle tensionnel (17, 35). Aussi, seul 19% des patients hypertendus possèderaient un appareil à tension au domicile selon l'étude FLAHS (20, 53). Nous n'avons pas non plus retrouvé de lien entre observance et une meilleure gestion technique des chiffres tensionnels, cependant une absence de rectification des comportements de santé était associée à cette minimisation de la maladie dans notre étude. Finalement, plus que l'origine exogène attribuée à la maladie, sa sous-évaluation semble être associée à un défaut de changement des habitus.

Stratégie par la peur à la demande des patients

Les patients connaissaient bien mieux les risques cardio-vasculaires de l'HTA que les facteurs causaux lors de cette étude. Étonnement, la plupart des patients interrogés ont proposé la peur pour améliorer l'observance des MHD. L'utilisation de la peur n'est pas exclue dans la littérature pour lutter contre les comportements à risque. Cependant, elle nécessite des ressources suffisantes chez le patient pour favoriser un changement (16). Des données provenant de la cohorte Stanislas, utilisées pour un travail de thèse sur les connaissances de l'hypertension artérielle par la population (35), nous montre que les patients considéraient l'HTA comme un facteur de risque cardiovasculaire lorsqu'ils estimaient avoir un risque cardiovasculaire élevé. D'ailleurs, la peur du médicament peut également être un levier pour induire un changement de comportement comme c'était le cas pour un des patients de l'étude (E2). L'utilisation de la peur pourrait donc être un outil stratégique pour favoriser un changement de comportement chez les patients hypertendus. Cependant, ses résultats sont à nuancer car elle pourrait ne pas être efficace (inefficace dans le cadre du tabagisme (E10)), ou induire un effet inverse (rupture de confiance avec le médecin (E3)).

Relation avec le médecin et comportement de santé

Une relation de qualité dans un climat de confiance est une valeur clef dans le discours des patients interrogés dans le cadre de l'HTA mais l'effet sur l'observance des MHD était

aléatoire. Une méta analyse portant sur l'analyse de 47 études internationales, a établi une corrélation forte entre la confiance et la satisfaction des patients, mais une corrélation faible à modérée entre la confiance et les résultats pour la santé et une corrélation faible avec les comportements de santé (13). Il semble encore nécessaire d'approfondir le lien complexe entre confiance et bénéfices pour la santé.

Besoin de transparence et de conseils

Lors d'une enquête autour de l'image du médecin généraliste et des attentes des patients, la population revendique davantage de transparence, d'explications et de conseils autour de leur pathologie (44). Cependant, il n'existe pas d'études spécifiques autour des patients hypertendus et sur leur besoin sur ce sujet. Dans notre enquête, les patients, évoquaient la nécessité d'être mieux informé sur leur maladie et mieux conseillé autour des MHD. Un temps d'information et de conseil autour des MHD semblent donc indispensables pour améliorer les comportements de santé des patients hypertendus.

Une médecine centrée patient

La population reste globalement attachée à leur médecin de famille, moins technique et plus humain (44). Par ailleurs, une enquête autour de la durée de consultation en médecine générale, montre que les patients sont en recherche d'une relation de confiance basée sur le partenariat. Plus que la durée de la consultation, c'est la qualité de l'interaction entre les protagonistes qui prime (9). Mais il n'existe pas d'étude sur l'impact d'une médecine plus technique et des consultations plus courtes sur l'application des MHD. Lors de notre étude, les patients semblaient impactés par la durée des consultations sur le sujet des comportements de santé. En attendant des études complémentaires sur ce sujet, il vaut mieux rentabiliser le temps de consultation au besoin du patient dans un climat de confiance.

Éducation thérapeutique dans le cadre des MHD

Le temps d'échange avec le médecin semble être un élément favorable au changement de comportement dans notre étude. Parmi les stratégies employées et décrites par les patients interrogés, l'éducation thérapeutique était majoritairement employée par leur médecin, même si elle semblait insuffisante pour favoriser l'adhésion aux MHD. En effet, les patients souhaitaient un accompagnement personnalisé plus renforcé. Dans la littérature, il n'y a pas ou peu d'étude spécifique sur l'évaluation des bénéfices de l'éducation thérapeutique dans le cadre

des MHD chez les patients hypertendus. Il n'existe pas non plus de recommandation sur la manière d'utiliser l'éducation thérapeutique lors du suivi des patients à haut risque cardio-vasculaire. Il manque de preuves scientifiques quant à ses effets bénéfiques sur la réduction du risque cardio-vasculaire global, la maîtrise de la pression artérielle et l'observance au long court (24, 25, 26). Il reste donc à développer des études pour mieux évaluer l'impact de l'éducation thérapeutique sur l'application des MHD chez les patients hypertendus et sur son utilisation.

Inobservance et tabac

Dans notre étude, l'hypertension artérielle n'était pas associée au tabagisme chez les patients fumeurs au moment des entretiens. Le lien entre le tabac et l'HTA n'était pas spontanément évoqué par les patients. Aussi, l'étude FLAHS sur les patients hypertendus, nous donne l'estimation suivante : 19% des patients hypertendus sont fumeurs (20, 53). Dans ce contexte et l'absence de donnée dans la littérature, il serait intéressant d'explorer les représentations autour du tabac dans le cadre de l'HTA afin de mieux accompagner les patients.

