



Année académique 2018-2019



UFR SCIENCES DE L'HOMME ET DE LA SOCIÉTÉ

MEMOIRE DE MASTER II

Option : Sociologie de la santé et du vieillissement

THEME :

**LES DÉTERMINANTS SOCIAUX DE LA NON
OBSERVANCE THERAPEUTIQUE DES MALADES
ATTEINTS DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE DU
CABINET DE CARDIOLOGIE EDLONA**

Présenté par :

DIME Guy Franck

Dirigé Par :

Dr ESSE-DIBY Clémence

Maître-assistant

LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA NON
OBSERVANCE THERAPEUTIQUE DES
MALADES ATTEINTS DE L'HYPERTENSION
ARTERIELLE DU CABINET DE CARDIOLOGIE
EDLONA

SOMMAIRE

SOMMAIRE	II
DEDICACE.....	III
REMERCIEMENTS	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	V
LISTE DES ABREVIATIONS	VI
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE :	4
CADRE THÉORIQUE ET.....	4
MÉTHODOLOGIQUE	4
CHAPITRE I - CADRE THEORIQUE	5
CHAPITRE II - CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE	28
DEUXIÈME PARTIE : PRÉSENTATION DE LA ZONE D'ÉTUDE	39
CHAPITRE I : PRESENTATION DE LA COMMUNE DU PLATEAU	41
CHAPITRE II : PRESENTATION DU CABINET DE CARDIOLOGIE EDLONA	43
TROISIÈME PARTIE : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA NON OBSERVANCE THERAPEUTIQUE DES MALADES HYPERTENDUS DU CABINET DE CARDIOLOGIE EDLONA.....	50
CHAPITRE I : LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE CHEZ LES MALADES HYPERTENDUS PERDU DE VUE	52
CHAPITRE II : CONNAISSANCE DE LA MALADIE	55
CHAPITRE III : GESTION DE LA MALADIE.....	57
CONCLUSION	64
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	67
ANNEXES	71
TABLE DES MATIERES	77

DEDICACE

A mes parents pour leur soutien moral et financier

REMERCIEMENTS

J'adresse mes remerciements aux personnes qui ont participé de près ou de loin à mes recherches et à l'élaboration de ce projet de mémoire.

En premier lieu, je remercie Docteur Essé-DIBY Clémence et Docteur ETTY, pour leurs disponibilités et leurs conseils.

Docteur Véronique LAUBHOUET, gérante du cabinet de cardiologie EDLONA, pour sa confiance en me donnant accès aux dossiers des patients perdus de vue.

Je voudrais remercier aussi le doctorant Charlemagne ATTEBI qui a contribué à la qualité du travail accompli.

Je souhaite particulièrement remercier le personnel du cabinet de cardiologie EDLONA et tous les enquêtés pour leurs collaborations en me fournissant des informations précises sur mon sujet.

LISTE DES TABLEAUX

Tableau 1: Récapitulatif de l'analyse des concepts de non observance thérapeutique et de sentiment de guérison.....	31
Tableau 2 : Récapitulatif des personnes interrogées	37
Tableau 3 : Liste des Assurances	47
Tableau 4 : Coût minimum du bilan HTA mensuel (mutuelle)	48
Tableau 5 : Coût minimum du bilan HTA mensuel (Assurance)	49

LISTE DES ABREVIATIONS

CCE : Cabinet de Cardiologie Edlona

CS : Consultation

HTA : Hypertension Artérielle

ICA : Institut de Cardiologie d'Abidjan

LICH : Ligue Ivoirienne Contre Hypertension Artérielle

MH : Malades Hypertendus

OMS : Organisation Mondiale de la Santé

INTRODUCTION

« L'Hypertension Artérielle se définit par une augmentation anormale de la pression du sang sur la paroi des artères » (OMS, Septembre 2015). Au cours de cette maladie les vaisseaux sanguins subissent en permanence une pression élevée, ce qui peut les endommager. Cette pathologie chronique nécessite un suivi régulier des malades. En effet, en situation de stress ou durant un effort physique, il est normal que la tension artérielle s'élève, mais chez les personnes hypertendues, la tension reste élevée en tout temps, même au repos ou en l'absence de stress. La plupart des personnes souffrant d'hypertension ne ressentent aucuns symptômes, c'est d'ailleurs la raison pour laquelle on parle de « tueur silencieux ».

En Côte d'Ivoire, la population est de plus en plus menacée par l'Hypertension Artérielle, soit une prévalence de 33,5% de malades hypertendus selon la Ligue Ivoirienne Contre L'Hypertension Artérielle et les Maladies Cardio-vasculaires (LICH,2014). Vu ce taux élevé plusieurs hôpitaux (Institut de cardiologie) et cliniques (Cabinet de cardiologie Edlona et autres centres de santé) interviennent dans la prise en charge des malades hypertendus. Bien que ces structures sanitaires présentent des services de soins adéquats pour l'amélioration de l'état de santé des malades hypertendus ; la non observance thérapeutique par les malades hypertendus constitue un véritable défi pour la Côte d'Ivoire. Compte tenu du risque élevé de morbidité lié à l'HTA nous réalisons ce travail dans le but de comprendre les déterminants sociaux de la non observance des malades atteints de l'Hypertension Artérielle.

Notre travail s'articulera autour de trois grandes parties à savoir :

Le cadre théorique et méthodologique de la recherche qui nous permettra de situer le problème et les démarches pour ce qui concerne la première partie.

Dans la seconde partie, il est question de présenter notre champ d'étude, à savoir la commune du plateau et plus précisément le cabinet de cardiologie Edlona.

La troisième partie rend compte des différents résultats obtenus sur des déterminants sociaux de la non-observance thérapeutique des malades atteints de l'hypertension artérielle du cabinet de cardiologie Edlona.

PREMIÈRE PARTIE :

CADRE THÉORIQUE ET MÉTHODOLOGIQUE

CHAPITRE I - CADRE THEORIQUE

I-1. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET

Les raisons qui justifient le choix du sujet (Les déterminants sociaux de la non observance des malades atteints de l'hypertension artérielle du cabinet de cardiologie Edlona) se démontrent par l'intérêt personnel, scientifique et social.

I-1.1. L'INTERET PERSONNEL

Le choix d'étudier les déterminants sociaux liés à la non observance des malades hypertendus se justifie par une expérience sociale vécue. En effet, nous avons été en stage dans un hôpital dans lequel nous recevions assez de malades hypertendus, cependant les médecins cardiologues se plaignaient de la disparition de certains malades pour des raisons qu'ils ignoraient. Voyant ces plaintes répétitives nous avons voulu comprendre les raisons qui occasionnent ces disparitions jugées anormales par le corps médical.

I-1.2. L'INTERET SOCIAL

Pour ce qui est de l'intérêt social, notre étude permettra au cabinet de cardiologie Edlona de revoir ses stratégies et pratiques médicales en matière de prise en charge des malades hypertendus. Cela afin d'offrir des meilleurs soins et aussi de réduire ou stopper l'inobservance thérapeutique chez les malades hypertendus. Par ailleurs, l'étude permettra de comprendre les conditions sociales, la façon dont se fait la gestion de la maladie au quotidien par les malades hypertendus, afin d'améliorer les perceptions de l'observation de ceux-ci.

I-1.3. L'INTERET SCIENTIFIQUE

Notre sujet sur les déterminants sociaux de la non observance thérapeutique des malades hypertendus s'inscrit dans une sociologie de la santé basée sur les maladies chroniques. Plusieurs études ont été effectuées au sujet de la non observance des malades hypertendus sous l'angle de la relation médecin-patient (au sens sociologique et médical), certains l'ont abordé sous l'angle économique (s'agissant du niveau économique des malades) et d'autres sur les raisons telles que les croyances et les idéologies des malades hypertendus. Mais, dans notre cas nous orientons notre étude sur la rationalité des malades hypertendus, c'est à dire saisir et comprendre le sens lié à la non observance des malades hypertendus.

I-2. DEFINITION DES CONCEPTS

Définir les concepts clés d'un sujet permet au sociologue d'inscrire ses recherches dans un canevas. C'est dans cette optique qu'Emile Durkheim soutient que « la première démarche du sociologue doit être de définir les choses dont il traite afin que l'on sache et qu'il sache bien de quoi, il est question. C'est la première et la plus indispensable condition de toute preuve et de toute vérification » (Durkheim, 1993).

A cet effet, les concepts ou notions de déterminants sociaux, d'observance, de non observance, d'hypertension artérielle et de perception retiennent notre attention.

I-2.1. Déterminants sociaux

Selon le dictionnaire Larousse, un déterminant est un élément qui en détermine un autre. Selon le Nouveau Petit Robert, ce sont des éléments d'ordre social, organisationnel, culturel, qui contribuent à l'apparition, au maintien, ou au développement d'un phénomène.

Les déterminants sociaux de la santé sont les circonstances dans lesquelles les individus naissent, grandissent, vivent, travaillent et vieillissent ainsi que les systèmes mis en place pour faire face à la maladie. Les déterminants de la santé peuvent se définir comme l'ensemble des « facteurs personnels, sociaux, économiques et environnementaux qui déterminent l'état de santé des individus ou des populations ».

Dans le cadre de notre étude, les déterminants sociaux de la non observance des patients hypertendus, sont les facteurs liés au patient lui-même c'est-à-dire ses à caractéristiques personnelles, à la société, au personnel de santé, à l'organisation des services de santé qui expliquent les raisons de la non observance chez les malades hypertendus du Cabinet de Cardiologie Edlona.

I-2.2. Le concept d'observance

Il existe en fait une pluralité de définitions de l'observance. Elles diffèrent les unes des autres selon qu'elles sont construites dans le but de mesurer ou de comprendre les facteurs qui l'influencent ou de développer une méthodologie d'intervention auprès des patients en traitement. Le dictionnaire robert définit l'observance comme, une « *action d'observer habituellement, de pratiquer une règle en matière religieuse ; obéissance (à la règle), Observation, pratique* ». A titre d'exemple, Forgy et al. (2002) montrent dans leur dernière revue de la littérature que dans certaines études, l'observance est définie comme (aucune prise sautée ou réduite pendant une période donnée en général la semaine précédente. L'observance en matière de santé est le fait de se conformer aux règles élaborées par les professionnels de santé et de suivre leurs prescriptions (Baudier, 1994). Selon (Aurélié Gauchet, 2005), l'observance thérapeutique est l'ensemble des comportements à travers lesquels une personne malade cherche à se conformer au traitement qui lui a été prescrit afin de préserver sa santé.

➤ L'observance : une notion médicale

La notion d'observance est une notion médicale qui fonctionne sur un mode dichotomique : soit le malade est observant, soit-il ne l'est pas. La notion repose sur une adhésion stricte aux consignes et préconisations médicales. La plupart des professionnels de santé développent généralement une définition idéale de l'observance qui la rend extrêmement étroite : l'inobservance commence à partir du moment où « l'ensemble des prescriptions (nature du médicament, dose, horaires des prises et conditions particulières telles que la prise à jeun ou au contraire pendant les repas) n'est pas respecté ». D'autres comportements, comme le fait de ne pas se rendre à une consultation de suivi, ont été peu à peu intégrés au champ de la non-observance. Cette approche médicale s'appuie fortement sur une vision comportementaliste et prédictive de l'observance. Pour Reach (2005), C'est le respect inconditionnel de la posologie qui fait du malade observant, c'est-à-dire un malade sans point de vue personnel, spolié de son expérience de la maladie, sorti de son contexte et dénué de toutes particularités.

➤ **L'observance : une notion sociologique**

En 1974, Sackett et Haynes ont proposés une première définition de l'observance comme étant : « le degré de coïncidence entre le comportement d'une personne et les conseils donnés par le médecin. » De manière qualitative, il s'agit de la mesure de l'adéquation existant entre le comportement du patient et les recommandations de son médecin : Ceci inclut, la prise du traitement comme il est prescrit, le suivi des règles hygiéno-diététiques, la ponctualité aux rendez-vous, et la réalisation des examens complémentaires (Matthieu BUREAU, 2001). Nous retiendrons pour ce travail le terme « d'observance » lorsque le patient est « acteur » face à son traitement et à sa maladie, le patient est « soumis » au corps médical et dont le comportement du patient coïncide aux prescriptions médicales.

Selon le Généraliste¹ Damien Rouvière (1998), une définition sociologique de l'observance appelle à se détacher de la conception médicale qui survalorise le fait de suivre strictement les recommandations.

L'observance ne dit pas seulement si le patient prend correctement son traitement mais pose une règle qui devient impersonnelle en raison de l'étroitesse de sa définition et de son caractère dichotomique. L'observance ne supporte aucun écart. De nombreux malades désespèrent d'ailleurs de ne pouvoir transformer cette règle en simple routine quotidienne et ainsi aborder le rapport aux traitements autrement que sous l'angle de la contrainte. Si l'observance renvoie au strict respect de la prescription et l'application de consignes impersonnelles (*appliquer*), la compliance indiquerait davantage le fait de se plier aux exigences du médecin (*obéir*). Enfin, l'adhésion est censée réintégrer une dimension subjective et insiste sur la capacité du patient à adopter une démarche active, à faire sien le traitement et à devenir vraiment partie prenante (*s'approprier*) (Salicru, 1997) ; (Abelhauser, Lévy, Goujard, 1999). Alors que l'adhésion exprimerait un concept plus positif revalorisant le rôle du malade.

