

**UNIVERSITE PIERRE ET MARIE CURIE ( PARIS 6)**

**FACULTE DE MEDECINE**

**ANNEE 2014**

**N° 2014PA06G034**

**THESE**

**DOCTORAT DE MEDECINE**

**SPECIALITE MEDECINE GENERALE**

**PAR**

**Sabrina FONGA**

**Née le 06 Octobre 1983 à Bois-Colombes (92)**

**Présentée et soutenue le 15 Mai 2014**

**REPRESENTATIONS DE LA MALADIE CHEZ DES PATIENTS  
HYPERTENDUS ORIGINAIRES D'AFRIQUE NOIRE AYANT  
MIGRE EN FRANCE**

**JURY**

**DIRECTEUR DE THESE : Madame le Docteur Liliane MARMIE**

**PRESIDENT DE JURY: Monsieur le Professeur Philippe CORNET**

**JURY: Monsieur le Professeur Xavier GIRERD**

**Monsieur le Professeur Jean LAFORTUNE**

**Madame le Docteur Nicole LACHKAR**

## **REMERCIEMENTS**

Je remercie monsieur le Professeur Cornet,  
Pour m'avoir fait l'honneur de présider le jury de ma thèse.

Merci à monsieur le Professeur Girerd,  
Pour avoir accepté de faire partie du jury.

Je tiens également à remercier Monsieur le Professeur Lafortune,  
Pour avoir accepté de juger cette thèse.

Merci à Madame le Docteur Lachkar,  
Pour ses conseils durant ma formation et pour avoir accepté de faire partie du jury.

Je remercie également Madame le Docteur Marmié,  
Pour avoir dirigé cette thèse. Merci pour votre patience, votre confiance et le temps que vous m'avez accordé.

Un grand merci à ma famille, mes parents, mes sœurs, pour leur aide et leur soutien tout au long de mes études.

Merci à Paola pour sa relecture, à Alain pour ses conseils et sa patience.

Je tiens également à remercier tous ceux qui m'ont soutenue durant mes études et durant ma thèse.

Merci également aux médecins et aux patients qui ont accepté de contribuer à ce travail.

# SOMMAIRE

SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	6
PROBLEMATIQUE.....	11
MODELE D'ANALYSE.....	14
1. Cadre théorique.....	15
1.1 Apport anthropologique et sociologique des représentations de la maladie.....	15
1.2 Représentations de la maladie chez les patients africains.....	25
1.3 Représentations de l'hypertension artérielle dans la population africaine.....	33
1.4 Représentations de l'hypertension artérielle dans une population originaire d'Afrique saharienne ayant migré en pays occidentalisé.....	35
2. Question de recherche et hypothèses.....	39
3. Cadre conceptuel.....	40
3.1 Choix des concepts.....	40
3.2 Choix des dimensions, des composants et des indicateurs.....	48
3.3 Cadre d'analyse.....	48
ORGANISATION DU TEST EMPIRIQUE.....	49
1. Les participants.....	50
1.1 La population étudiée.....	50
1.2 L'échantillonnage.....	51
1.3 L'éthique.....	51
1.4 L'échantillon.....	51
2. Matériel utilisé.....	52
2.1 La présentation du matériel.....	52

2.2 L'outil de recherche.....	52
3. Déroulement de la collecte.....	53
3.1 Le moment et le lieu .....	53
3.2 La tâche.....	53
3.3 Les consignes.....	53
3.4 Le temps alloué.....	53
RESULTATS.....	54
1. Représentations de l'hypertension artérielle.....	55
1.1 Définition de l'hypertension artérielle.....	55
1.2 Causes de l'hypertension artérielle.....	55
1.3 Symptômes de l'hypertension artérielle.....	57
1.4 Complications de l'hypertension artérielle.....	59
1.5 Notion de maladie grave.....	59
1.6 Retentissement de l'hypertension artérielle dans la vie quotidienne.....	60
1.7 Notion de maladie chronique.....	61
2. Perceptions du traitement antihypertenseur.....	62
2.1 Traitements de l'hypertension artérielle.....	62
2.2 Adhésion au traitement antihypertenseur.....	63
2.3 Motivations à prendre le traitement antihypertenseur.....	64
2.4 Retentissement du traitement antihypertenseur dans la vie quotidienne.....	65
2.5 Observance du traitement antihypertenseur.....	67
3. Influences du patient dans la gestion de sa maladie.....	68
3.1 Rôle du médecin par rapport au malade.....	68
3.2 Influence de la médecine traditionnelle et de l'entourage.....	70
INTERPRETATION DES RESULTATS.....	73
1. Comparaison avec les études de la littérature.....	74
1.1 Représentations des patients à travers l'analyse des symptômes et des causes décrits.....	74
1.2 Assimilation du traitement par les patients.....	77
1.3 Influence de l'entourage, de la médecine traditionnelle et de la religion.....	80
1.4 Relation médecin-malade.....	82
2. Analyse globale.....	84
3. Limites de l'étude.....	86
3.1 Limites liées au biais de sélection des patients.....	86

3.2 Limites liées au recueil des données.....	86
3.3 Limites concernant la retranscription.....	87
CONCLUSION.....	88
BIBLIOGRAPHIE.....	91
ANNEXES.....	99
TABLE DES MATIERES.....	104
RESUME.....	108

# **INTRODUCTION**

# INTRODUCTION

Au cours du XXème siècle, l'hypertension artérielle a connu une ampleur dans son dépistage, sa compréhension et son traitement. Cette affection mal comprise n'était pas traitée pendant la première moitié du XXème siècle. Puis, avec le développement de thérapeutiques et l'apparition de nouvelles recommandations, la prise en charge de l'hypertension artérielle s'est généralisée (43, 53, 56). L'hypertension artérielle est, aujourd'hui, fréquemment rencontrée en médecine générale. Beaucoup d'individus en sont atteints dans le monde. D'après un rapport de l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), en 2008 dans la population mondiale, (49) la prévalence de l'hypertension artérielle était de 29,2 % chez les hommes de plus de 25 ans et de 24,8% chez les femmes de plus de 25 ans. L'hypertension artérielle a un retentissement important sur la morbidité et sur la mortalité cardiovasculaire (49). Or il apparaît que la couverture thérapeutique est insuffisante dans le monde comme en France. Ainsi, selon une étude réalisée en France en 2007, parmi les patients diagnostiqués hypertendus, 82% avaient un traitement hypotenseur et parmi ces patients traités, seuls 50,9 % étaient contrôlés. (16)

La prise en charge de l'hypertension artérielle peut paraître d'autant plus difficile dans certaines populations. Dans ce travail, j'ai choisi de m'intéresser aux patients originaires d'Afrique Noire. La zone géographique est assez vaste. L'Afrique est un continent qui regroupe de nombreux pays, ethnies et cultures différents. L'hypertension artérielle est une affection qui touche particulièrement les personnes originaires d'Afrique Noire en termes de fréquence et de gravité (6). Cette population migrante est également plus vulnérable. Par définition, le migrant est d'après l'Organisation des Nations Unies (ONU), quelqu'un "qui vit de façon temporaire ou permanente dans un pays dans lequel il n'est pas né et qui a acquis d'importants liens sociaux avec ce pays."

(48) Les sujets choisis pour ce travail sont des personnes nées en Afrique subsaharienne et résidant actuellement en France.

La migration constitue toujours une épreuve qu'elle soit volontaire ou forcée. Ce tournant dans la vie est souvent idéalisé, synonyme d'espoir et de renouveau. Cependant, la migration entraîne de nombreux changements liés à l'environnement, à la langue, à la culture, aux lois du pays d'accueil et aux règles de vie. Les migrants sont alors confrontés aux dures réalités du pays d'accueil et aux conséquences de la migration (éloignement familial, barrière linguistique et culturelle, difficultés économiques, et administratives...)

Dans le domaine de la santé également la prise en charge du migrant peut paraître plus difficile en raison de plusieurs facteurs liés à la différence (représentations de la maladie, langues, modes de vie, croyances...). Lors d'une consultation, les acquis du médecin, plus ou moins objectifs, sont confrontés au savoir, considéré comme subjectif, du patient. En règle générale, le médecin n'évoque pas les représentations que peut avoir le patient de telle ou telle maladie. En consultation, ce dernier les exprime rarement et le médecin l'interroge peu à ce sujet.

Néanmoins, une méconnaissance réciproque entre le patient et le médecin peut entraîner des désaccords ayant des conséquences qui peuvent s'avérer graves pour le patient: une rupture de suivi, une mauvaise observance thérapeutique ou une fuite du patient.

Le thème de cette thèse consiste à s'intéresser aux représentations de l'hypertension artérielle chez les patients nés en Afrique noire et ayant migré en France. La représentation que va développer un individu de sa maladie lui permet d'assimiler une réalité et de la faire sienne. Ainsi, il pourra trouver des repères à travers son propre système de références. La façon dont il va comprendre et intégrer sa maladie a un lien avec son histoire, ses connaissances, son vécu et sa culture propre. L'homme utilise des représentations pour comprendre et gérer différentes informations. Il simplifie des données, se les approprie pour comprendre, retenir et vivre avec sa maladie. Ces représentations sont en parties conscientes et en partie inconscientes. Ce que nous avons appris des anthropologues, des sociologues et des psychologues, c'est que la maladie est un phénomène qui dépasse largement la médecine.



Prendre en compte les représentations du patient permet d'améliorer sa prise en charge, en ayant une vue plus générale de celui-ci. Le but n'est évidemment pas d'associer systématiquement un patient à une représentation ou à une culture mais plutôt de se familiariser avec différentes conceptions que sont celles de ces patients africains.

Il faut de toute façon garder présent à l'esprit qu'on ne peut pas faire de généralités. Chaque individu est différent et nous devons, en tant que professionnels de santé, nous adapter à chacun. Ce sujet d'étude m'a particulièrement intéressée car j'ai moi-même des origines camerounaises mais je ne suis que peu familiarisée avec les cultures camerounaises et africaines. De plus, en médecine générale, le médecin est amené à revoir régulièrement son patient dans le cadre du suivi mais également pour différents problèmes aigus. Il peut ainsi avoir l'occasion de voir le patient dans son environnement (visites à domicile, famille du patient...), ce qui l'aide à mieux cerner ses représentations et l'évolution de celles-ci.

Ce travail de recherche appliquée issue des sciences empiriques s'inscrit dans une démarche inductive dont l'objectif est d'explorer et d'essayer de comprendre les représentations de l'hypertension artérielle chez ces patients. En effet, les représentations que peut avoir un patient de sa maladie peuvent influencer sur la prise en charge et constituer un obstacle à celle-ci (47). Peu d'études se sont intéressées aux représentations de l'hypertension artérielle dans cette population. Quelques recherches ont été faites sur ce sujet, principalement en Afrique et aux États-Unis. Les connaissances sur ce sujet restent donc limitées.

Ce type de recherche qualitative consiste à étudier les représentations de l'hypertension artérielle de ces patients à travers la méthode exploratoire étude sur le terrain. Le but est de dresser un portrait global d'un phénomène mal connu. L'instrument de recherche utilisé sera l'entrevue semi-directive, qui permettra de faire ressortir des thèmes récurrents. La population étudiée sera de type migrante de première génération, originaire d'Afrique subsaharienne et atteinte d'hypertension artérielle.

En première partie, après avoir posé le cadre théorique, nous reviendrons sur la question de recherche puis nous définirons les concepts d'hypertension artérielle et de représentation.

En deuxième partie, nous analyserons les comptes rendus des entrevues des patients originaires d'Afrique subsaharienne ayant migré en France interrogés au sujet de leur hypertension artérielle.

# **PROBLEMATIQUE**

## PROBLEMATIQUE

Ce travail a pour thème les représentations de l'hypertension artérielle dans la population migrante d'Afrique Noire. En effet, lors de nos recherches documentaires, il a été mis en évidence que d'après "les données épidémiologiques concernant l'hypertension artérielle des sujets noirs vivant dans des pays à hauts revenus [provenant] essentiellement des États-Unis et du Royaume-Uni, [l]’hypertension est plus fréquente chez les sujets noirs que chez les sujets blancs, plus précoce, plus sévère et plus souvent associée à d’autres facteurs de risque, notamment surpoids et diabète chez les femmes. " (61). Cela témoigne donc d'un mauvais contrôle de l'hypertension artérielle dans cette population.

Une étude américaine (37) a relevé qu' "un facteur important dans le contrôle médiocre de la pression artérielle à la fois chez les patients hypertendus noirs et blancs est la faible observance au traitement prescrit. Des études antérieures ont montré que seulement environ la moitié des patients traités adhéraient à leur régime antihypertenseur. La recherche anthropologique en contexte clinique a montré que les différences entre les modèles des praticiens et des patients sur la santé et la maladie peuvent être la source de beaucoup de difficultés à respecter le traitement et que le point de vue du patient sur sa propre maladie est important dans les choix de traitement et donc pour la compliance." Pour les auteurs, "des problèmes dans l'observance du traitement et dans la gestion de la maladie ont souvent été attribués à des différences entre les modèles explicatifs qu'ont les patients de la maladie et le modèle biomédical."

Une autre étude réalisée chez des patients afro-américains (47) a mis en évidence différents obstacles propres au patient dans le contrôle de l'hypertension artérielle. Celle-ci a ainsi mis en

cause "une mauvaise connaissance de l'hypertension et de ses conséquences, une mauvaise observance du traitement médicamenteux, de mauvaises attentes par rapport au système de soins, une incapacité à changer de mode de vie, les effets secondaires des médicaments, des attentes irréalistes de traitement (par exemple en une cure) et des facteurs démographiques (comme le statut socio-économique, le niveau d'éducation , l'âge , le sexe)."

D'après cette étude, les facteurs les plus facilement modifiables sont "les idées fausses sur les causes, le traitement et la prévention de l'hypertension. Les patients dont les croyances sont discordantes avec les concepts traditionnels biomédicales de l'hypertension ont un plus faible contrôle de la pression artérielle que ceux dont les croyances sont concordantes. C'est peut-être plus pertinent pour les afro-américains, puisqu'ils sont connus pour avoir des croyances culturelles de la santé qui diffèrent de ceux de la culture occidentale ." Les auteurs ont mis en évidence "la nécessité d'autres études portant sur l'efficacité de ces interventions chez ces patients"

Ces études font ressortir un manque important de connaissances sur les représentations de l'hypertension artérielle chez le sujet Noir en pays occidentalisé. La majorité des études portant sur ce thème ont été réalisées aux États-Unis. Mais en raison des différences avec la France (d'ordre culturelles, médicales...), il est difficile de tirer des conclusions de ces études pour la France.

Différentes interrogations se posent donc:

- Quelle connaissance ont ces patients ayant migré en France de leur hypertension artérielle?
- Comment ces patients vivent' ils avec leur hypertension artérielle?
- Comment favoriser l'observance chez cette population de patients?

De mes interrogations naît une question de départ: Quelles sont les représentations de l'hypertension artérielle chez les patients africains ayant migré en France ?

# **MODELE D'ANALYSE**

# MODELE D'ANALYSE

## 1. Cadre théorique

Pour poser la question de départ, nous nous sommes intéressés à l'apport anthropologique et sociologique des représentations de la maladie. Les auteurs de ces spécialités ont développé plusieurs théories en rapport avec ce sujet. Dans un premier temps, nous en présenterons certaines.

### 1.1 Apport anthropologique et sociologique des représentations de la maladie

#### 1.1.1 Notion de santé

La notion de santé est plus difficile à définir que celle de maladie. On sait quand on est malade. Peut-on affirmer que l'on est en bonne santé(19)? Canguilhem, philosophe et médecin, pose la question : "Ne parle t-on pas de santé que parce qu'il existe des maladies?". Il ajoute: "La santé, c'est la vie dans le silence des organes, que par suite le normal biologique n'est révélé que par les infractions à la norme et qu'il n'y a de conscience concrète ou scientifique de la vie que par la maladie" (17)

L'OMS a établi la définition suivante:"La santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité." (17) La santé ne peut pas uniquement être perçue comme une absence de maladie. D'autres facteurs interviennent. Les conditions de vie et la société dans laquelle chacun évolue doivent être prises en compte (19).

Lebigre précise: "La demande de santé n'est plus de réparer un dysfonctionnement mais d'aider à 'gérer la vie' sous toutes ses formes et à tout moment" (19). Ainsi, des critères culturels sociaux et individuels entrent en jeu et en fonction des modes de vie, les objectifs sont différents. Pour ne pas tomber malade, pour garder une harmonie intérieure et rester en bonne santé, le mode de vie doit être en accord avec les normes sociales et l'environnement. Par exemple, dans certains pays du tiers monde, la notion de santé se rapproche de celle de la survie. À l'opposé, dans certains pays industrialisés, la société encourage à adopter certaines conduites en matière d'alimentation et de sport (Herzlich, 2008). S'occuper de sa santé variera donc en fonction des ressources, du revenu, de l'activité professionnelle ou de la vie de famille. (3)

La santé ne se limite donc pas au corps, mais se définit par rapport à une situation sociale donnée. Par exemple, un trouble visuel comme la myopie ou l'astigmatisme ne poserait pas de problèmes dans un système agricole. Il en est autrement dans la marine ou dans l'aviation.(17)

La notion de santé a été définie comme la réaction, l'adaptation d'un organisme face à différents accidents pour conserver son équilibre . Elle est ainsi associée à la capacité de l'organisme d'instituer de nouvelles normes en réaction à une situation donnée.(17)

D'après Canguilhem, "la santé c'est une marge de tolérance des infidélités du milieu" et "être en bonne santé, c'est pouvoir tomber malade et s'en relever c'est un luxe biologique"(17). L'être humain se considère donc en bonne santé lorsqu'il est "adapté au milieu et à ses exigences". Il a la possibilité de surmonter les bouleversements qui se présentent à lui pour instaurer de nouvelles normes et garder sa place dans la société .

La santé absolue, une santé parfaite sans interruption de bien-être n'existe pas . La notion d'adaptation est donc primordiale ce qui a été décrit par Canguilhem: "la santé est une façon d'aborder l'existence en se sentant non seulement possesseur ou porteur mais aussi au besoin créateur de valeurs, instaurateur de normes vitales". Chacun cherche à préserver sa vie, "une vie longue, la capacité de travail physique, la force, la résistance à la fatigue, l'absence de douleur, un état dans lequel on remarque le corps le moins possible en dehors du sentiment joyeux d'existence."(17)



### 1.1.2 Notion de maladie

La notion de maladie, elle aussi, peut être nuancée. On ne peut définir la maladie comme une anomalie. Il existe des variations individuelles qui font que toutes les anomalies ne sont pas pathologiques. La pathologie implique "un sentiment direct et concret de souffrance et d'impuissance, sentiment de vie contrariée". Ainsi, la maladie est "un état contre lequel il faut lutter pour pouvoir continuer de vivre". (17)

La maladie marque une rupture avec un état antérieur, ce qui est d'autant plus marqué s'il s'agit d'une maladie chronique. Cette rupture ne se conçoit encore une fois que par rapport à un milieu social défini. Par exemple, Canguilhem a mentionné un jeune homme qui est tombé sur une scie circulaire et dont le bras a été sectionné aux trois-quarts sans atteinte du paquet vasculo-nerveux. Une prise en charge chirurgicale rapide a permis la conservation du bras. Il y a bien évidemment eu des séquelles avec atrophie musculaire et déficit des fonctions de flexion, d'extension et de supination du bras. La récupération a été incomplète mais suffisante pour permettre la reprise de son métier, un métier manuel. Ainsi ce jeune homme n'a pas changé de statut social et a pu conservé son travail. Il n'était pas un "ancien chauffeur ou un ancien charron mais un chauffeur ou un charron". Plus qu'un symptôme, la maladie renvoie le patient à sa place dans la société. La santé étant nécessaire pour le rendement, la personne malade ne peut plus remplir ses obligations sociales et la notion d'incapacité entre en jeu. Ce qui définit la maladie dépend donc en partie du jugement du patient et des idées de son environnement social (17). La culture influe beaucoup sur ce que les individus reconnaissent comme maladie. En fonction du groupe, un même état peut être considéré comme signe de bonne santé ou de maladie (par exemple, avoir des vers intestinaux) et certaines maladies n'existent que dans certaines cultures.(35)

Claudine Herzlich, sociologue française, développe elle aussi l'aspect social de la maladie. Elle parle de celle-ci comme de "l'évènement malheureux qui menace ou modifie, parfois irrémédiablement, notre vie individuelle, notre insertion sociale et donc l'équilibre collectif". La maladie va donc susciter un questionnement qui va plus loin que l'individu et que la prise en charge médicale.(36)

Une personne, par sa maladie, perd sa capacité à évoluer et à s'adapter à son milieu. D'après Canguilhem, " le propre de la maladie, c'est d'être une réduction de la marge de tolérance des

infidélités du milieu." Il ajoute que "la maladie est encore une norme de vie, mais c'est une norme inférieure en ce sens qu'elle ne tolère aucun écart des conditions dans lesquelles elle vaut, incapable de se changer en une autre norme."(17)

Ainsi quand en français on utilise un terme unique "maladie", la langue anglaise a trois mots pour définir les nuances de ce concept, comme le fait remarquer Kleinman: "illness", "disease" et "sickness" (62) .

Le terme "illness" désigne la maladie à travers la perception du patient, ses sensations, sa subjectivité propre. Il s'agit du ressenti du patient, à travers son propre corps, qui va être influencé par ses propres représentations individuelles et culturelles.

Le terme "disease" se rapporte à la vision du médecin qui détecte un dysfonctionnement physiologique ou biologique. Les termes disease et illness ne désignent pas deux entités opposées mais plutôt complémentaires.

Le terme "sickness", lui, prend en compte la dimension culturelle, la façon dont une société pense et organise socialement la maladie. Cette vision de la maladie correspond à la rupture d'équilibre entre une personne et son environnement.

Ces différents termes permettent de rendre compte de la différence et en même temps de la complémentarité qui existent entre la subjectivité ressentie par le patient et l'objectivité mesurée par le médecin. De ce fait, la guérison de la maladie dite "disease" correspond à "l'établissement d'un contrôle effectif sur le trouble biologique et/ou psychologique", tandis que la guérison de la maladie dite "illness" correspond au fait d'apporter une "signification individuelle et sociale aux problèmes entraînés par la maladie."

