

Université de Montréal

**Logiques de la prise irrégulière du médicament antihypertenseur
et inobservance**

**par
Michelle Proulx**

**Département de médecine sociale et préventive
Faculté de médecine**

**Thèse présentée à la Faculté des études supérieures
en vue de l'obtention du grade de Philosophae Doctor (Ph.D.)
en santé publique, promotion de la santé**

Juin 2003



© Michelle Proulx, 2003

WA

5

U58

2003

v.016

Direction des bibliothèques

AVIS

L'auteur a autorisé l'Université de Montréal à reproduire et diffuser, en totalité ou en partie, par quelque moyen que ce soit et sur quelque support que ce soit, et exclusivement à des fins non lucratives d'enseignement et de recherche, des copies de ce mémoire ou de cette thèse.

L'auteur et les coauteurs le cas échéant conservent la propriété du droit d'auteur et des droits moraux qui protègent ce document. Ni la thèse ou le mémoire, ni des extraits substantiels de ce document, ne doivent être imprimés ou autrement reproduits sans l'autorisation de l'auteur.

Afin de se conformer à la Loi canadienne sur la protection des renseignements personnels, quelques formulaires secondaires, coordonnées ou signatures intégrées au texte ont pu être enlevés de ce document. Bien que cela ait pu affecter la pagination, il n'y a aucun contenu manquant.

NOTICE

The author of this thesis or dissertation has granted a nonexclusive license allowing Université de Montréal to reproduce and publish the document, in part or in whole, and in any format, solely for noncommercial educational and research purposes.

The author and co-authors if applicable retain copyright ownership and moral rights in this document. Neither the whole thesis or dissertation, nor substantial extracts from it, may be printed or otherwise reproduced without the author's permission.

In compliance with the Canadian Privacy Act some supporting forms, contact information or signatures may have been removed from the document. While this may affect the document page count, it does not represent any loss of content from the document.

Université de Montréal
Faculté des études supérieures

Cette thèse intitulée :

*Logiques de la prise irrégulière de médicaments antihypertenseurs
et inobservance*

présentée par :

Michelle Proulx

a été évaluée par les personnes suivantes :

<hr/> Jean-Marc Brodeur	Président-rapporteur
<hr/> Nicole Leduc	Directrice de recherche
<hr/> Louise Vandelac	Co-directrice de recherche
<hr/> Rémi Guibert	Co-directeur de recherche
<hr/>	Membre du jury
<hr/> Denise St-Cyr Tribbles	Examineur externe
<hr/> Claudine Laurier	Représentant du doyen de la FES

RÉSUMÉ

Bien que l'aspect de l'inobservance aux médicaments antihypertenseurs ait été largement documenté, l'état actuel des connaissances n'en permet pas une compréhension suffisamment approfondie, ni ne permet d'en saisir les dimensions de cohérence et de consistance. À sa base la question de recherche est donc la suivante: quelles sont les logiques qui sous-tendent l'inobservance aux traitements médicaments antihypertenseurs chez des personnes atteintes d'HTA ?

De type qualitatif et s'inspirant de l'approche analytique proposée par la théorie ancrée, l'étude poursuit l'objectif de comprendre finement l'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs chez vingt-sept hommes et femmes âgés-es de 40 à 70 ans. Ces participants-es ont bien voulu se prêter à une entrevue en profondeur d'une durée approximative de 60 minutes.

L'échantillon fut construit par étapes successives en fonction de sa pertinence théorique. Il s'agissait de parvenir à cerner des variations ou différentes manifestations de l'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs parmi un ensemble d'individus recrutés, de faire un bilan de ces manifestations pour éventuellement poser des choix d'échantillonnage plus sélectifs. Le matériel a d'abord été classé (codage, catégorisation, indexation), comme support aux analyses subséquentes. Des analyses ciblées ont ensuite été effectuées où ont été approfondis l'aspect du stress, thème récurrent dans les discours des participants-es, en lien avec l'HTA et l'inobservance aux traitements de même que les logiques sous-jacentes à la prise du médicament antihypertenseur chez les 27 participants-es. Des analyses intégratives ont, en dernier lieu, été réalisées où ont été cernées des régularités, des points de convergence et de divergence entre les différentes logiques personnelles d'inobservance aux traitements. Ces dernières analyses ont permis de dégager trois catégories d'utilisateurs et d'utilisatrices de la prise irrégulière du médicament antihypertenseur que nous avons qualifiés-es « inconditionnels-les », « réticents-es » et « résistants-es ».

L'étude permet de voir que, chez les « inconditionnels-les », la prise irrégulière du médicament est expliquée par certaines circonstances exceptionnelles de la vie quotidienne de même que par certaines réalités matérielles et sociales (difficultés financières). Il arrive également qu'elle soit incompatible avec les activités sociales quotidiennes chez certains de ces individus. L'étude indique également que la prise irrégulière du médicament antihypertenseur paraît répondre chez les « réticents-es » à une phase initiale d'ajustement face à l'HTA et au médicament antihypertenseur alors que, chez les « résistants-es », elle paraît résulter de convictions personnelles et d'une certaine dissonance entre ce qui est recommandé et ce que l'individu expérimente ou observe dans son entourage.

L'étude apporte, en définitive, une compréhension plus nuancée de l'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs en révélant l'intentionnalité chez les participants-es et le contexte d'ensemble dans lequel s'inscrit la prise irrégulière du médicament. Elle permet de tirer des enseignements utiles pour la pratique de première ligne et de dégager certaines avenues de recherche.

Mots-clés : observance, hypertension artérielle, études qualitatives, stress

ABSTRACT

Although the non-observance of anti-hypertension medication has been well documented, the current state of knowledge does not permit an in-depth understanding of this phenomenon or a grasp of its coherency or consistency. At bottom, the research question is thus: what are the logics underlying the non-observance of anti-hypertension medication treatments by ATA sufferers.

Qualitative in nature and adopting an approach inspired by grounded theory, this study's objective is to provide a detailed understanding of the non-observance of anti-hypertension medication treatments among 27 men and women between 40 and 70 years old. These participants agreed to an in-depth interview of approximately one hour and a half in length.

The sample was constructed in several successive stages as a function of its theoretical relevance. It involved identifying variations or different manifestations in the non-observance of anti-hypertension medication treatments among a set of recruited individuals, then to review these manifestations so as eventually to make more selective sampling choices. The material was first classified (coded, categorized, indexed), to be used as supports for subsequent analyses. Targeted analyses were subsequently conducted to explore the stress aspect, a recurring theme expressed by the participants in relation to AHT and treatment non-observance as well as the logics underlying the taking of the anti-hypertension medication by the 27 participants. Lastly, integrative analyses were conducted, in which regularities, points of convergence and divergence among the various logics of non-observance were identified. The latter analyses enabled the identification of three categories of users who took the anti-hypertension medication on an irregular basis, which are referred to as "unconditional," "reluctant," and "resistant".