Savoirs autour des MHD

Notre étude met également en évidence un élément important : les patients acquièrent leur savoir autour des MHD en dehors du cabinet de leur médecin généraliste : entourage, internet, autre professionnel, au décours d'une complication cardio-vasculaire entre autres. Il n'existe pas ou peu de données à ce sujet dans la littérature. Il s'agit d'une donnée nouvelle qu'il serait intéressant d'explorer. Par ailleurs, ce travail semble d'autant plus important que la qualité des informations sur internet par exemple sont très variables et donc potentiel contre production. Par exemple, un des patients de l'étude avait cru bon d'arrêter de consommer l'eau du robinet pour baisser ses chiffres tensionnels, une donnée lue sur internet (E5).

Comorbidités et impact sur l'observance des MHD

Notre étude a mis en évidence des liens entre l'HTA et les autres pathologies du patient dans le cadre de l'observance des MHD. En effet, certaines pathologies induisaient un changement de comportement du patient favorable dans la gestion de l'HTA, tandis que d'autres représentaient des freins aux MHD. Par ailleurs, les études FLAHS montrent que 40% des patients hypertendus présenteraient au moins une comorbidité cardio-vasculaire (diabète, dyslipidémie, surpoids) et 68% auraient rencontré au moins un autre problème de santé, dont les chefs de file sont les affections articulaires, neuropsychologiques et respiratoire (20, 53). Par exemple,

certaines de ses pathologies, comme les affections articulaires étaient des obstacles à l'activité physique chez certains patients de notre étude. Cela pourrait expliquer en partie, le fait que seul 9% des patients hypertendus font une activité physique (20, 53). Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer l'influence des autres pathologies sur l'observance des MHD chez les patients hypertendus. En attendant, une adaptation des MHD proposés au patient en fonction de leur comorbidité et pas seulement par rapport à l'HTA pourrait être bénéfique pour le patient.

Freins multifactoriels au changement de comportement

On retrouve de nombreux facteurs d'inobservance thérapeutique dans les maladies chroniques. Beaucoup de ses facteurs sont retrouvés dans le cadre de notre étude, tel que l'environnement du patient, sa volonté ou ses représentations (2, 19). Cependant, la notion de la perte de plaisir, plus spécifiques de l'alimentation n'est pas retrouvé, peut-être du fait d'un manque de donnée autour de l'observance des mesures hygiéno-diététiques. Dans tous les cas, les freins sont nombreux et dépendants des patients. Ce caractère multifactoriel des causes de non-observance lié au patient est complexe mais donne de nombreuses pistes pour améliorer les comportements de santé chez le patient hypertendu.

Ressources et changement des comportements

De nombreux facteurs influencent notre changement de comportement en matière de santé. Dans notre étude, nous avons déterminé des éléments liés au patient, à son environnement et ceux liés à son approche avec le médecin. Il existe des modèles de changement de comportement qui décrivent très bien ces différents facteurs (42, 52). Le premier modèle sociocognitif décrit l'importance des croyances et des pensées autour des MHD, associées à l'intention de changer de comportement. Nos actions sont guidées par nos représentations. Cette intention au changement est également influencée par les souvenirs (comportementaux) ou pratiques anciennes (savoirs expérientiels). Mais l'intention est insuffisante à elle seule, la capacité du patient à planifier est nécessaire, déterminée en parti par sa personnalité. Le modèle humaniste évoque ainsi, l'importance de la motivation intrinsèque du patient, non contrainte, autodéterminée avec des conséquences positives sur le comportement, la cognition et l'affect. Le modèle dualiste estime qu'il faut prendre en compte les tendances impulsives du patient qui agiraient comme des freins à l'observance des MHD. Ceci rejoint très bien l'éviction d'un régime stricte, associée au maintien du plaisir pour soi évoqué par les patients de notre étude.

Pour finir, le modèle socio-écologique, prend en compte les interactions entre de multiples facteurs intra individuels (âge, sexe), inter individuels (pression de l'entourage) et environnementaux. Ce modèle souligne l'importance de l'individu mais aussi de son environnement et leur conséquence comportementale. Ces modèles mettent en avant des variables qui sont les clés dans le changement de comportement et doivent être pris en compte par les médecins généralistes. Nous avons vu au sein de notre étude qu'une approche motivationnelle et/ou une relation favorable à l'échange entre le médecin et le patient permettaient d'engager le patient vers un changement des comportements de santé. L'approche traditionnelle qui consiste à fournir des informations et conseils, ne tient pas compte des nombreux facteurs que nous avons vu plus haut. L'entretien motivationnel est une technique efficace pour induire un changement de comportement, axée sur le patient et visant à renforcer sa motivation intrinsèque en explorant les obstacles et son ambivalence (43). Elle est également efficace dans le cadre de l'observance médicamenteuse dans les maladies chroniques (11, 59). Finalement, les données de notre étude chez les patients hypertendus retrouvent les mêmes facteurs influençant le changement des habitudes que les malades chroniques dans leur ensemble.