I-2.3. La non observance

Selon le dictionnaire Larousse, la non observance est un défaut d'observance, un manque habituel à observer des prescriptions. Dans notre contexte la non observance désigne l'absence de concordance entre le comportement des patients et les recommandations médicales. Le concept de non observance selon Haynes et Sackett (1979), se définit donc comme l'absence de concordance entre les comportements des patients et les recommandations médicales. Aussi, Reach (2005) décrit la non-observance thérapeutique comme un phénomène complexe qui dépasse le simple cadre du médicament. Elle peut

¹ Le médecin généraliste *face à l'observance d'un traitement chronique* : le modèle des antiagrégants plaquettaires Aurélie Lun, Damien Rouvière

être globale ou focalisée sur un des aspects du traitement. Elle peut fluctuer dans le temps. Elle peut enfin s'étendre à la ponctualité aux rendez-vous, aux recommandations hygiéno-diététiques ou aux modifications de mode de vie demandées au patient.

Les difficultés de l'observance des prescriptions médicales par les patients hypertendus se font à l'insu du médecin et sans qu'il ne puisse exercer un quelconque contrôle quant aux respects de ses recommandations. En fait, Herzlich (1984), fait le constat d'une discordance entre la prescription médicale et les conduites réelles des patients qui n'est absolument pas surprenant pour les sciences sociales puisqu'elle est structurellement inscrite dans les conditions de la relation médecin-malade. Le manque d'adhésion ou « non-observance » est classiquement défini comme le manque d'adéquation entre les comportements des patients et les prescriptions ou recommandations du médecin (Elodie Sidot, 2011). Différentes définitions évoquent un degré de concordance faible ou inexistant entre le comportement de la personne malade et les recommandations de son thérapeute (Reach, 2006 ; Corruble et Hardy, 2003 ; RASUQ, 1998).

Nous distinguons plusieurs types d'inobservance à savoir :

➤ **Non-observance médicamenteuse**

C'est le type de non-observance le plus « classique », le plus étudié, et le premier qui vient à l'esprit.

➤ **Non-observance des mesures hygiéno-diététique**

La non-observance aux mesures hygiéno-diététique est tout aussi importante que la non-observance médicamenteuse. C'est le cas des régimes alimentaires pour les hypertendus ou des régimes.

➤ **Non-observance des rendez-vous**

La non-observance au suivi est beaucoup moins étudiée que les précédentes. Ainsi, peu d'études recherchent les liens entre adhérence médicamenteuse et adhérence au suivi. Ce concept regroupe : l'assiduité et la ponctualité aux rendez-vous de consultation, l'écart entre la date prévue de la consultation et sa date effective, la réalisation des contrôles sanguins ou de tout autre examen prescrit. Deyo et Inui, dans un article de 1980, s'intéressent à une dimension particulière de la non-observance au suivi. Il s'agit de la rupture thérapeutique. Ils insistent sur ses conséquences en termes de morbidité et de réhospitalisation d'urgence, surtout dans la prise en charge des maladies chroniques. Les auteurs nous invitent à ne pas confondre la « rupture thérapeutique », c'est à dire l'arrêt définitif des soins, demeurant relativement rare en pratique, et les « rendez-vous manqués », même répétitifs, situation plus fréquente et permettant bien souvent le maintien du lien thérapeutique. Certains parlent de rupture à partir de trois rendez-vous manqués, d'autres attendent huit rendez-vous manqués, d'autres enfin, ne parlent de rupture qu'après une période de quatre mois voire un an sans nouvelle du patient. Par exemple, au cabinet de cardiologie Edlona on parle de non observance au servi après une période de six mois.

Cette non observance au servi concerne tous les gestes du traitement à savoir : se livrer à un dépistage, venir aux consultations etc.

I-2.4. L'Hypertension Artérielle

Selon l'OMS, l'hypertension artérielle est une maladie dans laquelle les vaisseaux sanguins subissent en permanence une pression élevée, ce qui peut les endommager. On parle d'hypertension lorsque la pression systolique (force de contraction du cœur) est supérieure à 140 millimètres de mercure. En situation de stress ou durant un effort physique, il est normal que la tension artérielle s'élève. Mais chez les personnes hypertendues, **la tension reste élevée tout le temps**, même au repos ou en absence de stress.

L'hypertension artérielle est un trouble cardiovasculaire fréquent qui peut provoquer de nombreuses complications: AVC, infarctus, insuffisance cardiaque ou rénale, rétinopathie, artériosclérose, troubles érectiles...

I-2.5. La perception

Selon le dictionnaire encyclopédique 2000, perception vient de percevoir qui veut dire saisir par les sens, l'esprit. Recevoir, recueillir de l'argent. Percevoir veut dire recouvrement des impôts par le percepteur.

Selon Gilbert Simondon (1964) la perception est comprise comme une modalité privilégiée du rapport vivant et donc actif de l'homme à son monde. Elle n'est pas contemplation mais activité ; elle ne relève pas de la connaissance mais de la vie et c'est pourquoi la perception doit être ressaisie du point de vue de sa signification biologique tout autant que de sa portée informative. Elle est donc décrite et c'est sans doute la seule définition que l'on puisse en donner comme la modalité originaire de la relation d'un vivant à son milieu, la forme sous laquelle il entre d'abord en contact avec lui la perception est essentiellement un mode d'exploration et d'élaboration du monde, elle est prise dans le courant qui porte le vivant vers son milieu. Simondon caractérise la perception dynamiquement, comme une manière différente à chaque époque de prendre possession du réel,

c'est-à-dire comme douée d'une fonction singulière dans le rapport de connaissance. En ce sens, la perception elle-même a une histoire, que la philosophie recueille et qui renvoie en dernière analyse à celle des sujets humains dans leur rapport vital au milieu.

I-3. PROBLÉMATIQUE

Dans le monde, plus d'un adulte sur trois souffre d'hypertension artérielle, un état pathologique à l'origine de la moitié environ des décès dus aux accidents vasculaires cérébraux et aux cardiopathies et responsable d'environ 9,4 millions de morts chaque année. Selon l'OMS (2003), l'hypertension artérielle est un véritable problème de santé publique mondial, c'est l'une des principales causes de mortalité précoce dans le monde, à l'origine de près de 8 millions de décès par an.

Dans presque tous les pays à haut revenu, son diagnostic généralisé et son traitement avec des médicaments peu chers ont entraîné une baisse significative du taux de prévalence des personnes souffrant d'hypertension artérielle ainsi que de la valeur moyenne de la tension artérielle dans les populations, ce qui a contribué à une diminution du nombre des décès dus aux cardiopathies.

Quant au phénomène de non observance, il prend de l'ampleur dans le monde. En effet, près de 9,4 millions d'individus à travers le monde meurent chaque année de l'hypertension artérielle suite à une mauvaise observance (OMS,2013). Selon l'expérience réalisée par l'OMS en 2003 sur l'observance thérapeutique des malades hypertendus, il en découle que l'observance insuffisante est la raison principale pour laquelle les patients ne retirent pas tous les bienfaits qu'ils pourraient attendre de leurs traitements. Aussi la non observance entraîne des complications médicales et diminue la qualité de vie des patients.

Dans les pays en développement, l'observance thérapeutique liée à l'Hypertension Artérielle constitue un problème majeur de santé publique. L'importance de l'observance thérapeutique de l'HTA étant démontrée dans de nombreuses études pour y contribuer, elle se doit pour être efficace de débiter à un stade précoce de la maladie et se poursuivre avec une régularité à Vie.

En Côte d'Ivoire, précisément à Abidjan, une étude a révélé le taux de bons observants thérapeutique de l'HTA à 12,5% et celui de ceux qui ont des difficultés à observer correctement leur traitement est 87,5%. Parmi eux 32,5% ont de minimes problèmes d'observance et 55% sont de mauvais observants (Pr Konin, ICA,2007) ces chiffres montrent un taux élevé de patients inobservants.

C'est le cas au Cabinet de Cardiologie Edlona qui est une structure spécialisée dans la prise en charge des malades hypertendus. Ce cabinet qui est notre champ d'étude enregistre un taux élevé de patients inobservants. En effet, cette non observance se justifie par 30% de patients perdus de vue soit 1200 patients (Assurés et non Assurés) sur 4000 patients au total. Parmi ces 1200 patients perdus de vue 10% ne sont pas assurés et 20% ont une couverture médicale. La couverture médicale dont bénéficie ces 20% prend en compte les consultations, les explorations, les examens biologiques etc. Malgré les avantages qu'offrent ces assurances, ceux-ci ne viennent pas aux rendez-vous médicaux depuis décembre 2011. Il faut dire que la proportion de malades qu'enregistre le cabinet de cardiologie Edlona est de 4000 patients depuis la période de Juillet 2011 à juin 2016.

Au regard de ce qui précède, une question mérite d'être posée.

En dépit des offres thérapeutiques des assurances santé pour une prise en charge efficiente des malades hypertendus pourquoi ceux-ci abandonnent le cabinet de cardiologie Edlona ?

Quelles sont les perceptions sociales liées à l'hypertension artérielle et à son traitement médical ?

Quelle sont les types de relations ou interactions qui expliquent la non observance des patients ?

Quelles sont les pratiques alternatives des patients hypertendus liées à la non observance ?

I-4. REVUE DE LA LITTERATURE

La revue de la littérature consultée dans le cadre de notre étude nous a conduit à explorer toutes les notions se rapportant aux concepts de déterminants sociaux de la non observance des malades hypertendus que sont : Représentation du traitement par les malades hypertendus, Les relations malade et professionnel de santé.

I-4-1. Représentation du traitement par les malades hypertendus

Selon Moscovici (1961), les représentations sociales participent à la compréhension de l'environnement, à l'identité des groupes et à l'évaluation des objets sociaux. Les représentations sociales peuvent être analysées à travers trois dimensions, 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 (Moliner, 1997)².

² 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.

Sabrina Fonga³ (2014) dans son étude sur les représentations des patients sur les symptômes et les causes de l'hypertension artérielle dans la population africaine, postule que les représentations sociales sont liées 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 est également mise en cause. Selon elle, l'excès de sel, de sucre, de matières grasses, de féculents et les régimes occidentalisés (conserves, arômes alimentaire...). De mauvaises habitudes de vie, notamment la consommation de tabac, la consommation d'alcool ou un manque d'activité physique. Puis l'hérédité, le poids, la grossesse, la pollution atmosphérique. Aussi Sabrina met l'accent sur les causes surnaturelles, les facteurs spirituels. Enfin, le manque de chance.

Parlant des représentations liées aux symptômes de l'hypertension artérielle, Sabrina les attribue à des vertiges, des maux de tête, la fatigue, la paralysie, la faiblesse, des essoufflements, des acouphènes.

Elle a abordé également les représentations liées à la chronicité de l'hypertension artérielle. En effet pour certains patients, l'hypertension artérielle est 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 considèrent 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 pensent pouvoir guérir de l'hypertension artérielle. Certains estiment que si la biomédecine ne peut guérir cette affection, la médecine traditionnelle, elle, le peut. Cette idée est d'ailleurs ressortie dans une

³ Sabrina FONGA Née le 06 Octobre 1983 à Bois-Colombes (92) Présentée et soutenue le 15 Mai 2014
représentations de la maladie chez des patients hypertendus originaires d'Afrique noire ayant migré en France

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.

Certaines maladies mentales et chroniques apparaissent être inquiétantes pour la société au point qu'elle est parfois amenée à isoler les sujets malades, ou à prévoir une thérapie particulière, fonction de la maladie, des croyances et des représentations sociales liées à celle-ci.

Barrois Florence (2015), dans son article sur les représentations sociales de l'hypertension artérielle, elle postule que les malades hypertendus connaissent globalement les causes et conséquences de l'HTA mais leurs représentations sur l'HTA sont prépondérantes. L'absence de symptômes et la chronicité de la maladie les conduisent à banaliser l'HTA. La prise médicamenteuse quotidienne et le respect des règles hygiéno-diététiques leur paraissent difficiles. L'oubli des traitements est occasionnel, mais l'équilibre tensionnel est obtenu chez la plupart. Ils expriment le désir d'informations complémentaires de la part du médecin sur la maladie et les alternatives au médicament, aussi selon elle, les connaissances des patients sur l'HTA sont très incomplètes et faussées par leurs représentations. Ils sont demandeurs d'une éducation thérapeutique approfondie de la part du médecin traitant pour les aider à mieux adhérer à la prise en charge.

Ces auteurs montrent que la représentation sociale est un élément indispensable à la compréhension des comportements sociaux.

I-4.2. Les relations malade et professionnel de santé

Aline Sarradon, (2002) dans « l'approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle », l'auteur démontre que l'adhésion des médecins aux traitements qu'ils prescrivent, c'est-à-dire l'adéquation entre les recommandations médicales édictées et leurs propres

convictions, est une condition importante de l'adhésion thérapeutique des patients. La communication médecin-patient a également mobilisée l'attention des chercheurs. Ainsi, l'information donnée aux patients (quantité, contenu, réinterprétation de cette information), la compréhension du traitement par les patients, la relation de confiance établie avec le praticien et la satisfaction qu'a le patient du système de soin, sont considérées comme des facteurs favorisant l'observance.