### **1.1.3 Classification des représentations de la maladie**

Plusieurs classifications ont été avancées pour décrire l'origine des maladies à travers différentes représentations. Dans son ouvrage "Anthropologie de la maladie", Laplantine (42) a exposé une classification selon quatre modèles: le modèle ontologique/ relationnel, le modèle exogène/ endogène, le modèle additif/ soustractif et le modèle maléfique/ bénéfique.

### **"Modèle ontologique/relationnel"**

Ce modèle oppose "les médecines centrées sur la maladie et dont les systèmes de représentations sont commandées par un modèle ontologique de nature le plus souvent physique [et] les médecines centrées sur l'homme malade et dont les systèmes de représentations sont commandées par un modèle relationnel qui peut être pensé en termes physiologique, psychologique, cosmologique ou social." (Laplantine, 1986)

Le modèle ontologique est centré sur une approche qualitative, et s'attache à la localisation de la cause chez l'individu malade, localisation qui peut être d'ordre anatomique ou qui cherche à déterminer "l'espèce" de la maladie.

Le modèle relationnel correspond à une atteinte fonctionnelle ou quantitative. Il se traduit en terme "d'harmonie et de dysharmonie, d'équilibre et de déséquilibre". La maladie est considérée comme un dérèglement par excès ou par défaut. Ce déséquilibre peut être entre l'homme et lui-même. Cela rappelle la "médecine humorale" avec la recherche de l'équilibre entre les quatre humeurs: le sang, le phlegme, la bile jaune et la bile noire. On retrouve la volonté de prendre en charge ce déséquilibre à l'intérieur de l'individu dans des thérapies comme la psychanalyse et l'homéopathie. La rupture peut être entre l'équilibre de l'homme et celui du "cosmos". Cette représentation est présente dans l'ensemble des "médecines populaires des traditions orales". Enfin, la rupture peut être celle de l'équilibre entre l'homme et son milieu social, ce que l'on retrouve dans différentes actions religieuses et/ou magiques.

### **"Modèle exogène/endogène"**

Un deuxième modèle proposé est le modèle exogène/endogène.

Le terme exogène désigne une origine extérieure de la maladie . Dans ce cas, celle-ci est causée par un élément étranger au malade. L'individu n'est pas responsable de son état. Il est considéré comme sain. On peut appliquer ce modèle pour expliquer les maladies causées par des éléments naturels (par exemple, un agent infectieux ou chimique, un mauvais équilibre alimentaire, la pollution, un traumatisme physique), des difficultés socioprofessionnelles et des événements traumatiques. On peut aussi introduire des notions surnaturelles (sort, génie, mauvais esprit... ) .

Le but du traitement est de chasser l'intrus. La guérison vient donc de l'extérieur. Dans le corps, il y a quelque chose en trop qui rend malade et qu'il faut enlever. Ce concept est à la base de nombreux traitements présents aussi bien dans la médecine occidentale que dans les médecines dites traditionnelles avec, par exemple, des ablations chirurgicales, des lavements, des saignées et différents rituels magiques.

Dans le cas endogène, la maladie vient ou se développe de l'intérieur de l'organisme. Il ne s'agit plus alors de chasser un élément externe, puisque la maladie se développe à partir de l'individu lui-même. On retrouve dans ce cas la notion de transmission familiale héréditaire où le sujet est victime de son hérédité. On peut également différencier la part psychologique où le sujet va inconsciemment provoquer sa maladie en raison de troubles émotionnels. Ce modèle prend donc en compte le terrain, l'hérédité, les tempéraments et les prédispositions.

Cependant dans un certain nombre de cas, on retrouve des facteurs à la fois exogènes et endogènes.

### **"Modèle additif/soustractif"**

Suivant le modèle additif, la maladie est vécue comme l'intrusion de quelque chose dans le corps (objet, microbe, démon), de quelque chose de trop qui pénètre dans le corps de la personne innocente. Avec cette conception, on refuse que la maladie vienne de l'intérieur et implique la personnalité du malade.

Dans le modèle soustractif, le malade a perdu quelque chose qu'il faudra lui restituer. La guérison passe donc par l'ajout de quelque chose.

Ainsi pour les personnes dont les représentations suivent le modèle additif une intervention chirurgicale, une prise de sang et d'autres traitements ne poseront pas de problèmes. À l'inverse, les individus suivant le modèle soustractif chercheront à recevoir (injections, médicaments...)

### **"Modèle maléfique/bénéfique"**

Le dernier modèle décrit par Laplantine est le modèle maléfique/bénéfique. La maladie est

considérée comme maléfique lorsqu'elle est perçue comme "nuisible, nocive, indésirable et privative". Ses conséquences ne sont pas uniquement au niveau de l'individu mais elle entraîne une dévalorisation sociale qui peut être la cause d'une exclusion de la société.

La maladie suit, au contraire, le modèle bénéfique lorsque ces "symptômes sont considérés comme un message à écouter". La maladie est alors pleine de sens. Elle peut enrichir. La maladie peut également procurer des bénéfices secondaires. Le malade a un statut privilégié unique qui lui permet de se soustraire à différentes contraintes de la société et d'attirer l'attention sur soi. On parle de "médecine-gratification". Dans certains cas, le malade se dépasse grâce à sa maladie. Il transforme son handicap en une force qui lui permet d'accomplir quelque chose qu'il n'aurait pas fait sans cette maladie.

Ces différents modèles décrits par Laplantine ne s'opposent pas les uns aux autres mais sont complémentaires pour rendre compte des représentations de la maladie.

#### **1.1.4 Systèmes de soins et modèles explicatifs**

Kleinman a développé dans l'anthropologie médicale, la notion de système de soins . Il s'agit d'après Taïeb "de systèmes sociaux et culturels qui construisent la réalité clinique de la maladie". Ils rassemblent le réseau des réponses aux problèmes humains entraînés par la maladie: croyances étiologiques, choix des traitements, statuts et rôles légitimés socialement lors des actions sur le malade, relations de pouvoir qui les accompagnent."(62)

Les systèmes de soins sont composés de trois secteurs vers lesquels les patients peuvent se tourner : le "secteur populaire", le "secteur professionnel" et le "secteur traditionnel". Différents facteurs pousseront chaque individu à faire confiance à tel ou tel système de soins: ses croyances par rapport à la cause d'une maladie, le ou les traitements qu'il voudra utiliser, sa perception de la place du malade et la notion de pouvoir dans la société, l'accessibilité des soins.

- Le "secteur populaire" englobe l'entourage du patient: famille, amis, voisinage, environnement professionnel. C'est le secteur le moins étudié, mais le plus important car

c'est à partir de ce secteur que commence la prise en charge. L'automédication y est importante, tout comme la prévention. La préoccupation pour le maintien de la santé a une importance plus grande que la lutte contre la maladie. Ce secteur influence beaucoup le patient par rapport à son adhésion aux autres secteurs. Ainsi, la vision de la collectivité est primordiale dans la prise en charge d'une maladie.

- Le "secteur professionnel" est composé des professions de santé organisées et reconnues, notamment la médecine scientifique moderne.
- Le "secteur traditionnel", lui, regroupe des spécialistes non professionnels qui peuvent se rapprocher du secteur populaire ou du secteur professionnel. L'usage de la religion et du sacré y est fréquent. En Afrique, ce sont les spécialistes de la médecine traditionnelle africaine.

Le malade utilise donc ces trois secteurs pour se soigner, à des degrés divers. Chacun de ses secteurs a des interprétations différentes de la maladie; les soins mis en place y seront donc différents.

Kleinman a également défini dans chacun de ces secteurs des "modèles explicatifs" de la maladie. Ceux-ci "cherchent à expliquer la maladie selon cinq axes: l'étiologie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution du trouble (avec le degré de sévérité, le type d'évolution aïgue, chronique...) et le traitement". Ils ne sont qu'en partie conscients. Ils sont liés à l'expérience du patient, à ses représentations ainsi qu'à celle des soignants et de l'entourage du patient. Ces modèles sont liés au patient et ne sont pas figés mais peuvent évoluer et se modifier complètement. Ce n'est pas la culture du patient qui les détermine.

Au cours des différentes consultations et de la prise en charge, le modèle explicatif du malade sera confronté à celui de son praticien. Le patient va donc, à travers son analyse, pouvoir modifier son modèle. Ainsi, il pourra:

- adopter le modèle de son médecin, tout en conservant le sien
- attribuer plus d'importance à son modèle qu'à celui de son médecin
- ne garder qu'un des deux modèles

- construire un nouveau modèle grâce à d'autres informations

### **1.1.5 Recherche de sens**

Pour comprendre sa maladie, le malade va se poser plusieurs questions pour déterminer les causes et même le sens. "Pourquoi moi?", " Pourquoi maintenant?", "Pourquoi lui?" "Pourquoi ici?" Les représentations qu'il va construire vont l'aider à y répondre (62).

L'objectif de cette quête revêt plusieurs aspects:

- pouvoir déterminer de quelle maladie il s'agit
- trouver son mode de survenue
- comprendre qui en est à l'origine
- déterminer pourquoi la maladie s'est développée à ce moment, sous cette forme et chez cette personne

Pour interpréter sa maladie, l'individu cherche des réponses qui vont au delà de celles données par le corps médical (36). Encore une fois, l'individu cherche à retrouver sa place dans la société.

Comme l'ont fait remarqué Herzlich et Pierret, les représentations qu'aura un individu de la maladie ne sont pas liées à une mauvaise information du patient ou à un manque de connaissances de celui-ci. Elles sont liées à son vécu et à son expérience.

### **1.1.6 Concepts retrouvés dans les cultures africaines**

Dans les cultures africaines, la société à laquelle appartient le malade joue un rôle très important. Ainsi, la maladie ne retentit pas uniquement sur l'individu mais également sur la société dans sa globalité. Quand un individu est malade, plus que le corps physique c'est tout l'équilibre social qui est modifié (5, 19) ; la société se composant d'une partie "visible (individus, animaux, minéraux, plantes) et non visible (Dieu, esprits, génies, ancêtres)". Il convient d'emblée de faire un distinguo entre le sujet africain et le sujet occidental. Dans les cultures africaines, l'homme n'est pas une unité individuelle mais un être composé de différentes entités, très liées et contributives les unes

aux autres. L'homme n'est en quelque sorte pas maître de lui-même mais occupé, voire possédé. Il n'est pas propriétaire de son passé, ni de son présent, ni de son avenir. Il a, en quelque sorte, le même statut de la naissance à la mort (29) .

Par exemple, en Afrique du Sud, la croyance selon laquelle une personne, vivante ou morte peut amplifier ou atténuer la force d'une autre est répandue. On retrouve aussi l'idée selon laquelle la force d'une personne influe directement sur les personnes qui lui sont inférieures (19).

Pour le malade et son entourage, la maladie a une "double causalité". Elle provient à la fois de causes naturelles et de causes surnaturelles. Ces deux dimensions doivent donc être prises en compte dans la gestion de la maladie pour un rétablissement complet. Des thérapeutiques agissant spécifiquement sur l'une ou l'autre des causes évoquées sont utilisées simultanément ou successivement. Du reste, certaines maladies sont considérées comme "africaines" non pas uniquement en raison de l'explication qui est en donnée et qui renvoie au monde invisible, mais également par les rapports qui sont établis entre les symptômes et la représentation du corps.

Cette conception s'accompagne d'une vision différente des maladies psychiatriques. R. Fourasté explique que dans la société africaine, on ne différencie pas la maladie psychiatrique de la maladie organique. Ainsi, décrit-il: "le psychiatre n'est pas uniquement consulté pour ce que l'on croirait être du ressort de la 'folie'. Que ce soit les troubles cardio-vasculaires, l'hypertension artérielle, les conséquences d'un diabète, les effets trop courants d'une lèpre, d'une tuberculose, d'une maladie du sommeil..., les douleurs articulaires engendrées par la drépanocytose, le praticien se place aux confins de la pathologie interne de l'enfant et de l'adulte. Il faut retenir qu'une perspective de cet ordre différencie la 'maladie' vue par le médecin occidentalisé, d'une clinique psychosomatique bien spécifique des manifestations culturelles ou entrent en compte le 'malheur' tombé sur l'un des membres de la famille, la 'malédiction' jetée par un sorcier, la fatalité qui atteint le sujet." (29)

En outre, la notion de maladie chronique a une représentation différente en Afrique. On conçoit tout à fait être atteint d'une maladie aiguë par une cause naturelle. En revanche, si celle-ci persiste ou devient chronique, le patient y voit une dimension surnaturelle et pour lui, un traitement dit "naturel" ne suffira plus. Il risque alors de se tourner vers d'autres médecines.

L'annexe 1 reprend les différences entre la vision occidentale et la vision africaine.



## **1.2 Représentations de la maladie chez les patients africains**

### **1.2.1 Médecine traditionnelle en Afrique**

Les différents secteurs vers lesquels peut se tourner le malade ont été précédemment abordés. Celui-ci commence par se rapprocher de ce qu'il connaît, de ce en quoi il croit (51). Ainsi, le recours à la médecine traditionnelle en Afrique fait partie de la vie quotidienne. Le malade fait donc confiance à cette médecine à travers laquelle il peut retrouver ses propres représentations. C'est pourquoi, il m'a semblé important de traiter de la médecine traditionnelle, même si l'hypertension artérielle est une maladie ayant un modèle typiquement occidental. On pourrait, en effet, la définir comme une maladie à travers les chiffres et non les symptômes (43,53). Et cette maladie est nouvelle pour la médecine traditionnelle, comme ce sera développé plus tard. Des études ont estimé l'utilisation des médecines alternatives de 20 à 80% entre les différentes régions du monde (51). Aux États-Unis, certaines études chez les Afro-américains ont d'ailleurs révélé que la médecine traditionnelle fait partie intégrante de la thérapie des patients en raison de son rôle central dans l'histoire culturelle, de son efficacité et des avantages qui lui sont rapportés. Une étude a d'ailleurs évalué à 40 % l'utilisation d'une médecine à base de plantes dans la population générale aux États-Unis (51).

### **1.2.2 Définition de la médecine traditionnelle**

La médecine dite traditionnelle a été définie comme "l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques explicables ou non pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer, un déséquilibre physique, mental ou social, en s'appuyant sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération oralement ou par écrit."(19) Elle regroupe ainsi un certain nombre de pratiques diagnostiques et thérapeutiques, ce qui amène certains à utiliser cette expression au pluriel. Il n'y a pas de codification précise et beaucoup de personnes pratiquent cette médecine.

### 1.2.3 Rôle du tradipraticien

La médecine traditionnelle se pratique par l'intermédiaire de guérisseurs, qui peuvent avoir différentes spécificités (9). Ces spécificités peuvent être liées à la nature du traitement. Certains guérisseurs utilisent des plantes issues de la pharmacopée africaine, d'autres guérissent grâce à des rites, des prières et d'autres encore associent les deux dans leur thérapie. De plus, les maladies soignées ne sont pas les mêmes pour tous les guérisseurs. Ainsi, on différencie les guérisseurs généralistes des guérisseurs spécialistes. L'ONU a défini le terme de tradipraticien pour réunir l'ensemble des appellations de ces acteurs de la santé en Afrique. Ce terme englobe à la fois des guérisseurs, des herboristes, des sorciers .... Il existe différents types de formations. Pour certains, il s'agit d'un don, d'une transmission familiale. Pour d'autres, l'apprentissage se fait par l'intermédiaire d'un aîné et au bout d'une longue initiation, le tradipraticien est capable d'exercer son propre art (29).

Le tradipraticien exerce son art à travers une certaine représentation du corps, des organes, de la culture et du milieu social. La prise en charge du malade est celle du groupe, de la communauté et englobe à la fois l'univers visible et invisible. On retrouve ainsi de nombreuses cérémonies qui s'y rattachent. Le guérisseur a souvent une position spéciale dans la communauté (29). La médecine traditionnelle ne se limite donc pas à l'utilisation de certaines plantes et correspond à une prise en charge globale par rapport à la société et à la culture (46).

Le champ d'action du tradipraticien ne se limite pas aux maladies, comme c'est le cas en médecine occidentale. Celui-ci intervient aussi pour gérer des situations conflictuelles de la vie courante (perte d'un emploi, différents familiaux....) (9). Il est considéré comme celui qui guérit et pas uniquement celui qui soigne.

Le tradipraticien s'appuie sur un ensemble de données en lien avec son savoir et ses représentations. Il agit à la fois en tant que médecin, pharmacien, psychologue et sociologue. Il s'intéresse davantage à la fonction des organes, qu'à leur description. Par exemple, la vessie est considérée comme "le lieu de conservation des urines", l'utérus comme "la maison de l'enfant" (5).

D'ailleurs, certains organes ont des représentations symboliques si importantes que les symptômes qui touchent ces organes sont mal vécus par la famille et l'entourage. Et les malades se

plaindront d'autant plus de ces symptômes. Par exemple, pour certains "le lien entre la tête et le raisonnement fait que des maux de tête persistants évoquent souvent une folie possible." (9)

Lorsque le malade s'entretient avec le tradipraticien, il a l'impression de maîtriser sa maladie. Le fait de faire reconnaître son état à quelqu'un de compétent pour cela est une étape importante (19). Le tradipraticien est perçu comme un intermédiaire entre le monde visible et le monde invisible. Le diagnostic ne vient pas de lui mais des esprits avec lesquels il communique (29).

En outre, le praticien doit être accepté et reconnu aussi bien par le malade que par sa famille. En général, les individus considèrent que les tradipraticiens exerçant dans les villes sont plus fiables que ceux exerçant dans les campagnes. L'accord de la famille par rapport au choix du tradipraticien est important. Par exemple chez les Betis, une ethnie du Cameroun, la famille donne son consentement pour le choix du praticien et peut remettre en cause l'efficacité de celui-ci ainsi que son diagnostic (46). Le diagnostic est donc établi par la communauté, le patient et le praticien.

#### **1.2.4 Rôle de la communauté**

Dans la médecine traditionnelle africaine, le système mis en place est plus social et communautaire que centré sur l'individu. Toutes les démarches entreprises pour faire un diagnostic, expliquer la maladie, prendre en charge la personne malade et la guérir passent par le groupe (5). Soulignant la différence avec la médecine occidentale, N'Gono fait remarquer que chez les Bétis: "À la place du colloque singulier occidental du patient et du médecin, il y a confession publique de chacun des membres de la famille, une étape qui a pour but de souhaiter le rétablissement rapide. "

L'entourage et la famille sont donc impliqués dans la guérison de l'individu. La place du malade dans la société et les relations entre les différents individus sont très fortes. Une maladie n'a pas que des répercussions d'ordre médical. Elle soulève des problèmes d'ordre social car elle modifie les liens entre les individus (19). Par la suite, les relations entre les différents membres de la communauté peuvent évoluer de façon à valoriser l'individu ou à changer son statut dans le groupe. Il bénéficie de cette façon d'une place particulière et privilégiée au sein du groupe. Il est libéré de ses obligations sociales. De plus, la guérison, plus que de redonner à l'individu sa place dans la société va lui permettre de "s'accepter et de se positionner à nouveau comme sujet conscient et responsable." (46)

La communauté est composée à la fois des univers visible et invisible ( ancêtres, génies, ...). Ceci est expliqué par les différentes croyances culturelles et religieuses par rapport à la nature de l'individu. Même si en fonction des cultures les croyances diffèrent, on retrouve des éléments communs.

La croyance répandue en Afrique subsaharienne est que l'être humain est composé "d'éléments distincts mais étroitement reliés et tributaires les uns des autres"(46). On peut le diviser en plusieurs entités, dont le nombre varie selon les cultures, mais on retrouve au moins en commun:

- le "corps physique" ou "enveloppe corporelle" que N'Gono a décrit comme "la manifestation de la personne durant sa vie terrestre et dans l'au-delà."
- "l'esprit" qui donne la vie. C'est cette partie qui peut être l'attaque d'ennemis appartenant au monde visible ou au monde invisible (41). Le guérisseur va devoir en tenir compte pour soigner le patient lors du processus de guérison, la guérison devant être globale et concerner le patient dans son ensemble. Par ailleurs, il est considéré que cet esprit continue à exister et à se manifester après la mort et peut donc avoir une influence sur les humains.

Par exemple, chez les Bétis, on considère que l'humain est composé du corps, du souffle et de l'ombre. Chez les Pédis, un peuple d'Afrique du Sud, "le corps est appelé *mmele*, l'âme ou souffle *moya* et l'esprit *seriti* qui, lui, peut s'échapper de temps à autre du corps sans avoir pour conséquence la mort". (19)

Selon N'Gono, l'homme africain "convaincu d'être composé, ne se perçoit pas comme en possession de lui-même. Dans cette composition, il existe des éléments provenant des autres, dont les ancêtres. Puisqu'il est possible pour un autre être – vivant, défunt, esprit bon ou mauvais, génie- d'agir sur un de ses composants, il a le sentiment d'être dérivé, ce qui influence son agir. La conception africaine n'oppose pas soi-même et autrui. Le moi est tout d'abord social, relié aux autres, vivants et défunts, et ensuite individuel... Son point de départ est plutôt ce qu'il reçoit constamment des autres."

Le soutien apporté par la communauté est donc très fort. Il permet à la personne de se sentir exister par rapport aux autres. Lors de sa maladie, le sujet se sent épaulé et encouragé, ce qui

contribue à l'adaptation nécessaire à la maladie. Par ailleurs, le fait de savoir que quelqu'un est là pour l'écouter, le comprendre et être disponible en cas de problème améliore la situation et apporte un certain confort.

N'gono précise que chez les Betis, le malade " doit faire l'objet d'une attention redoublée. En effet, il faut non seulement chercher à le guérir, de l'affection dont il est frappé en déterminant, au préalable, la nature du mal en cause, mais encore, au cours des soins qui peuvent, parfois, être très longs, entourer de beaucoup d'attention le patient, tout en sachant que l'issue de l'opération demeure incertaine." À travers un malade, c'est la société qui est touchée.

### **1.2.5 Recherche du sens de la maladie**

Dans la médecine traditionnelle africaine, la recherche du sens est fondamentale dans la prise en charge de la maladie. C'est elle qui détermine le diagnostic, la prise en charge et le pronostic de chaque patient. Il s'agit donc d'une étape primordiale et précise qui va guider tout le parcours thérapeutique (5).