Place du médicament au détriment des MHD

Parmi les freins évoqués par les patients, à l'application et au maintien des mesures hygiéno-diététiques, nous retrouvons une place centrale donnée aux médicaments par les médecins au détriment de meilleurs comportements de santé. Les patients évoquent une insuffisance d'appropriation des mesures hygiéno-diététiques par leur médecin traitant. Il apparaît lors des échanges avec les patients de l'étude, que leurs sources de connaissance autour des MHD sont d'ordres personnels/expérientiels, voir externes (entourage, internet, professionnels autres que leur médecin). Du côté des médecins généralistes français, ils seraient 96% (sur 753 médecins généralistes interrogés) à proposer une modification des habitudes de vie en 1^{ère} intention, avec pour 52% en association à un traitement médicamenteux. 93% des médecins disent que leurs patients émettraient des réserves face à la prescription des traitements antihypertenseurs. Et que cette réserve serait liée à la difficulté d'accepter un médicament à vie, l'absence de symptômes et l'incompréhension de la maladie. Par ailleurs, en prévention de l'HTA, même si les médecins généralistes se disent fortement impliqués, seul 39% sont fortement impliqué dans la prévention nutritionnelle, 45% pour la surcharge pondérale et 48% sur la sédentarité. Ils évoquent un manque de temps notamment, qu'on retrouve dans le discours des patients interrogés lors de notre étude (32, 34). Notre étude révèle une implication insuffisante des médecins généralistes du point de vue des patients dans l'accompagnement des changements des comportements de

santé chez les patients hypertendus, avec une préférence aux traitements médicamenteux en première intention. Des études complémentaires seraient nécessaires pour explorer davantage cette nouvelle donnée.

4. Perspectives

En pratique, ces résultats, ainsi que leur comparaison avec la littérature, nous incitent à suivre les mesures suivantes :

- > Rappeler aux patients que l'HTA est une pathologie au même titre que le diabète par exemple.
- > Donner des informations claires sur l'HTA et conseiller autour les MHD.
- > Discuter des MHD malgré un temps de consultation court. Prêter attention aux sources d'information du patient autour des MHD (internet, entourage, etc.). Dédier une consultation uniquement aux MHD.
- > Sensibiliser les patients hypertendus sur le risque du tabac.
- > Proposer un accompagnement personnalisé en prêtant attention aux freins du patient, mobiliser ses ressources, prendre en compte l'impact des comorbidités (influence positive ou négative sur les MHD). Favoriser le temps d'échange autour des MHD. Noter que l'entretien motivationnel est également efficace sur l'observance des MHD dans les maladies chroniques.
- > Utiliser la peur pour favoriser le changement de comportement en fonction des ressources du patient.
- > Prioriser les MHD avant les traitements médicamenteux.

A l'issu de ce travail, il reste plusieurs axes de recherche possible :

- Des études complémentaires sont encore nécessaire pour explorer la corrélation entre une relation de confiance avec le médecin et les comportements de santé.
- Certains patients se plaignent d'une médecine devenue trop technique, avec un temps d'échange limité avec le malade. Comment la durée de consultation impacte-t-elle sur les conseils de prévention ? Une médecine plus technique est-elle défavorable aux MHD ? Voici des questions auxquelles il faudrait tenter d'apporter des réponses.
- Des travaux supplémentaires sur l'éducation thérapeutique semblent encore nécessaire pour connaître son impact réel sur les habits des patients au long court et la manière de la pratiquer.
- Un grand travail autour des représentations autour du tabac chez les patients hypertendus semble essentiel au vu du manque de données et des éléments de notre étude.

- Pour finir, il semble important d'explorer la place des MHD face aux traitements médicamenteux en médecine générale dans un cadre plus grand couvrant plus de maladies chroniques.

CONCLUSION

L'HTA est la pathologie chronique la plus fréquente en France et représente une partie significative de l'activité des médecins généralistes. Ce facteur de risque cardio-vasculaire favorise l'apparition de nombreuses complications graves et induit des coûts sociétaux importants. Les MHD, font parties intégrantes de la prise en charge de l'HTA à tous les stades de la maladie et contribuent à améliorer les chiffres tensionnels et réduire le risque cardio-vasculaire, à moindre coût. Mais elles ne séduisent pas les malades. Pourtant les médecins en soins premiers semblent fortement adhérer à ces recommandations.

Notre travail avait pour objectif d'explorer et comprendre la relation qu'il pouvait y avoir entre l'observance des MHD des patients hypertendus, contrôlés ou non, et leur relation avec leur médecin généraliste.

Le comportement de santé des patients hypertendus est impacté par de nombreux facteurs. Certains de ces facteurs sont propres au patient, tandis que d'autres dépendent d'éléments extérieurs. Ces derniers impliquent en partie la relation médecin patient et les stratégies employées par le professionnel. En fonction du déroulement des consultations, des éléments intrinsèques au patient et à son environnement peuvent être mobilisés pour induire une intention au changement, suivi d'un engagement du patient vers de meilleurs comportements de santé. Ainsi, le médecin doit prendre en compte le patient dans sa globalité (freins, ressources) mais aussi s'interroger sur ses propres pratiques (prise en charge personnalisée, proposition des MHD, temps de consultation, posture, etc.). Globalement, la médecine centrée maladie doit être proscrite et la promotion des MHD doit être accentuée en médecine générale dans le cadre de l'HTA.

Des études complémentaires sont nécessaires pour explorer davantage la relation médecin patient, les stratégies utilisées par les médecins, leurs difficultés et leur impact sur les MHD dans le cadre des maladies chroniques fréquentes en médecine générale. Par ailleurs, un travail sur le tabac et la place des MHD face au médicament, semblent également nécessaires.