The study allows us to observe that among the "unconditional" group, the irregular use of the medication is explained by a certain number of exceptional daily circumstances as well as material and social realities (financial problems). It is also the case that it is incompatible with the daily activities of some of these individuals. The

study also indicates that the irregular use of the anti-hypertension medication among the “reluctant” group is related to an initial phase of adjustment to AHT and to the anti-hypertension medication, whereas among the “resistant” group, it is the result of personal convictions and a certain degree of dissonance between what is recommended and what the individual experiences or observes in his/her surroundings.

The study clearly brings a more nuanced understanding of the non-observance of anti-hypertension medication by uncovering participant intentions and the overall context for the regular use of the medication. It provides useful information for front-line practices and opens up avenues for future research.

Keywords: observance, arterial hypertension, qualitative studies, stress.

TABLE DES MATIÈRES

<u>RÉSUMÉ</u>	iii
<u>ABSTRACT</u>	v
<u>TABLE DES MATIÈRES</u>	vii
<u>LISTE DES TABLEAUX</u>	xi
<u>REMERCIEMENTS</u>	xii
<u>CHAPITRE 1 - PROBLÉMATIQUE</u>	1
1.1 <u>Inobservance aux traitements</u>	4
1.2 <u>Objectif et orientation de la thèse</u>	4
<u>CHAPITRE 2 - RECENSION DES ÉCRITS</u>	6
2.1 <u>Données populationnelles relatives à l'hypertension artérielle</u>	7
2.1.1 <u>Ampleur de l'HTA</u>	7
2.1.2 <u>Dimensions sociales et environnementales de l'HTA</u>	8
2.2 <u>Point de vue historique des connaissances de la maladie hypertensive</u>	10
2.2.1 <u>Recherche biologique et préoccupations cliniques</u>	10
2.2.2 <u>Contribution de la santé publique</u>	12

<u>2.3 Données cliniques relatives à l'hypertension artérielle</u>	14
<u>2.3.1 Étiologie</u>	14
<u>2.3.2 Pathophysiologie et signes cliniques</u>	15
<u>2.3.3 Diagnostic</u>	15
<u>2.3.4 Traitements</u>	18
<u>2.3.4.1 Traitements non pharmacologiques</u>	18
<u>2.3.4.2 Traitements médicamenteux de l'HTA</u>	20
<u>2.4 Inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs</u>	22
<u>2.4.1 Définition</u>	22
<u>2.4.2 Mesures d'inobservance aux traitements</u>	23
<u>2.4.3 Formes d'inobservance aux traitements</u>	24
<u>2.4.4 Motifs associés à l'inobservance aux traitements</u>	25
<u>2.4.5 Facteurs associés à l'inobservance aux traitements</u>	26
<u>2.4.5.1 Caractéristiques sociodémographiques</u>	26
<u>2.4.5.2 Nature de l'HTA</u>	28
<u>2.4.5.3 Nature du régime thérapeutique</u>	31
<u>2.4.5.4 Organisation et la qualité des soins</u>	33
<u>2.4.5.5 Soutien des proches</u>	36
<u>2.4.6 Connaissances découlant d'études issues de l'anthropologie et de la sociologie</u> ...	37
<u>2.5 Pour conclure</u>	46
<u>CHAPITRE 3 - METHODOLOGIE</u>	49
<u>3.1 Orientation de l'étude</u>	50
<u>3.2 Stratégie d'échantillonnage</u>	51
<u>3.2.1 Recrutement</u>	51
<u>3.2.2 Première phase d'échantillonnage visant à maximiser les variations</u>	54
<u>3.2.3 Choix d'échantillonnage sélectifs</u>	55
<u>3.2.4 Description de l'échantillon</u>	56
<u>3.2.4.1 Caractéristiques sociodémographiques</u>	56
<u>3.2.4.2 Services de santé utilisés et les médicaments antihypertenseurs</u>	59
<u>3.3 Cueillette des données</u>	62

<u>3.4 Déroulement</u>	65
<u>3.5 Analyses</u>	66
<u>3.5.1 Organisation, préparation et indexation du matériel</u>	66
<u>3.5.2 Analyses ciblées</u>	71
<u>3.5.2.1 Analyse ciblée du stress</u>	72
<u>3.5.2.2 Analyse ciblée des logiques explicatives individuelles de la prise irrégulière du médicament antihypertenseur</u>	75
<u>3.5.3 Analyses intégratives</u>	76
<u>3.6 Qualité de l'étude</u>	77
<u>3.6.1 Critère de crédibilité</u>	78
<u>3.6.2 Critère de transférabilité</u>	78
<u>3.6.3 Critère d'imputabilité procédurale</u>	79
<u>3.6.4 Critère de confirmation</u>	80
<u>CHAPITRE IV - RÉSULTATS</u>	81
<u>4.1 Le stress comme représentation de l'HTA</u>	82
<u>4.1.2 Stress ponctuels et cumulatifs</u>	86
<u>4.1.3 Contextes au travail et de la vie privée générateurs de stress</u>	88
<u>4.1.4 Manifestations du stress chez les participants-es</u>	90
<u>4.2 Dimensions essentielles à la compréhension de la prise irrégulière du médicament antihypertenseur</u>	92
<u>4.2.1 Autres représentations de l'HTA</u>	95
<u>4.2.2 Perceptions relatives à la médecine et au médicament</u>	97
<u>4.2.3 Attitudes générales à l'égard de la santé et de la maladie</u>	99
<u>4.2.4 Attitudes générales à l'égard de l'information médicale</u>	100
<u>4.2.5 Prise en charge de l'HTA</u>	103
<u>4.2.5.1 Modification des habitudes de vie</u>	103
<u>4.2.5.2 Mesure de la pression artérielle</u>	105
<u>4.2.5.3 Gestion du stress</u>	106
<u>4.2.5.4 Recours à des approches naturelles de soins</u>	108
<u>4.2.5.5 Prise du médicament antihypertenseur</u>	108
<u>4.3 Logiques d'inobservance du médicament anti-hypertenseur</u>	112