En effet, selon Sarradon, la relation médecin-malade peut être définie comme une relation thérapeutique, c'est-à-dire l'influence que va avoir le médecin sur le traitement qu'il prescrit. Cependant, la relation médecin-malade est aussi une relation sociale, c'est-à-dire une rencontre entre deux acteurs (le malade et le médecin), tous deux membres de groupes sociaux divers, et engagés dans une action réciproque (le soin).

Ainsi pour l'auteur les discours sur les causes de la maladie s'enracinent dans la culture et dans la biographie du malade, et lorsque le malade se raconte au médecin, en plus de sa souffrance, c'est son univers culturel qu'il donne à lire : ses croyances, ses valeurs, ses rapports au monde. Sa façon de dire la maladie et ses causes est le canal et le code qui nous informe sur ses relations aux autres, sur la nature du lien qui l'unit au réseau social dans lequel il s'insère (Aline Sarradon, 2002).

Selon Bello Fanny (2013) la relation médecin-patient a fait l'objet d'une très vaste littérature dont les enjeux principaux sont multiples. En effet, Parmi les contributions théoriques classiques, Parsons (1951) qui s'inscrit dans une perspective fonctionnaliste, étudie cette relation dans le contexte qui a suivi la Seconde guerre mondiale où la toute-puissance de la médecine, liée aux traitements des maladies infectieuses avec les antibiotiques, ne souffrait d'aucune contestation. Il souligne le caractère asymétrique de la relation médecin-patient et

présente le malade comme un acteur le plus souvent passif et toujours enclin à collaborer avec le médecin dans le but d'atteindre la guérison qui met fin à l'état social déviant dans lequel le plonge la maladie. Le médecin qui joue un rôle actif, est celui qui peut résoudre les problèmes du patient grâce à l'expertise qu'il a développée au travers de sa formation et en raison de son dévouement à l'intérêt général. Dans ce modèle paternaliste mais consensuel, le contrôle social exercé par la médecine est jugé bénéfique.

Bellot Fanny, (2014) met aussi l'accent sur la relation soignant-soigné. Bellot aborde la relation soignant-soigné dans le processus d'éducation, en montrant les caractéristiques d'une bonne collaboration entre soignant-soigné. Bellot Fanny (2014), dégage d'abord les types de relation dans un contexte de soin impliquant des rapports sociaux codifiés, préalablement établis, fixant par avance l'identité sociale, les rôles et les styles d'interactions des protagonistes. Il s'agit :

- *La relation de civilité : Il s'agit de la base de toute relation. C'est une interaction qui se situe en dehors du soin. Elle répond à un code culturel et social ritualisé ou les acteurs apprennent à se connaître. Les propos échangés sont banals et vont permettre d'établir un climat de confiance*
- *La relation de soins (ou relation fonctionnelle) : Ce type de relation permet de donner des informations dans le contexte de soins techniques, elle est centrée sur le présent, sur l'activité en cours. Elle est très souvent utilisée en milieu hospitalier.*
- *La relation d'empathie : Considérée comme l'approche la plus appropriée dans la relation soignant-soigné, la relation d'empathie consiste à comprendre la situation d'autrui et y réagir de manière adaptée.*
- *La relation d'aide psychologique : Elle s'appuie sur la confiance et l'empathie. Elle a une visée thérapeutique qui a pour but d'aider un patient à gérer une situation qu'il juge dramatique pour lui.*

- *La relation thérapeutique : Cette relation est utilisée en psychiatrie auprès de patients souffrant de pathologies mentales. Elle s'inscrit dans le cadre d'un projet de soins thérapeutique et sur prescription médicale.*
- *La relation de soutien social : Relation particulière car il s'agit plutôt d'une relation famille/entourage – patient ou le soignant se situe à l'interface entre le patient et son entourage.*
- *La relation éducative : Consiste à rechercher la cohésion du patient pour une meilleure observance. Le soignant va l'aider à faire face et à s'adapter à des changements de son état de santé.*

Pour Bellot (2014), c'est bien évidemment ce dernier type de relation qui, dans le cas de patient atteint de maladie chronique, va être nécessaire (elle peut être menée conjointement à une relation d'aide ou relation d'empathie).

Bellot précise que si la relation est de qualité, alors le patient aura plus de facilité à communiquer et osera exprimer ses plaintes, poser des questions, demander à ce qu'on lui réexplique ce qu'il n'a pas compris, demander des informations complémentaires, négocier le traitement, suivre le traitement prescrit, et être attentif aux effets du traitement et en faire part aux soignants. Cela permettra au soignant d'adapter au plus proche du patient le programme thérapeutique, favorisant ainsi l'adhésion de ce dernier. Tout le monde est gagnant, et la relation soignant-soigné est plus « humanisée ».

Street (2003) propose un modèle écologique de la communication médecin-patient, qui tient compte du contexte culturel (la relation médecin-patient étant la rencontre de deux individus ayant un rapport différent au savoir médical et qui proviennent souvent de milieux sociaux et culturels différents), du contexte organisationnel (notamment des modalités d'organisation des soins et des professions médicales, celles-ci variant largement d'un système de santé à l'autre), du contexte politique et juridique (modalités de couverture des soins, de

rémunération des soignants, présence de la menace médico-légale, etc.), et enfin, du contexte médiatique. Celui-ci est marqué depuis une décennie par le développement de « l'Internet santé », qui contribue à redéfinir les circuits de diffusion des savoirs médicaux et semble favoriser la publicisation des enjeux de santé publique.

C'est dans cette même logique que Marie-France L. BANGA (2013) a mené une étude socio-anthropologique sur la relation médecin/patient. Pour elle la communication conditionne le comportement du patient par rapport au traitement et au centre de santé. Si le discours que tient le médecin « déstabilise » le patient, ce dernier observe une certaine réticence par rapport aux prescriptions du médecin ; et ce genre de discours peut, selon l'auteur, « l'amener à changer de médecin, de centre de santé, ou même d'itinéraire thérapeutique. Par contre, un discours contraire tenu par le médecin motive le patient à avoir une bonne conduite vis-à-vis de son traitement donc une amélioration de son état de santé.

Pour terminer, il faut préciser que tous ces points évoqués plus haut favorisent l'observance et évitent l'inobservance. Alors, nous pouvons affirmer que la relation thérapeutique conduit à des échanges perpétuels entre patient et soignant et mène à une véritable collaboration. L'écoute active, le respect et la confiance mutuels sont les critères les plus cités. Cette relation vise à rendre le patient acteur de sa santé, patient et soignant avancent ensemble en véritables collaborateurs vers un objectif commun. Si le patient ne peut faire confiance au médecin, il n'appliquera pas les conseils, les prescriptions, etc... Si au contraire, les soignants ne font pas confiance au patient, il le ressentira et le résultat sera identique. De plus, il n'osera pas poser de questions et restera dans l'incertitude. La qualité de l'éducation repose sur la qualité de la relation entre le patient et le soignant.

Dans ce même cadre, Yacine Thiam (2012), nous emmène à comprendre le vécu et les ressentis des patients chroniques. Selon Yacin, la non observance thérapeutique est liée aux vécus et ressentis et également aux interactions des patients avec les professionnels de santé. Des discordances de temps, de vécus et de ressentis entre professionnels de santé et patients durant l'hospitalisation initiale, l'inadaptation structurelle du court séjour, la discontinuité de la prise en charge et les ruptures de cohérence en fonction des différents niveaux de complexité (court séjour, centre de soins de suite et de réadaptation et chez les médecins traitants), mais surtout la confusion entre éducation du patient et information du patient, rendent les prescriptions médicales et soignantes en matière de changement des comportements à risques difficilement observables par les patients. Le format actuel de la relation et des interactions patients/professionnels de santé durant les soins, ne favorise pas l'implication et la participation active des patients dans leur prise en charge.

Pour l'auteur (Yacine Thiam, 2012), les maladies chroniques perturbent ainsi les représentations traditionnelles de la maladie. Elles perturbent les identités des professionnels de santé d'une part et celles des patients d'autre part. Les professionnels pouvant de moins en moins remplir la mission que leur confient les patients, à savoir « détruire » la maladie. Et face à cette « incapacité », les patients cherchent d'eux même des solutions à leurs problèmes. D'« objets » passifs, ils sont devenus des acteurs dans leur propre prise en charge.

Toutes ces études abordent l'observance thérapeutique sur l'angle relationnel médecin-malade, et malade-maladie. Ces écrits montrent que l'HTA bouleverse la vie du malade. Les différents auteurs montrent qu'une « bonne » observance thérapeutique se construit au travers la relation médecin-patient, l'information, la communication, l'écoute etc... Nous retenons donc que la relation soignant-soigné est au cœur du processus de soin et détermine le rôle du malade à savoir l'observance. De ces écrits, nous retenons que la non observance,

est liée au bouleversement que subi le malade. Aussi, l'inobservance est due aux ressentis qu'ont les malades de leur maladie. En outre, les interactions qui se nouent entre les professionnels de santé et les malades influencent beaucoup plus l'observance thérapeutique. Alors, vu les points abordés par ces auteurs, notre étude permettra de saisir les motivations personnelles des malades, le sens que les malades ont de leurs pratiques dans la prise en charge de la maladie.

Notre analyse sur la non observance des malades hypertendus, fait appel à la théorie « l'action raisonnée (TAR) » de Fishbein M. et Icek Ajzen, (1975).

I-4.3. La théorie de l'action raisonnée

La théorie de l'action raisonnée (en anglais, Theory of Reasoned Action) est un modèle de pensée développé par Fishbein et Ajzen (1975). Ce modèle définit les liens entre les croyances, les attitudes, les normes, les intentions et les comportements des individus. Selon ce modèle, le comportement d'une personne serait déterminé par son intention comportementale à l'adopter. Cette intention serait quant à elle est déterminée par l'attitude de la personne et par ses normes subjectives relatives au comportement en question. Fishbein et Ajzen (1975, p.302) définissent les normes subjectives comme étant la perception de l'individu sur le fait que la plupart des personnes qui sont importantes à ses yeux, sont d'avis qu'il devrait ou ne devrait pas effectuer le comportement en question. En résumé, on se retrouve avec une équation du type :

$$\textit{Intention comportementale} = \textit{Attitude} + \textit{Normes Subjectives}$$

Selon la théorie de l'action raisonnée, l'attitude d'une personne envers un comportement serait déterminée par ses croyances envers les conséquences de ce comportement multiplié par son évaluation de ces conséquences. Les croyances sont définies par la probabilité subjective de l'individu sur le fait qu'effectuer un comportement particulier va produire des résultats spécifiques. Ce modèle se base

donc sur le postulat que les stimuli externes influencent les attitudes et cela en modifiant la structure des croyances de l'individu. Par ailleurs, l'intention d'effectuer un comportement est également déterminée par les normes subjectives qui sont elles-mêmes déterminées par les croyances normatives d'un individu et par sa motivation à se plier aux normes.

Fishbein et Ajzen (1975) postulent que l'intention d'adopter ou non un comportement résulte directement d'une analyse systématique de deux types d'informations : la « dimension attitudinale » (ATT), qui peut se définir comme étant un sentiment général (favorable ou défavorable) envers le comportement, et « la norme subjective » (NS), qui est une prescription comportementale spécifique attribuée à un agent social général.

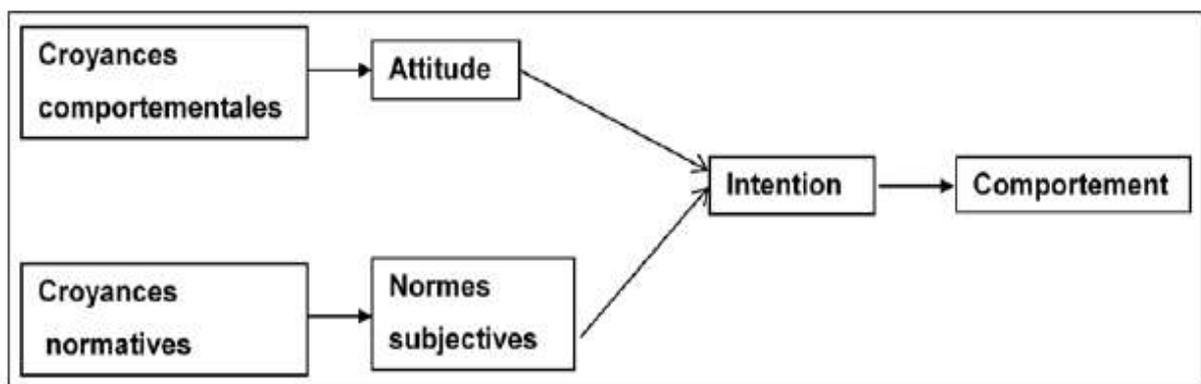


Figure 1 : La théorie de l'action raisonnée (d'après Fishbein et Ajzen, 1975)

Principe de la théorie

Selon cette théorie, le comportement est défini comme étant le résultat de plusieurs actions et des facteurs qui influencent ces résultats. Le comportement doit être bien spécifié, c'est-à-dire répondre à des critères précis d'action, de cible, de contexte et de temps. Pour Fishbein et Ajzen, trois postulats caractérisent la théorie l'action raisonnée que nous allons énumérer et par la suite expliquer. Ce sont : **L'individualisme ; La compréhension et La rationalité**

- **Le premier postulat (l'individualisme)** : pose que tout phénomène social résulte de la combinaison d'actions, de croyances ou d'attitudes individuelles. Il s'ensuit qu'un moment essentiel de toute analyse sociologique consiste à « comprendre » le pourquoi des actions, des croyances ou des attitudes individuelles responsables du phénomène qu'on cherche à expliquer.
- Selon le **deuxième postulat (compréhension)** : les actions, croyances et attitudes de l'acteur individuel, c'est en reconstruire le sens qu'elles ont pour lui, ce qui en principe du moins est toujours possible.
- Quant au **troisième postulat : (la rationalité)**. Il n'implique pas cependant que le sujet soit clairement conscient du sens de ses actions et de ses croyances. Il pose que l'acteur adhère à une croyance ou entreprend une action parce qu'elle fait sens pour lui, en d'autres termes, que la cause principale des actions, croyances, etc., du sujet réside dans le sens qu'il leur donne, plus précisément dans les raisons qu'il a de les adopter.