BIBLIOGRAPHIE

1. Académie nationale de Pharmacie. « Observance des traitements médicamenteux en France ». 15 décembre 2015. Disponible sur : https://www.acadpharm.org/dos_public/Rapport_1_observance_medicamentuse_VF_CO_RR_DGS_2016.02.09.pdf
2. Adeline Boisliveau - Facteurs intervenant dans la non - observance des maladies chroniques en médecine générale - UPthèses - Les thèses en ligne de l'Université de Poitiers [Internet]. [cité 15 avr 2021]. Disponible sur: <http://petille.univ-poitiers.fr/notice/view/56610>
3. Allaert FA. Influence du profil sociodémographique et clinique des patients dyslipidémiques sur leur adhésion aux règles d'hygiène alimentaire associées au traitement hypocholestérolémiant (enquête nutrivast). *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 1 sept 2004;53(5):279-89.
4. Anandamanoharan J. Observance et médecine générale : peut-on dépister les problèmes d'observance chez les patients atteints de pathologies chroniques ? [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Versailles-Saint-Quentin-en-Yvelines; 2012.
5. Assurance maladie. La France, 10,5 millions d'hypertendus traités. *Économie*. 16 juin 2006. Disponible sur : https://www.ameli.fr/fileadmin/user_upload/documents/AMDP-DP_HTA_VDEF1.pdf
6. Atallah A, Papouin G, Mimran C, Braunstein C, Ganty J, Larifla L, et al. Niveau de connaissance de leur pathologie des patients hypertendus suivis en médecine générale et sa relation avec l'obtention des objectifs thérapeutiques. Étude Co-HACT, DOM-TOM. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. 1 févr 2011;60(1):21-6.
7. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz A-M, Imbert P, Letrilliart L et le groupe de recherche universitaire qualitative médicale francophone : GROUM-F. Introduction à la recherche qualitative. *Exercer* 2008 ; 84 : 142-5.

8. Aucott L, Rothnie H, McIntyre L, Thapa M, Waweru C, Gray D. Long-term weight loss from lifestyle intervention benefits blood pressure?: a systematic review. *Hypertension*. oct 2009;54(4):756-62.
9. Auge S, Gonsolin M. Durée de consultation et satisfaction en médecine générale : point de vue du médecin et du patient. 2020 ; 80.
10. Battu C. Prise en charge nutritionnelle d'un adulte présentant une hypertension artérielle. *Actualités Pharmaceutiques*. 1 avr 2014;53(535):55-8.
11. Beauvais C. L'entretien motivationnel : une aide pour améliorer l'adhésion thérapeutique. *Revue du Rhumatisme*. 1 juill 2019;86(4):319-21.
12. Benarous X, Legrand C, Consoli SM. L'entretien motivationnel dans la promotion des comportements de santé : une approche de la relation médecin/malade. *La Revue de Médecine Interne*. 1 mai 2014;35(5):317-21.
13. Birkhäuser J, Gaab J, Kossowsky J, Hasler S, Krummenacher P, Werner C, et al. Trust in the health care professional and health outcome: A meta-analysis. *PLOS ONE*. 7 févr 2017;12(2):e0170988.
14. Bizouard F, Jungers C. Évaluation de la connaissance des indications des traitements chroniques en médecine générale et de la relation médecin malade : impact sur l'observance [Thèse d'exercice]. [Grenoble, France]: Université Joseph Fourier; 2014.
15. BODE M. Mise en place d'un programme d'éducation thérapeutique individuel pour l'hypertendu en médecine générale. [Thèse d'exercice]. [France]: Université de Nantes, 2015.
16. Blondé J, Girandola F. Faire « appel à la peur » pour persuader ? Revue de la littérature et perspectives de recherche. *L'Année psychologique*. 2016;Vol. 116(1):67-103.
17. Bourdoncle A, Mandeix M. L'étude COOPERE: recherche d'un lien entre COonnaissance et Observance des patients traités en Prévention primaire d'une hypERTension artérielle en

- médecine généralE [Thèse d'exercice]. [Clermont-Ferrand, France]: Université de Clermont I; 2012.
18. BOURREL G, RENARD V, LA RECHERCHE QUALITATIVE Synthèse réalisée d'après les ateliers animés par Jean TURGEON Université Laval, Québec Mathieu ALBERT Université Toronto 06/2004.
 19. F. Bureau M. L'observance thérapeutique: ses facteurs et ses enjeux. :159.
 20. Diaporamas [Internet]. CFLHTA. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.comitehta.org/diaporamas/>
 21. Cardiovascular diseases (CVDs) [Internet]. [cité 17 mai 2020]. Disponible sur: [https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-\(cvds\)](https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/cardiovascular-diseases-(cvds))
 22. Cazal J, Génolini J-P. Prévenir le risque cardiovasculaire : le travail éducatif au cœur du dépistage. Sciences sociales et sante. 26 juin 2013;Vol. 31(2):5-30.
 23. Compliance, observance ou adhésion thérapeutique : de quoi parlons-nous ? - EM|consulte [Internet]. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur : <https://www.em-consulte.com/rmr/article/156964>
 24. Etude prospective randomisée évaluant l'efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique du patient (ETP) » FRHTA [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <http://www.frhta.org/projets-32-2-20.html?search=Hypertendus>
 25. Évaluation de l'efficacité d'un programme d'éducation thérapeutique du patient, sur le contrôle de l'hypertension artérielle et des facteurs de risque associés, chez des patients à haut risque cardio-vasculaire, suivis en médecine générale [Internet]. [cité 12 avr 2021]. Disponible sur: <http://pepite.univ-lille2.fr/notice/view/UDSL2-workflow-8963>
 26. Gay B, Demeaux J-L, Afonso M. Évaluation de l'éducation thérapeutique individuelle et collective chez les patients à risque cardiovasculaire : l'étude ETHICCAR. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine. 1 janv 2020;204(1):79-86.