4.3.1 <u>Inconditionnels-les</u>	114
4.3.2 <u>Réticents-es</u>	119
4.3.3 <u>Résistants-es</u>	124
<u>CHAPITRE V - DISCUSSION</u>	129
5.1 <u>« Inconditionnels-les » et impact des contextes de vie</u>	133
5.2 <u>« Réticents-es » et phase d'ajustements face à l'HTA et au médicament</u>	138
5.3 <u>« Résistants-es » et part occupée par les convictions et l'expérience</u>	144
5.4 <u>Stress et autres stratégies de prise en charge de l'HTA comme approche globale de soins</u>	151
5.5 <u>La durée comme élément essentiel à la compréhension de l'inobservance aux traitements</u>	157
5.6 <u>Limites de l'étude</u>	159
<u>CONCLUSION</u>	162
<u>RÉFÉRENCES</u>	169
<u>ANNEXE 1 - INFORMATION AUX PARTICIPANTS-ES</u>	197
<u>ANNEXE 2 – Caractéristiques</u>	205
<u>ANNEXE 3 – Entrevue # 25</u>	207

LISTE DES TABLEAUX

<u>Tableau I</u>	<u>Questions de l'échelle auto-administrée tirée de « <i>Self-reported medication-taking scale</i> » (Morisky, Green et Levine, 1986)</u>	<u>53</u>
<u>Tableau II</u>	<u>Caractéristiques sociodémographiques des participants-es.....</u>	<u>58</u>
<u>Tableau III</u>	<u>Classes et types de médicaments anti-hypertenseurs utilisés au Canada et médicaments antihypertenseurs prescrits</u>	<u>61</u>
<u>Tableau IV</u>	<u>Grille d'entrevue – Version finale</u>	<u>64</u>
<u>Tableau V</u>	<u>Catégories-maîtresses et sous-catégories de l'étude</u>	<u>67</u>
<u>Tableau VI</u>	<u>Thématiques émergeant de la vignette et de l'analyse du matériel indexé autour de la sous-catégorie « stress »</u>	<u>74</u>

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier tous et toutes les participants-es qui ont bien voulu offrir leur contribution à la présente étude, en acceptant de partager leur expérience. Merci également aux chercheurs-es (Jean-Pierre Grégoire, Jocelyne Moisan, Rémi Guibert, Antonio Ciampi, Alain Milot) responsables d'une vaste étude (*Utilisation des médicaments antihypertenseurs*, UMA) de même qu'aux médecins Évelyne Hudon et Ellen Rosenberg qui m'ont prêté main forte pour le recrutement.

De façon particulière, je remercie les professeurs-es Ron Levy, Louise Vandelac et Rémi Guibert qui m'ont offert un encadrement important et continu à toutes les étapes de réalisation de l'étude. Je tiens aussi à souligner la contribution significative et essentielle de la professeure Nicole Leduc qui a bien voulu prendre le relais de M. Ron Levy pour la finalisation de la thèse et m'a soutenue et encouragée au moment où je souhaitais tout abandonner.

Je tiens aussi à préciser que cette thèse aurait pu difficilement voir le jour sans la contribution des professeurs-es Rémi Guibert, Louise Vandelac et Jean-Pierre Grégoire qui m'ont permis de bénéficier d'une subvention du Conseil Médical de la Recherche du Canada (CRM) (MA-14807). Je tiens, à ce titre, à souligner le soutien technique reçu de deux agentes de recherche (Isabelle Guibert et Christine Loignon) et le soutien administratif reçu du CLSC Côte-des-Neiges et du Département de médecine familiale de l'Université McGill. Merci également, à la Faculté des études supérieures de l'Université de Montréal pour l'octroi de deux bourses, l'une de 4 000 \$ et l'autre de 2 500 \$ à des fins de rédaction de thèse.

Enfin, un merci particulier aux professeures Hélène Lefebvre et Suzanne Carrier pour leurs judicieux conseils de même qu'à Mme Louise Simard pour les corrections et la mise en page de la thèse.

Et surtout, merci à ma famille et à mes amis-es qui ont, pendant toutes ces années, été à mes côtés, malgré les difficultés.

CHAPITRE 1
PROBLÉMATIQUE

L'hypertension artérielle (HTA) est un problème préoccupant pour les milieux de santé publique, car ses impacts sur la mortalité et la morbidité sont significatifs et sa fréquence, excessive. Elle est généralement définie par une élévation des valeurs tensionnelles, systolique et diastolique, supérieures à 140/90mm Hg (Feldman, Campbell, Larochelle, 1999a; Joffres, Hamet, Maclean, L'Italien, & Fodor, 2001). Ces paramètres, au-delà du seuil de normalité, risquent d'entraîner des lésions vasculaires graves, avec comme conséquence la cardiopathie coronarienne, l'insuffisance cardiaque congestive, l'accident vasculaire cérébral ou le dysfonctionnement rénal (Organisation Mondiale de la Santé [OMS], 1996a).

Ces conséquences sont aujourd'hui indiscutables comme l'indiquent plusieurs études à grande échelle. Celle de Framingham a en effet montré que l'élévation de la pression systolique ou diastolique s'accompagne de risques accrus de maladies cardiovasculaires chez les individus atteints d'une HTA modérée. L'étude indique que, plus les valeurs tensionnelles sont basses, moins il y a de risque de complications et plus la durée moyenne d'espérance de vie est élevée (Kannel, Castelli, McNamara, McKee, & Feinleb, 1972). Dans le cadre d'études récentes également, les niveaux de pression artérielle, systoliques et diastoliques, ont été significativement associés au risque de décès d'origine cardio-vasculaire et à une fréquence accrue d'événements défavorables comme l'hospitalisation (Bourassa et al. 1993; Ohkubo, Imai, & Tsuji, 1997).

Plusieurs études de ce type ont été réalisées à travers les années démontrant les risques cardiovasculaires associés à une HTA non contrôlée (OMS, 1999). Les évidences ont été telles, qu'elles ont conduit des groupes d'experts canadiens et internationaux à formuler des lignes directrices en vue de dépister, diagnostiquer, traiter et contrôler l'HTA. Cependant, le bilan des réalisations n'est pas satisfaisant. Le contrôle de l'HTA est encore loin d'être optimal (Joffres et al., 1992; Joffres et al., 2001). En effet, une forte proportion de personnes atteintes, sous traitement ou non, ne bénéficie toujours pas d'une HTA normalisée (Campbell & Chockalingam, 1995; Fodor, 1994; Fondation des maladies du cœur du Québec, [FMCQ], 1999; Frohlich, 1993; JNC VI, 1997). Certaines données canadiennes tirées d'une cohorte de 20 582 individus âgés de 18 à 74 ans,

indiquent que seulement 42 % des sujets atteints et sous traitement, ont leur HTA normalisée, 16 % reçoivent un traitement mais n'ont pas leur HTA normalisée, 16% ne sont pas sous traitement ni n'ont leur HTA normalisée et 26 % ne connaissent pas leur état (Joffres et al., 1992). Se basant sur ces données, il appert que l'HTA est encore peu dépistée et traitée au Canada et surtout, que son contrôle n'est pas atteint chez près de 58 % des individus. Ce contrôle est pourtant nécessaire et devrait avoir des effets significatifs sur la morbidité, la mortalité et également, comme le soulignent Chockalingam et al. (1998), sur les coûts des soins de santé.