Cette approche théorique permet de savoir qu'on peut prédire et comprendre les dimensions attitudinales et subjectives des comportements des malades hypertendus. Ainsi, au travers notre théorie mobilisée, l'on comprend pourquoi les malades hypertendus du cabinet de cardiologie EDLONA ne jouent pas leurs

rôles dans la gestion de la maladie. Car selon les analyses de Fishbein et Ajzen nous voyons que le changement de comportement ou les pratiques des malades seraient finalement le résultat d'un changement des croyances, d'où le principe selon lequel : « l'acteur adhère à une croyance ou entreprend une action parce qu'elle fait sens pour lui ».

I-6. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE

Tout travail scientifique vise des objectifs précis. A ce niveau deux types d'objectifs se dégagent : l'objectif général et les objectifs spécifiques.

I-6.1. L'objectifs général

Notre objectif général est d'analyser les déterminants sociaux de la non observance thérapeutique des malades hypertendus du Cabinet de cardiologie EDLONA.

I-6.2. Les Objectifs Spécifiques

Spécifiquement, il s'agit de :

- Identifier les représentations sociales liées à l'hypertension artérielle et à son traitement médical,
- Identifier les raisons liées de la non observance thérapeutique des malades hypertendus bénéficiant d'une couverture médicale.

I-7. HYPOTHESE

L'hypothèse dans le contexte sociologique, est définie comme une réponse anticipée à un problème sociologique.

Dans le cas de notre étude, l'hypothèse postule que la non observance des malades hypertendus est liée au sentiment de guérison après la prise des médicaments.

CHAPITRE II - CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE

II-1. METHODE D'ANALYSE : La méthode compréhensive

Pour MAX WEBER et les tenants de l'approche compréhensive, l'explication d'un phénomène social se situe essentiellement dans la signification que les individus donnent à leurs actes. Elle est intérieure et doit être recherchée dans la conscience des personnes. Cette méthode, nous a permis de mettre en évidence les comportements et attitudes des populations face à l'hypertension artérielle.

La sociologie compréhensive développée par Max Weber ne se place pas dans une totalité comme pensée par Durkheim, mais du point de vue des individus qui adoptent un comportement significatif. La tradition de la sociologie compréhensive dans laquelle nous nous inscrivons est particulièrement celle de Weber qui définit l'activité comme « un comportement compréhensible » (Weber, 1965) et le sujet comme un acteur dans les contraintes d'une situation et dans son interaction avec les autres. Cette approche weberienne entend mettre en évidence la dimension rationnelle des comportements, en lien avec un vécu et des faits qui concernent tout autant les représentations (pensées construites) que les pratiques sociales (faits d'expériences) à proprement parler (Blanchet et Gotman, 2001).

Le modèle théorique formulé par l'auteur suppose que l'acteur social est capable de produire une certaine interprétation de la réalité telle qu'elle se donne à vivre, ce par quoi il lui confère en même temps un sens et que ce sens se traduise concrètement dans son comportement (Weber que cite Aron ,1967). Il soutient que pour expliquer un phénomène social, c'est à dire une relation sociale quelconque, il faut à la fois la comprendre et l'expliquer. La comprendre veut dire être à mesure de l'interpréter. Cela fait référence à 3 choses chez Weber :

- comprendre en tenant compte du contexte, et des ressources dont dispose l'individu.
- comprendre en tenant compte en partie des réactions habituelles de l'individu.
- comprendre sans avoir vécu ce qu'a vécu l'individu.

Retenons que Weber met l'accent sur l'action rationnelle. La compréhension est donc pour lui principalement intellectuelle et subsidiairement d'ordre psychologique. Adapté à l'actuelle dynamique de recherche, cette position de Weber nous a permis de comprendre les logiques qui guident les choix des pratiques thérapeutiques dans le traitement de l'hypertension artérielle puisque les comportements ou pratiques de soins sont construits à partir des croyances, valeurs, symboles et habitudes des acteurs.

II-2. MODELE D'ANALYSE

Le modèle d'analyse constitue le prolongement de la problématique en articulant sous une forme opérationnelle les repères et les pistes qui seront finalement retenus pour présider au travail d'observation et d'analyse. Il est composé de concepts et d'hypothèses qui sont étroitement articulés entre eux pour former ensemble, un cadre d'analyse cohérent. (R.Quivy, Luc V ,2006).

II-2-1. Opérationnalisation de l'hypothèse

Notre hypothèse présente deux variables qui sont : la variable dépendante « la non observance des malades hypertendus » et la variable indépendante « au sentiment de guérison ». Cependant il convient d'opérationnaliser ces deux variables.

D'abord, la variable dépendante « la non observance des malades » présente deux dimensions à savoir une dimension comportementale dont les indicateurs sont : l'absence aux rendez-vous médicaux, la consommation d'aliments interdits

et des arrêts de prises de médicament. Et une autre dimension symbolique avec pour indicateurs l'absence définitive aux rendez-vous.

Ensuite, nous avons la variable indépendante «au sentiment de guérison après la prise des médicaments » qui présente deux dimensions également à savoir une dimension idéologique et structurelle. La dimension idéologique se traduit par les indicateurs suivants : comme l'hypertension obstacle à la liberté, les rendez-vous médicaux qui sont perçus comme monotones, les traitements considérés une routine. La dimension structurelle a pour indicateurs la relation de distanciation médecin-malade, indisponibilité des aidants familiaux.

Tableau 1: Récapitulatif de l'analyse des concepts de non observance thérapeutique et de sentiment de guérison

HYPOTHESE	VARIABLES	DIMENSIONS	INDICATEURS	OUTILS
La non observance des malades hypertendus est liée au sentiment de guérison après la prise des médicaments	La non observance des malades hypertendus	Comportementale	-l'absence définitive aux rendez-vous	-Dossiers patients
		Symbolique	- l'hypertension obstacle à la liberté - les rendez-vous médicaux perçus comme monotones	
		Idéologique	- le traitement considéré comme une routine	-Dossiers patients
	Au sentiment de guérison	Structurelle	-la relation de distanciation médecin-malade	- Guide d'entretien

II-3- DELIMITATION DU CHAMP DE L'ETUDE

II-3-1. CHAMP GEOGRAPHIQUE

Notre champ d'étude est le Cabinet de Cardiologie EDLONA situé dans la commune du Plateau précisément à la Rue Paris-Village. La commune du plateau est une commune de la ville d'Abidjan, elle est entourée par la commune de Yopougon à l'ouest, au sud par la lagune Ebrié, la commune de Treichville, au nord par la commune d'Adjamé et enfin à l'Est par la commune de Cocody. Le choix de cette commune repose d'abord sur le fait que cette commune dispose en son sein de plusieurs structures sanitaires (Centre Médical Chardy, Groupe médical du plateau, Espace Médical Saint Paul) qui sont dotées de locaux susceptibles de recevoir les malades hypertendus. Puis l'accès à cette commune est facile et il y a une très grande sécurité vue qu'elle est le centre des affaires de la Côte d'Ivoire. Parmi les nombreuses structures sanitaires qui composent cette commune, notre choix s'est porté sur le Cabinet de Cardiologie EDLONA pour deux raisons. La première raison qui justifie ce choix est la présence au sein de cet hôpital du service Cardiologie. La seconde est le fait qu'aucune étude n'a été faite dans le but de savoir les logiques sociales favorisant la disparition des malades hypertendus.

II-3-2. CHAMP SOCIAL

Si le champ géographique prend en compte la commune qui abritent l'étude, le champ social quant à lui permet d'indiquer la catégorie de la population cible principale de l'étude. Il se rapporte à tous ceux qui sont liés directement et indirectement avec le champ de cette étude.

Cette étude fait intervenir deux catégories sociales :

- La catégorie des experts : qui renvoient au personnel médical du cabinet de cardiologie Edlona (les soignants)
- La catégorie des personnes cibles : c'est-à-dire les malades hypertendus perdu de vue ayant une couverture médicale.

II-4. LES TECHNIQUES D'ENQUETE

Les techniques d'enquête qui rendent la recherche opérationnelle sur le terrain. Les techniques de collecte de données telles que l'entretien, l'observation, la recherche documentaire permettront de recueillir les données sur le terrain en vue de la vérification de l'hypothèse.

II-4.1. La recherche documentaire

Pour Quivy et Campenhoudt (2011), « tout travail de recherche s'inscrit dans un continuum et peut être situé dans ou par rapport à des courants de pensée qui le précèdent et l'influencent ». Ainsi, notre champ d'étude n'étant pas vierge, nous avons axé la première partie de notre étude sur la recherche documentaire qui avait été une étape capitale et pratique.

L'objectif était d'abord de nous imprégner au mieux de la situation afin de bien circonscrire notre étude, de nous informer des résultats des travaux de recherches portant sur notre thème et d'éviter la répétition d'erreurs déjà commises.

En somme, nous avons eu recours aux travaux antérieurs afin de nous imprégner de l'état d'avancement scientifique de celui-ci. Cette phase nous a permis d'avoir des connaissances générales sur le sujet et de mieux élaborer la problématique ainsi que l'hypothèse de recherche.

Nous avons consulté des encyclopédies, des dictionnaires pour la définition des concepts. Aussi, nous avons parcouru la bibliothèque de l'institut d'ethno-sociologie (IES). Cette bibliothèque a permis de consulter des documents de méthodologie en sociologie, des documents sur la non observance thérapeutique.

II-4.2. L'Entretien

Selon le dictionnaire Larousse, l'entretien désigne une conversation entre deux ou plusieurs personnes sur différents sujets.

Au sens scientifique, l'entretien est une méthode de recherche et d'investigation. Il permet à l'enquêteur d'obtenir des informations sur les attitudes, les comportements, les représentations d'un ou plusieurs individus dans la société. Aussi l'entretien est une opération dans laquelle le chercheur décèle chez l'enquêté ses perceptions, ses représentations idéologiques d'une situation ou d'un phénomène donné (Campenhoudt, Quivy, 2011). Ainsi cette technique nous est utile dans la mesure où elle permet d'être en contact avec les enquêtés, à recueillir le témoignage verbal de ceux-ci.

De façon générale dans la recherche qualitative, il existe trois types d'entretien : l'entretien libre, directif et semi-directif. Pour cette étude le choix s'est porté sur l'entretien semi-directif.

- Entretien semi-directif

Il permet de centrer le discours des acteurs autour de différents thèmes définis aux préalables par l'enquêteur et consignés dans un guide d'entretien. Les différentes entrevues menées auprès des malades étaient basées sur des questions ouvertes préparées au préalable. Nous avons donc interrogé le personnel soignant du Cabinet de Cardiologie Edlona et les malades hypertendus perdus de vue. Les entretiens se sont faits de façon individuelle.

II-4.3. L'observation

Elle consiste à observer le fait et à découvrir tous les facteurs qui le composent où qui l'influence. Tout comme les entretiens, il existe plusieurs techniques d'observation entre autres l'observation participante et l'observation directe.

- Observation directe

Les observations sociologiques portent sur les comportements des acteurs en tant qu'ils manifestent des systèmes de relations sociales ainsi que sur les fondements idéologiques et culturels qui les sous-tendent selon Quivy et Campenoudt (2011). Il est donc question de regarder sans poser de question.

Ainsi, le cabinet de cardiologie retenu pour l'enquête a servi de cadre pour l'observation directe. Dans ce cabinet et pendant les activités de consultation, exploration, d'examen laboratoire, l'étude a pu retracer certaines attitudes et comportements des différents enquêtés à l'épreuve de la maladie. Aussi, l'observation a porté sur la nature des rapports entre le patient, le professionnel de la santé.

Aussi notre présence au sein du Cabinet de Cardiologie EDLONA nous a permis d'identifier le nombre des malades hypertendus perdus de vue. En effet, c'est à travers une étude de dossiers que nous avons pu répertorier l'ensemble des malades perdus de vue afin de les interroger.

La grille d'observation élaborée s'est articulée autour de :

- L'identification des malades perdus de vue
- La non observance thérapeutique
- La relation patient/professionnel de santé
- Le dossier médical du patient.

En somme, l'observation nous a permis d'avoir une notion de notre terrain en nous éveillant sur la manifestation visible du phénomène étudié et notre population cible dans le but de ne pas par la suite dans notre étude interroger d'autres éléments non importants pour l'explication du phénomène étudié.