27. Gedda M. Traduction française des lignes directrices COREQ pour l'écriture et la lecture des rapports de recherche qualitative. *Revue Francophone Internationale de Recherche Infirmière*. 1 mars 2017;3(1):31-5.
28. Génolini J-P, Roca R, Rolland C, Membrado M. « L'éducation » du patient en médecine générale : une activité périphérique ou spécifique de la relation de soin ? *Sciences sociales et sante*. 2011;Vol. 29(3):81-122.
29. Girerd X, Villeneuve F, Rosenbaum D, Gury Ch, Giral Ph. Évolution de la consommation de sel chez des hypertendus vivant en ile-de-france entre 2008 et 2014. Disponible sur : <http://www.comitehta.org/wp-content/uploads/2018/04/Poster-Consommation-Sel-en-France-2014.pdf>
30. Girerd X, Hanon O, Pannier B, Mourad JJ, Vaïsse B. Hypertension artérielle du sujet âgé en France : caractéristiques du traitement et fréquence de la plainte cognitive selon l'enquête FLAHS 2014. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*. juin 2015;64(3):145-9.
31. Graudal NA, Hubeck-Graudal T, Jürgens G. Effects of low-sodium diet vs. high-sodium diet on blood pressure, renin, aldosterone, catecholamines, cholesterol, and triglyceride (Cochrane Review). *Am J Hypertens*. janv 2012;25(1):1-15.
32. Grave c. prévention, dépistage et prise en charge de l'hta en france, le point de vue des médecins généralistes, france, 2019 / prevention, screening and management of hypertension in france, the point of view of general practitioners, france, 2019. :9.
33. Heymann A, Valisky L, Zuker I, Chodick G, Shalev V. (Israël). Exploration des perceptions des patients et des généralistes pour comprendre les obstacles à une prise en charge efficace de l'hypertension. *Exercer* 2011;99(suppl3):92S-3S.
34. Id H. Les obstacles des médecins généralistes à évaluer l'observance thérapeutique : étude qualitative menée par entretiens semi-dirigés. :90.

35. Larzillière C. Connaissance de l'hypertension artérielle par la population. Conséquences sur le contrôle. : 25-36.
36. Lantelme P. Hygiène de vie et hypertension artérielle chez la femme : spécificités féminines du traitement non médicamenteux. La Presse Médicale. 1 nov 2019;48(11, Part 1):1257-60.
37. Lawes CM, Hoorn SV, Rodgers A. Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. The Lancet. 3 mai 2008;371(9623):1513-8.
38. L Letrilliart, I Supper, M Schuers, D Darmon, P Boulet, M Favre, M-H Guérin, A Mercier. « ECOGEN : étude des Éléments de la cOnsultation en médecine GENérale ». Exercer 2014; 114 :148-57.
39. Malik KS, Adoubi KA. Obésité, hypertension artérielle et niveau d'activité physique dans une population noire africaine. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. 1 juin 2019;68(3):133-8.
40. Mancia G, Rosei EA, Azizi M, Burnier M, Clement DL, Coca A, et al. 2018 ESC/ESH Guidelines for the management of arterial hypertension. :98.
41. Marques C, Quatremère G, Andier R, Nguyen-Thanh V. De nouveaux repères de consommation d'alcool pour limiter les risques sur sa santé. La Santé en action, 2020, n°. 452, p 40.
42. Masson E. Les modèles de changements de comportements dans le domaine de la santé [Internet]. EM-Consulte. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.em-consulte.com/article/728145/les-modeles-de-changements-de-comportements-dans-l>
43. Mazéas A. Motiver le changement des comportements [Internet]. [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.eufic.org/fr/une-vie-saine/article/motiver-le-changement-des-comportements>
44. Mousel C. Le médecin généraliste en 2007 : Evolution en 25 ans de l'image du praticien et des attentes des patients. Résultats d'une enquête réalisée auprès de 108 sujets de la Vallée

- de la Fensch et du Pays Haut Lorrain [Internet] [other]. UHP - Université Henri Poincaré; 2009 [cité 10 avr 2021]. p. non renseigné. Disponible sur: <https://hal.univ-lorraine.fr/hal-01734348>
45. Moscoviz J. Freins à l'observance des mesures hygiéno-diététiques chez les hypertendus traités dans les Alpes-Maritimes. 2017;83.
46. Mourad J-J, Pannier B, Hanon O, Postel-Vinay N, Herpin D, Vaïsse B, et al. Prévalence de l'HTA et des cofacteurs du risque vasculaire en France : étude FLAHS 2009. Journal des Maladies Vasculaires. mars 2010;35(2):103.
47. Mourad J-J, Mounier-Véhier C, Beauvais F. Facteurs prédictifs du comportement d'observance au traitement chez des patients hypertendus non contrôlés en France : résultats de HTA-Observance. Journal des Maladies Vasculaires. 1 mars 2013;38(2):121.
48. OMS. Panorama mondial de l'hypertension artérielle. Journée mondiale de la santé 2013. Disponible sur : https://www.who.int/cardiovascular_diseases/publications/global_brief_hypertension/fr/
49. Oude-Engberink A, Lognos B, Clary B, David M, Bourrel G. La méthode phénoméno-pragmatique : une méthode pertinente pour l'analyse qualitative en santé. Exercer 2013; 105:4-11.
50. Perrine A-L, Lecoffre C, Olié V. Prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes en France en 2015, étude ESTEBAN. Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique. mars 2018;66:S50.
51. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [Internet]. Haute Autorité de Santé. [cité 26 mai 2020]. Disponible sur: https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte
52. Qu'est-ce-qui influence nos changements de comportements ? [Internet]. Kiplin. 2020 [cité 17 avr 2021]. Disponible sur: <https://www.kiplin.com/quest-ce-qui-influence-nos-changements-de-comportements/>