Le praticien s'attache par conséquent à déterminer l'origine de la maladie par la recherche du comment et du pourquoi. L'interrogatoire est primordial puisque la recherche de sens est centrée sur la personnalité de l'individu, mais aussi sur son histoire et celle de sa famille. L'élément perturbateur est extérieur à l'individu, il ne fait pas partie de lui. Cette recherche va le conduire vers des causes non naturelles, d'autant plus si la maladie est inhabituelle, persiste, n'a pas l'amélioration attendue suite au traitement ou s'aggrave plus que prévu. En effet, la médecine traditionnelle guérit. Le tradipraticien ne se contente pas de soigner; son but est d'apporter une guérison au malade. Il va par conséquent faire le lien avec la communauté dans son ensemble, qu'il s'agisse de la partie visible ou de la partie invisible, pour déterminer l'origine du mal. Il peut dans certains cas s'agir d'une punition, d'un avertissement, d'une attaque ou d'une vengeance (5).

Dans la médecine traditionnelle, l'écoute du malade et de son entourage a une place importante. L'interrogatoire ne se limite pas aux symptômes et aux faits objectifs racontés par le malade. Sont pris largement en compte ses craintes, l'avis de son entourage, ses rêves, son ressenti... Le patient bénéficiant de l'attention du guérisseur, un climat de confiance et d'acceptation est créé (5).

### 1.2.6 Examen du malade et traitement

Un examen somatique suit alors l'interrogatoire à l'aide d'un certain matériel qui peut être différent du nôtre. Au Bénin, un cardiologue, est allé à la rencontre de guérisseurs dans le but de favoriser la coopération entre médecine occidentale et médecine traditionnelle. Avec tact, il a voulu leur expliquer la nécessité de mesurer la pression artérielle avec un appareil approprié pour le diagnostic et le suivi de l'hypertension artérielle. Toutefois, il a pu constater que beaucoup de tradipraticiens trouvaient la mesure de la pression artérielle trop compliquée. Ils se basaient sur l'analyse des symptômes pour faire le diagnostic d'hypertension artérielle(38). Or les symptômes de l'hypertension artérielle restent généraux et le diagnostic de cette affection se fait uniquement par la mesure de la pression artérielle avec un brassard adapté (32). Ainsi dans certains cas, la médecine traditionnelle n'a pas les moyens de diagnostiquer l'hypertension artérielle par des techniques rudimentaires (46). Elle s'en remet alors aux résultats des analyses de la médecine moderne pour la diagnostiquer et propose différentes thérapeutiques pour la soigner (26). À l'opposé dans d'autres études, les tradipraticiens utilisaient un tensiomètre et un stéthoscope pour diagnostiquer l'hypertension artérielle (1).

Le guérisseur administre ensuite le traitement au malade. Il existe différentes formes de traitements. Les traitements médicamenteux sont préparés majoritairement avec des substances végétales. Les plantes utilisées provenant de la terre, c'est donc toujours l'harmonie avec l'environnement physique qui est recherchée. Il existe différentes formes de préparations de ces plantes (45): décoctions, cataplasmes, écrasement des plantes, infusions, poudre obtenue par broyage, cuisson sur cendres chaudes. Ces préparations sont ensuite administrées par voie orale, nasale, dermique, vaginale ou auriculaire.

Certains modes d'administrations sont propres à la médecine traditionnelle comme le fait de mettre "sur la peau des feuilles réchauffées au feu", ou de "porter un noeud dans lequel sont enfermés des ingrédients porteurs d'un pouvoir contraceptif". À la prise en charge médicamenteuse s'associe un aspect sacrificiel avec des rites, des chants, des danses, des mimes et une vue religieuse qui se réfère au monde invisible.

On observe avec intérêt qu'en cas d'hospitalisation, il n'y a pas de rupture avec les activités de la vie quotidienne. Celles-ci sont poursuivies(9).

### 1.2.7 Évolution de la médecine traditionnelle

En raison de la modernisation de la société, la médecine traditionnelle en Afrique a évolué dans sa pratique et dans la façon dont elle est perçue. Cette évolution se retrouve aussi bien dans les villes que dans les campagnes.

- La notion de groupe a tendance à se perdre et le traitement est de plus en plus centré sur l'individu et le groupe devient plus spectateur qu'acteur. On note une individualisation de la maladie particulièrement en milieu urbain.
- Certains guérisseurs tendent à se rapprocher de la médecine occidentale par le matériel utilisé ou par l'accueil (1). Ils emploient également certaines expressions comme "cancer", "hypertension artérielle", "tuberculose". Cependant, ils utilisent ces termes pour expliquer beaucoup de symptômes, sans vraiment comprendre ce qu'ils signifient. Les guérisseurs, par leur approche traditionnelle, ont une limite "par rapport à leurs connaissances anatomiques et physiologiques" (46). À l'opposé, d'autres guérisseurs marquent leur différence en mettant l'accent sur le fait d'avoir un certain pouvoir ou d'être investis d'une mission (5).
- L'attachement à des croyances religieuses et magiques est moins important dans les villes où le recours à la médecine dite occidentale est plus marqué. Cette médecine est perçue avec des techniques et des procédés plus récents. Elle est donc considérée comme plus performante.

Par ailleurs, avec la migration, certaines pratiques ou croyances persistent et s'exportent. En effet, à Paris on retrouve des plantes utilisées en médecine traditionnelle africaine, même si les rapports avec la médecine traditionnelle sont modifiés à cause de la migration. Les croyances religieuses ou magiques réapparaissent également après la migration avec des variations liées entre autres au niveau social, au niveau d'intégration, au niveau d'éducation. Et ces croyances ont d'autant plus tendance à resurgir lors des retours en Afrique.

Certaines observations ont révélé que les personnes se tournent d'abord vers une médecine occidentale (18) . Le recours à la médecine traditionnelle est envisagé dans un deuxième temps pour différentes raisons:

- le professionnel de santé s'attache uniquement au côté somatique, ce qui entraîne une insatisfaction du patient.
- quand la guérison ne survient pas tout de suite, et que le patient et son entourage s'interrogent sur des causes non naturelles, la notion de maladie chronique n'étant pas commune.
- des facteurs économiques, culturels (volonté de déterminer ce qu'il y a derrière la maladie, maladie perçue comme typiquement africaine....) peuvent également inciter le patient ou sa famille à consulter en médecine traditionnelle.
- les effets indésirables liés aux médicaments sont perçus comme désagréables pour le patient.

#### **1.2.8 Promotion de la médecine traditionnelle par l'OMS pour le traitement de l'hypertension artérielle en Afrique**

Face à l'ampleur de l'hypertension artérielle en Afrique, l'OMS encourage le développement de la médecine traditionnelle dans le traitement de l'hypertension artérielle et favorise la recherche pour étudier ce qui est fait dans ce domaine (50). Des recherches sont effectuées pour évaluer l'activité diurétique et antihypertensive de différentes plantes utilisées par les tradipraticiens. Cela justifie d'autant plus leur rôle.

Dans la pharmacopée africaine différentes plantes sont utilisées pour le traitement de l'hypertension, parmi lesquelles: *Spondias mombin*, *Catharanthus roseus*, *Cassia occidentalis*, *Ziziphus mauritiana*, *Tamarindus indica*, *Cambretum micranthum*, *Guiera senegalensis*, *Hibiscus sabdarif* (26). Le seul phytomédicament ayant actuellement l'AMM est *Guinex HTA®* (*Hymenocardia acida*)(50).



## **1.3 Représentations de l'hypertension artérielle dans la population africaine**

Cette partie est basée sur différentes études réalisées en Afrique pour évaluer les représentations de l'hypertension artérielle dans la population africaine .

### **1.3.1 Croyances sur l'hypertension artérielle**

#### **- Causes de l'hypertension artérielle**

Différents facteurs ressortaient pour expliquer l'étiologie de l'hypertension artérielle (20,23). Les patients incriminaient des facteurs psychologiques comme le stress, l'anxiété, la tristesse ou la peur pouvant être provoqués par la pauvreté ou des relations familiales perturbées. Une mauvaise alimentation était également mise en cause. Les patients ont cité l'excès de sel, de sucre, de matières grasses, de féculents et les régimes occidentalisés (conserves, arômes alimentaires,...). De mauvaises habitudes de vie ont été décrites, notamment la consommation de tabac, la consommation d'alcool ou un manque d'activité physique. Mais ces facteurs avaient pour les personnes interrogées un rôle moins important que l'alimentation. Puis l'hérédité, le poids, la grossesse, la pollution atmosphérique ont été incriminés. Les patients ont évoqués des causes surnaturelles, des facteurs spirituels. Néanmoins, certains ont précisé que c'était ce qu'ils avaient entendu dire et qu'ils n'étaient pas forcément d'accord avec cette explication. Enfin, le manque de chance a été cité.

#### **- Symptômes de l'hypertension artérielle**

Les patients attribuaient à leur hypertension artérielle différents symptômes: des vertiges, des maux de tête, une fatigue, une paralysie, une faiblesse, des essoufflements, des accouphènes. D'autres ne savaient pas s'ils avaient des symptômes liés à leur hypertension artérielle.

#### **- Hypertension artérielle, maladie chronique**

Le point de vue sur le caractère chronique de l'hypertension artérielle était variable selon les

études. Pour certains patients, l'hypertension artérielle était considérée comme une "condition que les médecins et herboristes ne peuvent pas guérir.". Au Ghana (20), des patients vivant en zone rurale ont utilisé l'expression *twi koa nkono* qui signifie "difficile à battre". À l'opposé, dans certaines études, les patients considéraient l'hypertension artérielle comme une maladie curable. Ainsi, il est ressorti d'une étude réalisée en région rurale au Nigéria, que 72-75 % des patients pensaient pouvoir guérir de l'hypertension artérielle. Certains estimaient que si la biomédecine ne pouvait guérir cette affection, la médecine traditionnelle, elle, le pouvait. Cette idée est d'ailleurs ressortie dans une autre étude réalisée dans une communauté urbaine au Nigéria (51). Un tradipraticien a expliqué que, comme c'est le cas pour d'autres maladies, on guérit grâce au traitement puis on peut retomber malade ensuite.

### **1.3.2 Utilisation de la médecine traditionnelle**

Le pourcentage de patients ayant recours à la médecine traditionnelle variait selon les études. Dans une étude réalisée au Nigéria(51) dans une communauté urbaine, 29% des patients ont déclaré utiliser cette prise en charge.

Différents facteurs favorisant l'utilisation de la médecine traditionnelle ont été mis en évidence: le sexe masculin, la croyance en une origine surnaturelle de l'hypertension artérielle, des antécédents familiaux d'hypertension artérielle, l'absence de confiance en la prévention de l'hypertension artérielle. Les moyens de traitement les plus souvent utilisés étaient des herbes (décoctions...), de l'ail et la prière, ce dernier moyen étant le moins cité.

On retrouve d'ailleurs un recul des traitements traditionnels, en raison des croyances religieuses. Pour les chrétiens, demander un traitement traditionnel religieux revient à pratiquer un péché, ce qu'aborde également N'Gono (46). C'est pourquoi, les patients interrogés utilisaient moins ces pratiques.

### **1.3.3 Influence des systèmes de soins sur les patients**

Une étude au Ghana (20) a relevé différentes sources de connaissances vers lesquelles pouvaient se tourner les malades. L'impact le plus considérable était celui de l'entourage. L'expérience personnelle et celle de l'entourage - amis, parents, collègues de travail - était jugée légitime par les patients.

Les patients considéraient aussi comme étant légitimes la connaissance médicale et les messages délivrés par les médecins et les infirmiers. Ils prenaient donc en compte leurs conseils et les traitements qu'ils leur prescrivaient. Ils étaient également convaincus de l'importance d'un régime alimentaire équilibré et d'une restriction en sel. D'autres modifications de l'hygiène de vie semblaient moins importants pour eux.

Les patients pouvaient également être influencés par les églises et les médias, mais ceux-ci semblaient avoir moins d'impact sur la population.

## **1.4 Représentations de l'hypertension artérielle dans une population originaire d'Afrique subsaharienne ayant migré en pays occidentalisé**

Cette partie reprendra les résultats d'études réalisées aux États-Unis chez des patients afro-américains (15, 27, 37, 40, 47, 59), ma recherche bibliographique n'en ayant retrouvé que très peu en France. Les entrevues réalisées dans le cadre de ces études étaient des entrevues individuelles semi-structurées ou des entrevues de groupe. Ces résultats ne sont pas toujours superposables avec la France. La prise en charge médicale est en effet très différente aux États-Unis. L'objectif était d'avoir un point de départ par rapport à une population ayant migré dans un pays occidentalisé.

### **1.4.1 Compréhension de l'hypertension artérielle par les patients**

#### **- Causes de l'hypertension artérielle**

La majorité des patients incriminait le stress. Cette conviction pouvait notamment être renforcée par l'attitude du professionnel de santé qui, lors de la découverte d'une pression artérielle

élevée, demandait au patient de se détendre dans une pièce calme. Il contrôlait alors la pression artérielle qui à ce moment s'avérait plus basse (40). Pour les patients, la colère était souvent en cause . Ceux-ci associaient leur maladie aux "nerfs" ou à une "tension nerveuse".

L' hypertension artérielle a été décrite comme une atteinte de la circulation sanguine liée à l'obstruction des artères.

Les patients mettaient également en cause les conditions qui les entouraient: le manque d'activité physique, la pauvreté, la pollution, le racisme et une alimentation riche en matières grasses et en sel. Ils associaient ces facteurs à la genèse de leur hypertension artérielle.

### **- Symptômes de l'hypertension artérielle**

Les patients ont relié une multitude de symptômes à leur hypertension artérielle . Ainsi, certains pensaient pouvoir déterminer quand leur pression artérielle était trop élevée grâce à ces symptômes. Les symptômes incriminés étaient le plus souvent généraux: céphalées, étourdissements, fatigue, accouphènes. Beaucoup ont également décrit une symptomatologie en lien avec le stress et l'anxiété mais d'autres études ont retrouvées chez les patients noirs américains des effets psychologiques négatifs liés au diagnostic d'hypertension artérielle (59).

Le fait de ne pas avoir de symptômes pouvait paraître déconcertant pour certains patients. Ils avaient du mal à admettre qu' ils étaient hypertendus (40).

### **- Gravité de l'hypertension artérielle**

Les patients reconnaissaient en général la gravité de l'hypertension artérielle, mais pour eux celle-ci était plutôt épisodique que constante (40). Ils ne se considéraient hypertendus que lorsque les chiffres mesurés de pression artérielle étaient élevés.

## **1.4.2 Prise en charge de l'hypertension artérielle par les patients**

### **- Traitement de l'hypertension artérielle**

Certains malades avaient des doutes sur la nécessité de la prise quotidienne du médicament, notamment parce que, lors des visites chez le médecin traitant, la pression artérielle mesurée était normale. Certains envisageaient alors une prise de leurs médicaments de façon épisodique; cela était en lien avec leurs croyances sur le mécanisme de l'hypertension artérielle(40).

L'efficacité du traitement était parfois remise en cause, notamment quand les patients attribuaient à l'hypertension artérielle une cause sociale (pauvreté, stress,...) et non biologique. Le coût pouvait constituer un obstacle (27, 47).

Les craintes des patients par rapport à leurs traitements concernaient les effets secondaires, une éventuelle dépendance au médicament ou une possible expérimentation médicale.

Paradoxalement, malgré toutes ces réticences, les patients considéraient les médicaments comme un pilier du traitement de l'hypertension artérielle.

Ils ont également décrit plusieurs stratégies de traitement du stress, ce qui était en accord avec leur conception de l'origine de l'hypertension artérielle. Par exemple, certains ont expliqué comment ils refroidissaient leur corps pour réguler leur pression artérielle. (40)

### **- Soutien de l'entourage**

La famille est une force importante dans les cultures africaines. La famille peut être constituée de personnes liées les unes aux autres par le sang, le mariage, l'adoption formelle ou informelle. Une étude réalisée aux États-Unis chez des femmes afro-américaines vivant en milieu urbain (15) a cherché à évaluer l'impact de l'environnement familial dans le contrôle de la pression artérielle. Ce travail a montré que la cohésion familiale n'intervenait pas de façon statistiquement significative. En revanche, la capacité d'adaptation c'est-à-dire la capacité à se réorganiser en réponse au stress de la situation était statistiquement significative. Une autre étude a révélé qu'un soutien familial avait une influence positive sur la santé. À l'opposé, un faible soutien de la famille

était lié à une augmentation de la pression artérielle systolique chez les patients noirs agés d'origine culturelles diverses (27).

#### **- Perception du système de soins**

Les relations avec le système de soin étaient difficiles pour les patients. Leurs attentes quant à la prise en charge de leur hypertension artérielle n'étaient pas satisfaites (40). Ils insistaient sur la nécessité d'une bonne relation médecin-malade, dans un climat de respect et confiance mutuels, sans que le médecin ne prenne un air de supériorité. Ils attendaient des professionnels de santé que ceux-ci prennent le temps de les écouter attentivement, qu'ils tiennent compte de leurs opinions et répondent à leurs interrogations.

#### **- Suggestions des patients pour améliorer la prise en charge de l'hypertension artérielle**

Pour les patients, une surveillance plus fréquente de la pression artérielle au domicile et /ou par le médecin traitant aurait été bénéfique. Les patients suggéraient que le médecin les félicite davantage lorsqu' ils étaient observants ou qu' ils mettaient en place des modifications dans leur mode de vie (40).

## **2. Question de recherche et hypothèses**

Nous avons donc centré notre travail de recherche sur la question suivante:

En quoi les représentations de l'hypertension artérielle chez les patients originaires d'Afrique noire sont-elles influencées par sa culture?

Pour répondre à cette question de recherche nous avons émis trois hypothèses:

- Les représentations de l'hypertension artérielle sont influencées par la médecine traditionnelle africaine.
- Le caractère chronique de la maladie est difficile à comprendre pour le patient, ce qui entraîne parfois une rupture de traitement.
- Les patients utilisent d'autres recours que le système de soin occidental pour la prise en charge de leur hypertension artérielle.

Nous avons donc posé une hypothèse empirique et deux hypothèses théoriques. Il ressort de ces hypothèses que les variables dépendantes sont les représentations du patient, une rupture de traitement, le système de soins auquel ont recours les patients. Les variables indépendantes sont la médecine traditionnelle africaine, et la notion de maladie chronique.

### **3. Cadre conceptuel**

#### **3.1 Choix des concepts**

##### **3.1.1 L'hypertension artérielle et ses particularités chez le sujet noir africain**

###### **- Définition de l'hypertension artérielle**

L'hypertension artérielle est un facteur de risque des maladies cardiovasculaires. Elle augmente le risque d'accident vasculaire cérébral, de maladie coronaire, d'insuffisance cardiaque, d'insuffisance rénale et de troubles cognitifs. Sa prise en charge permet de diminuer la morbi-mortalité cardiovasculaire.

Les principales définitions de l'hypertension artérielle sont basées sur des valeurs chiffrées de pression artérielle systolique et diastolique obtenues lors de mesures au cabinet médical. On parle d'hypertension artérielle pour des chiffres tensionnels de pression artérielle systolique supérieure à 140 mmHg et /ou de pression artérielle diastolique supérieure à 90 mmHg.

###### **- Recommandations de la Société Française d'Hypertension Artérielle (2013)**

Après une première mesure au cabinet d'une pression artérielle supérieure ou égale à 140/90 mmHg, une mesure de contrôle est effectuée, de préférence en dehors du cabinet, sauf si la pression artérielle mesurée est supérieure à 180/110 mmHg ce qui correspond à une hypertension artérielle sévère (58).

Le bilan réalisé au moment du diagnostic comporte plusieurs éléments:

- un examen clinique approprié



- un bilan biologique (avec ionogramme sanguin, une créatininémie avec mesure du débit de filtration glomérulaire, glycémie à jeun, exploration des anomalies lipidiques et protéinurie)
- un électrocardiogramme de repos.
- d'autres examens plus approfondis peuvent être réalisés en fonction des patients.

L'objectif du traitement est d'obtenir une pression artérielle systolique inférieure à 140 mmHg et une pression artérielle diastolique inférieure à 90 mmHg.

Le premier stade du traitement est la mise en place de règles hygiéno-diététiques:

- limiter la consommation de sel
- favoriser une alimentation riche en fruits et en légumes
- perdre du poids, en cas de surcharge pondérale
- limiter la consommation d'alcool
- faire un sevrage tabagique

Dans un deuxième temps, on introduit un traitement médicamenteux en privilégiant une des cinq classes d'antihypertenseurs parmi les diurétiques thiazidiques, les bêtabloquants, les antagonistes calciques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion (IEC) et les antagonistes des récepteurs à l'angiotensine 2 (ARA2). Le choix d'une classe d'antihypertenseurs par rapport à une autre peut être influencé par les comorbidités du patient. Par la suite, le suivi de chaque patient permettra d'évaluer l'efficacité et la tolérance du traitement, avec adaptation (modification des doses ou de la molécule), si nécessaire.

La Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA) a par ailleurs défini dix points à aborder en consultation pour informer le patient sur sa maladie. (Annexe 2)

## **- Particularités physiologiques et thérapeutiques chez le sujet Noir Africain**

### **Prévalence de l'hypertension artérielle chez le sujet noir**

Chez le sujet noir africain, l'hypertension artérielle est un problème de santé publique en raison de sa prévalence, plus importante chez le sujet noir africain ayant migré dans un pays occidental que chez le sujet européen. Sa gravité est également plus significative avec un pourcentage plus élevé de complications touchant les organes cibles notamment accident vasculaire cérébral, hypertrophie ventriculaire gauche et insuffisance rénale (le risque de maladie coronaire due à l'hypertension artérielle étant plus faible) (6). Ces différences ressortent principalement d'études réalisées aux États-Unis où il a été établi qu'il y avait plus de complications et de décès chez le sujet noir américain que chez le sujet blanc américain (31, 47). Une étude réalisée en France semble retrouver les mêmes résultats (33). L'hypertension artérielle est également plus précoce chez le sujet originaire d'Afrique Noire. Il s'agit du facteur de risque cardiovasculaire le plus fréquent dans les populations africaines.