II-4.4. L'échantillonnage

Notre échantillon comprend deux catégories sociales : les malades hypertendus perdus de vue et le personnel médical du cabinet. En effet, la sélection des potentiels enquêtés pour le phénomène de non observance s'est faite sur la base, des dossiers médicaux, des rendez-vous médicaux, de leurs absences répétées au rendez-vous médical. Nous avons donc interrogé dix-sept (17) personnes pour notre enquête dont :

- 04 acteurs de l'établissement médical. La directrice générale (médecin cardiologue), deux autres médecins et une aide-soignante. Cette catégorie d'acteurs a permis de comprendre un certain nombre de réalités en rapport avec : l'année de création du cabinet de cardiologie Edlona ; les objectifs ; l'évolution du phénomène et les facteurs explicatifs ; des types d'intervention offerts aux malades ; le rapport médecin / patient, des informations sur la gestion de la maladie.
- 13 malades hypertendus perdus de vue ayant une couverture santé. Cette catégorie d'acteurs nous a permis de comprendre les logiques sociales liées à notre phénomène.

Tableau 2 : Récapitulatif des personnes interrogées

Caractéristiques de chaque catégorie de participant	Nombres de personnes interrogées
Médecins	03
Malades hypertendus	13
Aide-soignante	01

II-3. LES OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES

II-3.1. LE GUIDE D'ENTRETIEN

Le guide d'entretien est un instrument élaboré pour rechercher des données qualitatives, en d'autres termes, c'est un ensemble de questions ouvertes qui appellent une réponse plus longue que les questions fermées, utilisées pour obtenir des informations quantitatives. Il peut être également défini comme une liste récapitulative des thèmes et des questions à aborder dans le cadre d'une enquête qualitative.

Il permet de répondre à la problématique, de renseigner les variables et favorise l'émergence d'information inattendues.

Dans notre étude, le guide d'entretien s'est adressé aux malades perdus de vue et au personnel soignant dans le but de recueillir des données concernant les déterminants sociaux de la non observance des malades hypertendus.

L'ensemble des questions a porté sur le thème de notre étude. Le guide d'entretien nous a permis, de comprendre les actions et les comportements des malades hypertendus ainsi celui du personnel soignant.

Les guides d'entretien élaborés se sont articulés autour de quatre thèmes :

- Connaissance de l'hypertension artérielle ;
- Les déterminants sociaux de la non observance thérapeutiques ;
- Description de hypertension artérielle;
- La gestion de la maladie.

Nous avons choisi le téléphone portable pour l'enregistrement de nos données lors des entretiens. Le téléphone est à la base considérée par le sens commun comme un moyen de communication. Mais dans notre cas, en lieu place d'un magnétophone, le portable a été utilisé comme outil de collecte de données.

II-4. LES DIFFICULTES RENCONTREES

Nous avons rencontré certaines difficultés dans l'élaboration de notre travail. En effet, certains enquêtés montraient une attitude de méfiance, il a fallu donc beaucoup dialoguer pour expliquer le but de notre étude afin de faire disparaître toute sorte de méfiances. Ensuite, il est à noter également que lors de certains entretiens, bien que ceux-ci se déroulaient dans un bureau ou une salle avec la porte fermée, du fait que la personne interrogée était en poste, nous avons été interrompues à plusieurs reprises par des passages, des coups de téléphone (le répondant attendant un appel important), et d'autres demandes d'ordre professionnel rendant l'exercice difficile. Aussi, les entretiens avec les médecins ont été difficiles à cause de leur emploi du temps chargé. Enfin, Les difficultés matérielles liées essentiellement au coût de la recherche d'information sur le terrain, au coût relatif au transport pour se rendre sur le lieu d'enquête et dans les banques de données.

DEUXIÈME PARTIE :
PRÉSENTATION DE LA
ZONE D'ÉTUDE

Pour la réalisation de notre étude nous avons choisi le Cabinet de Cardiologie Edlona comme zone d'étude, il est situé dans la commune du Plateau.

De façon précise, cette partie de notre travail porte sur deux (02) chapitres :

Le premier chapitre présente la commune du Plateau et la seconde partie présentation du cabinet de cardiologie Edlona.

CHAPITRE I : PRESENTATION DE LA COMMUNE DU PLATEAU

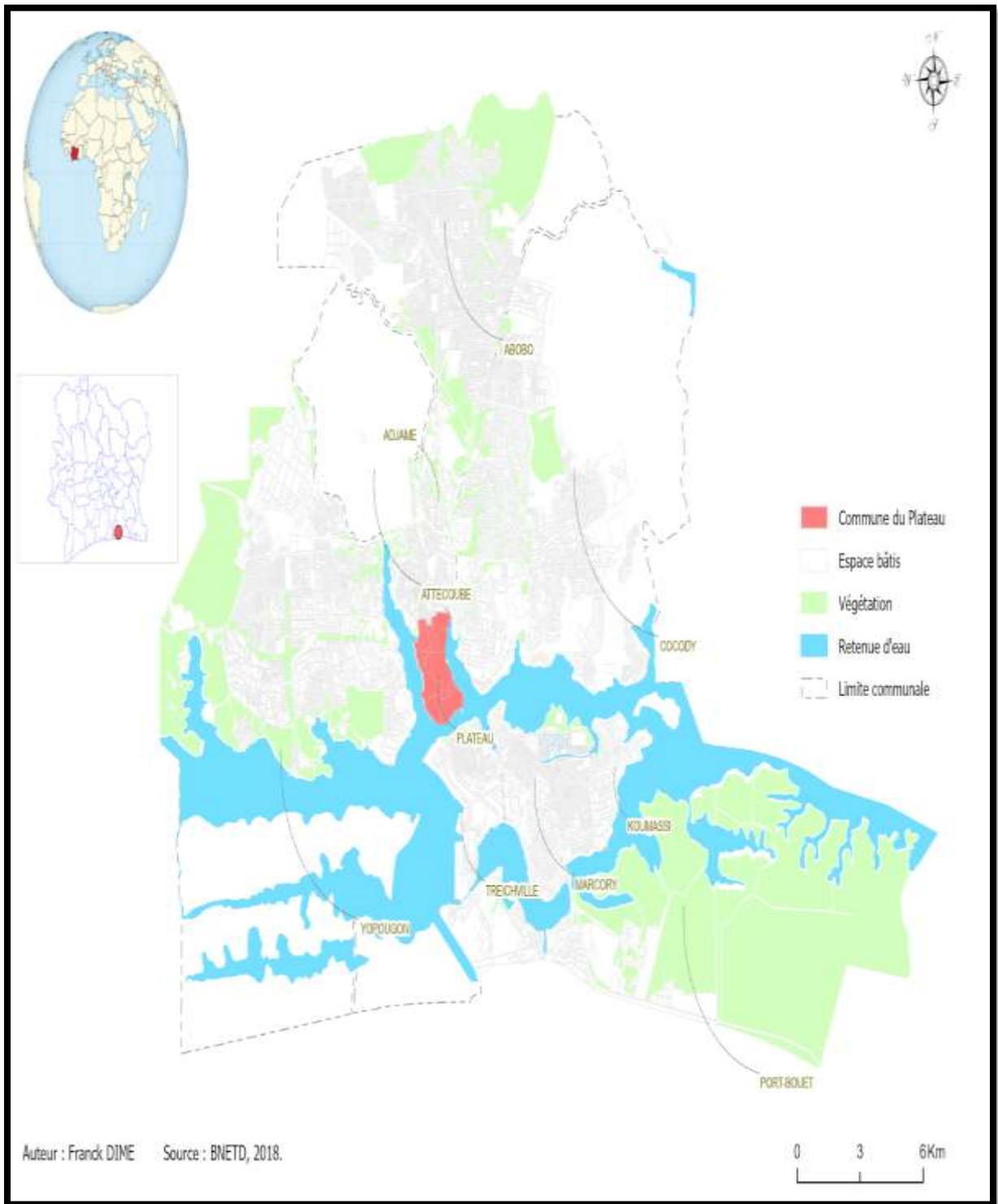
La commune du Plateau, en forme de presqu'île, est le centre des affaires d'Abidjan. Elle est entourée par la lagune Ebrié à l'est, au sud et à l'ouest et délimitée par les communes d'Attecoubé et d'Adjamé au nord. Elle est la plus petite et la moins peuplée des communes qui composent Abidjan avec environ 10 000 habitants.

Premier site d'Abidjan, le Plateau tire son nom de « M'brato » en Ebrié. Il accueille les premières administrations et les premiers logements coloniaux lorsqu'Abidjan est désignée capitale en 1934. Puis, il devient le centre des affaires lors du « miracle ivoirien », la période de prospérité économique des années 1960 et 1970.

Véritable vitrine de la Côte d'Ivoire, le Plateau, avec ses tours, ses boulevards, ses hôtels etc... symbolise le dynamisme économique du pays. La commune est à la fois un centre économique, administratif et politique. Elle accueille les ministères, le siège de la présidence de la République, mais aussi les grandes banques internationales, et notamment françaises, les institutions nationales et internationales ainsi que les sièges des grandes entreprises.

Le plateau abrite également le Musée des civilisations, la Bibliothèque Nationale, des cinémas, la Grande mosquée d'Abidjan et la cathédrale Saint-Paul. La commune est également le point de connexion avec les grands ponts d'Abidjan construits sur la lagune Ebrié jusqu'à la commune de Treichville : le pont-Houphouët-Boigny et le Pont Charles de Gaulle.

Depuis le 23 mars 2019, Ehouo Jacques est le nouveau maire de la commune, après une période transitoire de 4 mois assurée par le préfet d'Abidjan, Vincent Toh Bi. (Flash Info. District Autonome d'Abidjan. Août 2019).



Carte 1 : Commune du plateau

CHAPITRE II : PRESENTATION DU CABINET DE CARDIOLOGIE

EDLONA

II-1. DESCRIPTION DU CABINET DE CARDIOLOGIE EDLONA

Créé le 18 juillet 2011⁴ par le Docteur Laubhouet Véronique fondatrice et directeur général, le cabinet de cardiologie Edlona est situé à Abidjan dans la commune du plateau. La possibilité de s'installer au Plateau, pour un nouveau prestataire médical spécialisé et œuvrant dans le domaine des maladies cardiovasculaires a été perçue en octobre 2009 par deux cadres : un cardiologue en service à l'Institut de Cardiologie d'Abidjan et un organisateur-conseil ayant effectué une mission d'optimisation du système d'information dans cet institut.

Ces cadres cumulaient à deux, plus de trente-sept (37) ans d'expérience dans les domaines de la cardiologie, de l'assurance santé, du management des systèmes d'information, de l'ingénierie financière, du management stratégique et de la gestion générale dans le secteur de la santé.

Leur analyse du marché les a convaincus qu'il existait une opportunité de croissance d'un nouveau prestataire spécialisé dans le traitement de l'hypertension et des maladies cardiovasculaires au Plateau et que le besoin en financement pour une telle entreprise était raisonnable.

Ainsi, une nouvelle entreprise a été créée, fondée sur le diagnostic et la prise en charge des maladies cardiovasculaires : le Cabinet de Cardiologie Edlona, une SARL⁵ au capital de cinq millions (5 000 000) francs CFA.

Le cabinet de cardiologie de cardiologie Edlona compte en sein 21 agents qui y exercent comme travailleur. Parmi eux nous avons un médecin cardiologue,

⁴ Date d'ouverture du cabinet de cardiologie Edlona

⁵ Société à Responsabilité Limitée

un médecin généraliste, des infirmières, des aides-soignantes, des laborantins qui constituent le collège du personnel soignant, et toute l'administration. Il faut noter qu'à ceux-ci s'ajoutent 12 médecins vacataires.

Le cabinet de cardiologie Edlona est composé d'une salle d'attente à la réception, d'un comptoir d'accueil avec 10 chaises, trois salles de consultation, une unité d'analyse biologique.



Carte 2 : Plan de localisation du cabinet de cardiologie Edlona

II-2. L'ACTIVITÉ DU CABINET DE CARDIOLOGIE EDLONA

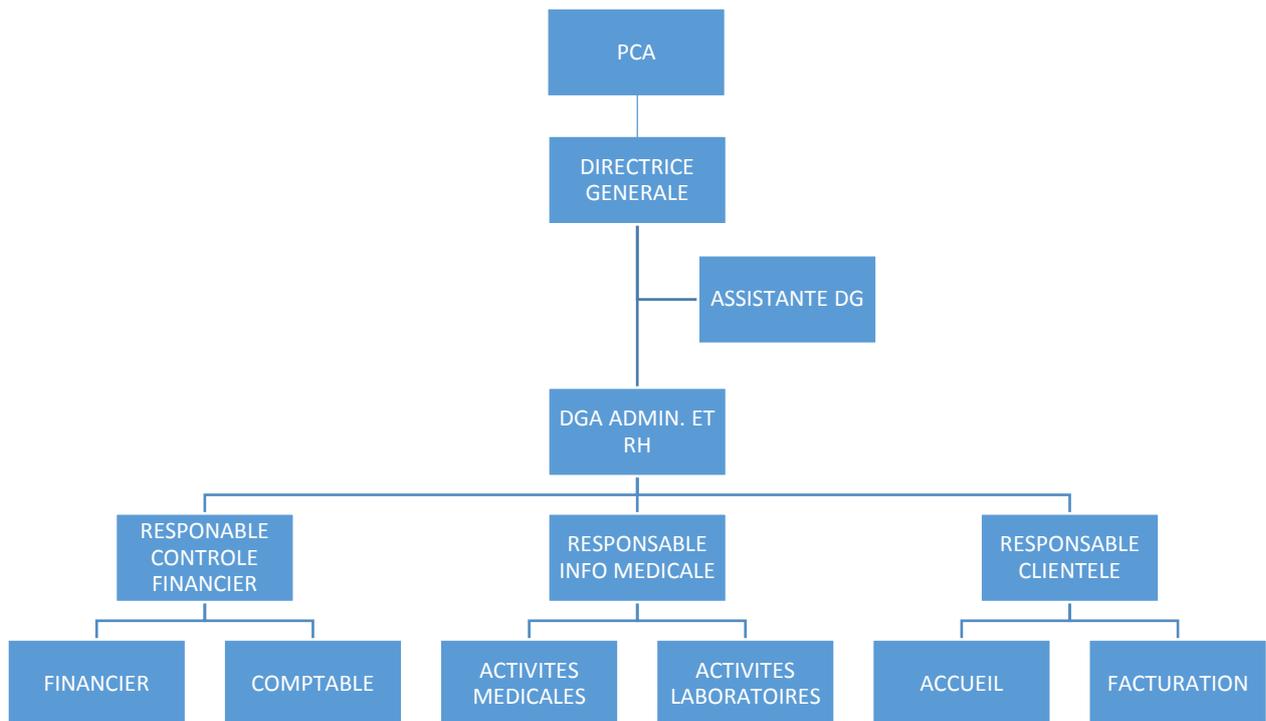
Les activités du Cabinet de Cardiologie Edlona portent sur le diagnostic et la prise en charge médicale des affections cardiovasculaires à travers :

- Les consultations ;
- Les explorations électro cardiographiques (ECG) ;
- Les Holter ECG ;
- Les Holter Tensionnel ;
- L'écho Doppler cardiaque ;
- L'écho Doppler vasculaires ;
- Epreuve d'effort ;
- Echographie abdominale ;
- Echographie thyroïdienne ;
- Echographie prostatique ;
- Echographie pelvienne ;
- Echographie testiculaire ;
- Echographie mammaire ;
- Les analyses biologiques.