53. Rapports [Internet]. CFLHTA. [cité 25 févr 2021]. Disponible sur: <http://www.comitehta.org/rapports/>
54. Sarradon-Eck A. Les représentations populaires de la maladie et de ses causes. La Revue du praticien Médecine générale [Internet]. [cité 24 févr 2021]; Disponible sur: https://www.academia.edu/641489/Les_repr%C3%A9sentations_populaires_de_la_maladie_et_de_ses_causes
55. Sosner P, Gremeaux V, Bosquet L, Herpin D. Hypertension artérielle et exercice physique – Mise au point pratique. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. 1 juin 2014;63(3):197-203.
56. Surpas P, Parmentier R. Le bilan éducatif partagé. :46.
57. Whelton SP, Chin A, Xin X, He J. Effect of aerobic exercise on blood pressure: a meta-analysis of randomized, controlled trials. Ann Intern Med. 2 avr 2002;136(7):493-503.
58. Yaméogo NV, Kagambèga LJ, Millogo RCG, Kologo KJ, Yaméogo AA, Mandi GD, et al. Facteurs associés à un mauvais contrôle de la pression artérielle chez les hypertendus noirs africains : étude transversale de 456 hypertendus burkinabé. Annales de Cardiologie et d'Angéiologie. 1 févr 2013;62(1):38-42.
59. Zomahoun HTV, Guénette L, Grégoire J-P, Lauzier S, Lawani AM, Ferdynus C, et al. Effectiveness of motivational interviewing interventions on medication adherence in adults with chronic diseases: a systematic review and meta-analysis.

ANNEXES

Annexe 1 : Fiche information utilisée lors du recrutement par les médecins généralistes

INFORMATION PENDANT LE RECRUTEMENT

Nous réalisons un travail de recherche dans le cadre d'une thèse en médecine générale.

Le sujet concerne l'état de santé des personnes atteintes d'hypertension artérielle.

Ce travail pourrait aider les médecins généralistes à améliorer leur prise en charge.

Pour cela, nous réalisons des entretiens individuels d'environ 1 heure sur volontariat pour recueillir votre témoignage. Pour cela, nous nous déplaçons à votre domicile ou au lieu de votre convenance après avoir fixé une date et un horaire avec vous.

Cet entretien sera réalisé anonymement et sera enregistré avec votre accord.

Les résultats globaux de cette enquête vous seront communiqués dès qu'ils seront disponibles si vous le désirez.

Nous serions très heureux de votre participation.

Si cela vous convient, votre médecin me communiquera vos coordonnées et nous vous contacterons.

Le thésard.

Annexe 2 : Fiche information remise au patient avant de démarrer l'entretien**INFORMATION AVANT ENTRETIEN**

Bonjour,

Nous réalisons un [travail de recherche](#) dans le cadre d'une thèse en médecine générale.

Le sujet concerne des personnes atteintes de l'[hypertension artérielle](#), suivies par leur [médecin généraliste](#).

Il a pour but d'explorer et de comprendre [votre comportement à l'égard des mesures hygiéno-diététiques](#) mais aussi [l'impact de la relation avec votre médecin sur l'application de ses mesures](#).

Ce travail pourrait aider les médecins généralistes à mieux prendre en charge des personnes atteintes de cette maladie.

Pour cela, nous réalisons des [entretiens individuels d'environ 1 heure](#) pour recueillir votre témoignage sur le sujet.

Cet entretien sera réalisé [anonymement](#) et sera [enregistré](#) avec votre accord.

Les résultats globaux de cette enquête vous seront communiqués dès qu'ils seront disponibles si vous le désirez.

Si vous êtes d'accord pour participer à cette enquête, nous pouvons commencer.

Je vous remercie par avance pour votre participation.

Le thésard.

Annexe 3 : Guide d'entretien

Entretien Individuel Patient : guide d'entretien

Introduction

Bonjour,

Premièrement, je vous remercie de m'accorder un petit peu de votre temps. Comme vous le savez, je réalise un travail de recherche en médecine générale sur l'observance des mesures hygiéno-diététiques des patients atteints d'hypertension artérielle et la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant. Pour cela, je réalise des entretiens individuels d'environ 1 heure pour recueillir votre témoignage sur le sujet. Cet entretien sera réalisé anonymement et sera enregistré avec votre accord.

Êtes-vous d'accord pour cet enregistrement ? [Mettre en route le magnétophone]

Notre entretien durera environ une heure, si vous êtes d'accord. Les résultats globaux de cette enquête vous seront communiqués dès qu'ils seront disponibles si vous le désirez. Avez-vous des questions avant que nous commençons ?

Question brise-glace :

- Seriez-vous d'accord pour parler un peu de vous ?
- Décrivez-moi, en quelques phrases qui vous êtes ? Comment-vous décrieriez-vous ?