À ce sujet, le Comité OMS d'experts (1996b) recommande d'inscrire le programme de lutte contre l'HTA dans le cadre d'une stratégie globale de réduction du risque cardio-vasculaire. Parmi les stratégies de lutte proposées, certaines mesures préventives sont retenues, telles un régime alimentaire réduit en sel, en graisses et en alcool, l'activité physique, la perte de poids, la cessation du tabagisme et la diminution du stress, ces mesures ayant des effets bénéfiques sur l'abaissement des valeurs tensionnelles (OMS, 1996b; Petrella, 1999). S'y ajoute la thérapie médicamenteuse dont l'efficacité à réduire les risques de morbidité et mortalité par maladies cardiovasculaires est bien démontrée (Braunwald, 1984; Joffres et al., 1992; Mancia, 1995). En outre, selon certaines estimations effectuées par Collins et al. (1990), le traitement médicamenteux réduirait, sur une période de deux à trois ans, l'incidence d'accidents cardiovasculaires, de l'ordre de 42 %, et l'incidence de maladies coronariennes, de l'ordre de 14 %.

Or, l'expérience clinique et les écrits témoignent de certains problèmes liés à la prise des médicaments antihypertenseurs. Avec l'inefficacité pharmacologique du médicament, la présence de co-morbidités et le manque « d'agressivité » des médecins à traiter l'HTA, l'inobservance aux traitements médicamenteux est un facteur invoqué pour expliquer la difficulté à normaliser l'HTA (Frohlich, 1993; Oliveria et al., 2002).

1.1 INOBSERVANCE AUX TRAITEMENTS

L'aspect de l'observance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs a fait l'objet de nombreux travaux dans les disciplines médicales et de santé, mais sans pour autant mettre à jour les perceptions des individus et la manière dont elles influent sur la prise du médicament. La littérature est en effet constituée pour l'essentiel d'études utilisant des méthodologies quantitatives qui mettent en relief une diversité de facteurs associés à l'observance aux traitements médicamenteux (*e.g.* nature du régime thérapeutique, relation médecin-patient, durée du traitement, nature de la maladie). Ces études offrent l'intérêt de permettre de saisir dans quelle mesure ces facteurs sont associés à l'observance aux traitements, de cerner la force et l'ampleur de ces associations. Toutefois, elles ne permettent pas de comprendre la manière dont ces facteurs agissent sur l'observance aux traitements, ni ne rendent compte du phénomène dans toute sa complexité. Quelques études de type qualitatif ont exploré l'observance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs du point de vue des personnes elles-mêmes. Ces études, bien qu'intéressantes, n'apportent pas cependant une compréhension suffisamment fine de l'expérience de la personne atteinte d'HTA à l'égard de sa prise irrégulière du médicament antihypertenseur, sans compter qu'elles offrent des informations contradictoires.

1.2 OBJECTIF ET ORIENTATION DE LA THÈSE

Ces dernières années, une plus grande valeur est portée aux approches qualitatives (*e.g.* ethnographie, phénoménologie, herméneutique, recherche-action) dans l'étude des phénomènes de santé. Ces approches permettent de cumuler des données riches issues directement de l'expérience des personnes concernées. Elles représentent une approche de choix privilégiée pour comprendre et contextualiser les conduites de santé des individus.

La présente thèse a pour objectif de comprendre finement l'observance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs et s'inscrit dans cette approche qualitative. Afin de saisir ce phénomène de l'observance, toute sa complexité et toute sa diversité,

nous avons mené des entrevues semi-dirigées auprès de 27 femmes et hommes atteints d'HTA afin de recueillir le point de vue des personnes atteintes elles-mêmes. Cette thèse vise précisément à cerner les logiques qui sous-tendent l'inobservance aux traitements médicamenteux chez ces participants-es. Elle s'inspire, pour ce faire, de la démarche analytique proposée par la théorisation ancrée (Laperrière, 1997; Paillé, 1994) et conséquemment, refuse toute construction à priori de concepts et d'hypothèses. La démarche est itérative et ne parvient que progressivement à la conceptualisation de son objet (Muchielli, 1994).

La thèse reconnaît que les individus ont leur propre compréhension des problèmes de santé qui les affectent et qu'ils agissent en conséquence. Elle conçoit que leurs perceptions et conceptions de la santé et de la maladie répondent à une réalité complexe, qui est fortement déterminée par un contexte d'ensemble et qui doit être prise en compte dans les soins. Pour reprendre les termes employés par l'OMS (1991), il ne s'agit pas alors de chercher à connaître ce que les individus devraient penser, mais bien ce qu'ils pensent (Hagan & Proulx, 1996) à propos de leur santé et de leurs problèmes de santé. S'appuyant sur ce que nous révéleront les personnes atteintes d'HTA, cette thèse souhaite, en définitive, mettre en lumière les dimensions de consistance et de cohérence derrière la prise irrégulière du médicament antihypertenseur chez les participants-es (Williams & Popay, 1994).

La recension des écrits est d'abord livrée. Les données populationnelles relatives à l'HTA, le point de vue historique de la maladie hypertensive, les données cliniques relatives à l'HTA, et l'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs, y sont documentées. La méthodologie de la thèse est ensuite présentée, suivie de la présentation des résultats. Ceux-ci sont discutés et des éléments de conclusion sont, en dernier lieu, soulevés.

CHAPITRE 2

RECENSION DES ÉCRITS

La recension des écrits porte sur un ensemble de données québécoises, canadiennes, américaines et internationales recueillies dans les banques informatisées Medline, CIDHAL et PudMed, couvrant les années 1970 à 2000. D'autres données proviennent du dépouillement d'articles, d'ouvrages répertoriés dans les disciplines des sciences médicales et sociales, en plus de publications officielles gouvernementales (par exemple, Statistiques Canada, Santé Québec) et non gouvernementales (par exemple la Fondation des maladies du cœur, the American Heart Association).

L'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs peut difficilement être appréhendée sans avoir, au préalable, une compréhension générale de l'hypertension artérielle. La recension des écrits livre d'abord certaines données populationnelles, historiques et cliniques, relatives à l'HTA. L'inobservance aux traitements est ensuite documentée.