Des études réalisées, on retient le rôle aggravant de l'environnement sur une prédisposition ethnique. En effet, on retrouve chez les Noirs américains d'origine africaine des niveaux de pression artérielle plus élevés que chez les Africains noirs. Et dans les pays d'Afrique subsaharienne, la prévalence est plus importante en milieu urbain qu'en milieu rural (6, 61)

On retrouve peu de statistiques sur la prévalence de l'hypertension artérielle chez le sujet noir d'origine africaine en Europe. Aux États-Unis, la prévalence de l'hypertension artérielle chez les Afro-américains est supérieure à celle des sujets blancs non hispaniques (estimée à 37% contre 20-25%) (6). La NHANES, (National Health and Nutrition Examination Survey) estimait la prévalence à 40 % chez les sujets afro-américains contre 30% chez les sujets blancs non hispaniques de 1988 à 2008 (47) . En Afrique, il est difficile d'obtenir des données précises sur la prévalence de ces maladies. Une étude réalisée en Côte d'Ivoire en 2000 estimait la prévalence de l'hypertension artérielle à 13% dans le pays et à 21% dans la ville d'Abidjan (26). Un examen des études démographiques réalisées au Ghana sur l'hypertension artérielle, qui analysait des données récoltées entre 1973 et 2009, a retrouvé une prévalence de l'hypertension artérielle plus élevée en milieu urbain que rural. D'après cette étude, la prévalence était comprise entre 19,3% en milieu rural et 54,6% en milieu urbain (3).

## Particularités physiopathologiques

On retrouve de multiples particularités physiopathologiques chez le sujet noir (6, 31, 61). L'activité rénine plasmatique est basse, ce qui favorise une hypervolémie et un défaut d'excrétion urinaire du sel. Par ailleurs, il existe une sensibilité plus importante au sel (31). En effet, les sujets noirs d'origine africaine seraient plus sensibles à l'effet hypertensif du sodium et à l'effet hypotensif du potassium. En outre, on constate une prédisposition génétique des sujets noirs à développer une hypertension artérielle (6).

Une autre hypothèse a été avancée pour expliquer la prévalence de l'hypertension artérielle dans cette population. Il s'agit du nombre de néphrons lors du développement foetal. Une étude autopsique a montré que le nombre de néphrons chez un individu est corrélé au poids de naissance. Or un faible nombre de néphrons, qui entraîne une surface glomérulaire réduite, nécessiterait l'augmentation de la pression artérielle pour maintenir la balance entre apport et excrétion du sodium. De plus, ce faible nombre de néphrons est associé à une hypertrophie compensatrice des néphrons restants, ce qui à long terme paraît responsable d'une hyper-filtration et d'une glomérulonéphrose (6). Ainsi dans les populations d'Afrique noire où le poids de naissance est fréquemment plus faible (niveau socio-économique bas), le nombre de néphrons est susceptible d'être plus bas avec pour conséquence une augmentation de la pression artérielle.

Le passage d'un mode de vie rural à un mode de vie urbain va entraîner une modification des habitudes alimentaires et comportementales: augmentation des apports salés et gras, de la consommation de tabac et d'alcool sans oublier la sédentarité et l'obésité qui sont tous des facteurs d'hypertension artérielle (31, 61). Une diminution des apports en potassium a été constatée. Celle-ci est en lien avec une faible consommation d'aliments riches en potassium (raisons économiques) d'une part, et avec une diminution de la teneur en potassium dans les aliments qui en contiennent (habitudes culinaires qui entraînent une cuisson excessive des végétaux) d'autre part. Cette diminution d'apports potassiques prédisposerait à une rétention hydro-sodée et une supplémentation potassique entraînerait une diminution de la pression artérielle plus marquée chez le sujet noir africain que chez le sujet blanc (6).

De plus, le diagnostic est souvent fait tardivement avec un plus grand nombre de complications qui touchent les organes cibles.

## Prise en charge thérapeutique

### **Règles hygiéno-diététiques**

Une étude réalisée aux États-Unis (The Dietary Approaches to Stop Hypertension) portant sur le bénéfice de la diététique dans le traitement de l'hypertension artérielle a démontré que, suite à une alimentation équilibrée, la baisse de la pression artérielle était significativement plus importante chez les sujets noirs que chez les sujets blancs. Cette étude rappelle donc l'importance des règles hygiéno-diététiques dans le traitement de l'hypertension artérielle chez le sujet noir, même si ce facteur reste difficile à évaluer et à maîtriser (6).

Voici les principes (31,61):

- diminution de la consommation de sodium: l'objectif de 3 grammes par jour est difficile à mettre en place. En pratique, un objectif de 5 à 6 g de sel par jour soit l'équivalent d'une cuillère à café semble plus réalisable. Chez le sujet sous IEC, une diminution de la consommation de sodium semble être aussi efficace que la prise d'un diurétique thiazique.

- supplémentation en potassium par alimentation riche en fruits et en légumes

- exercice physique

- réduction de la consommation d'alcool: deux verres par jour chez l'homme et un verre par jour chez la femme, au maximum

- perte de poids

- sevrage tabagique

### **Traitement médicamenteux**

Chez le sujet noir, on retrouve une sensibilité accrue aux diurétiques thiazidiques et aux inhibiteurs calciques avec une efficacité moindre des bêtabloquants, IEC et ARA 2 en monothérapie. Par conséquent, le choix initial devrait se porter sur les diurétiques thiazidiques et les inhibiteurs calciques, avec dans un deuxième temps, une association avec les autres classes si une bithérapie est nécessaire (31,61).

### **3.1.2 Concept des représentations mentales**

Il s'agit d'une "entité de nature cognitive reflétant, dans le système mental d'un individu, une fraction de l'univers extérieur à ce système."(12) Il est nécessaire que l'individu fasse sien cette fraction, cet élément, qu'il l'assimile pour mieux le connaître. Les représentations vont réexprimer un élément ou un ensemble d'éléments de façon à faire correspondre à des éléments de départ des éléments d'arrivée. Cela nécessite deux actions: une "transformation" et une "conservation". Les éléments de départ sont bien évidemment transformés pour arriver à une représentation. Cependant, il existe une "conservation dans l'ensemble d'arrivée, de certaines des relations existant à l'intérieur de l'ensemble de départ." La représentation renvoie donc à un objet ou à un évènement différent mais auquel elle est associée et qu'elle peut parfois remplacer. (30)

On distingue deux phénomènes dans le concept de représentation: le processus de la représentation (la mise en correspondance entre les deux éléments) et le résultat de ce processus.

La psychologie cognitive considère les représentations comme des "modèles intériorisés que le sujet construit de son environnement et de ces actions sur cet environnement." (12) L'individu peut ensuite utiliser ses représentations mentales dans certaines situations avec une certaine finalité. Les représentations mentales ont un rôle dans le système cognitif. (30)

La psychologie cherche à établir la façon dont les individus construisent des représentations internes et les utilisent pour s'adapter à leur environnement. Parmi ces représentations, on différencie les "représentations-types" et les "représentations-occurrences". Les représentations-types" désignent les informations permanentes que possède un individu, informations qui lui sont propres. Les "représentations-occurrences" désignent les " évocations singulières temporaires de ces informations". Le chercheur, à partir de l'observation du comportement d'un individu repère différentes "représentations-occurrences" et à partir de celles-ci établit des "représentations-types" (12).

### **3.1.2 Concept des représentations sociales**

Le concept de représentations sociales est issu des travaux de Durkheim (1898) et a par la suite été développé par la recherche en psychologie sociale. Durkheim, qui refusait une explication

uniquement physiologique pour expliquer des faits sociaux, s'est intéressé aux représentations collectives par opposition aux représentations individuelles. Ces représentations sont générales, anonymes, permanentes et partagées . Elles sont liées à des attitudes intellectuelles du groupe et non à des "dispositions mentales individuelles". Elles ont une identité propre qui ne consiste pas uniquement en une addition des représentations des individus au sein de la société. Les représentations sociales correspondent à un domaine particulier des représentations collectives. Elles ne sont pas spécifiques à une société dans son ensemble, contrairement aux représentations collectives, car des groupes sociaux peuvent avoir des représentations différentes d'un même élément. Elles présentent des aspects à la fois collectifs et individualisés.

Cette notion désigne le "sens commun, socialement élaboré et partagé, construit pour et par la pratique et qui concourt à la structuration de notre réalité. Connaissance du réel qu'elles contribuent à édifier, les représentations sociales sont donc produits et processus d'une élaboration tant psychologique que sociale." ( 25)

Fischer, sociologue français, l'a défini comme " un processus d'élaboration perceptive et mentale de la réalité qui transforme les objets sociaux (personnes, contextes, situations) en catégories symboliques (valeurs, croyances, idéologies) et leur confère un statut cognitif permettant d'intégrer les aspects de la vie ordinaire par un recadrage de nos propres conduites à l'intérieur des interactions sociales".

Il s'agit donc d'un ensemble de valeurs, de conceptions et de croyances conçues par un groupe, mises en commun et transmises lors d'échanges, valeurs qui interviennent également dans la construction de la pensée de l'individu. Les représentations sociales sont construites collectivement et vont aboutir à un consensus au sein de la société. À l'opposé des théories scientifiques, elles ne sont pas issues des travaux ou de la conviction d'une minorité d'individus. Elles n'ont pas besoin de preuves, de justifications autres que celles de la société qui les construit. Elles permettent ainsi de définir certains types de conduites et favorisent la communication entre les individus.

Tous les éléments qui constituent les représentations sociales n'ont pas le même poids ni la

même fonction. Abric a ainsi différencié les éléments du système périphérique et du noyau central. Le noyau central est formé par un petit nombre d'éléments, stables sur une longue période. Son rôle est de donner un sens à la représentation sociale, de la structurer et de la stabiliser. Son absence changerait la signification de la représentation sociale ou entraînerait sa destructuration. Le système périphérique est composé d'éléments pouvant évoluer qui s'adaptent aux changements de l'environnement, donc plus flexibles et diversifiés que dans le noyau central. Il a trois rôles. Premièrement, il permet d'adapter les représentations sociales à la réalité en prenant en compte les histoires des individus et leurs divergences au sein d'un même groupe social. Il permet aussi de diversifier le contenu des représentations sociales et de protéger le noyau central. Le noyau central et le système périphérique sont complémentaires, forment un tout et sont dépendants l'un de l'autre (10, 25, 57).

Pour décrire le processus de formation des représentations sociales, on peut définir deux entités: l'objectivation et l'ancrage. L'objectivation va transformer un concept abstrait en un objet du monde réel par principe d'analogie. L'ancrage a pour but de donner du sens à l'élément de représentation, de permettre au groupe de se familiariser avec. Moliner l'a défini comme "le processus par lequel l'objet de représentation devient un instrument familier inséré dans des catégories de savoirs préexistants" (44).

Les représentations sociales sont déterminées par leur historicité et leur altérité. Concernant leur historicité, elles ont un héritage provenant de l'éducation, des institutions, de l'environnement et de différentes institutions. De plus, elles apportent une contribution à l'histoire. Concernant leur altérité, on constate que les représentations varient en fonction des individus en fonction de critères sociaux (12).

D'après Moscovici, les représentations sociales peuvent être analysées à travers trois dimensions (44). On définit d'abord "les éléments d'informations" qui sont les connaissances qu'ont les individus concernant l'élément de représentation. Ensuite, le "champ de représentation" va permettre aux individus de hiérarchiser et d'organiser ses éléments. Enfin, les individus vont pouvoir développer des "attitudes" en rapport avec l'objet de représentation.

### **3.2 Choix des dimensions, des composants et des indicateurs**

Pour ce travail, nous nous intéresserons aux dimensions sociales des représentations de l'hypertension artérielle.

Les composants que nous rechercherons sont:

- les connaissances qu'ont les patients de cette affection (définition, causes, conséquences)
- leur capacité à gérer l'hypertension artérielle (retentissement de l'hypertension artérielle, retentissement du traitement)
- leurs habitudes en matière de suivi et de traitement

Pour cela, nous nous attacherons à trois types d'indicateurs:

- verbal: le discours oral du patient, les questions posées par le patient au cours des entrevues
- paraverbal: rires, silences, ton de la voix
- non verbal: expression du visage, attitude du patient, support écrit utilisé par le patient

### **3.3 Cadre d'analyse**

Le cadre d'analyse choisi pour ce travail sera des patients africains. Il s'agit de patients nés et ayant grandi en Afrique subsaharienne qui ont par la suite migré en France et qui habitent actuellement en France.



# **ORGANISATION DU TEST EMPIRIQUE**

# ORGANISATION DU TEST EMPIRIQUE

Pour ce travail, la question de recherche était la suivante: En quoi les représentations de l'hypertension artérielle chez les patients originaires d'Afrique noire sont-elles influencées par sa culture?

Les principales hypothèses étaient:

- Les représentations de l'hypertension artérielle sont influencées par la médecine traditionnelle africaine.
- Le caractère chronique de la maladie est difficile à comprendre pour le patient, ce qui entraîne parfois une rupture de traitement.
- Les patients utilisent d'autres recours que le système de soin occidental pour la prise en charge de leur hypertension artérielle.

Ce travail a été réalisé selon une méthode exploratoire dans le but de comprendre les représentations sociales des patients originaires d'Afrique subsaharienne par rapport à l'hypertension artérielle. La méthode de recherche utilisée a été la méthode étude sur le terrain. L'outil de recherche a été l'entrevue semi-directive.

## **1. Les participants**

### **1.1 La population étudiée**

Les patients auxquels nous nous sommes intéressés sont des patients hypertendus originaires d'Afrique subsaharienne et vivant actuellement en France. Il s'agissait de migrants de première

génération, majeurs, et vivant en Ile de France. Les patients devaient être capables de s'exprimer en français. Ils étaient suivis en ville pour leur hypertension artérielle.

## **1.2 L'échantillonnage**

L'échantillonnage a été réalisé de façon non probabiliste. Il s'agissait d'un échantillon de commodité, basé sur la disponibilité des patients.

Les patients ont été recrutés sur la base du volontariat par le biais de quatre médecins généralistes travaillant à Paris et en Région Parisienne. Ils ont été dans un premier temps informés par leur médecin traitant de l'étude. Par la suite, j'ai contacté par téléphone ceux qui acceptaient de participer pour leur donner plus d'informations sur le but de l'étude (j'ai contacté directement deux des patients de l'étude). Plusieurs patients ont accepté de participer à l'étude sur la proposition de leur médecin traitant puis ont refusé quand j'ai pu les joindre au téléphone. Ils ont prétexté un manque de temps ou m'ont dit préférer un entretien téléphonique à un entretien face à face. Je n'ai pas pu joindre trois patients. Si, en revanche, le patient donnait son accord, un rendez-vous était alors fixé.

## **1.3 L'éthique**

Au début des entrevues, j'ai expliqué aux patients le caractère anonyme et confidentiel de leurs déclarations et l'utilisation des résultats de l'étude pour rédiger une thèse de médecine générale. Le consentement du patient a été recueilli oralement. Les entrevues étaient enregistrées avec l'accord oral du patient. Seul un a refusé l'enregistrement.

## **1.4 L'échantillon**

L'échantillon retenu comprenait onze patients, cinq hommes et six femmes âgés de 44 à 72 ans. L'annexe 3 reprend quelques caractéristiques de cet échantillon.

## **2. Matériel utilisé**

### **2.1 La présentation du matériel**

Le matériel utilisé pour cette étude était l'entrevue afin de collecter le témoignage oral des patients. Il s'agissait d'entrevues semi-directives. Au cours des entrevues, j'ai pris des notes les plus complètes possibles. J'ai également réalisé un enregistrement pour rester le plus fidèle possible aux déclarations des patients. L'enregistrement a permis de retranscrire complètement les entrevues en conservant les silences, les rires, les hésitations des patients.

### **2.2 L'outil de recherche**

L'entrevue semi-directive était basée sur un guide déterminant les thèmes à aborder. Le but du guide était de faire ressortir les représentations des patients par rapport à leur hypertension artérielle. Ce guide a été construit à partir des résultats de la recherche bibliographique. Puis, au fur et à mesure des entrevues et en fonction des patients interviewés, j'ai pu m'adapter.

Les thèmes abordés étaient:

- circonstances de découverte de l'hypertension artérielle
- définition, causes et conséquences de l'hypertension artérielle
- retentissement de l'hypertension artérielle dans la vie quotidienne
- rôle de l'entourage dans la prise en charge
- traitements existants
- retentissement du traitement dans la vie quotidienne
- soutiens pour la gestion de l'hypertension artérielle
- provenance des conseils reçus sur l'hypertension artérielle

### **3. Déroulement de la collecte**

#### **3.1 Le moment et le lieu**

Les entrevues ont été réalisées entre Août 2012 et Octobre 2013. Les patients étaient vus en général à leur domicile. L'un d'entre eux a préféré venir au cabinet de son médecin traitant et un autre m'a donné rendez-vous sur son lieu de travail.

#### **3.2 La tâche**

Le patient pouvait s'exprimer librement après une question d'introduction ouverte, développer ce qui était important pour lui, ce qu'il pensait et ressentait, et en fonction de son discours les thèmes préalablement définis étaient abordés dans un ordre qui n'était pas forcément celui préparé. Le but était de favoriser le discours spontané grâce à des questions ouvertes, puis lorsque c'était nécessaire de faire des relances ou d'orienter l'entretien sur des sujets que le patient n'avait pas abordé spontanément.

#### **3.3 Les consignes**

Le but des entrevues était expliqué par téléphone avant de prendre rendez-vous et rappelé lors de la rencontre. Le patient était encouragé à s'exprimer, à parler de son ressenti et de son vécu, car l'objectif de l'étude était de pouvoir comprendre ses représentations. Le but n'était surtout pas que le patient se retrouve dans la position médecin-malade au cours de l'entrevue.

#### **3.4 Le temps alloué**

Lorsque j'ai contacté les patients par téléphone, je les ai prévenus qu'il fallait prévoir une certaine durée pour l'entrevue, au moins une heure. La durée des entrevues a varié en fonction des patients, de leur facilité ou de leur spontanéité à s'exprimer, entre 25 et 50 minutes. Une entrevue a du être écourtée car la patiente avait un autre rendez-vous après et n'avait pas prévu suffisamment de temps.

# **RESULTATS**

# RESULTATS

## 1. Représentations de l'hypertension artérielle pour les patients

### 1.1 Définition de l'hypertension artérielle

Les définitions données par les patients étaient diverses. Cinq d'entre eux m'ont déclaré qu'ils ne savaient pas ce qu'était l'hypertension artérielle ou sont restés évasifs dans leurs propos: "Aucune idée, moi je ne sais pas peut-être que c'est.", "J'ai oublié quoi, oh là là!", "C'est une maladie, on va dire que je suis malade. Après je ne sais pas car je ne suis pas docteur", "Lorsqu'on parle de l'hypertension, pour moi , c'est vague. Je ne pensais pas avoir de l'hypertension, quoi. Moi, j'avais une explication vague. Peut-être que c'est à un certain âge, à un moment de la vie, je ne sais pas." . Trois patients ont introduit la notion de chiffres. Ils citaient 12,13,14. L'un d'eux a défini 14/9, après m' avoir parlé de définition du dictionnaire. D'autres patients ont fait référence à la circulation sanguine: "C'est lié aux battements de coeur, tout ça." "L'hypertension c'est un dérèglement dans le fonctionnement de la circulation sanguine qui fait qu'avec la pression qu'on a sur les vaisseaux le coeur doit fournir plus d'efforts et ça fatigue l'organisme". Enfin , la notion de pression, tension, surplus est ressortie: "Il y a trop de...", "c'est lorsque l'on est tendu", "Pour nous, en Afrique, avoir l'hypertension c'est avoir trop de sang" .

### 1.2 Causes de l'hypertension artérielle

Les principaux facteurs incriminés ont été :

- le stress pour la majorité des patients. Pour eux, l'anxiété pouvait être causée par le travail: "C'est dû au travail", " le travail aussi, quand tu es harcelée par ton employeur ça peut te provoquer de l'hypertension"; par les conflits familiaux , par les situations de la vie quotidienne: "J'étais tout le temps stressée et ça pouvait bien conduire à l'hypertension.";

"Avec moi, avec les problèmes qu'on a, ça fait que dans le corps, les choses changent, quoi! Il y a certaines choses pour lesquelles à force de penser la nuit, quand on a des insomnies, l'organisme doit se reposer et il ne se repose pas, ce qui peut faire la tension quoi! Donc, je pense que tout ça est lié."; "Vivre seul, c'est pas évident, tu es soucieux, tu regardes la télévision et ça favorise ce genre de maladie."; "Dans ce monde-là il y a tellement de soucis, tu es angoissée, tu es stressée, ça t'entraîne de l'hypertension"; "Ce que je peux dire c'est que... une maman, tu as des enfants, des fois les enfants t'énervent... Moi, j' évite, j'évite d'être énervée, d'être angoissée, stressée. J'évite en tout cas tout ça. Même au travail, je sais des fois, les collègues me disent: 'Toi, B. tu es cool, malgré tous les problèmes qu'on a. Mais attendez, oh! Moi, je souffre de l'hypertension, je n'ai pas envie de prendre les problèmes du travail.' J'évite. Je ne peux pas dire que vraiment je ne suis jamais stressée, mais j'évite" . Un autre facteur de stress décrit a été un évènement traumatisant ponctuel. Une patiente m'a cité l'incendie de sa maison: "Ma maison a pris feu. Et donc la tension, ça n'a pas baissé. Jusqu'à présent je suis sous traitement, traitement, traitement depuis 2007.". Trois patients m'ont parlé du décès d'un proche: épouse ou parents: "Quand j'ai perdu ma mère, alors là j'ai fléchi, hein, j'étais à 20 de tension, je n'arrivais plus à gérer la tension, malgré le traitement je n'arrivais plus". Un autre patient a fait remarquer: "Moi, je pense que les émotions fortes, je pense également que les tensions qu'on peut vivre dans la vie quotidienne peuvent aussi provoquer l'hypertension au moins, une hypertension temporaire, passagère si je peux l'appeler ainsi."

- L'hérédité. Quatre patients m'ont spécifiquement nommé le caractère héréditaire de l'hypertension artérielle, dû en général à leur expérience personnelle: " Presque toute ma famille souffre de ça". L'un a ajouté: "Ils disent qu'avec les nouvelles découvertes, les Noirs sont plus portés que les autres sur les maladies cardiovasculaires surtout l'hypertension". Un autre ne me l'a pas cité spontanément, mais a fait le constat suivant: " Dans ma famille immédiate, mes frères, c'est curieux, je ne connais pas de personnes qui en ont".
- L'âge. Il a été mis en cause par trois patients. L'un d'eux m'a d'ailleurs fait part d'un "proverbe arabe": "Quand on a dépassé la quarantaine, il faut se méfier de ce qui est blanc", le terme *blanc* faisant référence au sucre et au sel dans ce cas précis. Un autre a précisé: "Parce que tu vois, les petits enfants, petits, il n'y a pas de tension, ce sont les adultes juste qui ont de la tension".