Thème 1 : La perception de l'hypertension artérielle par les patients

- Pouvez-vous me parler de l'HTA et de ce qu'elle représente pour vous ?
- Vous souvenez-vous de comment s'est déroulé le diagnostic et l'annonce d'hypertension artérielle pour vous ?
- Quel est le retentissement de l'HTA dans votre vie ? Quelle place a-t-elle ?
- Comment vous prenez en charge ce problème de santé ?

Demande d'explication (technique de relance)

« Quand vous dites ... »
 « Qu'entendez-vous par ... »
 « Que signifie ... ? »
 « Par exemple ? »
 « Vous dites ..., mais qu'est-ce que ça veut dire, pour vous ... »

Thème 2 : La connaissance et l'application des règles hygiéno-diététiques

- Quelles règles hygiéno-diététiques connaissez-vous dans la prise en charge de l'HTA ?
 (*Remarque : faire un rappel au patient des RHD si elles ne sont pas toutes citées*).
- Pouvez-vous me parler de votre expérience personnelle concernant l'application de ses règles au quotidien ?

Reformulation pour approfondir les propos du patient (technique de relance)

« Ainsi selon vous... »
 « Vous pensez donc que... »
 « Si je comprends bien, vous... »

Thème 3 : La relation avec le médecin et l'impact des consultations de suivi sur le comportement de santé

- Pouvez-vous me raconter le dérouler d'une consultation de suivi pour HTA avec votre médecin ?
- Comment abordez-vous les règles hygiéno-diététiques au cours de la consultation ?
- Comment les échanges au cours des consultations ont-ils un impact sur l'application des RHD pour vous ?

Poussez la personne à expliciter ce qu'elle veut dire (technique de relance)

« Ça va vous paraître naïve comme question, mais ... »

« Je vois ce que vous voulez dire, mais j'aimerais être sûr de bien comprendre... »

Vérifier la teneur des attitudes de l'enquêté

« « Cela semble vous déplaire »

« Vous n'avez pas l'air satisfait »

« Cela semble vous poser problème »

Thème 4 : Approche médecin-malade en faveur de la promotion des comportements de santé

- Est-ce que le MG a dit ou fait quelque chose qui a amélioré ou au contraire aggravé vos habitudes de vie ? Si oui, racontez-moi comment ? Qu'est ce qui s'est passé à ce moment-là ?
- Qu'est-ce que le MG pourrait faire de mieux pour vous accompagner vers une amélioration de vos habitudes de vie pour suivre les RHD ?

S'assurer que l'enquêté n'a plus rien à dire (technique de relance)

« Auriez-vous quelque remarque à ajouter ? »

« Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez aborder ? »

« Est-ce que vous avez dit tout ce qui vous semblait important ? »

Annexe 4 : Guide d'entretien modifié

Entretien Individuel Patient : guide d'entretien

Introduction

Bonjour,

Premièrement, je vous remercie de m'accorder un petit peu de votre temps. Comme vous le savez, je réalise un travail de recherche en médecine générale sur l'observance des mesures hygiéno-diététiques des patients atteints d'hypertension artérielle et la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant. Pour cela, je réalise des entretiens individuels d'environ 1 heure pour recueillir votre témoignage sur le sujet. Cet entretien sera réalisé anonymement et sera enregistré avec votre accord.

Êtes-vous d'accord pour cet enregistrement ? [Mettre en route le magnétophone]

Notre entretien durera environ une heure, si vous êtes d'accord. Les résultats globaux de cette enquête vous seront communiqués dès qu'ils seront disponibles si vous le désirez. Avez-vous des questions avant que nous commençons ?

Question brise-glace :

- Seriez-vous d'accord pour parler un peu de vous ?
- Décrivez-moi, en quelques phrases qui vous êtes ? Comment-vous décrieriez-vous ?

Thème 1 : La perception de l'hypertension artérielle par les patients

- Pouvez-vous me parler de l'HTA et de ce qu'elle représente pour vous ?
- Comment on a fait le diagnostic d'HTA chez vous et qu'est-ce qu'on vous avait dit ?
- Quel est la place de l'HTA dans votre vie maintenant ?
- Comment vous gérez l'HTA au quotidien ?

Demande d'explication (technique de relance)

« Et en dehors des médicaments... »
 « Quand vous dites ... »
 « Qu'entendez-vous par ... »
 « Que signifie ... ? »
 « Par exemple ? »
 « Vous dites ..., mais qu'est-ce que ça veut dire, pour vous ... »

Thème 2 : La connaissance et l'application des règles hygiéno-diététiques

- Quelles mesures hygiéno-diététiques connaissez-vous dans le cadre de l'HTA ? Comment les avez-vous apprises ?
- Vous en êtes où dans l'application de ses mesures dans votre vie de tous les jours ?

Reformulation pour approfondir les propos du patient (technique de relance)

« Ainsi selon vous... »
 « Vous pensez donc que... »
 « Si je comprends bien, vous... »

Thème 3 : La relation avec le médecin et l'impact des consultations de suivi sur le comportement de santé

- Comment vous décrivez votre médecin traitant ?
- Racontez-moi le dérouler d'une consultation de suivi avec mon médecin pour l'HTA ?
- Comment abordez-vous les mesures hygiéno-diététiques au cours de la consultation ?
- Qu'est-ce votre échange pendant la consultation autour des mesures hygiéno-diététiques vous apporte dans votre vie de tous les jours ?