2.1 DONNÉES POPULATIONNELLES RELATIVES À L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

2.1.1 Ampleur de l'HTA

L'hypertension artérielle (HTA) est un problème de santé répandu, affectant une forte proportion d'individus. Les études épidémiologiques montrent la fréquence élevée de l'HTA à l'échelle mondiale. Selon l'OMS (1996a), l'HTA atteint approximativement 20 % de la population adulte tant dans les sociétés développées, que dans celles en développement. Elle occupe le troisième rang comme facteur responsable d'une forte proportion des décès, après la malnutrition et le tabagisme (Campbell, Burgess et al., 1999; Marmot & Witkinson, 1999).

Au Canada, la prévalence est la même, avec un adulte sur cinq souffrant d'HTA (Campbell, Burgess et al., 1999). Plus précisément, sa prévalence est estimée à 22 % chez les adultes âgés de 18 à 70 ans, soit 26 % chez les hommes et 18 % chez les femmes, affectant ainsi près de 4,1 millions de Canadiens et Canadiennes annuellement

(Campbell, Ashley et al., 1999; Feldman, Norman et al., 1999). Au Québec, selon l'Enquête sociale et de santé (1998), la prévalence de l'HTA est estimée à 15 % chez les femmes et les hommes âgés de 45 à 64 ans et à 37 % chez les personnes âgées de 65 ans et plus (Levasseur & Goulet, 1998).

L'HTA touche toutes les strates de la population des pays industrialisés (Pickering, 1995; Stevenson, 1999). Non seulement les adultes sont atteints par l'HTA, mais aussi les jeunes enfants et les adolescents (Pickering, 1995). Affectant particulièrement les adultes, la maladie progresse avec l'âge pour toucher une proportion significative de personnes âgées (FMCQ, 1999; Logan, 1994; Monane et al., 1997). Certaines données américaines indiquent que la prévalence de l'HTA est estimée à près de 4 % vers l'âge de 18 à 24 ans et passe à 65 % vers l'âge de 80 ans et plus (Labarthe & Corella, 1998). Au Québec, l'HTA figure au premier rang parmi les problèmes de santé à caractère chronique chez les personnes âgées de 65 ans et plus (Levasseur & Goulet, 1998).

Le développement de l'HTA, qui est lent et relativement tardif, n'est pas sans conséquences. À répétition, les écrits font part du risque de maladies cardiovasculaires graves tels les accidents cérébraux vasculaires (ACV), les coronaropathies, les insuffisances cardiaques et rénales, les maladies périphériques associées à l'HTA non contrôlée (Campbell & Chockalingam, 1995; Feldman et al., 1999a; Frohlich, 1993; Joffres et al., 1992; OMS, 1999). Ces maladies sont elles-mêmes responsables, annuellement, de près de 40 % des décès chez les Canadiens et Canadiennes (FMCQ, 1999; Joffres et al., 1997).

2.1.2 Dimensions sociales et environnementales de l'HTA

L'HTA relève d'une réalité complexe mettant en jeu des forces diverses tant biologiques, que sociales (par exemple stress) et environnementales (*e.g.* conditions climatiques) (Dressler, Grell, Gallagher, & Viteri, 1992; Hamet, 1996; Marmot & Wilkinson, 1999). D'une part, il est connu que les populations socio-économiquement défavorisées des sociétés développées du point de vue de l'éducation, du revenu et de

l'occupation, ont une prévalence plus élevée d'HTA (Dwyer & Pierce, 1984; Frohlich, 1993; Labarthe & Rocella, 1998; MacMahon & Trichopoulos, 1996; Whelton, 1994). L'étude de Whitehall conduite auprès de fonctionnaires britanniques indique une prévalence de l'HTA et une mortalité par infarctus plus élevées chez les travailleurs occupant une position de travail située au bas de la hiérarchie (employés de bureau, travailleurs manuels), comparativement aux travailleurs qui exercent certaines fonctions administratives (cadres supérieurs), postes plus élevés dans la hiérarchie de travail (Evans, 1994; Marmot, 1995). Une autre étude, celle de Framingham, montre que les hommes ayant un niveau d'éducation élevé, ont des valeurs tensionnelles plus basses que ceux ayant un niveau d'éducation moins élevé (Kannel et al., 1972). Au Canada, l'Enquête nationale sur la santé de la population révèle que les taux de prévalence d'HTA, avec d'autres maladies chroniques telles la cataracte, la bronchite ou l'emphysème, sont plus élevées chez les individus à revenu inférieur ou moyen inférieur comparativement aux individus à revenu moyen supérieur ou supérieur (Statistiques Canada, 1998).

Certaines disparités selon le lieu géographique sont, d'autre part, soulevées. Des études ont en effet montré que certaines populations isolées (par exemple, le peuple Zulu en Afrique, les habitants des régions montagneuses d'Amérique du Sud) ont vu leur pression artérielle augmenter lorsqu'elles ont migré vers une zone industrialisée ou lorsqu'elles ont adopté un mode de vie propre aux sociétés modernes (Dressler, 1999; Gerber & Haberstein, 1999; Gross, Pisa, Strasser, & Zanchetti, 1986; Halberstein, 1999; Kaufman, Owoaje, Rotimi, & Cooper, 1999). D'autres études indiquent que les populations évoluant en milieux ruraux connaissent généralement des niveaux de pression artérielle inférieurs à celles vivant en milieux urbains (Gross et al., 1986; Jouve & Tassy, 1974).

L'HTA aurait ainsi un rapport avec le niveau de modernisation des sociétés (Dressler, 1999). Les sociétés modernes imposeraient certaines habitudes alimentaires (*e.g.* régime alimentaire riche en sel, en graisses et en sucres), des modes de vie urbains, trépidants et contraignants de même que des stress sociaux (*e.g.* précarité de l'emploi,

conditions de travail), considérés comme responsables de l'augmentation des valeurs tensionnelles (Corin, 1994; Dressler, 1999; Pickering, 1997).

2.2 POINT DE VUE HISTORIQUE DES CONNAISSANCES DE LA MALADIE HYPERTENSIVE

L'ampleur de l'HTA, ses conséquences et les déterminants sociaux qui lui sont liés, placent l'HTA et son contrôle, au cœur des préoccupations actuelles pour la santé publique et la médecine clinique. Ces préoccupations répondent à une certaine évolution de la recherche et des pratiques en regard de l'HTA. Cette évolution est brièvement décrite, suivie de données cliniques relatives à l'HTA.

2.2.1 Recherche biologique et préoccupations cliniques

Les chercheurs ont dû consacrer beaucoup d'efforts pour comprendre l'étiologie de l'HTA et sa pathophysiologie. Ces connaissances qui furent mises à l'épreuve au cours des siècles, sont le fruit de révolutions, tant du côté de la pensée médicale, que de la conception de la science, notamment des pratiques scientifiques en médecine (Genest, 1998).