- La colère. " On m'a dit que je me fachais trop", "La colère agit sur l'organisme", "Bon peut-être, c'est dû à ce qu'on s'énerve ... peut être que je m'énerve de temps en temps." ; "Je n'aime pas être en colère, parce qu'on te dit que quand tu as de l'hypertension et que tu te mets tout le temps en colère, ça agit sur l'organisme, donc je n'aime pas me mettre en colère."
- L'alimentation. Elle a été citée par deux patients. L'un a précisé: "Comme je crois que c'est quand on mange beaucoup, bon je ne mange même pas beaucoup. C'est peut être en mangeant qu'on a de l'hypertension. Il ne faut pas manger trop gras, parce que ça bloque". Cette notion de dépôt et de blocage s'est d'ailleurs retrouvée chez un autre qui m'a dit que l'hypertension artérielle était en partie causée par des artères bouchées.
- Plusieurs patients ont décrit l'hypertension artérielle comme venant de l'intérieur du malade. "Le docteur a découvert ça en moi", "Il y a des choses qui viennent de l'intérieur, le choc ça va sortir la tension. Il y a tellement de soucis, il y a quantité de problèmes, tous les problèmes tout ça. Ce sont des problèmes qui viennent de l'intérieur. "
- Le poids. Il a été identifié par un patient comme à l'origine de son hypertension artérielle: "Ce qui a causé mon hypertension c'est mon poids".
- L'activité physique. Elle a été citée comme une des causes de son hypertension artérielle par une patiente: "Quand je bouge dans la maison, je fais le ménage, ça augmente et après quand je me repose c'est bon".

### **1.3 Symptômes de l'hypertension artérielle**

Les symptômes décrits par les patients étaient divers et variés allant de symptômes larges et vagues à des symptômes bien précis. Par ordre de fréquence, les symptômes ressentis ont été les suivants:

- un sentiment de fatigue, de faiblesse, de malaise général, un manque de confort pour la majorité des patients. Une patiente m'a décrit ce sentiment ainsi: "Je suis à table, des fois et

je n'arrive plus à manger, donc pour moi il faut que je dorme. Donc je suis devant mon assiette, mais je dors. Je ne comprenais pas pourquoi je dormais, pourquoi je suis fatiguée".

- des céphalées pour cinq patients. Mme B. a déclaré: "En fait, je me suis réveillée , avec ma tête qui me faisait très très mal, ma tête me faisait très très mal."
- trois patients se sont déclarés asymptomatiques. M. F. a constaté: "Honnêtement, il n'y a pas de changements...moi je ne ressens rien, quoi, honnêtement, je ne ressens rien du tout et puis voilà."
- vertiges et accouphènes pour trois patients.
- troubles articulaires, douleurs et courbatures pour trois patients. L'un d'entre eux s'est décrit comme étant "courbaturé de partout, j'ai les articulations qui me font mal et sont coincées, on dirait qu'elles sont ligaturées". M. N. lui m'a parlé de ses "crises" : "Je ne marche pas, je ne vois pas bien.". Quand à M. K. il a rapporté: " J'en ai connu qui avaient vraiment des conséquences, qui avaient par exemple, mal aux genoux ou dans les articulations, dans les rotules et tout ça et qui mettaient tout ça sur le compte de l'hypertension" .
- palpitations et sensations de coeur qui chauffait pour deux patients
- une référence au sang a été faite par deux patients. Mme G. m'a raconté: "L'hypertension, là aussi, ça fait que quand tu ne prends pas le médicament qui est adapté à ta tension, ça te monte à la tête et puis après tu as le sang qui coule dans le nez." Elle m'a parlé de sa fille qui " quand elle fait comme ça: Ah!!! Elle crache du sang! Bon, elle est allée voir son docteur. Son docteur lui a dit que la tension est haute". M. F. a expliqué: "Une fois déjà,... comment dirais-je? ...mon oeil, je ne sais pas si c'est l'oeil droit ou l'oeil gauche, je ne me rappelle plus, du coup c'est comme s'il y a eu un peu de sang qui a coulé dessus." Il a associé cet incident à son hypertension artérielle.
- un essoufflement décrit par deux patients
- de la nervosité pour deux patients

- des troubles du sommeil pour deux patients
- des "émissions" dans la jambe: "Son pied, elle avait des choses dans le pied, elle avait des émissions dans la jambe"
- une "hypertension mammaire" pour une patiente

#### **1.4 Complications de l'hypertension artérielle**

Les complications énumérées par les patients ont été en premier lieu la paralysie (pour dix d'entre eux) pour décrire un accident vasculaire cérébral et la mort. Selon Mme G. : "Ce jour là si le docteur ne m'avait pas dit: 'Je vais prendre ta tension pour voir.' Peut-être qu'avec l'enfant au dos je pourrais tomber en chemin! " Mme B., elle, a déclaré: "Ça va monter gravement et tu peux devenir .... quoi.... paralysé à cause de l'hypertension". Puis venaient les accidents cardiaques, infarctus du myocarde, arrêt cardiaque pour cinq patients. Mme B. a précisé: "Eh bien, tu sais que quand tu souffres de l'hypertension ça peut te provoquer une crise cardiaque aussi... ". Les autres complications citées étaient l'insuffisance rénale avec dialyse pour deux patients, une baisse de la vue pour deux patients, le diabète et l'impuissance.

#### **1.5 Notion de maladie grave**

Cette notion a été bien comprise pour tout le monde notamment en raison des complications graves que sont l'accident vasculaire cérébral et la mort. D'après M. E. "C'est grave puisque je vois que ça tue". Mme P. et M. N. ont confirmé en déclarant: "C'est une maladie grave, parce que beaucoup de personnes que j'ai vues atteintes de la tension finissent toujours par mourir.", "C'est une maladie grave parce que j'ai connu des personnes qui en sont mortes, donc j'estime que c'est grave".

Le caractère de gravité de la maladie était surtout associé à l'absence de suivi pour le patient. M. F. a déclaré " Ça peut être grave comme ça peut ne pas être grave. Ça dépend de comment on le

traite, et puis voilà et comment on respecte les consignes qu'on vous donne". Pour Mme G. : "Oui, c'est grave parce que si tu n'es pas suivi, tu es entre la vie et la mort si tu ne prends pas de médicaments... tous les jours." D'ailleurs plus tard dans la conversation, elle a exprimé son inquiétude: "L'hypertension, là c'est pas bon!" La majorité des patients se sentaient rassurés par le suivi médical et la prise en charge, comme Mme T. qui a déclaré: "Ça peut provoquer des dégâts j'arrive à gérer la peur des conséquences cardiaques". Cependant la notion de peur restait présente et est ressortie des entrevues de deux patients.

### **1.6 Retentissement de l'hypertension artérielle dans la vie quotidienne**

Trois patients ne ressentait pas de problèmes majeurs liés à leur hypertension artérielle dans leur vie quotidienne. Ils m'ont décrit celle-ci comme non difficile à gérer. Mme P. a déclaré: "Quand je veux faire quelque chose, je le fais. Ce n'est pas parce que je suis malade, que je ne peux pas faire ci, je ne peux pas faire ça. À moins que peut-être, le médecin me dise 'Ne fais pas ça, ne fais pas ci' ".

En revanche, pour certains la notion de peur était présente, par exemple en rapport avec certains aliments risquant d'augmenter la pression artérielle. Une patiente m'a confié: "Je fais la ménopause et j'ai des bouffées de chaleur. En Afrique, on m'a dit d'employer souvent du soja que j'ai grillé pour faire de la bouillie. Une autre m'a dit: 'Ah le soja ça fait monter la tension'. Du coup, j'ai abandonné". Elle a ajouté: "Quand tu es hypertendue, il y a des choses que tu ne peux pas faire; il y a des choses que tu ne peux pas manger . Même parce que tu auras peur qu'en mangeant ça ta tension puisse monter."

Pour deux des patients interrogés, la découverte de l'hypertension artérielle a entraîné une rupture dans leur vie. D'autres ont décrit l'importante fatigue, cause ou conséquence de leur hypertension artérielle, fatigue qui nécessitait une adaptation des activités quotidiennes. Par exemple, M. K. a expliqué son état à la découverte de son hypertension artérielle: "J'ai eu un retentissement au départ, parce que comme je me sentais fatigué et que j'étais sous cure, le plan de ma vie, le programme quotidien en était affecté et tout et tout. Je n'osais pas aller faire la fête comme les autres étudiants ..., disons au départ et puis après je me suis fait à cette vie-là et maintenant, ça n'altère plus ma vie. Je sais quelles sont les précautions que je dois prendre, ce que je

peux faire, ce que je ne peux pas et voilà. (Rires) Au début, je me disais est-ce que je ne vais pas de nouveau aller au-delà de ce que le médecin m'interdisait. Allez, par exemple avec les étudiants, on restait jusque très très tard pour répéter des cours, pour lire des trucs et tout ça. À l'époque, nous on n'avait pas internet, ce qui fait que des fois on travaillait très très tard et parfois même jusqu'à l'aube. À un moment donné, je me disais que je ne peux plus faire ça avec l'hypertension qui a été détectée en moi et qu'il faut que je fasse attention pour pas qu'un jour j'y reste.... pour éviter trop de fatigue puisque le médecin m'avait dit: 'Ne te fatigue plus trop, parce que tu as une tension qui est très très haute et qu'il faut que tu fasses attention à toi'. ". Il a ainsi décrit l'adaptation qu'il avait du faire dans sa vie par rapport à sa maladie.

### **1.7 Notion de maladie chronique**

La notion de maladie chronique avait été bien comprise dans l'ensemble sauf pour un patient. M. F. m'avait été présenté, par le médecin qui m'en a parlé, comme d'un patient perdu de vue depuis plusieurs mois. M. F, lui était persuadé d'être guéri. Ainsi il m'a parlé de l'hypertension artérielle comme d'une maladie qui "peut se guérir vite fait". Pour lui, le but du traitement était "d'éviter que l'hypertension continue ou provoque autre chose ou que ça devienne grave." De ce fait, lorsque sa pression artérielle s'est normalisée sous traitement et que son médecin traitant lui a dit que " c'est revenu aux normes", il a compris qu'il était guéri, que l'hypertension artérielle avait "disparue" et qu'il n'avait plus besoin de prendre son traitement. Il considérait l'hypertension artérielle comme une maladie aïgue. Il a quand même fini les quelques comprimés qu'il lui restait dans sa plaquette "pour être sûr".

Une autre patiente avait initialement considéré l'hypertension artérielle comme une maladie aïgue. "Ils m'ont pris la tension... ils ont considéré que c'était un peu haut. Ils m'ont prescrit un médicament que j'ai pris. Je n'ai pas prêté attention à ça." Elle avait arrêté de se traiter jusqu'à un nouveau contrôle, vingt ans après.

Pour les autres patients, la notion de maladie chronique et de traitement à vie était bien intégrée, même si elle semblait plus ou moins pesante pour certains.

## **2. Perceptions du traitement**

### **2.1 Traitements de l'hypertension artérielle**

#### **2.1.1 Traitement du stress**

Pour six patients, le traitement de l'hypertension artérielle consistait d'abord en la prise en charge du stress. Le repos a donc été cité par tous avec si besoin la nécessité d'un arrêt de travail. Les malades ont ensuite évoqué l'importance de gérer leurs émotions, de "se calmer" et de maîtriser leur colère ou leur déception pour avoir, comme a déclaré Mme M., "la paix et la sérénité". Pour M. N. il semblait important de " faire attention à la fatigue par moments, aux énervements, et de contrôler son humeur." Une patiente a précisé qu'elle évitait d'être stressée ou énervée par rapport aux problèmes du travail ou à ses enfants. M. K. a souligné l'importance d'un environnement calme. Il a appris à "éviter un environnement bruyant en permanence, éviter les fêtes qui n'en finissent pas de commencer car ça augmente l'excitation interne." Une autre patiente a évoqué le fait qu'on avait commencé par lui donner un anxiolytique pendant quelques jours à la découverte de son hypertension artérielle. Elle a déclaré: "Tout de suite, ils ne m'ont pas donné vraiment le traitement pour la tension . Ils m'ont donné l'Atarax® pour faire baisser la tension mais je n'ai pas supporté."

#### **2.1.2 Traitement médicamenteux**

Les patients ont ensuite évoqué les médicaments comme traitement de l'hypertension artérielle. Ils étaient actuellement tous traités sauf M. F. qui avait arrêté son traitement, pensant être guéri. Sur les dix patients traités, trois avaient une monothérapie; deux par un inhibiteur calcique et le troisième par un ARA 2. Cinq patients avaient une bithérapie comportant un inhibiteur calcique pour tous et soit un diurétique (pour deux patients), soit un IEC ( pour un patient), soit un bêta-bloquant soit un ARA 2. Deux patients avaient une trithérapie avec une association comportant un diurétique thiazidique, un IEC et un inhibiteur calcique pour l'un et une association avec un diurétique épargneur de potassium, un diurétique thiazidique et un inhibiteur calcique pour l'autre.

### 2.1.3 Règles hygiéno-diététiques

Les patients étaient conscients de l'importance des règles hygiéno-diététiques. Les principes les plus cités ont été la restriction en sel (pour sept patients) et la pratique d'une activité physique (six patients) même s'ils n'en faisaient pas car certains ont précisé: "Avant par le passé, je courais beaucoup mais maintenant bon... avant chaque matin, je faisais le tour du terrain, mais avec le temps je ne cours plus" ou " je suis paresseuse". Venaient ensuite des précautions d'ordre alimentaire par ordre de fréquence:

- limiter son alimentation avec, si possible, une perte de poids
- éviter ce qui est sucré (alimentation et boissons)
- faire attention à la quantité et à la qualité de la viande et introduire du poisson. Une patiente m'a raconté qu'elle limitait la consommation de la viande de boeuf car " ça monte la tension", alors que "la viande de porc c'est bon pour la santé". Elle avait une interrogation par rapport à la viande de chèvre pour laquelle elle avait entendu des affirmations contradictoires dans son entourage. Un autre m'a précisé: " Je ne mange que du poisson, parce qu'en fait la viande me donnait du poids."
- consommer de l'ail.
- boire des tisanes à base de citronnelle ou des tisanes bio achetées dans le commerce qui ont été testées par différents patients.
- consommer des fruits et des légumes.
- limiter la quantité d'alcool et de café et arrêter le tabac.

### 2.2 Adhésion au traitement antihypertenseur

Pour ces malades, l'adhésion au traitement antihypertenseur était bonne. Ils assimilaient leur traitement à la vie. Ils étaient convaincus de la nécessité de prendre leur traitement même s'ils auraient bien aimé une alternative. Un patient a d'ailleurs dit: " J'aurai bien voulu arrêter mais le docteur me dit qu'il faut continuer". Il a par la suite affirmé à propos de son traitement : " Oui, il est efficace, oui, parce que je n'ai plus de problèmes, plus de problèmes du tout". Pour les patients interrogés, il était clair que le traitement médicamenteux avait sa place, une place centrale, dans la régulation de leur hypertension artérielle.

### 2.3 Motivations à prendre le traitement antihypertenseur

La peur des complications était ce qui poussait la majorité des patients interrogés à poursuivre leur traitement. Ainsi à la question "Qu'est ce qui vous pousse à prendre votre traitement ? ", les réponses reflétaient la peur et l'inquiétude des patients par rapport à leur santé si l'hypertension artérielle s'aggravait. Voici leurs différentes réponses:

- "Pour rester en vie", "pour être en santé", "être en forme", "pour ne pas mourir"
- "Il n'y a pas de soucis de les prendre puisque je veux être guéri, je veux être guéri pour être sûr de moi-même et puis voilà."
- "Peur des complications", "de tomber gravement malade", "ne veux pas arrêter par bêtise et avoir des complications"
- "J'ai peur, hein.... si je ne le prend pas, je vais tomber, non?... J'ai peur....j'ai peur de mourir..."
- "On n'a pas de difficultés quant on prend le traitement correctement."
- "Je veux rester toujours comme avant, voilà. J'ai toujours en tête que je veux avoir un soulagement. Vraiment mon traitement, ça peut me soulager...le soulagement c'est- à-dire ...au lieu que je m'écroule je ..... Parce que quand tu ne prends pas les médicaments, la maladie ne fait qu'augmenter et quand tu prends ça te maintient un peu. "
- "J'ai constaté par moi-même que quand j'avais des crises, je n'avançais pas, je ne pouvais pas marcher, je ne pouvais pas avancer. C'est là où je me suis mis à boire les médicaments. On m'avait prescrit mais je ne les prenais pas parce que la personne qui m'a parlé de l'hypertension la première fois m'avait dit ce n'est pas grave. Et c'est quand j'ai ressenti l'effet chez moi, que je me suis mis à boire le Lercan® "

Les patients interrogés avaient presque tous dans leur entourage proche des personnes ayant été victimes de complications liées à l'hypertension artérielle. Ils s'identifiaient et se comparaient souvent à eux, mais marquaient leur différence par le fait qu'eux prenaient leurs médicaments.

- En parlant de son frère, décédé des complications de son hypertension artérielle, Mme G. m'a précisé " Parce que lui quand il était à la retraite, il n'était pas suivi comme moi je le suis. Il n'avait pas un médicament qu'il devait prendre tous les jours."



- Mme M. qui m'a raconté le décès de sa belle-soeur: "Elle a été négligente de prendre les traitements de la tension" . "C'est une maladie grave, il ne faut pas jouer avec"
- M. G. a évoqué sa tante qui "prend des médicaments africains" alors que lui suit "un traitement moderne."
- Mme T. m'a parlé de beaucoup de personnes qui ont "fait un AVC en Afrique" tandis qu'elle "prend le traitement correctement et se fait suivre".
- Mme B. elle aussi m'a raconté qu'elle a "vu la soeur de son père, sa mère et son frère tomber d'AVC car ils ne prenaient pas leurs traitements" tandis qu'elle "prend le traitement tous les jours".
- M. K. a précisé que "quelqu'un peut ne pas prendre son traitement et après il meurt."

## **2.4 Retentissement du traitement antihypertenseur dans la vie quotidienne**

### **2.4.1 Sensation de bien-être**

Cinq patients ont associé la prise du médicament antihypertenseur à une sensation de bien-être. "Je me sens bien dans mon corps", " je me sens bien dans ma peau", "il m'a mis sous médicament et là, je me suis bien senti". Un patient a décrit l'amélioration de son état de santé en même temps que l'augmentation de la posologie de son traitement antihypertenseur. Il a même ajouté: " Je me sens comme si je n'étais pas malade, comme si je n'avais pas de tension, quoi. Avant quelque chose me manquait". Plusieurs contrôlaient leur pression artérielle ou se rappelaient avoir oublié de prendre leur traitement quand ils ne sentaient pas bien.

### **2.4.2 Effets secondaires**

Six patients ont déclaré ne pas ressentir d'effets secondaires liés à leur traitement antihypertenseur. Pour les autres patients, les effets secondaires étaient ou avaient été:

- des palpitations ou des douleurs thoraciques: " mon coeur faisait blop, blop, blop, blop", "j'ai ressenti une tension mammaire"
- de la toux
- des symptômes généraux: "fatigue, somnolence, nausées"
- des "problèmes dans la vie intime"

Les effets secondaires avaient dans la majorité des cas entraîné un changement de traitement. Sinon, c'est qu'ils étaient tolérables pour le patient comme l'a fait remarqué Mme B: " Il y a des effets secondaires, hein! Oh... pas beaucoup." Les patients étaient donc satisfaits de leur traitement antihypertenseur.

### **2.4.3      Contrôle de la pression artérielle**

Cinq patients avaient acheté un tensiomètre pour contrôler leur pression artérielle. Mme M. avait fait le choix de ne pas en avoir pour ne pas contrôler sa pression artérielle trop souvent et ne pas y penser en permanence. Elle a expliqué: " Parce que regarder la tension chaque fois, ce n'est pas bien, une ou deux fois dans la semaine...Si j'ai un appareil à la maison, je vais être obligée de regarder tout le temps. Il va falloir que toujours, je regarde. La journée va passer comme ça, je vais regarder. À la maison, à midi, je regarde. À 15 h, je veux voir encore!" La fréquence du contrôle de la pression artérielle par les patients, en plus des visites chez le médecin pour le renouvellement de traitement était variable: tous les deux jours, une fois par semaine, tous les quinze jours, en cas de symptômes "chaque fois que j'ai un problème" ou de façon aléatoire " quand je n'ai pas grand chose à faire", "pour voir".

Pour plusieurs patients, la possession d'un tensiomètre a semblé utile au suivi du traitement. M. N. a d'ailleurs fait cette remarque: " Les appareils sont vulgarisés et donc tout le monde peut avoir un appareil à la maison et voir si la tension a baissé ou monté."

### **2.4.4      Contraintes liées au traitement**

La principale contrainte était liée à la prise quotidienne, même unique, des médicaments. M. N. a témoigné: "C'est contraignant, hein, c'est un geste qu'on doit faire tous les jours, tous les jours, pour le restant de la vie c'est contraignant, c'est pas ça?" L'obligation de rester en France est apparue comme une autre contrainte. Trois des patients interrogés étaient venus en France pour se faire soigner. Cela ne semblait pas poser de problèmes pour deux d'entre eux. Par contre, pour une patiente, c'était une véritable difficulté. Elle m'a raconté: "Maintenant, l'hypertension, les médicaments là même...je suis fatiguée de prendre les médicaments, parce que si je vais en vacances quelque part, et que je ne trouve pas les médicaments comment je vais faire? Je suis

obligée de faire tout et tout pour trouver le médicament et le mettre pour voyager avec. Le moment... comme le nombre de jours que je vais faire avec le nombre de médicaments, hein... (Rires) Il y a pas un jour qui ne se passe où je ne prends pas de médicaments et le médicament là, il n'y en a pas en Afrique! Quand je vais en vacances en Afrique, je suis obligée de commander au pharmacien, de faire la commande. Et eux, ils le commandent ici, donc je suis obligée de rester ici pour vivre à cause du médicament. Je ne peux pas vivre longtemps en Afrique. C'est difficile. En vacances pendant deux ou trois mois et puis revenir." Elle avait essayé avec l'aide de son médecin traitant de changer de médicaments, mais sans succès à cause d'effets secondaires ou d'échec d'autres molécules. Elle se sentait donc comme condamnée à rester en France pour avoir le traitement nécessaire à la gestion de son hypertension artérielle.