Poussez la personne à expliciter ce qu'elle veut dire (technique de relance)

« Ça va vous paraître naïve comme question, mais ... »

« Je vois ce que vous voulez dire, mais j'aimerais être sûr de bien comprendre... »

Vérifier la teneur des attitudes de l'enquêté

« « Cela semble vous déplaire »

« Vous n'avez pas l'air satisfait »

« Cela semble vous poser problème »

Thème 4 : Approche médecin-malade en faveur de la promotion des comportements de santé

- Quel serait le rôle de votre médecin traitant dans le cadre de votre HTA selon vous ?
- Pour ce qui est des mesures hygiéno-diététiques, quel serait la place du médecin généraliste ?
- Si vous avez du mal à suivre/mettre en place des MHD, comment votre médecin pourrait vous aider à le faire dans votre vie quotidienne ? Comment devrait être le conseil...les objectifs...fait les réévaluations ?
- Comment votre médecin traitant a-t-il contribué (ou pas) selon vous dans la gestion de votre maladie ?
- Quel est votre rôle à vous dans la prise en charge de l'HTA ?
- Si vous étiez médecin généraliste, et que vous aviez un patient hypertendu qui ne suivrait pas les mesures hygiéno-diététiques, comment procéderiez-vous ?

S'assurer que l'enquêté n'a plus rien à dire (technique de relance)

« Auriez-vous quelque remarque à ajouter ? »

« Y a-t-il autre chose que vous souhaiteriez aborder ? »

« Est-ce que vous avez dit tout ce qui vous semblait important ? »

ABSTRACT

YEAR : 2021

AUTHOR'S NAME : ABDOULALY Hatim

DIRECTORS OF THESIS: FABRE Julie, MD MPH, MIRAT William, MD

TITLE OF THESIS: Non-drug compliance of patients with high blood pressure and influence of the relationship with their general practitioner.
--

Context: One of the main causes of insufficient blood pressure control is poor compliance with dietary health measures (DHM) by hypertensive patients. However, the majority of hypertensive patients are followed by general practitioners (GPs).

Objective: To explore and understand the relationship between adherence to DHMs by patients with controlled and uncontrolled arterial hypertension (AHT) and their relationship to their GP.

Method: Qualitative exploratory study using a phenomenological approach, based on 10 semi-structured interviews with patients followed for AHT by GPs in a health center in the Île-de-France region. Coding and thematic analysis were performed by 3 researchers.

Results: AHT is perceived as a benign disease, the cause of which is not related to poor health behaviors. There is a good relationship between the patient and their GPs in the context of AHT. Patients describe their need for patient-centered medicine, with more transparency about the disease and personalized support to promote better compliance with DHM. The patient must be considered as a whole in order to obtain adherence to DHM. Tobacco appears to be ignored and medication takes a center place at the expense of DHM. A time of exchange with the GP and a motivational approach seem to be useful levers to induce a change in behavior.

Conclusion: Improving adherence to DHD in the context of AHT requires taking into account the patient as a whole, in a climate of trust, with appropriate communication, for better promotion of DHD by the GP.

KEYWORDS:

- General practitioners
- Adherence and compliance
- Arterial hypertension
- Therapeutic alliance
- Qualitative research

ADDRESS OF THE UNIT OF LEARNING AND RESEARCH (U.F.R.): 8, Rue du Général SARRAIL, 94010 CRETEIL CEDEX
--

RÉSUMÉ

ANNÉE : 2021

NOM ET PRENOM DE L'AUTEUR : ABDOULALY Hatim

DIRECTEURS DE THÈSE : Dr FABRE Julie, Dr MIRAT William
--

TITRE DE LA THÈSE : Observance non médicamenteuse des patients atteints d'hypertension artérielle et influence de la relation qu'ils entretiennent avec leur médecin traitant.
--

Contexte : Une des causes principales d'un contrôle tensionnel insuffisant est la mauvaise observance des mesures hygiéno-diététique (MHD) par les patients hypertendus. Or la majorité des patients hypertendus sont suivis par des médecins généralistes (MG).

Objectif : Explorer et comprendre la relation entre l'observance des MHD des patients ayant une hypertension artérielle (HTA) contrôlée ou non, et leur relation avec leur MG.

Méthode : Étude qualitative exploratoire selon une approche phénoménologique, à partir de 10 entretiens semi-dirigés avec des patients suivis pour l'HTA par des MG en maison de santé dans la région Île-de-France. Le codage et l'analyse thématique ont été réalisés par 3 chercheurs.

Résultats : L'HTA est vécue comme une maladie bénigne, dont la cause n'est pas liée aux mauvais comportements de santé. Il existe une relation de qualité entre le patient et son MG dans le cadre de l'HTA. Les patients décrivent leur besoin d'une médecine centrée patient, avec plus de transparence sur la maladie et un accompagnement personnalisé pour favoriser une meilleure observance des MHD. Il faut prendre en compte le patient dans sa globalité pour obtenir son adhésion au MHD. Le tabac semble être ignoré et les médicaments prennent une place centrale au dépend des MHD. Un temps d'échange avec le MG et une approche motivationnelle semblent être des leviers utiles pour induire un changement de comportement.

Conclusion : Améliorer l'observance des MHD dans le cadre de l'HTA nécessite de prendre en compte le patient dans sa globalité, dans un climat de confiance, avec une communication adaptée, pour une meilleure promotion des MHD par le MG.

MOTS- CLÉS :

- Médecins généralistes
- Adhésion et observance thérapeutiques
- Hypertension artérielle
- Alliance thérapeutique
- Recherche qualitative

ADRESSE DE L'U.F.R. : 8, Rue du Général SARRAIL, 94010 CRETEIL CEDEX
--