Les premiers travaux remontent aux années 1600 et sont effectués par Harvey qui, le premier, élucide les mécanismes de la circulation sanguine (Freis, 1995; Nuland, 1989; Reubi, 1980). Ces travaux d'importance seront suivis, un siècle plus tard, par d'autres découvertes majeures, notamment celles réalisées par Hale qui parvient, en 1733, à mesurer la pression artérielle sur une jument. Par la suite, d'autres chercheurs mettront progressivement en place des méthodes de mesures de la tension artérielle chez l'humain jusqu'aux premières utilisations, en 1896, du sphygmomanomètre (Crew & Williams, 1999; Freis, 1995; Vertes, Tobias, & Galvin, 1991).

Notons qu'avant même que les chercheurs parviennent à mesurer la pression artérielle, Bright remarquait, en 1827, l'épaississement des parois du cœur chez les individus décédés de maladies des reins. Bright et d'autres par la suite attribueront

logiquement cet épaississement à un excès de pression artérielle. Pendant près de cinquante ans, l'HTA sera ainsi désignée « maladie de Bright », jusqu'en 1896, date à laquelle Allbut montre qu'elle peut se manifester en l'absence de maladies du rein (Harlos & Heidland, 1994). Ce dernier popularisera le concept de maladie hypertensive (Freis, 1995), alors que Frank (1911), utilisera le terme « hypertension essentielle » (Freis, 1995; Rutan, McDonald, & Kuller, 1989; Vertes et al., 1991).

Pendant toutes ces années, les chercheurs ne mesurent pas encore la gravité réelle de la maladie hypertensive. L'HTA est perçue, en fait, comme une bonne chose en soi, procurant aux artères le sang nécessaire pour être transporté jusqu'aux organes-cibles (Messerli, 1995; Page, 1976). Elle est également considérée comme un problème de santé négligeable en raison de sa longue phase silencieuse et asymptomatique (Genest, 1998; Pickering, 1995).

Les années 1940 marquent un tournant dans l'histoire de la maladie hypertensive. L'HTA commence, au cours de ces années, à être considérée comme un véritable problème de santé ayant des conséquences cliniques importantes (Nuland, 1989). L'engouement que connaît alors l'HTA n'est pas étranger à la transition épidémiologique majeure qui traverse l'ensemble des sociétés développées. On voit en effet apparaître des maladies chroniques et certains cancers, ces affections prenant le pas sur les maladies infectieuses comme premières causes de mortalité et de morbidité (Breslow, 1990; Desrosiers, 1996; Rosen, 1958; World Health Organization, [WHO], 1993). La transition survient dans le contexte de l'après-guerre au moment où les sociétés connaissent des développements économiques et sociaux d'importance, où les villes s'industrialisent davantage et prennent de l'expansion (Bozzini, Renaud, Gaucher, & Llambias-Wolf, 1981; Last, 1987; Reubi, 1980). Ces développements modifient de façon significative les conditions de vie des populations. En effet, si d'un côté, les sociétés multiplient les mesures d'hygiène, elles sédentarisent toutefois les populations et transforment leurs habitudes alimentaires (*e.g.* forte consommation de viande, de sel et de sucres), pour ne nommer que ces aspects. Avec les découvertes du champ de la bactériologie et de l'immunologie (Golub, 1994; Last, 1987; Rosen, 1958; White, 1991) des progrès sont par ailleurs réalisés sur le plan des traitements (exemple : antibiotiques), et des programmes

d'immunisation (exemple vaccination) des populations sont instaurés (Bozzini et al., 1981; Lalonde, 1974; Last, 1987; Goulet & Paradis, 1992).

C'est dans ce cadre que la recherche biologique et clinique se déploie, à partir des années 1950, au Québec et partout en Amérique du Nord (Genest, 1998). À partir de ces années, les découvertes successives explorent la pathogenèse et l'étiologie de l'HTA. Entre autres choses, les chercheurs élucident la nature de l'action du rein sur la pression artérielle (Freis, 1995; Genest, 1998; Page, 1988). Une relation est établie entre l'hypertension artérielle et l'artériosclérose (Braunwald, 1984). Le rôle de l'angiotensinogène appelé maintenant angiotensine, est mis en évidence (Genest, 1998; Page, 1988). Les chercheurs isolent et synthétisent une hormone naturelle sécrétée par les glandes surrénales appelée aldostérone (Genest, 1998). Au Québec, Hans Seyle produit de nombreux travaux, de portées internationales, traitant de l'impact du stress sur l'hypertension artérielle (Freis, 1995; Genest, 1998; Marmot & Wilkinson, 1999).

C'est à partir de ces mêmes années qu'un traitement médicamenteux, efficace et sans trop d'effets secondaires, est disponible aux personnes atteintes d'HTA, permettant son contrôle (Freis, 1995; Genest, 1998; WHO, 1993). Au Canada et aux États-Unis, le marché du médicament connaît alors une forte croissance et franchit une étape déterminante avec la venue, en 1956, des premiers diurétiques (Freis, 1995; Vertes et al., 1991). À leur suite, une série de médicaments seront offerts sur le marché, appartenant à de grandes classes de médicaments dont les inhibiteurs de l'angiotensine, les bêta bloqueurs (Freis, 1995; Page, 1976; Vertes et al., 1991) jusqu'à la classe plus récente désignée « angiotensine II antagoniste » (Dubois & Wilson, 1997).

2.2.2 Contribution de la santé publique

L'examen des écrits scientifiques permet de voir que, du début du 20^e siècle jusqu'à la fin des années 1960, les préoccupations de recherche et d'intervention entourant l'HTA ont été avant tout cliniques. Les études se sont intéressées à l'individu, à la maladie elle-même, à la compréhension de ses mécanismes pathophysiologiques et à la mise au point de traitements médicamenteux pour son contrôle. Il en est autrement à

partir des années 1970 alors que l'HTA commence à devenir une véritable préoccupation pour les milieux de santé publique (Page, 1976). Au cours de ces années, on observe une transition des interventions individuelles pour le contrôle de l'HTA, vers des interventions de type communautaire ou populationnelle.

Ce passage est nettement mis en évidence lorsque sont examinés attentivement les rapports internationaux produits au cours des années 1950, 1960 et 1970. Dans le cadre d'un rapport produit en 1958, les experts portent une attention particulière à la classification et aux critères de diagnostic de l'HTA (OMS, 1959). Un rapport produit en 1960, s'attarde pour sa part à décrire les méthodes de traitements destinées à freiner l'évolution de l'HTA (OMS, 1962). Un autre rapport, produit en 1978, traite, quant à lui, de l'épidémiologie et de la lutte contre l'HTA. Les experts y mettent en relief l'importance de sensibiliser les populations, d'analyser l'expérience acquise dans le cadre des programmes communautaires de lutte contre la maladie, de discuter des avenues possibles pour la prévention et la prise en charge de la maladie (OMS, 1978).