Les consultations portent sur la cardiologie et en cas de besoin, la néphrologie, la diabétologie et la diététique.

II-3. ORGANISATION DU CABINET DE CARDIOLOGIE EDLONA

Organigramme du cabinet de cardiologie EDLONA



II-4. LES ASSURANCES MALADIES ACCEPTEES AU CABINET DE CARDIOLOGIE EDLONA

II-4.1. Définition de l'assurance maladie

L'assurance maladie est un dispositif chargé d'assurer un individu face à des risques financiers de soins en cas de maladie, elle est la branche de la sécurité sociale qui couvre le risque maladie des salariés et leurs bénéficiaires. L'assurance maladie est un acteur majeur du système de soins.

II-4.2. Les types d'assurances maladies du cabinet EDLONA

Le CCE reçoit plusieurs malades ayant des couvertures médicales ce sont entre autres :

Tableau 3 : Liste des Assurances

TYPE D'ASSURANCES	POURCENTAGE %
ASCOMA	65 ;70 ;80 ;100
WILLIS TOWERS WATSON	80 ; 90 ;100
BHCI	80 ; 90 ;
CNPS	90
SOGEMAD	80 ; 90 ;100
AMAT-CI	80 ;90 ;100
AXA	80 ;90 ;100
MCI SOGEM	80 ;90 ;100
MADGI	80 ;90 ;100
MUPEMENET SANTE	80 ;90 ;100
NSIA	80 ;90 ;100
ATLAS	80 ;90 ;100
MUDCI	80 ;90 ;100
BAD HENNER	80 ;90
BCEAO	100
SUNU	80 ;90
AZIMUT	80,90
SCCONAS	80 ;90

II-5. EVALUATION FINANCIERE DE LA PRISE EN CHARGE

Cette évaluation porte sur une approximative estimation des dépenses effectuées pendant le processus de prise en charge pour les patients assurés. De façon précise, il est question d'estimer le coût du traitement, notamment le coût des examens afin d'appréhender les contraintes financières auxquelles les patients sont confrontés dans le processus de prise en charge.

II-5-1. COÛT DU TRAITEMENT

Le coût du traitement se rapporte à l'ensemble des soins recommandés par le médecin traitant et dont l'objectif est de stabiliser la tension du patient et aussi à faire des explorations afin d'éviter les complications chez le malade hypertendu. Prenons le Cas d'un bilan HTA exécuté par un sujet hypertendu couvert à 70% par ASCOMA A.D (une mutuelle) :

Tableau 4 : Coût minimum du bilan HTA mensuel (mutuelle)

ACTE	Montant brut	Part de l'assureur	Part de l'Assuré
Consultation (CS)	14 000	9 800	4 200
Electrocardiogramme (ECG)	20 000	14 000	6 000
Echodoppler Cardiaque	50 000	35 000	15 000
Holter ECG	60 000	42 000	18 000
Holter tensionnel	60 000	42 000	18 000
Epreuve d'effort	70 000	49 000	21 000
Examen laboratoire minium	91 260	65 882	25 378
TOTAL :			107 578

Ce coût peut varier en fonction du type de couverture médicale, du pourcentage et de ce que le médecin recherche. A ceci peuvent s'ajouter des examens laboratoire et explorations complémentaires.

Prenons le cas d'un bilan HTA exécuté par un sujet hypertendu couvert à 80% par MCI SOGEM ALLIANZ (Assurance) :

Tableau 5 : Coût minimum du bilan HTA mensuel (Assurance)

ACTE	Montant brut	Part de l'assureur	Part de l'Assuré
Consultation (CS)	17 500	14 000	3 500
Electrocardiogramme (ECG)	25 000	20 000	5 000
Echodoppler Cardiaque	60 000	48 000	12 000
Holter ECG	70 000	56 000	14 000
Holter tensionnel	70 000	56 000	14 000
Epreuve d'effort	80 000	64 000	16 000
Examen laboratoire minium	107 935	86 348	21 587
TOTAL :			86 087

TROISIÈME PARTIE :

**Les déterminants sociaux
de la non observance
thérapeutique des malades
hypertendus du Cabinet de
cardiologie Edlona.**

1. Les caractéristiques générales des enquêtés

Nous avons interrogé 13 malades hypertendus qui fréquentent le cabinet de cardiologie Edlona. Leurs âges varient entre 30 ans et 66ans, ils possèdent tous une assurance santé qui leurs permet de couvrir les soins médicaux. Parmi nos enquêtés nous avons six (6) Femmes et sept (7) Hommes. Aussi Nous retenons qu'il y'a plus de personnes instruites parmi nos enquêtés, ainsi nous avons une seule veuve ménagère et un retraité qui sont assurés respectivement par Ascoma Allianz et Ascoma Mabici avec un taux de 80% et 65%, les autres enquêtés sont encore fonction.

CHAPITRE I : LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE

CHEZ LES MALADES HYPERTENDUS PERDU DE VUE

Selon Denise Jodelet (1994), la représentation sociale est un savoir commun à un groupe, une forme de connaissance socialement élaborée et partagée, ayant une visée pratique et concourante à la construction d'une réalité commune à un ensemble social ou culturel. Les représentations sociales sont indispensables dans les relations humaines car elles permettent aux membres d'un même groupe de communiquer et de se comprendre.

I-1 Les représentations de l'hypertension artérielle et son traitement

Dans cette étude, les malades perçoivent la maladie comme un poids et les prescriptions comme une routine à respecter. Ces différentes perceptions à savoir la complexité de la maladie est une difficulté qui pèse sur le vécu du malade. Nous pouvons percevoir cela au travers les propos suivants :

« On dit que je suis hypertendu, mais je me sens bien. Je ne fais pas la maladie, je paie le transport pour venir, et je paie le ticket modérateur, pourquoi venir alors que je me sens bien dans le corps, je peux venir le jour où je me sentirai mal, moi personnellement quand je suis couché à la maison même quand ça va mal je me dis que c'est la fatigue un ou deux jours ça va passer et c'est fini. Les médicaments me fatiguent, je n'aime pas les médicaments, le fait que je dois prendre les médicaments à vie » **Extrait d'entretien avec K2 , 30ans, ABOBO BAOULÉ, assurance ASCOMA AD**

Le traitement perçut comme une routine, aussi ce verbatim démontre un sentiment de guérison chez l'enquêté, mais également une anxiété face au traitement thérapeutique.

« *L'impression du déjà connu, déjà vu*

Les patients qui, parce que la plupart du temps se sont les mêmes médicaments et on leurs donne des contrôles il y a beaucoup qui disent même je viens c'est la même chose, ils ne comprennent pas forcément ce que nous on fait parce que on est là on peut leur expliquer mais quand la tête du patient à la fin, lui il voit la finalité. La fin tu m'a redonné le même médicament donc je reste je viens renouveler ou bien je vois mon médecin du travail qui me donne et puis il disparaît. L'impression du déjà vu » **Extrait entretien Dr cardiologue1**

Ces propos illustrent la routine du traitement médical, ainsi que le manque de compréhension de la part des patients face aux instructions médicales. A cela s'ajoute un désintérêt vis-à-vis des contrôles médicaux.

Les malades utilisent d'autres itinéraires thérapeutiques au détriment de celui proposé par les médecins

J'ai fait un constat, un mal emmène un autre je préfère me traiter autrement, par le traitement traditionnel. **Extrait d'entretien Enquête T1, caissière, 35ans, assurance MCI, Attoban**

Les médicaments traditionnels constituent l'itinéraire thérapeutique par excellence, aussi ils lui permettent d'éviter les intoxications. Cela se confirme en ces termes :

*Le sentiment d'intoxication, c'est la tension, mais tous les jours il boit les médicaments et il se dit que boire toujours les médicaments, est ce que ça ne va pas me faire du mal, il craint de s'intoxiquer s'il prend ça longtemps. **Extrait d'entretien Dr L1, cardiologue***

L'anxiété est mise en avant dans ce verbatim. En effet, ces propos montrent l'inquiétude dans laquelle les malades vivent.

*C'est parce que je ne fais pas la maladie, comme tout noir, je veux tomber malade d'abord, aussi je n'ai pas le temps c'est ce qui manque, aussi je suis trop fatigué. **Extrait d'entretien Enquête P1, pasteur, assurance Ascoma 70% 51 ans***

Ce verbatim met l'accent sur l'indisponibilité des malades dû aux occupations, mais également il montre que c'est la gravité de la maladie qui poussent les malades à venir à l'hôpital.

De ce qui précède nous pouvons retenir que la non observance thérapeutique des malades hypertendus est liée au sentiment de guérison et à la routine du traitement médical.

CHAPITRE II : CONNAISSANCE DE LA MALADIE

II-1. CONNAISSANCE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE

L'hypertension artérielle se définit par une augmentation anormale de la pression du sang sur la paroi des artères. C'est une maladie dans laquelle les vaisseaux sanguins subissent en permanence une pression élevée.

Cette étape permet de savoir si les malades ont une notion de la maladie, s'ils ont une connaissance générale sur l'hypertension artérielle. Elle s'explique par les propos suivants :

*Non non, je n'ai pas de renseignement sur la maladie. **Extrait d'entretien K1, employé à Unilever, assurance MCI, 34ans.***

*RIEN ! on dit que je suis hypertendu, je n'ai aucune idée sur la maladie. **Extrait d'entretien enquête T1, caissière, 35ans, assurance BHCI, Attoban***

Ce verbatim montre que Les malades hypertendus n'ont pas une connaissance approfondie sur l'hypertension artérielle

*Je fais des analyses on dit je suis hypertendu, je fais aujourd'hui ça va, demain ça ne va pas, bon c'est comme ça c'est un peu comme ça. La dernière fois on m'a parlé un peu de ça, si tu ne traites pas tu auras AVC. Je n'ai pas vraiment d'information sur la maladie. **Extrait d'entretien enquête G1, pasteur, 51 ans Ascoma***

Certains malades n'ont pas d'informations concrètes sur la maladie en général. Cela s'explique par les propos d'un médecin.

Il faut l'informer de sa maladie, et que s'il prend son traitement il peut vivre longtemps. Ici on a certaines pratiques qui font croire au patient lorsqu'on te dit tu es hypertendu ça va et mais c'est quand tu commences à prendre les médicaments que ça te donne la maladie effectivement et les médicaments te donnent les complications, donc ils n'ont pas l'information ; MOI je pense qu'il faut d'abord sensibiliser le patient, il faut le sensibiliser sans problème.

Ce verbatim stipule que les patients doivent être informés convenablement sur leur maladie.

Il en ressort que les malades hypertendus n'ont pas d'informations concrètes sur la pathologie.

CHAPITRE III : GESTION DE LA MALADIE

III-1. LES IDÉOLOGIES LIÉES À L'INCURABILITÉ DE LA MALADIE

Pour les malades hypertendus, la prise de médicaments à vie constitue une véritable anxiété, en effet prendre des médicaments toute sa vie représente une condamnation pour eux, ils ne l'acceptent pas. Voyons par exemple les propos de cet entretien :

*Les médicaments fatiguent arriver à un certain moment, parce que très souvent en allant le matin au travail on a pas le temps de manger avant de les prendre, les médicaments sont assez forts par moments. Souvent tu prends et tu ne commences pas le travail en même temps à 8h tu es obligé d'attendre que ça se calme avant de commencer le boulot ; une perte de temps. **Extrait d'entretien A, employé au golf hôtel, assurance mutuelle golf, 35ans,***

Ce verbatim montre que les patients n'ont le temps pour se traiter convenablement, aussi les médicaments sont contraignants à cause des dosages. En effet, selon ce propos la prise de médicament est une perte de temps.