## **2.5 Observance du traitement antihypertenseur**

L'observance était variable en fonction des patients. Deux ont déclaré ne jamais avoir d'oublis, l'un précisant: "Pourquoi ce serait difficile? Celui qui est malade et qui veut vivre doit prendre son traitement, c'est pour la vie. Ceux qui ne reconnaissent pas ça, ce ne sont pas de vrais malades". La majorité d'entre eux ont reconnu quelques oublis dans la prise de leur traitement parfois un ou deux jours. Pour un patient, l'observance était vraiment contraignante et il a déclaré souvent oublier de prendre son traitement antihypertenseur.

Deux patientes avaient trouvé des astuces pour pallier de possibles oublis. L'une en avait toujours dans son sac avec une bouteille d'eau, et l'autre en gardait toujours au travail: " Les oublis sont rares, je garde une partie au travail et je prend le traitement le soir"

### **3. Influences du patient dans la gestion de sa maladie**

#### **3.1 Rôle du médecin par rapport au malade**

##### **3.1.1 Comportement du médecin au moment du diagnostic**

L'attitude et les paroles du médecin lors du diagnostic semblaient influencer sur le malade, sur sa compréhension, sur son ressenti. Une patiente m'a décrit son inquiétude par rapport à la déclaration du médecin qui a détecté son hypertension artérielle: "Ce jour là quand on m'a dit que je faisais de l'hypertension, ça m'a choquée surtout que le médecin m'a dit: 'Vous êtes jeune, comment ça se fait que vous faites de l'hypertension?' " Un autre patient a initialement sous-estimé l'importance de l'hypertension artérielle car lors du diagnostic, le médecin lui a dit que "ce n'est pas grave". Il est ressorti des entrevues que les patients se sentaient beaucoup plus en confiance quand le médecin prenait le temps de leur donner des explications et de les écouter.

##### **3.1.2 Comportement du médecin lors du suivi**

Pour les patients, la disponibilité du médecin et son écoute étaient fondamentaux. Ils décrivaient en général de bons échanges avec leur médecin traitant qui prenait en compte leurs problèmes, par exemple dans la gestion des effets secondaires du traitement. Un patient, qui avait initialement été traité en Afrique, était indigné de l'attitude d'un premier médecin qu'il a vu là bas. Il a déclaré: " Au Cameroun, j'ai vu un Bamiléké mais ça n'allait nul part. Là-bas, les Bamilékés, il faut d'abord l'argent. Les docteurs d'ici, ils prennent soin quand même. Ici, c'est un Blanc, il prend le temps avec ses patients. Il n'envoie pas l'infirmière comme là-bas où le docteur lui-même ne prend pas le temps. "

Certains patients ont déploré que leur médecin ne leur donne pas régulièrement d'informations concernant l'hypertension artérielle. Mme G. me dit à propos de son médecin traitant: "Elle me donne les ordonnances, mais on n'a pas causé. Elle ne m'a pas dit: 'Bon, ne mange pas ça, fais ceci, fais cela, non, on n'en a jamais parlé, elle ne m'a jamais donné des conseils sur l'hypertension' ". M. G. ,lui, a expliqué: "Chaque fois que je vais dans son cabinet, il y a beaucoup de monde, elle donne des infos, quoi mais c'est vrai que je n'ai jamais encore posé de questions sur les conséquences de l'hypertension, quoi. "

Plusieurs patients semblaient satisfaits de leur prise en charge, et étaient rassurés par les examens complémentaires que pouvaient demander leur médecin, comme ça a été le cas de M. K.: "Il répond bien à mes questions, oui, je pense, il n'y a pas de soucis par rapport à ça. Régulièrement, il me demande de faire un examen du coeur, de faire des labos etc. Donc il me suis très très bien".

### **3.1.3 Confiance dans la relation médecin-malade**

Les patients avaient souvent une confiance totale dans la connaissance et la parole du médecin traitant. Par exemple, un patient a affirmé: "J'ai confiance et puis voilà... tout ce qu'elle peut donner. Pour moi, la confiance, elle est là quoi. Le médecin,... si le médecin me dit quelque chose, du moment que c'est son métier je n'essaie pas de planter des doutes dessus. Non, non,non, je fais confiance et puis voilà. Si jamais, je vois que ce que la personne me dit et que les traitements que la personne me donne sont efficaces et que je vois des résultats, pourquoi douter? Donc, pour moi, je suis ses paroles et puis voilà quoi. J'ai pas de doutes, moi, elle me dit c'est revenu aux normes. Pour moi, du moment que c'est elle qui me prescrit les médicaments, je les prends; elle m'explique comment je peux les prendre et tout, je respecte et puis voilà. Si elle me dit encore: ' Il y a ceci, il y a cela'. Si elle me dit 'c'est noir', je dis 'c'est noir'; si elle me dit 'c'est blanc', je dis 'c'est blanc'. Elle va pas me dire 'c'est blanc' et moi je vais dire 'non c'est noir'. Je ne suis pas à sa place pour savoir, voilà". Tous m'ont dit s'adresser à leur médecin traitant quand ils avaient des interrogations, même si parfois ils se retenaient parce qu'ils voyaient que leur médecin n'avait pas beaucoup de temps. Un patient a remarqué: "Je vais voir avec le Dr C. si je peux utiliser les plantes africaines."

Un patient à qui je demandais à la fin de l'entretien s'il avait des questions supplémentaires sur ma démarche m'a répondu : " Non, j'ai mon médecin! Si j'ai des questions, je les lui pose" . Ce patient n'avait reçu des conseils que de la part de son médecin ou de membres de sa famille eux-mêmes médecins. Un autre, à l'opposé, m'a demandé à la fin de l'entrevue si j'avais des plantes à lui conseiller pour le traitement de son hypertension artérielle.

### **3.1.4 Notion de pouvoir du médecin**

Certains patients semblaient considérer que seul le médecin peut avoir des réponses. Ils ne cherchaient même pas à s'informer ou à se renseigner auprès de leur médecin ou de qui que ce soit. Ils remettaient tout entre les mains du médecin. Plusieurs m'ont ainsi déclaré: "Je n'ai pas posé de questions"; "C'est le médecin qui est habilité à savoir". Un patient à qui je demandais son avis sur les causes de l'hypertension artérielle m'a décrit des causes "que le médecin a trouvées". À plusieurs questions, il m'a répondu: "le patient ne connaît pas, c'est le docteur qui connaît". Un autre à qui j'ai demandé ce qui peut entraîner l'hypertension m'a répondu " Il n'y a que les médecins qui peuvent donner la réponse". Ce qui était important pour lui, c'était de "suivre les consignes" du médecin.

## **3.2 Influence de la médecine traditionnelle et de l'entourage**

### **3.2.1 Influence de l'entourage**

On a retrouvé une influence de l'entourage chez tous les patients à des degrés variables. Tous avaient des connaissances (amis ou famille) atteints d'hypertension artérielle. L'avis d'un membre de l'entourage avait été sollicité à différents niveaux de la prise en charge, que ce soit pour:

- le diagnostic
- la conduite thérapeutique. M. G. a raconté: " J'ai appelé en Côte d'Ivoire, j'ai expliqué ma situation, on m'a conseillé des médicaments vitaminés, ça allait un peu mieux mais ça a quand même continué". Plus tard, il a ajouté: "Une tante d'Abidjan, elle, a une autre façon de traiter avec des médicaments africains, quoi. J'ai déjà essayé."
- le suivi. Mme G. a expliqué: "Ma fille m'a dit qu'elle va m'aider pour que je me fasse soigner"

Plusieurs ont reçu des conseils de leur entourage, même contre leur volonté. Une patiente m'a confié: "Il y a des gens qui me donnent des plantes. Il faut faire de l'infusion. Quand on me donne, je prend après je jette." Mme M., elle, m'a expliqué: "Même les gens, quand je vais en

Afrique, me disent 'Ramène moi cette feuille là, comme du thé. Des grandes plantes comme ça qu'on trouve dans la rue' ." Parfois, le patient se laissait convaincre, comme l'a illustré le cas rapporté par une patiente: l'une de ses connaissances, sur le conseil d'un proche, avait arrêté ses médicaments antihypertenseurs qu'elle avait remplacés par des infusions de citronnelle.

Les informations données par l'entourage étaient parfois imprécises ou contradictoires, comme l'a fait remarqué Mme G. " On m'a dit que .... mais il paraît que...". Elle a d'ailleurs ajouté: " Donc, moi, je ne sais plus".

Trois personnes ont déclaré ne pas avoir eu d'échanges à ce sujet avec leur famille, souvent en raison d'un éloignement familial. Une autre raison est ressortie, ce que m'a expliqué M. K. : " J'ai l'impression que les gens se gênent de trop parler de leur maladie, et je crois qu' ils ont raison, sauf des amis très très proches qui eux disent: 'Ah oui, voilà, j'ai vu que tu prenais des médicaments contre la tension et moi aussi. Voilà, ce que je ressents etc etc' ".

### **3.2.2 Influence de la médecine traditionnelle**

Les patients ont peu évoqué la médecine traditionnelle spontanément. L'un d'entre eux avait commencé à se soigner par la médecine traditionnelle en Afrique. Il m'a raconté: " On a des herboristes au pays, lui ne donne pas de comprimés. Il donne seulement des sachets de plantes. Il faut bouillir. J'ai pris pendant plus d'un an et demi au pays, ça m'a fatigué et ça n'a rien donné." D'autres avaient essayé mais, comme lui, abandonné faute de résultats.

Plusieurs patients avaient envie de trouver une "bonne plante" mais ne savaient pas trop vers qui s'orienter, car ils avaient peur des interactions possibles avec leurs médicaments ou ne savaient pas trop si les plantes étaient "efficaces". Un patient m'a même montré une ordonnance qu'il avait eue pour la préparation de tisanes avec des plantes, plantes qu'il avait achetées en France (annexe 4). Une autre m'a raconté: " Je connais une plante verte comme du thé avec une odeur que l'on vend à Château Rouge. Ça soigne aussi le sida. Une feuille longue et verte. Une dame en Afrique a pris cette plante, et depuis ça va. Je n'ai pas essayé."

Mme M. était persuadée de l'efficacité des plantes de la médecine traditionnelle africaine. Elle a déclaré: "Même des fois, les médicaments, ça peut ne pas aider, mais la plante là peut aider beaucoup, hein!" Elle n'en prenait pas elle-même car son traitement médicamenteux était efficace.

Des patients ont déclaré utiliser de la citronnelle, de l'ail ou diverses plantes (bissap et autres) dans leur alimentation surtout parce qu'ils en aimaient le goût en tisane ou en assaisonnement, mais pas en tant que traitement.

Aucun d'eux n'a mentionné ou fait allusion aux autres aspects de la médecine traditionnelle. (rites, pratiques religieuses...)

### **3.2.3 Autres sources d'informations**

Deux patients ont déclaré avoir fait des recherches pour se documenter sur l'hypertension artérielle dans des ouvrages médicaux. M. K., professeur d'université, déclare: "Oh, vous savez quand on est hypertendu comme ça, que les médecins vous disent, à un moment donné vous allez lire un peu partout. J'ai lu sur internet et j'ai été regarder dans un dictionnaire médical. Si on ne me l'a pas dit, je me suis informé de moi-même, j'ai été lire aussi bien dans les ouvrages, que sur internet et chaque fois que je tombe sur un article qui parle de l'hypertension, je le lis, je le dévore pour essayer de comprendre si je suis toujours dans le bon et tout ça..." Les autres s'étaient très peu renseignés par le biais de manuels ou de journaux. L'influence des médias était également très limitée: "je n'y fais pas attention", "je banalise ça", "ça n'apporte rien de plus". Seule Mme P. a déclaré se renseigner en écoutant régulièrement une émission de télévision médicale.



## **INTERPRETATION DES RESULTATS**

## **INTERPRETATION DES RESULTATS**

### **1. Comparaison avec les études de la littérature**

#### **1.1 Représentations des patients à travers l'analyse des symptômes et des causes décrits**

##### **1.1.1 Symptômes décrits par les patients**

Comme cela avait été retrouvé dans la littérature (56), les patients ont décrit des symptômes pouvant se classer en deux catégories.

Dans un premier temps, des symptômes liés aux nerfs ont été mis en évidence avec les notions récurrentes de tension nerveuse, de stress, soucis au travail, de colère, de "trop". Les patients ont mentionné comme facteurs aggravant leur stress des situations en lien avec le travail (contraintes, stress); des problèmes au sein de la famille (relations avec les enfants); un mode de vie pénible. Des accidents comme le décès de proches ont également été décrits comme ayant déclenché ou favorisé l'hypertension artérielle. Ainsi, c'est comme si la vie sociale et familiale et les émotions envahissaient le patient qui ne peut plus affronter le "trop", la quantité de ce qu'il doit gérer.

Les patients ressentaient aussi des symptômes liés au coeur. Ils ont décrit une gêne à la circulation du sang dans les artères, gêne qui pouvait être causée par des artères bouchées par des dépôts ou par un sang trop épais. Cela pouvait entraîner des "poussées de tension". Les patients ont décrit les symptômes qu'ils ressentaient par rapport à leur interprétation en utilisant les notions

suivantes:

- une surpression de sang dans le corps: sueurs, bourdonnements d'oreilles,
- un écrasement: compression, tension mammaire, douleur thoracique, oppression, essoufflement, douleur dans les yeux
- la perte de force motrice: vertiges, fatigue, endormissements inopinés, mal-être dans sa peau, impossibilité de marcher.

Dans les études réalisées chez les patients afro-américains, ceux-ci associaient souvent leur hypertension artérielle à différents symptômes (40). Certains étaient persuadés de ressentir les hausses de leur pression artérielle et de savoir quand celle-ci redescendait grâce à différentes sensations comme des vertiges, des maux de tête. Pour d'autres, le fait de ne pas ressentir de symptômes était perturbant. Ainsi, le caractère asymptomatique de l'hypertension artérielle pouvait entraîner des conflits entre le patient et son médecin. Il est ainsi ressorti (54) qu'en l'absence de symptômes; les patients pensaient moins à prendre leur traitement ou ne voyaient pas son utilité.

Cet obstacle n'a pas vraiment été retrouvé avec les patients interrogés. Deux d'entre eux ont estimé savoir quand leur pression artérielle était élevée grâce à des symptômes variés: vertiges, céphalées et fatigue . Deux autres ont établi un lien entre l'augmentation de la posologie de leur traitement et l'amélioration de leurs symptômes en général. Cinq patients ont décrit un sentiment de bien-être global grâce à leur traitement. Cependant, pour les patients interrogés, le fait de ne pas ressentir de symptômes n'était pas gênant. Trois d'entre eux ont admis ne pas avoir de symptômes liés à leur hypertension artérielle.

### **1.1.2 Causes de l'hypertension artérielle**

Pour les patients l'hypertension artérielle était multifactorielle. Ils ont cité de nombreuses causes retrouvées dans différentes études (37,40,52) à savoir le stress, l'hérédité, l'alimentation, la colère, le surpoids et les mauvaises habitudes de vie. Par contre, l'âge n'avait pas été retrouvé comme étant une cause dans la littérature. Parmi les patients interrogés, aucun n'a décrit de cause surnaturelle à son hypertension artérielle.

Les patients ne faisaient pas toujours la différence entre l'hypertension artérielle en tant que maladie et l'augmentation physiologique de la pression artérielle, par exemple à l'effort. C'est ainsi qu'une patiente a considéré l'activité physique comme une des causes de son hypertension artérielle. À l'opposé, un autre m'a décrit les émotions comme responsables d'une "hypertension passagère".

### **1.1.3 Notion de maladie chronique**

Les études anthropologiques réalisées sur la perception de la maladie dans la population africaine montraient qu'en général, les maladies sont considérées comme aïgues et non chroniques par les patients et par les guérisseurs (2). Ceux-ci déclarent pouvoir tout guérir. Une étude qui demandait à des patients africains de définir la notion de maladie chronique a révélée que ceux-ci acceptent la possibilité qu'une pathologie puisse être chronique sans qu'une dimension spirituelle entre en jeu. Une autre étude, réalisée chez les afro-américains, a trouvé que chez certaines personnes hypertendues, la notion de maladie chronique pouvait être difficile à comprendre; notamment parce que lors des consultations suivantes les chiffres mesurés s'étaient normalisés (40).

Le travail réalisé sur ces onze patients a montré que la notion de maladie chronique nécessitant un traitement à long terme pouvait tout à fait devenir familière pour les patients africains. Cependant pour certains (deux dans le travail réalisé), il pouvait être nécessaire d'y revenir pour s'assurer que cette notion était bien comprise. Ceci illustre, encore une fois, l'importance pour le médecin d'écouter le malade, de le laisser s'exprimer pour prendre en compte ses représentations.

### **1.1.4 Complications**

Aucune des personnes interrogées n'avait eu de complications liée à son hypertension artérielle. Elles étaient cependant bien conscientes de la possibilité de développer des complications, surtout en l'absence de traitement. Ceci était dû au fait qu'ils avaient en général dans leur entourage une ou plusieurs connaissances ayant eu des complications de l'hypertension

artérielle, le plus souvent en Afrique. Cela s'explique probablement par la prévalence importante de l'hypertension artérielle en Afrique Noire, la fréquence, la précocité des complications et la prise en charge insuffisante associée (6).

Les complications les plus souvent citées par les patients étaient l'accident vasculaire cérébral et la mort, les patients construisant leur représentations de l'hypertension artérielle à partir de l'expérience de personnes de leur entourage.

La connaissance que les patients avaient des complications de l'hypertension artérielle était un facteur d'adhésion au traitement antihypertenseur. D'ailleurs, celui qui avait interrompu son traitement, pensant être guéri, était le seul à ne pas avoir dans son entourage proche de personnes ayant eu des complications de l'hypertension artérielle. Ce facteur avait déjà été retrouvé (27)

## **1.2 Assimilation du traitement par les patients**

### **1.2.1 Adhésion au médicament**

Les patients de l'étude avaient bien compris la nécessité de prendre un traitement médicamenteux pour réguler leur hypertension artérielle. Pour eux, les médicaments avaient un rôle central dans la prise en charge de l'hypertension artérielle. Pour certains, la nécessité de continuer à prendre les médicaments avait dû être confirmée à un moment par le médecin traitant. Plusieurs ont précisé avoir demandé à leur médecin s'ils pouvaient arrêter leur traitement. Cependant après en avoir discuté avec celui-ci, ils affirmaient être conscients et convaincus de l'intérêt de prendre leur traitement tous les jours à long terme. Ce résultat est différent de celui retrouvé dans diverses études. Par exemple, dans une étude afro-américaine (40), pour les malades la nécessité de prendre leur traitement tous les jours n'était pas établie. Ceci pouvait être dû au fait qu'à leurs yeux, l'hypertension artérielle était principalement due à une mauvaise gestion du stress. Pour eux, c'est donc le traitement du stress qui était primordial. Dans une autre étude (52), les patients afro-américains qui croyaient que le stress ou d'autres facteurs externes étaient responsables de leur hypertension artérielle étaient moins susceptibles d'appliquer les règles hygiéno-diététiques recommandées ou de faire des contrôles réguliers de leur pression artérielle chez le médecin. L'adhésion au traitement de l'hypertension artérielle peut ainsi être modulée par les croyances

personnelles du patient (55). Cela illustre la nécessité d'écouter et de prendre en compte les représentations du patient pour l'aider dans la gestion de sa maladie.

La majorité des personnes interrogées connaissaient le nom de leurs médicaments. Certaines ont néanmoins dû sortir leur ordonnance. Ce phénomène avait été retrouvé dans une étude chez des patients afro-américains et constituait un obstacle à la prise en charge de l'hypertension artérielle, ce qui n'a pas semblé être le cas ici.

Parmi ceux qui connaissaient leur traitement certains ont déclaré considérer leur traitement anti hypertenseur comme prioritaire sur les autres (dont ils ne connaissaient pas forcément le nom et qu'ils pouvaient oublier de prendre). Cela semble rejoindre une autre étude dans laquelle, pour certains patients, le traitement de l'hypertension artérielle avait plus d'importance que les autres traitements notamment dans le cas de comorbidités(27).

Les patients s'approprièrent d'autant plus le médicament qu'ils ressentaient l'efficacité de celui-ci. Ainsi, ils associaient leur médicament à une sensation de bien-être, au comblement d'un manque. Certains patients ont même déclaré avoir ressenti une amélioration proportionnelle à l'augmentation de la posologie du médicament. Cette efficacité ressentie concernait également l'activité physique pour un des patients.

Un autre facteur qui favorisait l'adhésion du patient à son traitement était le peu d'effets secondaires. Quand ils en avaient, ceux-ci étaient considérés comme acceptables (comme cette patiente qui m'a parlé d'hypertension mammaire qui s'améliorait après quelques minutes). Un patient a décrit des troubles d'érection gênants mais il était prêt, malgré cela, à continuer le traitement. Pour la majorité, quand les effets secondaires étaient gênants (par exemple, toux avec IEC ou oedèmes des membres inférieurs avec inhibiteurs calciques) , les médicaments avaient été changés.

Les patients se sentaient plus impliqués dans le contrôle de leur pression artérielle grâce à l'auto-mesure tensionnelle. Les appareils de mesure de la pression artérielle étant plus faciles d'accès, certains considéraient même leur achat comme indispensable. La fréquence de contrôle de la pression artérielle variait en fonction des patients. Certains avaient tout de même conscience qu'ils n'avaient pas besoin de contrôler tout le temps leur pression artérielle pour ne pas rester en

permanence focalisés dessus. Ce point est d'autant plus intéressant qu'une étude réalisée chez des patients afro-américains a montré un bénéfice de l'auto-mesure tensionnelle qui entraînait une baisse significative de la pression artérielle chez ces patients (47).

### **1.2.2 Le traitement de l'hypertension artérielle dans la vie quotidienne**

Plusieurs patients avaient institué une sorte de routine en prenant leur traitement à un moment bien établi: le matin avant de partir, avant une certaine heure, en même temps qu'une autre activité; voire le matin et le soir si nécessaire comme cela avait été décrit dans la littérature.

Deux d'entre eux avaient mis en place des astuces pour ne pas oublier de prendre leurs médicaments dans la journée. Il s'agissait d'avoir toujours des médicaments dans des endroits stratégiques -dans le sac à main ou d'en avoir dans le casier au travail - de manière à pouvoir prendre le traitement plus tard dans la journée si cela n'avait pas été fait le matin à l'heure habituelle. Ce type de comportement avait été souligné dans une étude américaine (40).