Les études épidémiologiques abondent au cours des années 1970 et laissent présager l'importance du contrôle de l'HTA pour réduire le risque de morbidité et de mortalité (Vertes et al., 1991). Elles produisent certaines évidences sur lesquelles s'appuient les interventions en santé publique. Ces interventions se destineront à des populations-cibles ou à la population dans son ensemble. Elles seront appliquées à des milieux du travail ou encore, cibleront des communautés bien définies. Aux États-Unis notamment, des publicités et des campagnes d'intervention destinées à l'ensemble de la population et de nombreux programmes pour le dépistage et le contrôle de l'HTA auprès de populations ciblées, seront mis en place (Fodor, 1994; Page, 1976; Shea, 1994; Stockwell, Mahavan, Cohen, Gibson, & Alderman, 1994). Parallèlement, des guides canadiens, américains et internationaux destinés aux médecins seront mis au point par des groupes d'experts. Ces guides formuleront des lignes de conduites (Feldman et al., 1999a; JNC- VI, 1997; WHO, 1999) permettant de raffiner le diagnostic, le suivi et la prise en charge de l'HTA sur un plan individuel (Vertes et al., 1991).

L'ensemble de ces actions a progressivement conduit à des interventions destinées à la fois à l'individu et à la population dans son ensemble. C'est ce qu'indiquent les documents officiels produits au cours des années 1980 (Gross et al., 1986; Santé et bien-être social Canada, [SBSC], 1986) et ceux plus récents (OMS, 1996). En effet, en 1996, l'OMS recommande la mise en place de mesures de prévention primaire, soit des mesures visant la modification des habitudes de vie (*e.g.* réduction pondérale de la consommation d'alcool, augmentation de l'activité physique, réduction de la ration sodée, arrêt du tabagisme) de même que le dépistage précoce, ces mesures se situant dans une perspective populationnelle. Les professionnels sont invités à mesurer la tension artérielle chez tous les patients adultes, chaque fois que la consultation médicale le justifie. À un niveau individuel, des mesures visant le diagnostic et le traitement de l'HTA au moyen de méthodes pharmacologiques et non-pharmacologiques, sont recommandées (OMS, 1996b).

En définitive, le but ultime des interventions sanitaires contemporaines est de parvenir au contrôle de l'HTA à l'aide d'une approche globale et populationnelle (WHO, 1996a), d'un diagnostic précis, de traitements pharmacologiques et non pharmacologiques continus adaptés aux individus et du respect de ces traitements, soit de l'observance aux traitements (Chockaligam et al., 1998).

2.3 DONNÉES CLINIQUES RELATIVES À L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

2.3.1 Étiologie

Près de 96 % à 99 % des individus sont touchés par une hypertension essentielle (Pickering, 1995), contre approximativement 1 % à 5 % des individus qui souffrent d'une hypertension secondaire (Carew, Molnar-Szakacs, & Walsh, 1999; Labarthe & Corrella, 1998). L'HTA est dite essentielle lorsqu'elle est de cause inconnue (Labarthe & Rocella, 1998; Reubi, 1980). Il s'avère en effet impossible d'identifier une cause unique associée à l'HTA essentielle, alors qu'une diversité de facteurs (*e.g.* apport en sel, en graisse) contribuent, de concert, à l'élévation de la pression artérielle (Kulkarni, O'Farrell, Erasi,

& Kochar, 1998). L'HTA essentielle aurait, en fait, une structure polygénique, créant une susceptibilité à des facteurs environnementaux (Baird, 1994; Crew & Williams, 1999; Dressler, Bindon, & Gilliland, 1996; Greber & Haberstein, 1999; Hamet, Pausova, Adarichev, Adaricheva, & Tremblay, 1998; Pickering, 1997). Par effets combinés avec les gènes, les facteurs environnementaux rendraient possible l'apparition de la maladie hypertensive (Hamet, 1996; Hamet et al., 1998).

L'HTA est dite secondaire, lorsqu'elle est de cause connue (Hart, 1993; Labarthe & Rocella, 1998; Pickering, 1995), soit de causes rénales (*e.g.* rétrécissement des artères du rein, maladies du rein) ou surrénales. Elle est plus rarement consécutive à une malformation des vaisseaux (Genest, 1998; Gross et al., 1986; Labarthe & Rocella, 1998; Levine & Fodor, 1990; Reubi, 1980).

2.3.2 Pathophysiologie et signes cliniques

L'HTA a traditionnellement été attribuée à des troubles hémodynamiques et à une résistance périphérique excessive. Les chercheurs conçoivent aujourd'hui qu'elle puisse aussi être une maladie métabolique ayant de nombreuses implications, de concert avec la résistance à l'insuline, l'obésité, un déséquilibre lipidique et des changements pathologiques reliés à la coagulation sanguine (Fodor, 1994).

La médecine admet par ailleurs que peu d'individus atteints d'HTA présentent des symptômes. Lorsque c'est le cas, des maux de tête au réveil, des étourdissements et des palpitations sont les symptômes reconnus de l'HTA (Isselbacher, Adams, Brawnwald, Petersdorf, & Wilson, 1980). Notons que les personnes atteintes à des stades plus avancés de l'HTA risquent le plus de présenter des symptômes (Williams, 1998). Ces stades sont décrits plus loin.

2.3.3 Diagnostic

C'est à partir de seuils limites et arbitraires que le diagnostic d'HTA est posé (Carruthers, Larochelle, Haynes, Petrasovits, & Schiffrin, 1993). Ces seuils reposent sur deux valeurs exprimées en millimètres de mercure (mmHg): la première valeur

correspond à la mesure de la pression systolique (maximale) et la seconde, à la pression diastolique (minimale). La pression systolique traduit la pression à l'intérieur des vaisseaux sanguins pendant la contraction du cœur. La pression diastolique survient entre les contractions du cœur lorsqu'il est lui-même rempli de sang, en provenance des veines et des poumons (Levine & Fodor, 1990).

De façon générale, les médecins généralistes canadiens ont, pour les aider dans le diagnostic, le traitement et le suivi de l'HTA, la possibilité de puiser dans trois sources de recommandations établies par des groupes d'experts, soit des recommandations canadiennes (voir Drouin & Milot, 2002; Feldman, Campbell, Larochelle, Bolli et al, 1999), américaines (voir JNC VI, 1997) et internationales (voir WHO, 1999). Il faut noter que les différentes recommandations formulent les mêmes directives sur certains aspects (utilisation de la thérapie non-pharmacologique comme traitement d'appoint, période d'observation antécédente au traitement pharmacologique en fonction de la sévérité de l'HTA, traitement pharmacologique plus agressif des patients ayant un organe cible atteint ou présentant des facteurs de risque cardio-vasculaire) et des directives distinctes, sur d'autres aspects (indications quant à l'utilisation de la mesure de surveillance ambulatoire, les seuils à partir desquels le traitement pharmacologique est recommandé et les choix des traitements pharmacologiques) (McAlister, Campbell, Zarnke, Levine, & Graham, 2001).