*Souvent ils ne supportent pas qu'on les déclare hypertendus, ils ne supportent pas d'être hypertendu, eux ils ne veulent pas et puis qu'on leur dit qu'ils doivent prendre les médicaments à vie. **Extrait d'entretien J, Aide-soignante au CCE***

Ces propos mettent en évidence la non acceptation de la maladie par les patients. Les malades refusent la prise de médicament à vie.

III-2. Les raisons liées à la non observance thérapeutique

Il s'agit de décrire les pratiques sociales alternatives, de réinventions ou d'adaptation des malades liées à la non observance thérapeutique. Ces pratiques sociales sont liées au non-respect des rendez-vous médicaux, le non-respect des recommandations médicales et les pratiques sociales alternatives et d'adaptation.

J'étais en voyage à yakro (Yamoussoukro) et à mon retour le médecin qui me suivait était en congé de maternité, du coup ce changement de médecin a joué. Vous m'avez mis avec un autre docteur elle aussi ses jours ne concordaient pas avec mon emploi du temps raison pour laquelle vous ne me voyez plus. Les jours ne correspondaient pas ! **Extrait d'entretien G1, assurance (gras Savoye Saham 90%) 47 ans (F)**

J'étais en formation en France, j'y ai fait toute une année. **Extrait d'entretien N1 (Ascoma- synafig) 80% 58ans**

Ces propos montrent que la distance géographique et l'absence de médecin constituent un frein à l'observance thérapeutique des malades. Aussi la concordance des emplois du temps, en effet le fait qu'un médecin change ses heures de rdv conduit l'inobservance.

Avec la vieillesse j'ai mal de rein du coup. J'ai du mal à parcourir de longue distance je préfère aller dans le centre de santé qui est proche de chez moi. Ma fille qui m'accompagnait chez vous n'est plus là oh, je n'ai personne pour m'accompagner. **Extrait d'entretien S1, 51 ans, assurance Ascoma allianz) 80%**

La distance géographique constitue un déterminant social à la non observance des malades hypertendus. A cela s'ajoute le processus de vieillesse,

qui fragilise les patients au point où se déplacer sur une longue distance est difficile, aussi le manque d'aide soignant (accompagnateurs).

Il y'a également d'autres facteurs qui sont évoqués par DR H1, cardiologue. Cela s'explique en ces termes :

Il faut dire d'abord que c'est un gros facteur psychologique, parce que c'est pathologie chronique ou on sait qu'on en guérit pas donc c'est difficile, très compliqué. A un moment donné le gars se dit tout le temps médicament je suis fatigué (RABOL) pathologie chronique sans espoir de guérison donc découragement à un moment donné, après il y a l'impact social « les ont dits » ceux qui sont autour d'eux beaucoup leur disent que les médicaments vont leurs donner insuffisance rénale donc il y a beaucoup à un moment donné qui stoppent ou qui préfèrent aller au traditionnel parce qu'ils se disent qu'il y a des effets secondaires.

Ici, nous voyons que la non observance est liée au déni du malade, mais aussi par le découragement.

La mort, une réalité liée à la non observance des rendez-vous médicaux, ce propos illustre cela.

L'hypertension hum, Ça provoquer la mort de mon mari, mon mari et moi on venait ici, ça fait un peu peur.

Mon mari ne suivait pas les traitements, il prenait les médicaments mais il ne fait pas de consultation, or ça, ça compte beaucoup, parce que tu prends les médicaments, il faut contrôler un peu pour voir, mais il prend médicament seulement, je lui dit tu prends médicament comme ça, mais il faut aller contrôler, et il me disait laisse-moi avec ton affaire d'hôpital, moi si on me dit qu'en partant je vais vivre 400 ans je vais partir tous les jours jusqu'à le médecin va me chasser, nous on ne connais pas eux c'est leurs études.

*Il a piqué la crise... **Extrait d'entretien Z1, secrétaire, 46ans, MCI 75%/ ivoire santé 20%***

Ce verbatim montre que la négligence est un facteur à prendre en compte au niveau des déterminants sociaux liés à la non observance thérapeutique.

En sommes, nous pouvons dire que la distance géographique et l'absence de médecin constituent un frein à l'observance thérapeutique des malades, aussi le processus de vieillesse sont des facteurs explicatifs de la non observance thérapeutique.

DISCUSSION DES RESULTATS

1 - Les représentations sociales qui justifient la non observance

Au travers du principe de la rationalité de la théorie du choix raisonnée, les malades ne sont pas clairement conscients du sens de leurs actions et de leurs croyances qu'ils mobilisent. En effet, le sentiment de guérison conduit les patients hypertendus dans un système de croyance qu'ils légitiment. Ce résultat corrobore celui de Bellot Fanny (2014) lorsqu'elle affirme que « De nombreux patients n'ont pas conscience du caractère chronique de la maladie dès que celle-ci ne se fait pas ressentir par des symptômes « gênants ». Si quelques facteurs de risques cardiovasculaires peuvent être ressentis, la plupart font leur œuvre à bas bruit et se font tellement discret que le patient ne se sent pas malade et à quoi bon prendre des médicaments alors que tout va pour le mieux ou de venir de l'hôpital ? Mais en apparence seulement... ». Par ailleurs Agathe Tonnel (2014) affirme dans un article que la non observance est liée à la peur des complications de la maladie, ou des effets indésirables d'un traitement, la honte induite par la prise de médicaments en public, l'anxiété et le sentiment d'être déprimé. Ainsi, elle montre le rôle des émotions dans le processus d'inobservance au niveau des malades hypertendus. Cependant, pour Sabrina FONGA, les représentations liées à la non observance des malades sont des sentiments de fatigue, de faiblesse, de malaise général, un manque de confort pour la majorité des patients. Aussi selon elle, des accidents comme le décès de proches peuvent être également décrits comme ayant déclenché ou favorisé la non observance thérapeutique. Ainsi, c'est comme si la vie sociale et familiale et les émotions envahissent le patient qui ne peut plus affronter le "trop", la quantité de ce qu'il doit gérer.

En somme nous pouvons retenir que les représentations sociales déterminent la non observance thérapeutique.

2 - Les raisons liées à la non observance des malades hypertendus bénéficiant d'une couverture médicale.

La non observance des malades hypertendus bénéficiant d'une couverture médicale se perçoit par des pratiques de non-respect des recommandations médicales et le non-respect des rendez-vous médicaux. Ces pratiques se manifestent par l'absence aux rendez-vous médicaux. En effet, certains patients évoquent la distance géographique comme facteurs de non observance. Et d'autres par contre, relate la cherté des actes médicaux malgré la couverture médicale. Ces propos sont corroborés par Bello Fanny « Un patient peut être non observant parce qu'il ne sait pas ce qu'il doit faire et comment le faire, ou parce qu'il est incapable de le faire, ou bien parce qu'il n'a pas les moyens de le faire en raison de problèmes économiques et/ou sociaux, ou bien encore parce qu'il ne croit pas qu'il peut le faire, qu'il est utile de le faire, ou enfin parce qu'il croit qu'il est dangereux de le faire ou que les inconvénients sont plus importants que les bénéfiques ». Par ailleurs, selon Marie-France L. BANGA (2013), certains facteurs sont liés à la relation médecin/patient. En effet au travers son étude menée sur la relation/patient, elle affirme que la communication conditionne le comportement du patient par rapport au traitement et au centre de santé. Si le discours que tient le médecin « déstabilise » le patient, ce dernier observe une certaine réticence par rapport aux prescriptions du médecin. Par contre, un discours contraire tenu par le médecin motive le patient à avoir une bonne conduite vis-à-vis de son traitement donc une amélioration de son état de santé. En d'autres termes, l'observance pour les patients dépend de la manière dont les relations se construisent et se déconstruisent. Dans ce même cadre, Yacine Thiam (2012), nous emmène à comprendre le vécu et les ressentis des patients chroniques. Selon Yacin, la non observance thérapeutique est liée aux vécus et ressentis et également aux interactions des patients avec les professionnels de santé. Par contre pour Gerad Reach (2006) les déterminants sociaux sont très souvent liés aux modalités du traitement, à l'attitude des médecins et l'organisation du système de soins.

La non observance s'explique également par le déni de la maladie. En effet, certains patients hypertendus refusent ce statut, ils préfèrent donc s'absenter aux différents rendez-vous médicaux. En illustre les propos du Dr H « *Le déni du patient, il ne veut pas accepter sa maladie, il préfère, quand il te voit pas il a comme l'impression que ça va* ».

Par contre Agathe Tonnel (2014) affirme que Les contraintes socio-professionnelles conduisent également à la non observance des prescriptions médicales. Pour elle, le fait qu'un patient soit beaucoup occupé au niveau de son travail pourrait l'emmener dans un processus de non observance.

Aussi, les patients « oublient » alors plus ou moins volontairement leur traitement ou leur rendez-vous pour souffler un peu et sortir de l'univers de la maladie dans lequel ils sont plus ou moins brutalement jetés. Plusieurs d'entre eux ont entamé un processus de changement de comportement pour ensuite l'abandonner au bout de quelques temps. L'observance est la correspondance du comportement d'un individu avec les recommandations qu'il a reçu. Une observance est dite thérapeutique lorsqu'un malade respecte les directives du professionnel de la santé qui le prend en charge en regard de la prise de médicaments. C'est dans cette même logique que Barrois Florence (2015) postule que l'absence de symptômes et la chronicité de la maladie conduisent les patients à banaliser l'HTA, aussi la prise médicamenteuse quotidienne et le respect des règles hygiéno-diététiques leur paraissaient difficiles. Selon elle, l'oubli des traitements est un facteur prépondérant dans la non observance des malades hypertendus.

En somme, Retenons dans cette partie que, le sentiment de guérison et les autres pratiques citées conduisent les malades hypertendus dans un processus de non observance thérapeutique.

CONCLUSION

Au terme de notre réflexion, il convient de retenir que l'augmentation du nombre de malade hypertendu concerne tous les Etats et toutes les classes d'âge sans exception. Nous engageant dans une telle recherche, notre objectif était de satisfaire un intérêt d'ordre théorique : celui de comprendre les déterminants sociaux de la non-observance thérapeutique des malades hypertendus du cabinet de cardiologie Edlona.

Le problème d'observance thérapeutique commence à prendre une proportion importante en Côte d'Ivoire. Ce phénomène d'observance, n'est pas sans conséquence. Elle représente au contraire un défi majeur pour les politiques de santé publique, la médecine, les particuliers et aussi les ménages.

De ce fait, de façon spécifique, cette étude s'est portée sur les raisons liées à la non observance des malades hypertendus bénéficiant d'une couverture médicale.

Pour mener l'étude, plusieurs techniques de collecte des données ont été utilisées, notamment l'entretien semi-directif et les enquêtes de terrain qui ont permis de recueillir des données permettant de cerner ce fait social.

La méthode utilisée pour analyser les données est l'analyse compréhensive précisément l'analyse de l'idéal type qui convient aux études qualitatives.

Les perspectives théoriques se déclinent sous le prisme de la théorie de l'action raisonnée (en anglais, Theory of Reasoned Action) qui est un modèle de pensée développé par Fishbein et Ajzen.

Notre étude s'inscrit dans une approche qualitative. Nous avons ainsi effectué cette étude avec l'hypothèse selon laquelle « la non observance des malades hypertendus du cabinet de cardiologie Edlona est liée au sentiment de guérison ».

Ainsi au travers de notre travail, nous constatons qu'il existe une inadéquation entre le comportement des malades et les attitudes qu'ils doivent adopter.

Par ailleurs Les facteurs explicatifs de la non observance des malades hypertendus du cabinet de cardiologie se résument ainsi :

D'abord, les représentations sociales des malades hypertendus liées à la maladie et aux prescriptions médicales. En effet, ces représentations se traduisent par le fait que les patients considèrent la maladie et son traitement comme un poids.

Ensuite, les raisons liées à la non observance. En effet, les patients oublient les rendez-vous et les traitements médicaux dû au sentiment de guérison, le déni de la maladie, certains malades n'acceptent pas qu'on leur confère le statut de malade hypertendus. Aussi il faut noter qu'une forme de négligence de la part des patients intervient dans ce processus d'inobservance.

Enfin, la distance géographique et la routine du traitement sont également des logiques explicatives des attitudes de non observance des patients hypertendus.

En somme, nous pensons que l'objectif a été atteint. Ce travail de recherche est une œuvre scientifique, en tant que tel, il est loin d'avoir cerné toutes les dimensions de notre objet d'étude. Mais n'empêche qu'il reste une fenêtre ouverte pour ceux qui voudrait continuer dans le même sens que nous.

BIBLIOGRAPHIE

Les ouvrages de méthodologie

- Michel K. Le mémoire du master. Septembre 2015.
- Raymond, Q. et Luc Van C. Manuel de recherche en sciences sociales. Dunod. 1995, Paris.