L'observance déclarée par les patients était bonne en comparaison des résultats d'autres études sur ce sujet.(16, 37, 40, 47) Un patient avait arrêté son traitement pensant être guéri et seul un patient a déclaré avoir des oublis réguliers. Cela est très probablement dû au biais de sélection des malades (les plus observants ont accepté de participer à l'étude) ou au fait que ceux-ci ne déclaraient pas un défaut d'observance par crainte que je ne le répète à leur médecin ou que je ne les juge.

La gestion du stress a été un autre axe primordial du traitement pour les patients, comme le mentionne la littérature (37, 40, 51, 52). Ceux-ci ont insisté sur la nécessité d'être au calme, au repos, parfois loin des autres, de gérer leurs émotions pour une meilleure régulation de leur pression artérielle. C'est vraisemblablement lié aux représentations que se font les patients de l'hypertension artérielle, comme en relation avec le stress. Calmer ses émotions permet ainsi de ne pas en rajouter, de ne pas augmenter le stress et la pression qu'ils subissent déjà dans leur vie quotidienne. Cela rejoint d'ailleurs la vision qu'avaient certains tradipraticiens de l'hypertension artérielle, maladie du pauvre qui a tellement de soucis dans la vie, qu'il ne sait pas gérer son stress. (51). Cela étant, l'adhésion du patient au traitement médicamenteux n'était pas diminuée par rapport à cette

représentation de l'hypertension artérielle. Les personnes interrogées acceptaient que le médicament contribue à traiter leur hypertension artérielle, même si elles ne comprenaient pas précisément les mécanismes d'action de celui-ci.

### **1.3 Influence de l'entourage, de la médecine traditionnelle et de la religion**

#### **1.3.1 Soutien de l'entourage**

Les études et analyses réalisées ont mis en évidence une forte influence de l'entourage (famille, communauté) dans la prise en charge de l'hypertension artérielle par le malade (15,27). Cet aspect est moins ressorti des entretiens. Le soutien familial était présent pour certains (venue en France chez les enfants pour se faire soigner, conseils hygiéno-diététiques de l'entourage,) mais restait assez limité. Parfois, il était inexistant en raison d'un isolement, par exemple, chez ceux qui étaient en France sans famille. Deux patients ont déclaré que c'était eux qui donnaient des conseils dans leur entourage.

Sinon, pour un certain nombre d'entre eux, la confiance dans les conseils de l'entourage restait limitée. En effet, des patients émettaient des réserves sur les conseils donnés par leur proches ou amis. Par exemple, une patiente avait reçu des plantes de ses amis. Elle les avait prises mais ne voulait pas les tester n'étant pas sûre de l'efficacité de ce type de traitement. Les patients prenaient donc parfois du recul par rapport à certaines représentations généralement admises dans la société africaine.

L'importance de la prise en charge par la communauté a été mise en évidence. Plusieurs patients ont cité les arrêts de travail et une prise en charge à "100 %". Cela traduit peut-être le transfert de la vision de la participation du groupe dans la prise en charge de la maladie, adapté au système occidental.



### 1.3.2 Rôle de la médecine traditionnelle

Les patients ont très peu évoqué la médecine traditionnelle. Trois d'entre eux ont abordé ce sujet spontanément. Quand ils étaient interrogés directement à ce propos, six ont déclaré y avoir eu recours ou l'envisager. Neuf connaissaient quelqu'un se soignant ainsi, presque toujours en Afrique.

Un certain nombre de patients se posaient des questions sur la médecine traditionnelle et l'efficacité de ses plantes. Beaucoup n'ont pas formulé de réelle opinion dans ce domaine. Un patient n'y croyait pas, s'étant dans un premier temps fait traiter par un herboriste sans résultats. À l'opposé, trois patients étaient persuadés de leur efficacité. Un patient m'a montré une ordonnance qu'il avait eu d'un tradipraticien en France, mais il ne savait pas s'il devait l'utiliser. L'intitulé de la préparation qu'on lui avait prescrite était: "Plantes médicinales". Il n'avait donc aucun renseignement sur le contenu de celle-ci, cette imprécision pouvant ajouter à l'incertitude. Par ailleurs, il ne faut pas oublier que la médecine traditionnelle africaine se conçoit dans son contexte et ne se limite pas seulement à l'utilisation de certaines plantes. Il est ainsi plus difficile de pratiquer la médecine traditionnelle africaine en région parisienne. Il a aussi été démontré que les tradipraticiens dans lesquels les patients africains placent leur confiance sont en général situés en milieu rural (9). Par conséquent, hors d'Afrique il peut être plus difficile de trouver ses marques par rapport à la médecine traditionnelle africaine. Il avait également été démontré qu'il existe une évolution dans l'adhésion des patients à cette prise en charge (9). Il est donc probable que les patients y croient moins et y aient moins recours.

Les patients interviewés étaient satisfaits de la prise en charge de leur hypertension artérielle et des résultats de leur médicament en terme d'efficacité et d'effets secondaires. Ainsi, même lorsqu'ils étaient convaincus de l'efficacité des plantes africaines, ils ne voyaient pas l'utilité d'essayer, sauf un qui a décidé de se renseigner à ce sujet. Ils avaient déjà trouvé une solution pour le traitement de leur hypertension artérielle et ne cherchaient rien d'autre.

Il résulte de cette étude que les facteurs qui auraient pu inciter les patients à se tourner davantage vers cette prise en charge sont l'influence de l'entourage, celle du personnel de santé (trois patients m'ont demandé des renseignements dans ce domaine après que je leur ai posé la question) et le souhait de ne pas avoir à prendre un traitement quotidien au long cours. Ces données sont également ressorties d'une autre étude (51).

Il est également possible que les personnes sondées aient volontairement évité le sujet, considérant que je ne croyais pas en la médecine traditionnelle africaine ou par peur que je n'en parle avec leur médecin traitant.

### **1.3.3 Rôle de la religion**

Dans la littérature (27), le soutien de la religion a été mis en avant par les patients dans la prise en charge de leur hypertension artérielle. Au cours des entrevues, seul un patient a évoqué spontanément le soutien de Dieu dans sa vie par rapport à sa maladie. Les autres n'ont pas mentionné spontanément la religion ou leurs croyances comme soutien. Quand je leur ai posé la question, quelques-uns ont reconnu l'aide qu'elle pouvait leur apporter mais sans s'étendre sur le sujet.

Ainsi, l'aide de la famille, de l'entourage, de la médecine traditionnelle et de la religion semblaient être en recul, le soutien de la famille restant quand même le plus important.

## **1.4 Relation médecin-malade**

Pour les patients, la relation médecin-malade était primordiale. Dans la littérature, ils ont déclaré avoir tendance à poser en priorité leurs questions à leur médecin (51). Toutefois, beaucoup ont déploré le manque de temps que celui-ci pouvait leur accorder en consultation. Ils l'excusaient parfois et comprenaient qu'en raison du grand nombre de patients, il ne pouvait pas leur consacrer beaucoup de temps.

L'importance de la relation médecin-malade est ressortie lors des entrevues. Il s'agit du soutien qui a été le plus souvent évoqué. Les patients ont déclaré s'adresser dans un premier temps à leur médecin. Ils lui faisaient confiance et n'hésitaient pas à lui poser des questions. L'un d'eux m'a d'ailleurs déclaré vouloir interroger son médecin au sujet d'un traitement à base de plantes qu'il souhaitait essayer. Il était important pour les malades de se sentir libre de parler à leur médecin de leurs inquiétudes, de leurs interrogations même par rapport à certains sujets comme la médecine traditionnelle africaine. Les patients se sont déclarés satisfaits des réponses que leur donnait leur médecin, ainsi que du temps qu'il leur consacrait. Deux d'entre eux avaient auparavant changé de médecin, le comportement de ce dernier ne leur convenant pas. L'un avait d'ailleurs déclaré: "Ici, il

prend le temps, pas comme là-bas où le docteur lui-même ne prend pas le temps."

Les patients étaient également satisfaits du comportement de leur médecin à leur égard. Ce fait s'oppose à une étude (51) qui mentionnait une insatisfaction des patients, notamment par rapport à l'air de supériorité que prenait le médecin, au manque de confiance et à la suspicion à son égard. Encore une fois, ce résultat peut venir d'un biais de sélection, car dans ce travail les patients ont été désignés par leur médecin traitant.

Il est aussi ressorti des entretiens que le médecin avait une influence importante sur ses patients, sur leur comportement, notamment sur leur adhésion au traitement médicamenteux. Comme cité plus haut, certains patients avaient été convaincus par leur médecin traitant de ne pas arrêter leur traitement. Par ailleurs, l'annonce du diagnostic et le comportement du médecin à ce moment semblaient avoir un rôle important. L'attitude du médecin a pu engendrer chez les patients un stress supplémentaire ou a pu les conduire à banaliser l'hypertension artérielle si le professionnel de santé ne donnait pas d'informations adaptées et suffisantes. Parmi les patients interrogés, deux avaient déjà arrêté leur traitement à un moment donné, n'ayant pas compris la nécessité de prendre le traitement à long terme. Quant à la vision négative des patients sur eux-mêmes suite au diagnostic d'hypertension artérielle, les patients ne l'ont pas exprimée. Ils comprenaient qu'en l'absence de traitement, ils pouvaient avoir des complications mais ils ont déclaré être rassurés d'être traités et suivis. Une patiente a cependant exprimé de la peur, sentiment qui ne semblait pas avoir de répercussions sur la prise de son traitement.

## 2. Analyse globale

Il ressort donc de ce travail que dans la population étudiée les représentations de l'hypertension artérielle semblaient être à un certain degré influencées par la médecine traditionnelle.

Les patients accordaient beaucoup de valeur aux différents symptômes entraînés ou semblant être entraînés par l'hypertension artérielle. Ces symptômes avaient autant d'importance pour certains patients que les valeurs chiffrées. L'éducation thérapeutique dans ce domaine reste donc importante.

Les causes que les patients attribuaient à l'hypertension artérielle étaient à la fois endogènes et exogènes. Aucun patient n'a fait référence à des causes surnaturelles, causes souvent évoquées dans la médecine traditionnelle. Par contre, il est ressorti que la différence entre l'hypertension artérielle maladie et l'augmentation physiologique de la pression artérielle n'était pas claire pour tous les patients, ce qui attire encore une fois l'attention sur l'éducation du patient par rapport à sa maladie.

Les complications étaient bien connues des patients le plus souvent en raison d'expériences dans l'entourage. Connaître les complications permet de les sensibiliser à la prise en charge mais le risque est que les patients développent une peur morbide de la maladie. Le discours que l'on a avec le patient est donc très important.

Le caractère chronique de l'hypertension artérielle a effectivement été difficile à comprendre pour certains patients. La plupart des patients étaient conscients de la nécessité de prendre le traitement au long cours. Mais dans deux cas, une rupture transitoire a eu lieu en raison d'une mauvaise compréhension. L'un des deux patients a d'ailleurs repris son traitement suite à notre entrevue. Il semble donc nécessaire de s'assurer que le patient comprenne bien que l'hypertension artérielle est une maladie chronique et que la normalisation des chiffres sous un traitement adapté ne signifie pas la guérison.

Le recours à des médecines alternatives a été retrouvé mais il est resté limité. Certains patients ont essayé des tisanes ou des plantes mais peu ont déclaré avoir eu recours à la médecine traditionnelle. Ce recours était limité car les patients s'interrogeaient par rapport aux interactions et à l'efficacité de la médecine traditionnelle ou parce que leur prise en charge actuelle leur convenait. Ils ne cherchaient pas d'autres thérapies.

L'adhésion au traitement semblait bonne, les médicaments étaient considérés après le traitement du stress comme le deuxième pilier de la prise en charge thérapeutique. Les patients étaient satisfaits de l'efficacité de leurs traitements et du peu d'effets secondaires de ceux-ci. Il est apparu qu'il était important pour eux d'être rassurés sur l'efficacité du traitement et d'être pris en compte quand les effets secondaires étaient gênants pour eux.

Le médecin semblait être l'interlocuteur de choix. La prise en charge par le secteur populaire et par le secteur traditionnel était limitée. Il est ressorti que le médecin avait une place centrale dans la prise en charge de l'hypertension artérielle, notamment par la relation qu'il pouvait établir avec son patient. Pour avoir cette relation de confiance, le patient attendait de lui qu'il l'écoute, qu'il reste abordable, qu'il réponde à ses questions quelles qu'elles soient et qu'il respecte ses croyances. Il semble ressortir des entretiens, comme dans la littérature, que les patients attendaient de leur médecin les points suivants:

- qu'il les écoute attentivement sans jugement
- qu'il leur accorde du temps
- qu'il prenne en compte le retentissement de l'hypertension artérielle dans leur vie (modification des habitudes de vie, effets secondaires des traitements...)

### **3. Limites de l'étude**

Cette étude reste limitée et comporte plusieurs biais. Un grand travail dans ce domaine reste encore à faire.

#### **3.1 Limites liées au biais de sélection des patients**

Les patients ont été sélectionnés par l'intermédiaire de leur médecin traitant, ce qui favorisait le recrutement de personnes ayant un bon suivi de leur hypertension artérielle. En outre, de nombreux patients ont refusé l'entretien par manque de temps lorsque je les ai contacté. Il est possible que ceux-ci aient été moins bien suivis et moins adhérents au traitement. D'ailleurs, parmi les patients que j'ai rencontrés, aucun n'avait de complications liées à son hypertension artérielle. Or, il ne s'agissait pas d'un critère d'exclusion de l'étude et parmi les patients que j'ai appelés certains en avaient.

La zone géographique choisie était vaste et les patients recrutés n'ont pas constitué un échantillon représentatif mais l'objectif de l'étude n'était pas de faire une généralisation à partir des sujets sélectionnés.

#### **3.2 Limites liées au recueil des données**

Pour toutes les entretiens, il s'agissait de la première et, en général, unique rencontre avec les patients. Ils étaient donc moins en confiance parfois gênés au début puis ils se détendaient et parlaient plus spontanément au fur et à mesure de l'entretien.

J'ai constaté que certains cherchaient à me donner ce qu'ils ont appelé "la bonne réponse" ou la "réponse exacte". D'autres cherchaient mon approbation lorsqu'ils abordaient certains sujets. L'un d'entre eux m'a dit qu'il ne savait pas tout ce qui était dans les livres; j'ai donc dû lui réexpliquer le but de l'étude. Ceci peut provenir du fait que les patients me voyaient comme remplaçante ou interne, membre du personnel médical. Cela correspond à ce qui a été constaté dans les études sociologiques: les "individus peuvent répondre à un questionnaire ou à un entretien de façon à donner une image favorable d'eux-mêmes" (34). Certains patients m'ont d'ailleurs donné l'impression, à travers leurs réponses et certaines remarques, d'avoir relu des articles sur l'hypertension artérielle avant les entretiens, ce qui confirmerait la volonté de donner la "bonne

réponse".

Je n'ai pas été formée à la conduite d'entrevues, il n'a donc pas toujours été facile de m'adapter à mes interlocuteurs. Certains s'exprimaient peu et les relances étaient parfois difficiles pour les amener à préciser leurs idées. D'autres me demandaient mon avis; or il était important de rester neutre. Par ailleurs, j'étais seule face au patient pour poser les questions, prendre des notes et observer ses réactions.

Il était en effet indispensable de rester le plus neutre possible, quelque soient les attitudes des patients. Cela a été difficile pour un patient qui était très suspicieux à mon égard. En outre, j'ai annulé un entretien avec un patient. J'avais vu son épouse en consultation quelques heures auparavant pour des violences physiques qu'elle m'a dit avoir subies de sa part.

### **3.3 Limites concernant la retranscription**

La retranscription mot à mot s'est avérée particulièrement difficile pour certains patients, le langage oral étant différent du langage écrit. Certaines parties ont donc probablement nécessité une interprétation de ma part. Les comptes-rendus écrits n'ont pas été relus par les patients, faute de temps.

# **CONCLUSION**



## CONCLUSION

Chaque individu construit ses propres représentations en fonction de nombreux facteurs sociaux et personnels pour affronter la maladie. Ainsi, les études anthropologiques et ethnologiques apportent des éléments de réflexion par rapport à la culture du patient.

Ce travail s'est intéressé aux représentations sociales de l'hypertension artérielle. Plusieurs patients provenant de zones géographiques proches ou identiques peuvent avoir des représentations différentes de l'hypertension artérielle, ce qui est d'ailleurs ressorti de cette étude. Lorsqu'on prend en charge un patient atteint d'hypertension artérielle, on ne traite pas uniquement des chiffres, mais un individu. L'objectif de cette thèse était de s'intéresser aux représentations de l'hypertension artérielle chez des patients migrants originaires d'Afrique Noire. Il s'agissait d'une étude qualitative exploratoire. L'outil utilisé a été l'entrevue semi-directive. L'analyse des entrevues a permis de faire ressortir différents thèmes par rapport aux représentations des patients africains migrants sur l'hypertension artérielle.

L'impact de la médecine traditionnelle s'est révélé assez limité dans la population interrogée. Les connaissances des patients sur l'hypertension artérielle, sa définition et ses causes étaient souvent incomplètes. Les patients attribuaient une part prédominante au stress, à l'anxiété et à la colère générés par les conditions de vie. Cela se retrouvait dans la perception qu'ils avaient de la prise en charge de leur hypertension artérielle.

Le caractère chronique de l'hypertension artérielle n'était pas toujours bien compris ce qui

avait pu entraîner une rupture de suivi et de traitement chez différents patients. Cela pouvait être favorisé par l'absence de symptômes de l'hypertension artérielle.

Il est également ressorti de cette étude que certains patients avaient développé une peur de l'hypertension artérielle, peur liée au comportement du personnel de santé, à l'expérience de l'entourage ou au vécu personnel.

Le rôle du médecin traitant dans le suivi et la prise en charge semblait prédominant pour les patients. C'est le soutien qu'ils ont le plus souvent évoqué, suivi par le soutien de la famille et celui, beaucoup moins important des médias ou de la religion. Le médecin pourrait ainsi jouer un rôle important dans la façon dont le patient considère son hypertension artérielle et se considère à travers sa maladie. Il est ressorti que les patients ressentaient le besoin de se sentir plus impliqués ou attendaient plus d'empathie et de compréhension de leur médecin.

Ainsi le fait de connaître chaque individu et de s'intéresser à ses représentations de la maladie et à ses attentes semble primordial dans la prise en charge de l'hypertension artérielle. Cela donne au médecin des éléments supplémentaires pour adapter son éducation thérapeutique.

Cette étude comporte des limites en raison du recrutement des patients, du recueil des données, de la taille de l'échantillon étudié. D'autres études sur ce thème pourraient être menées à une plus grande échelle. Il serait également intéressant d'étudier l'impact des représentations de l'hypertension artérielle des individus originaires d'Afrique Noire sur l'adhésion et l'observance du traitement.

# BIBLIOGRAPHIE

## BIBLIOGRAPHIE

1. Abel C, Busia K. An exploratory ethnobotanical study of the practice of herbal medicine by the Akan peoples of Ghana. *Alternative Medicine Review: a journal of clinical therapeutic*, 2005, 10, 2, p. 112-122
2. Adam P, Herzlich C. *Sociologie de la maladie et de la médecine*. Nouvelle édition. Paris: Armand Colin, 2008, 127 p.
3. Addo J et al. A Review of Population-Based studies on Hypertension in Ghana. *Ghana Medical Journal*, 2012, 46, p. 4–11
4. Akoun A et al. *Dictionnaire de sociologie*. Paris: Le Robert/Seuil, 1999, 587 p.
5. Alhassane C. *Le sens de la maladie en Afrique et dans la migration: diagnostic, pronostic et prise en charge*. Paris : l'Harmattan, 2012, 235 p.
6. Amah G, Levy BI. Particularités de l'hypertension artérielle du sujet noir-africain. *Sang thrombose vaisseaux*, 2007, 19, 10, p. 519-525.
7. Bardolphe J et al. *Littérature et maladie en Afrique*. Nice: L'Harmattan, 1994, 350 p.
8. Balint M. *Le médecin, son malade et sa maladie*. 2ème édition. Paris :Payot ,1996, 422 p.
9. Bibeau G et al. *La médecine traditionnelle au Zaïre; fonctionnement et contribution potentielle*

aux services de sante. Ottawa: Centre de recherches pour le développement international, 1979, 63 p.

10. Blanc N. Le concept de représentation en psychologie. Paris: In press, 2006, 198 p.

11. Blanchet A, Gotman A. L'enquête et ses méthodes: l'entretien. 2 ème édition refondue. Paris: Armand Colin, 2007,126 p.

12. Bloch H et al. Dictionnaire fondamental de la psychologie. Paris: Larousse, 2002, 1429 p.

13. Bonté P, Izard M. Dictionnaire de l'ethnologie et de l'anthropologie. 4ème édition. Paris: Presses universitaires de France, 2010, 842 p.

14. Bouchaud O. Intégrer les représentations culturelles dans la prise en charge des migrants. La santé de l'homme, 2007, 392, p. 25-27

15. Brittain K, Taylor JY, Wu CY. Family Adaptability and Cohesion and High Blood Pressure among urban African American women with hypertension. Journal for Nurse Practitioners, 2010, 6, 10, p. 786–793

16. Bulletin épidémiologique hebdomadaire. Niveau tensionnel et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007: In BEH. Surveillance de l'hypertension artérielle en France. [en ligne]. Disponible sur [http://www.invs.sante.fr/beh/2008/49\\_50/beh\\_49\\_50\\_2008.pdf](http://www.invs.sante.fr/beh/2008/49_50/beh_49_50_2008.pdf) (date de consultation 22/02/2013)

17. Canguilhem G. Le normal et le pathologique. Paris: Presses universitaires de France, 1996, 224 p.

18. Chevalier J, Gheerbrant A. Dictionnaire des symboles: mythes, rêves, coutumes, gestes, formes, figures, couleurs, nombres. Paris: Laffont/Jupiter, 2000, 1060 p.

19. Creusat L. Gestion traditionnelle de la maladie et politiques de santé en Afrique du Sud.

Clermont-Ferrand: Presses universitaires Blaise Pascal, 2000, 273 p.

20. De Graft Aikins A et al. Lay Representations of Chronic Diseases in Ghana: Implications for Primary Prevention. *Ghana Medical Journal*, 2012, 46, 2, p.59-68

21. Diallo D et al. Recherche sur la médecine traditionnelle africaine: Hypertension. *African Health Monitor*, 2010, 8, p. 58-63

22. Durant RW et al. Trust in physicians and blood pressure control in blacks and whites being treated for hypertension in the REGARDS study. *Ethnicity and disease*, 2010, 20, 3, p. 282-289

23. Essé C et al. Pollution urbaine et hypertension artérielle chez les populations de Port-Bouet (Abidjan, Côte d'Ivoire). [en ligne]. Disponible sur [http://www.csrs.ch/Africa2013/PDF/015\\_Esse\\_Clemence.pdf](http://www.csrs.ch/Africa2013/PDF/015_Esse_Clemence.pdf) (page consultée le 10 Décembre 2013)

24. Fassin D. Pouvoir et Maladie en Afrique: anthropologie sociale dans la banlieue de Dakar. Paris: Presses Universitaires de France, 1991, 359 p.

25. Ferréol et al. Dictionnaire de sociologie. 3ème édition. Paris: Armand Colin, 2009, 242 p.

26. Fézan HTB, Irié GM, N'Gaman KCC, Clejesson HBM. Étude de quelques plantes thérapeutiques utilisées dans le traitement de l'hypertension artérielle et du diabète: deux maladies émergentes en Côte d'Ivoire. *Sciences et Nature*, 2008, 5, p. 39-48

27. Flynn SJ et al. Facilitators and barriers to hypertension self-management in urban African Americans: perspectives of patients and family members. *Patient preference and adherence*, 2013, 7, p. 741-749

28. Friard D. Les représentations de la maladie. [en ligne]. In: Serpsy. Disponible sur: [http://www.serpsy.org/formation\\_debat/diagnostic/representations.html#sommaire](http://www.serpsy.org/formation_debat/diagnostic/representations.html#sommaire). (Page consultée le 05/09/2011)

29. Fourasté R. Introduction à l'ethnopsychiatrie. Toulouse : Privat, 1985, 177p.
30. Gallina JM. Les représentations mentales. Paris: Dunod, 2006, 128 p.
31. Gibbs CR, Beevers DG, Lip GYH, The management of hypertensive disease in Black patients. QJM: An International Journal of Medicine, 1999, 92, 4, p.187-192
32. Girerd X, Digeos-Hasnier S, Le Heuzey J-Y. Guide pratique de l'hypertension artérielle. 3ème édition. Paris : Masson, 2004, 210 p.
33. Gombet T et al. Maladie hypertensive des personnes nées en Afrique subsaharienne adressées à un service spécialisé: étude transversale comparative. Discussion. Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine, 2007, 191, 8, p. 1745-1755
34. Guimond S. Psychologie sociale: perspective multiculturelle. Wavre: Mardaga, 2010, 296 pages.
35. Herzlich C. Médecine, maladie et société: recueil de textes présentés et commentés. Paris: Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales, 1970, 318 p.
36. Herzlich C. Santé et maladie: analyse d'une représentation sociale. Paris: Ecole des Hautes Etudes en sciences sociales, 1984, 210 p.
37. Heurtin RS, Reisin E. The relation of culturally influenced lay models of hypertension to compliance with treatment. American Journal of Hypertension, 1992, 5, 11, p. 787-792
38. Hingant M. Situation de la prise en charge de l'hypertension en Afrique par le Pr. H. Agboton, cardiologue au CNHU de Cotonou. Revue Réseau Médicaments et Développement, 2006, 33, p.9-10
39. Kearney PM et al. Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. Lancet, 2005, 365, p 217-223

40. Kronish IM, Leventhal H, Horowitz CR. Understanding minority patients' beliefs about hypertension to reduce gaps in communication between patients and clinicians. *Journal of Clinical Hypertension (Greenwich)*, 2012, 14, 1, p 38-44
41. Laffon M, Laffon C. Médecines d'ailleurs. Paris: La Martinière, 2003, 185 p.
42. Laplantine F. Anthropologie de la maladie. Paris: Payot, 1986, 411 p.
43. Ménard J. Les va-et-vient de l'histoire de l'hypertension artérielle. *La Revue du Praticien*, 60, 2010, p. 638-643
44. Moliner P. Images et représentations sociales: de la théorie des représentations à l'étude des images sociales. Grenoble: Presses universitaires de Grenoble, 1996, 275 p.
45. Moshi MJ et al. Ethnomedicine of the Kagera Region, north western Tanzania. Part 3: plants used in traditional medicine in Kikuku village, Muleba District. *Journal of Ethnobiology and ethnomedicine*, 2012, 8,14, p. 1-11
46. N'Gono B. La représentation de la maladie en Afrique Noire: Le cas des bété du Cameroun. In: Université Paris Descartes. [en ligne]. Disponible sur [http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/texte\\_35.pdf](http://www.ethique.sorbonne-paris-cite.fr/sites/default/files/texte_35.pdf) (Page consultée le 05/09/2011)
47. Odedosu T. Overcoming barriers to hypertension control in African Americans. *Cleveland Clinic Journal of Medicine*, 2012, 79, 1, p 46-56
48. Organisation des Nations Unies pour l'éducation, la science et la culture. Migrant/ Migration. [en ligne]. Disponible sur <http://www.unesco.org/new/fr/social-and-human-sciences/themes/international-migration/glossary/migrant/> (Page consultée le 05/09/2011)
49. Organisation Mondiale de la Santé, Statistiques sanitaires mondiales 2012, Suisse: Éditions de



l'OMS , 2012, 178 p.

50. Organisation Mondiale de la Santé. Recherche sur la médecine traditionnelle africaine: hypertension [en ligne]. Disponible sur

<http://www.who.int/fr/ahm/issue/13/reports/recherche-sur-la-m%C3%A9decine-traditionnelle-africaine-hypertension> (date de consultation: 18/01/2012)

51. Osamor PE, Owumi BE . Complementary and alternative medicine in the management of hypertension in an urban Nigerian community. BioMed Central Complementary and Alternative Medicine , 2010, 10, p. 1-9

52. Pickett S et al. Illness beliefs in african americans with hypertension. Western journal of nursing research, 2014, 36, 2, p. 152-170

53. Postel-Vinay P. Histoire de l'hypertension artérielle et du risque vasculaire : aux origines des mutations de la médecine contemporaine. Histoire des sciences médicales, 1996, 30, 2, p. 235-241

54. Redmond N, Baer HJ, Hicks LS. Health behaviors and racial disparity in blood pressure control in the national health and nutrition examination survey. Hypertension, 2011, 57, p. 383–389

55. Sarradon-Edeck A et al. Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. Pratiques et organisation des soins, 2008, 39, 1, p. 3-12

56. Sarradon-Eck A., Comprendre la physiopathologie profane. Ethica Clinica, 2008, 51, p. 20-28.

57. Seca JM. Les représentations sociales. Paris: Armand Colin, 2010, 217 p.

58. Société Française d'Hypertension Artérielle. Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte [en ligne]. Disponible sur

<http://www.sfhta.eu/wp-content/uploads/2012/12/Recommandation-SFHTA-2013-Prise-en-charge->

59. Spruil TM et al. Race differences in the physical and psychological impact of hypertension labeling. *American Journal of Hypertension*, 2012, 25, 4, p. 458-463
60. Stanojevich EA, Veïsse A. Repères sur la santé des migrants. *La santé de l'homme*, 2007, 392, p. 21-24
61. Steichen O. Hypertension artérielle du sujet noir. *La revue du praticien*, 2010, 60, 5, p.654-659
62. Taïeb O et al. Donner un sens à la maladie: de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. *Médecine et maladies infectieuses*, 2005, 35, p. 173-185
63. Vaillant-Roussel H. Quelle connaissance du risque lié à leur hypertension artérielle ont les patients traités en prévention primaire? *Exercer*, 2009, 86, p. 36-40

# **ANNEXES**

## Annexe 1

Tableau des correspondances entre la pensée africaine et la pensée occidentale (Aakster)

	Pensée africaine	Pensée occidentale
Santé	Un équilibre entre des forces	Une absence de maladie
Maladie	Le corps reflète une rupture dans l'équilibre des forces	Déviations spécifiques et locales sur un organe
Diagnostic	Fonctionnel	Morphologique
Thérapie	Renforcer les forces constructives	Lutter contre les forces destructrices
Patient	Participant actif	Receveur passif

### Source

Creusat L. Gestion traditionnelle de la maladie et politiques de santé en Afrique du Sud. Clermont-Ferrand, Presses universitaires Blaise Pascal, 2000, p. 211

## Annexe 2

### Recommandations 2013 de la SFHTA (58)

#### Consultation d'information et d'annonce dans l'HTA

##### CONSULTATION D'INFORMATION ET D'ANNONCE DANS L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

Cette consultation d'annonce a pour objectif d'informer le patient sur sa maladie, ses conséquences, les moyens médicamenteux, les objectifs du traitement, puis de recueillir son avis et d'évaluer sa balance décisionnelle. Chaque consultation doit aborder les dix points ci-dessous ; le temps dévolu à chacun des points sera à adapter à chaque patient ; la consultation d'annonce ne devra pas durer moins de 30 minutes.

###### 1 - Définition de l'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle correspond à une augmentation de la pression artérielle dans les artères. Elle est définie par une pression artérielle supérieure à 140 mm Hg pour la maxima et/ou supérieure à 90 mm Hg pour la minima. La pression artérielle doit être mesurée au repos à plusieurs reprises pour confirmer le diagnostic d'hypertension artérielle.

###### 2 - Origine de l'hypertension artérielle

L'hypertension artérielle est différente du stress et de la tension nerveuse. L'HTA peut avoir plusieurs causes (maladie de la paroi des artères, anomalies des reins, ...).

###### 3 - Conséquences de l'hypertension artérielle

Même si cette maladie est le plus souvent sans symptôme, elle est associée à une augmentation du risque cardiovasculaire. Les hypertendus ont un risque accru de présenter un infarctus du myocarde, un accident vasculaire cérébral, un anévrisme, une insuffisance cardiaque, une insuffisance rénale.

###### 4 - Réversibilité du risque attribuable

Les essais thérapeutiques ont clairement démontré que la réduction de la pression artérielle était associée à une réduction substantielle du risque cardiovasculaire.

###### 5 - Moyens thérapeutiques

Il y a plusieurs moyens efficaces pour réduire les chiffres de pression artérielle :

- les médicaments antihypertenseurs,
- les moyens non médicamenteux sont également utiles:
  - La réduction de la consommation de sel, d'alcool
  - La réduction pondérale,
  - L'activité physique,
  - La modification de l'alimentation avec une alimentation riche en fruits et en légumes.

###### 6 - Schémas thérapeutiques

Chaque patient hypertendu justifie d'une personnalisation de son traitement antihypertenseur, parfois seulement des mesures non médicamenteuses, souvent des médicaments, le plus souvent des deux. Les médicaments antihypertenseurs peuvent s'accompagner d'effets secondaires, comme tous les autres médicaments ; ces effets secondaires sont dans l'immense majorité des cas réversibles à l'arrêt du traitement. Le but du traitement est qu'il soit à la fois efficace mais aussi bien toléré.

###### 7 - Temporalité

Un traitement antihypertenseur est un traitement au long cours ; dans l'immense majorité des cas, on sait traiter l'hypertension artérielle mais on ne peut guérir les patients que très rarement de l'hypertension artérielle.

###### 8 - Objectifs

L'objectif principal du traitement est la normalisation de la pression artérielle pour éviter les complications cardiovasculaires de l'hypertension artérielle.

###### 9 - Balance décisionnelle

Il convient ensuite de recueillir le point de vue du patient afin de comprendre sa balance décisionnelle personnelle. Quels sont les avantages et inconvénients perçus par le patient à suivre le traitement antihypertenseur (médicamenteux et non médicamenteux) ? Quels sont les avantages et inconvénients perçus par le patient à ne pas suivre ce traitement ?

###### 10 - Approfondissement

Cette dernière partie a pour but, après la partie d'échange précédente, de reprendre un ou plusieurs points qui n'auraient pas été bien compris par le patient, mais aussi de l'aider à renforcer sa motivation en s'appuyant sur les éléments personnels qu'il aura lui-même avancés en faveur du traitement.

Annexe 3

Caractéristiques des patients ayant participé aux entretiens

	<b>Pays de naissance</b>	<b>Date d'arrivée en France</b>	<b>Age</b>	<b>Métier</b>	<b>Date de découverte de l'hypertension artérielle</b>	<b>Traitement</b>
<b>M F</b>	Gambie	1990	47 Ans	Gardien Paris Habitat	2010	-
<b>Mme B</b>	République du Congo	1982	58 Ans	Aide soignante	1990	Amlodipine Spirinolactone
<b>Mme G</b>	Togo	2001	72 Ans	Sans emploi	1978	Métoprolol+ Félodipine
<b>Mme P</b>	Cameroun	2008	50 Ans	Couturière	2008	Nicardipine Spirinolactone+ Altizide
<b>Mme B</b>	Guinée	2003	44 Ans	Aide soignante	2007	Lercanidipine
<b>M N</b>	Cameroun	1974	58 Ans	Agent de sécurité	2003	Lercanidipine
<b>Mme M</b>	République Démocratique du Congo	1991	58 Ans	Femme de chambre	2001	Nicardipine Hydrochlorothiazide
<b>M G</b>	Côte d'Ivoire	2000	50 Ans	Agent de sécurité incendie	2011	Amlodipine+ Périndopril
<b>Mme T</b>	Guinée		57 Ans	Aide soignante	2006	Losartan
<b>M K</b>	République Démocratique du Congo	1992	63 Ans	Professeur d'université, directeur d'une radio africaine	2002	Candésartan, Amlodipine
<b>M E</b>	Cameroun	2013	67 Ans	Sans emploi	2009	Hydrochlorothiazide+ Énalapril Amlodipine

## Annexe 4

### Exemple d'ordonnance pour le traitement de l'hypertension artérielle

#### *Ingrédients pour les feuilles médicinales*

##### Ingrédients:

- feuilles médicinales
- eau

Cuisson: pendant 30 minutes

##### Préparation:

- Dans une casserole mettre 3L et  $\frac{1}{4}$
- Mettre 5 feuilles médicinales
- Mettre la casserole au feu
- Après les 30 minutes de cuisson, l'eau deviendra rouge
- Laisser refroidir puis remplir 3 L

##### Utilisation:

- Si votre tension atteint 18/19/20 prenez 1 L de la potion médicinale par jour
- Si votre tension atteint 16 /17 prenez 3 verres matin midi et soir de la potion médicinale
- Si votre tension atteint 14/15 prenez deux verres matin et soir de la potion médicinale
- Si votre tension atteint 12 /13 prenez un verre par jour

Attention: surveillez votre tension constamment et veillez à respecter les doses prescrites.

# TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE.....	3
INTRODUCTION.....	6
PROBLEMATIQUE.....	11
MODELE D'ANALYSE.....	14
<b>2. Cadre théorique.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1 Apport anthropologique et sociologique des représentations de la maladie.....</b>	<b>15</b>
<b>1.1.1</b> Notion de santé.....	15
<b>1.1.2</b> Notion de maladie.....	17
<b>1.1.3</b> Classification des représentations de la maladie.....	18
<b>1.1.4</b> Systèmes de soins et modèles explicatifs.....	21
<b>1.1.5</b> Recherche de sens.....	23
<b>1.1.6</b> Concepts retrouvés dans les cultures africaines.....	23
<b>1.2 Représentations de la maladie chez les patients africains.....</b>	<b>25</b>
<b>1.2.1</b> Médecine traditionnelle en Afrique.....	25
<b>1.2.2</b> Définition de la médecine traditionnelle.....	25
<b>1.2.3</b> Rôle du tradipraticien.....	26
<b>1.2.4</b> Rôle de la communauté.....	27
<b>1.2.5</b> Recherche du sens de la maladie.....	29
<b>1.2.6</b> Examen du malade et traitement.....	30
<b>1.2.7</b> Évolution de la médecine traditionnelle.....	31
<b>1.2.8</b> Promotion de la médecine traditionnelle par l'OMS pour le traitement de l'hypertension artérielle en Afrique.....	32
<b>1.3 Représentations de l'hypertension artérielle dans la population africaine.....</b>	<b>33</b>
<b>1.3.1</b> Croyances sur l'hypertension artérielle.....	33
<b>1.3.2</b> Utilisation de la médecine traditionnelle.....	34
<b>1.3.3</b> Influence des systèmes de soins sur les patients.....	35
<b>1.4 Représentations de l'hypertension artérielle dans une population originaire d'Afrique</b>	



subaharienne ayant migré en pays occidentalisé.....	35
<b>1.4.1</b> Compréhension de l'hypertension artérielle par les patients.....	35
<b>1.4.2</b> Prise en charge de l'hypertension artérielle par les patients.....	37
<b>2.</b> Question de recherche et hypothèses.....	39
<b>3.</b> Cadre conceptuel.....	40
<b>3.1</b> Choix des concepts.....	40
<b>3.1.1</b> L'hypertension artérielle et ses particularités chez le sujet Noir africain.....	40
<b>3.1.2</b> Concept de représentations mentales.....	45
<b>3.1.3</b> Concept de représentations sociales.....	45
<b>3.2</b> Choix des dimensions, des composants et des indicateurs.....	48
<b>3.3</b> Cadre d'analyse.....	48
<b>ORGANISATION DU TEST EMPIRIQUE.....</b>	<b>49</b>
<b>1.</b> Les participants.....	50
<b>1.1</b> La population étudiée.....	50
<b>1.2</b> L'échantillonnage.....	51
<b>1.3</b> L'éthique.....	51
<b>1.4</b> L'échantillon.....	51
<b>2.</b> Matériel utilisé.....	52
<b>2.1</b> La présentation du matériel.....	52
<b>2.2</b> L'outil de recherche.....	52
<b>3.</b> Déroulement de la collecte.....	53
<b>3.1</b> Le moment et le lieu .....	53
<b>3.2</b> La tâche.....	53
<b>3.3</b> Les consignes.....	53
<b>3.4</b> Le temps alloué.....	53
<b>RESULTATS.....</b>	<b>54</b>
<b>1.</b> Représentations de l'hypertension artérielle.....	55
<b>1.1</b> Définition de l'hypertension artérielle.....	55
<b>1.2</b> Causes de l'hypertension artérielle.....	55
<b>1.3</b> Symptômes de l'hypertension artérielle.....	57
<b>1.4</b> Complications de l'hypertension artérielle.....	59
<b>1.5</b> Notion de maladie grave.....	59
<b>1.6</b> Retentissement de l'hypertension artérielle dans la vie quotidienne.....	60
<b>1.7</b> Notion de maladie chronique.....	61

2.	Perceptions du traitement antihypertenseur.....	62
2.1	Traitements de l'hypertension artérielle.....	62
2.1.1	Traitement du stress.....	62
2.1.2	Traitement médicamenteux.....	62
2.1.3	Règles hygiéno-diététiques.....	63
2.2	Adhésion au traitement antihypertenseur.....	63
2.3	Motivations à prendre le traitement antihypertenseur.....	64
2.4	Retentissement du traitement antihypertenseur dans la vie quotidienne.....	65
2.4.1	Sensation de bien-être.....	65
2.4.2	Effets secondaires.....	65
2.4.3	Contrôle de la pression artérielle.....	66
2.4.4	Contraintes liées au traitement.....	66
2.5	Observance du traitement antihypertenseur.....	67
3.	Influences du patient dans la gestion de sa maladie.....	68
3.1	Rôle du médecin par rapport au malade.....	68
3.1.1	Comportement du médecin au moment du diagnostic.....	68
3.1.2	Comportement du médecin lors du suivi.....	68
3.1.3	Confiance dans la relation médecin-malade.....	69
3.1.4	Notion de pouvoir du médecin.....	70
3.2	Influence de la médecine traditionnelle et de l'entourage.....	70
3.2.1	Influence de l'entourage.....	70
3.2.2	Influence de la médecine traditionnelle.....	71
3.2.3	Autres sources d'informations.....	72
	INTERPRETATION DES RESULTATS.....	73
1.	Comparaison avec les études de la littérature.....	74
1.1	Représentations des patients à travers l'analyse des symptômes et des causes décrits.....	74
1.1.1	Symptômes décrits par les patients.....	74
1.1.2	Causes de l'hypertension artérielle.....	75
1.1.3	Notion de maladie chronique.....	76
1.1.4	Complications.....	76
1.2	Assimilation du traitement par les patients.....	77
1.2.1	Adhésion au médicament.....	77
1.2.2	Le traitement de l'hypertension artérielle dans la vie quotidienne.....	79

1.3	Influence de l'entourage, de la médecine traditionnelle et de la religion.....	80
1.3.1	Soutien de l'entourage.....	80
1.3.2	Rôle de la médecine traditionnelle.....	81
1.3.3	Rôle de la religion.....	82
1.4	Relation médecin-malade.....	82
2.	Analyse globale.....	84
3.	Limites de l'étude.....	86
3.1	Limites liées au biais de sélection des patients.....	86
3.2	Limites liées au recueil des données.....	86
3.3	Limites concernant la retranscription.....	87
	CONCLUSION.....	88
	BIBLIOGRAPHIE.....	91
	ANNEXES.....	99
	TABLE DES MATIERES.....	104
	RESUME.....	108

## RESUME

### **Représentations de la maladie chez des patients hypertendus originaires d'Afrique Noire et ayant migré en France**

L'hypertension artérielle est une maladie très fréquente en médecine générale et insuffisamment traitée. Il ressort que seulement la moitié des patients traités pour cette affection sont contrôlés. Ce problème est d'autant plus marqué chez les patients africains ayant migré en France, en partie à cause des représentations qu'ils se font de l'hypertension artérielle. Ces représentations sont mal connues et ont fait l'objet de peu d'études.

L'objectif de cette étude était d'explorer les représentations de ces patients. Il s'agissait d'une étude qualitative avec une démarche inductive. L'outil de recherche utilisé a été l'entrevue semi-directive. La population étudiée était une population migrante originaire d'Afrique sub saharienne. L'échantillon était constitué de onze patients volontaires.

Il est ressorti que les représentations des patients étaient influencées par la médecine traditionnelle avec une part prédominante au stress dans la genèse de l'hypertension artérielle. Le caractère chronique de l'hypertension a été difficile à comprendre pour certains patients. Enfin, le recours au système de soin occidental est apparu primordial chez ces patients pour qui le médecin traitant était au centre de la prise en charge.

Les représentations sont donc apparues comme influencées en partie par la culture africaine mais avec une adhésion importante au système de soin occidental.

Mots clés: Hypertension artérielle-immigrés, Médecine générale, Hypertension artérielle-Africains-France