Ouvrages généraux

- Anne-Cécile B. et François Le M. La construction sociale des maladies. 2009,1 (n° 5),61-64.
- Don de S. et Taghreed A. Pour une approche systémique du renforcement des systèmes de santé. 2009.
- Don de S. et Taghreed A. Une introduction à l'approche systémique janvier. 2007.
- Ellen A. Vololona R. Graham S. Clive S. et Debra A. Théorie sociologique et sociologie de la santé et de la médecine dans les revues internationales. Sciences sociales et santé. 2013, (Vol. 31),13-35.
- Fabrice C. De la nature des croyances collectives. L'Année sociologique. 2010, 63-91.
- Gilbert S. Cours sur la perception 1964-1965. Presses Universitaires de France. Hors collection, 2013.
- Janine Pierret. Sciences Sociales et Santé. Dunod. 1997 , 97-120.
- Jeunier B. Théorie générale des systèmes. Dunod. 1991, Paris.
- Jeunier B. Les dossiers des sciences de l'éducation.2000.
- Martial G. La construction sociale du champ de la prévention. Sciences Sociales et Santé. 1982, 1-1 pp. 15-37.
- Moliner, P. et Vidal. Stéréotype de la catégorie et noyau de la représentation sociale. Revue Internationale de Psychologie Sociale. 2003 , 157-176.

- Pierre Bourdieu. La Misère du monde. Seuil. 1993.
- Raymond B. Théorie du choix rationnel ou individualisme méthodologique. Mauss. 2004.
- Talcott P. La sociologie analytique. 2011.

Ouvrages spécifiques et Articles

- Aline Sarradon-eck. Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues. Sciences sociales et santé. 2007,2 (vol. 25) 5-36.
- Denise Jodelet. Le mouvement de retour vers le sujet et l'approche des représentations sociales. Connexions 2008,1 (n° 89), pages 25 à 46
- Dr Edouard Sabate. L'amélioration de l'observance. 2003.
- Fanny Bellot. Non observance : mieux la comprendre pour mieux y remédier. 2014.
- François Lavraud. Revue française d'allergologie. Septembre 2009.
- Gérard Reach. Pourquoi se soigne-t-on ? enquête sur la rationalité morale de l'observance. bord de l'eau clair & net. 2007.
- Gérard Reach. Non-observance thérapeutique et addiction deux manifestations de l'impatience. Psychotropes. 2009,4 (Vol. 15),71-94.
- Hudson Meadwell. La théorie du choix rationnel et ses critiques. Printemps. 2002,1 (Vol134).
- Isabelle B. Revue française sociologie xxvii. 1986,3-27.
- IUMSP. maladie et société : l'approche des représentations sociales. Lausanne santé. Septembre 2018.
- James B. Les leçons du choix rationnel La théorie du choix rationnel contre les sciences sociales. Bilan des débats contemporains. Printemps. 2002,1 Volume 34.
- John L. Revue de la sociologie, Risque et santé. Printemps. 2007,1. (Vol 39) 99-122.

- ESKA. Journal international de bioéthique et d'éthique des sciences. 2016,1 vol. 27.
- Juilliere Y. Fucks M . Trappo H , Boireau A , Reach G , Harlaut AG et Al. L'observance thérapeutique le cas d'un insuffisant cardiaque. Infirmière magazine. 2015,359.
- Marcelle Aka. Taux de prévalence de l'HTA en CI. Abidjan.net. 2015.
- Matthias B et Karine C. Prise en charge des patients atteints de maladies chroniques, concepts, évaluations et enseignements internationaux. Santé Publique, 2013 (Vol. 25),87-94.
- Moliner P. Images et représentations sociales: de la théorie des représentations à l'étude des images sociales. Presses universitaires de Grenoble. 1996, 275.
- Catherine C-T. La sociologie comme science compréhensive de Max Weber. Mots et revues politique. E marketing. 2017, 5.
- Pascal M. Représentations sociales. Montpellier III, 2016.
- P. Buffet. Adherence to long-term therapies evidence for action. Observance des maladies chroniques,2012.
- Pr A.J. Scheen. Non observance Thérapeutique. 2010, 239-245.
- Pr Konin C. La prévalence de l'Hypertension en Côte d'Ivoire. ICA, 2007.

Les organisations

- Organisations Mondiale de la Santé, La raison principale de la non observance, 2003
- Organisations Mondiale de la Santé, Taux de mortalité causé par l'Hypertension artérielle, 2013
- Organisations Mondiale de la Santé, Rapport sur la santé dans le monde ,2006
- Organisations Mondiale de la Santé, Hypertension artérielle et soins de santé primaire, 2013

Dictionnaires

- Dictionnaire de la santé, 2006
- Dictionnaire français, définition des pathologies, 2006
- Dictionnaire Larousse, 2008
- Le nouveau petit robert (2007), dictionnaire alphabétique et analogique de la langue française, édition 2013.

Thèses et mémoires

- Attebi C. déterminants sociaux de la faible observance thérapeutique dans la gestion du diabète chez adolescents diabétiques du Service d'Endocrinologie diabétologie (SED) du Centre Hospitalier Universitaire (CHU) de Yopougon . Mémoire master sociologie. IES Abidjan, 2018
- BOUDA D C. Etude de l'observance thérapeutique des malades hypertendus suivis en ambulatoire au centre hospitalier universitaire souro-sanou de Bobo-Dioulasso. Thèse médecine, 2013-2014.
- Henri W. Université Lille 2 droit et sante faculté de médecine. Thèse médecine, 2014.
- Matthieu B. L'observance thérapeutique : ses facteurs et ses enjeux. Thèse médecine, 2001.
- Sabrina F. Représentations de la maladie chez des patients hypertendus originaires d'Afrique noire ayant migre en France. Thèse médecine, 2014.

ANNEXES

**THÈME : LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA NON OBSERVANCE
THERAPEUTIQUES DES MALADES ATTEINTS DE
L'HYPERTENSION ARTERIELLE DU CABINET DE
CARDIOLOGIE EDLONA.**

Guide d'entretien

Notre objectif général est d'analyser les déterminants sociaux de la non observance chez les malades hypertendus du Cabinet de Cardiologie EDLONA.

Spécifiquement, il s'agit de :

-Identifier les représentations sociales liées à l'hypertension artérielle et à son traitement médical

-Identifier Les raisons liées à la non observance des malades hypertendus bénéficiant d'une couverture médicale.

Les critères de choix des enquêtés :

- Etre hypertendu
- Avoir une assurance santé
- Etre perdu de vue dans la période de JUILLET 2011-JUIN 2016

Guide d'entretien adressé aux malades hypertendus perdu de vue

I- CARACTERISTIQUES DU REpondant

Nom :

Prénom :

Age :

Religion :

Niveau d'instruction :

Situation matrimoniale :

Profession :

I- CONNAISSANCE DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE

- 1- Que savez-vous de l'Hypertension Artérielle ?
- 2- Selon vous quelles en sont les causes ?
- 3- Comment les symptômes se présentent-ils ?
- 4- Quelle est votre méthode de traitement ?
- 5- Selon vous comment peut-on éviter l'Hypertension

II- LES DETERMINANTS SOCIAUX DE LA NON OBSERVANCE

- 6- Etes-vous suivis par un médecin actuellement ?
- 7- Si non, pourquoi avez-vous arrêté le traitement médical ?
- 8- Si oui, Comment trouvez-vous l'accueil au cabinet de Cardiologie EDLONA ?
- 9- Quelle information vous donne-t-il généralement ?
- 10- 10-Quels sont les coûts des consultations du cabinet de cardiologie EDLONA?
- 11- Que pensez-vous de la qualité du service ?
- 12- Avez-vous une assurance santé ? Si oui, laquelle ?
- 13- Quelles sont les prestations que couvre votre assurance ?
- 14- Avez-vous recours à un autre centre médical pour vos consultations en cardiologie ? Si oui, Pourquoi
- 15- Quelles sont les causes liées à votre irrégularité aux consultations au cabinet de cardiologie EDLONA ?
- 16- Pourquoi avez-vous recours à d'autres traitements de l'hypertension artérielle ?

Guide d'entretien destiné aux médecins

I- DESCRIPTION DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE

1- Identification de l'enquêté

Nom :

Prénom :

Age :

Religion :

Niveau d'instruction :

Situation matrimoniale :

Profession :

Durée dans l'exercice de la fonction :

Spécialités :

Activité dans le centre :

2- Quelles sont les symptômes, causes, traitement, et prévention de l'hypertension artérielle ?

II- LA GESTION DE LA MALADIE

3- Quand est-ce qu'un individu est déclaré hypertendu ?

4- Comment se fait la prise en charge médicale d'un malade hypertendu ?

5- Peut-on guérir de l'hypertension artérielle ?

6- Quelles sont les raisons de la non observance du traitement chez les malades hypertendus ?

7- Quelles sont les conséquences liées au non respects des consultations ?

8- Quelles suggestions faites-vous pour la prise en charge de l'hypertension artérielle en général ?



Salle d'accueil du cabinet de cardiologie Edlona



Salle de consultation et d'exploration du cabinet de cardiologie Edlona



Echocardiographie



Tensiomètre



Electrocardiographie

SOURCE : Notre étude au cabinet de cardiologie Edlona (juillet 2019)

TABLE DES MATIERES

SOMMAIRE	II
DEDICACE.....	III
REMERCIEMENTS	IV
LISTE DES TABLEAUX.....	V
LISTE DES ABREVIATIONS	VI
INTRODUCTION.....	1
PREMIÈRE PARTIE :	4
CADRE THÉORIQUE ET.....	4
MÉTHODOLOGIQUE	4
CHAPITRE I - CADRE THEORIQUE	5
I-1. JUSTIFICATION DU CHOIX DU SUJET	5
I-1.1. L'INTERET PERSONNEL	5
I-1.2. L'INTERET SOCIAL	5
I-1.3. L'INTERET SCIENTIFIQUE	6
I-2. DEFINITION DES CONCEPTS	6
I-2.1. Déterminants sociaux	6
I-2.2. Le concept d'observance.....	7
I-2.3. La non observance.....	9
I-2.4. L'Hypertension Artérielle	12
I-2.5. La perception	12
I-3. PROBLÉMATIQUE	13
I-4. REVUE DE LA LITTERATURE	15
I-4-1. Représentation du traitement par les malades hypertendus.....	15
I-4.2. Les relations malade et professionnel de santé	17
I-4.3. La théorie de l'action raisonnée	23
I-6. LES OBJECTIFS DE L'ETUDE	26
I-6.1. L'objectifs général.....	26
I-6.2. Les Objectifs Spécifiques.....	26

I-7. HYPOTHESE	26
CHAPITRE II - CADRE METHODOLOGIQUE DE L'ETUDE	28
II-1. METHODE D'ANALYSE : La méthode compréhensive.....	28
II-2. MODELE D'ANALYSE	29
II-2-1. Opérationnalisation de l'hypothèse	29
TABLEAU 1: CEREMONIE D'ANALYSE.....	31
II-3- DELIMITATION DU CHAMP DE L'ETUDE	32
II-3-1. CHAMP GEOGRAPHIQUE.....	32
II-3-2. CHAMP SOCIOLOGIQUE	32
II-4. LES TECHNIQUES D'ENQUETE.....	33
II-4.1. La recherche documentaire	33
II-4.2. L'Entretien	34
II-4.3. L'observation	35
II-4.4. L'échantillonnage.....	36
TABLEAU 2 : PERSONNES INTERROGEES.....	37
II-3. LES OUTILS DE COLLECTE DE DONNEES.....	37
II-3.1. LE GUIDE D'ENTRETIEN.....	37
II-4. LES DIFFICULTES RENCONTREES	38
DEUXIÈME PARTIE : PRÉSENTATION DE LA ZONE D'ÉTUDE	39
CHAPITRE I : PRESENTATION DE LA COMMUNE DU PLATEAU	41
CHAPITRE II : PRESENTATION DU CABINET DE CARDIOLOGIE	
EDLONA	43
II-1. DESCRIPTION DU CABINET DE CARDIOLOGIE EDLONA	43
II-2. L'ACTIVITÉ DU CABINET DE CARDIOLOGIE EDLONA.....	45
II-3. ORGANISATION DU CABINET DE CARDIOLOGIE EDLONA	46
II-4. LES ASSURANCES MALADIES ACCEPTEES AU CABINET DE	
CARDIOLOGIE EDLONA.....	46
II-4.1. Définition de l'assurance maladie.....	46
II-4.2. Les types d'assurances maladies du cabinet EDLONA	47
TABLEAU 3 : LISTE DES ASSURANCES.....	47

II-5. EVALUATION FINANCIERE DE LA PRISE EN CHARGE	48
II-5-1. COÛT DU TRAITEMENT	48
TABLEAU 4 : COUT MINIMUM DU BILAN HTA MENSUEL.....	48
TROISIÈME PARTIE :.....	50
RÉSULTATS ET DISCUSSIONS.....	50
1. Les caractéristiques générales des enquêtés.....	51
CHAPITRE I : LES REPRESENTATIONS SOCIALES DE LA MALADIE	
CHEZ LES MALADES HYPERTENDUS PERDU	
DE VUE	52
I-1 Les représentations de l’hypertension artérielle et son traitement.....	52
CHAPITRE II : CONNAISSANCE DE LA MALADIE	55
II-1. CONNAISSANCE DE L’HYPERTENSION ARTERIELLE.....	55
CHAPITRE III : GESTION DE LA MALADIE.....	57
III-1. LES IDÉOLOGIES LIÉES À L’INCURABILITÉ	
DE LA MALADIE.....	57
III-2. Les raisons liées à la non observance thérapeutique	58
DISCUSSION DES RESULTATS	61
1 - Les représentations sociales qui justifient la non observance	61
2 - Les raisons liées à la non observance des malades hypertendus	
bénéficiant d’une couverture médicale.	62
CONCLUSION	64
REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES	67
ANNEXES	71
TABLE DES MATIERES	77