Les recommandations canadiennes, américaines et internationales statuent qu'un individu souffre d'une hypertension « certaine » et nécessite un traitement pharmacologique, s'il présente, au repos et à la suite de mesures répétées et séparées (généralement un minimum de trois visites), une pression systolique supérieure ou égale à 160mm Hg, 140mm Hg ou 150mm Hg (Drouin & Milot, 2002; Feldman, Campbell, Larochelle, Bolli et al., 1999; JNC VI, 1997; WHO, 1999) et/ou une pression diastolique supérieure ou égale à 100mm Hg, 90mm Hg ou 90mm Hg (Drouin & Milot, 2002; Feldman, Campbell, Larochelle, Bolli et al., 1999; JNC VI, 1997; WHO, 1999).

Le JNC VI (1997) établit trois stades d'HTA répondant à une stratification des risques cardio-vasculaires et de causes rénales. L'HTA est dite « légère » ou de stade 1, lorsqu'elle correspond à un niveau de tension artérielle égal ou supérieur à 140-159/ 90-99mm Hg. Elle est dite « modérée » ou de stade 2, lorsqu'elle se situe à un niveau

tensionnel égal ou supérieur à 160-179/100-109mm Hg. Elle est dite « sévère » ou de stade 3, lorsqu'elle fait appel à un niveau de tension artérielle égal ou supérieur à 180/110mm Hg. Notons que la pression artérielle a tendance à fluctuer chez un même individu, la pression systolique variant particulièrement durant la nuit. La prise de la pression artérielle, le matin, serait environ 2 à 3 mm Hg plus basse que dans l'après-midi (Rose, 1985).

Le diagnostic doit être posé à partir des seuils (systoliques et diastoliques) de normalité définis et après avoir considéré le risque de maladies cardiovasculaires et d'autres affections concomitantes (*e.g.* hyperlipidémie) (Carew et al., 1999; Feldman, Campbell, & Larochelle, 1999; Whelton, 1994). Une mauvaise classification du risque et des difficultés techniques ou procédurales entourant le diagnostic, peuvent conduire à des erreurs. Ce risque d'erreur est d'autant plus préoccupant que près de 7 à 24 % des individus dont la pression diastolique se situe entre 90 et 95 mm Hg, sont considérés à tort « hypertendus » (Feldman, Campbell, Larochelle, Bolli et al., 1999). De façon à réduire les risques d'erreur, les experts canadiens recommandent que la mesure de la tension artérielle à l'aide de la méthode auscultatoire en cabinet du médecin (Black, 1999; Feldman, Campbell, Larochelle, Bolli et al., 1999), soit accompagnée d'une surveillance à domicile à l'aide d'appareils de mesures tensionnelles calibrés (Drouin & Milot, 2002). La surveillance de la tension artérielle à domicile offre l'intérêt de fournir des renseignements additionnels, utiles pour le traitement et le diagnostic de l'HTA. La mesure ambulatoire doit également être privilégiée chez les individus dont on soupçonne la présence du syndrome de la « blouse blanche » (Feldman, Campbell, Larochelle, Bolli et al., 1999; Pickering, 1995). Il y a présence de ce syndrome lorsqu'une élévation de la pression artérielle est systématiquement observée en cabinet de médecin (Feldman, Campbell, Larochelle, Bolli et al., 1999; Pickering, 1995).

Dans le cas où l'hypertension artérielle est soupçonnée, le nombre de mesures recommandées est de 5, lors de visites séparées avant que ne soit établi le diagnostic définitif. Le professionnel est invité à poser immédiatement le diagnostic d'hypertension artérielle si une urgence ou une crise hypertensive est observée (Black, 1999; Drouin & Milot, 2002).

2.3.4 Traitements

Bien que le médicament antihypertenseur permette le contrôle de l'HTA chez la forte majorité des personnes atteintes (Williams, 1998), la décision de traiter à l'aide du médicament demeure subjective. Les autorités médicales recommandent généralement d'attendre avant de prescrire le médicament antihypertenseur (Allen, 1998) et de se tourner d'abord vers les approches non-pharmacologiques (JNC I, 1997; WHO, 1999). Quelle que soit la situation, le traitement non pharmacologique est recommandé comme complément au médicament antihypertenseur (Carew et al., 1999; Frohlich, 1993; Zellner & Sudhir, 1996). C'est par un effet synergique avec le médicament qu'il facilite le contrôle de l'HTA (Labarthe & Corrella, 1998).

2.3.4.1 Traitements non pharmacologiques

Les mesures non-pharmacologiques recommandées sont celles qui agissent sur l'apport sodé, les excès en alcool, les apports en potassium, en magnésium et en calcium, l'excès de poids, le manque d'activité physique, le stress et la consommation de tabac. L'ensemble de ces facteurs joue un rôle dans la genèse de l'HTA, son développement et son contrôle (Labarthe & Corrella, 1998).

La restriction sodée est la mesure non-pharmacologique la plus souvent prescrite chez les personnes atteintes d'HTA (Freis, 1999; Reusser & Carron, 1992), le sel ajouté aux aliments tenant un rôle de première importance dans la régulation de la pression artérielle (Hamet et al., 1998). La restriction sodée est parfois suffisante pour normaliser la tension artérielle dans le cas d'une HTA modérée (Korhonen et al., 1999) et représente une approche raisonnable du traitement de l'HTA (Reusser & Carron, 1992).

Le surpoids est un autre facteur d'importance contribuant à l'élévation des valeurs tensionnelles. Une relation entre la masse corporelle et les niveaux accrus de pression artérielle est en effet démontrée (Freis, 1999; Frohlich, 1993; Reusser & Carron, 1992). Le régime alimentaire à faible teneur en graisses est considéré comme un traitement palliatif de choix au médicament antihypertenseur (Frohlich, 1993).

L'effet sur les valeurs tensionnelles de l'excès en alcool est aussi bien établi (Campbell, Ashley et al., 1999; Fodor, 1994; Newschaffer, Brownson, & Dusenbury, 1998; Reusser & Carron, 1992). La diminution d'une consommation excessive d'alcool entraîne une réduction significative des valeurs tensionnelles (Campbell, Ashley et al., 1999).

L'exercice physique sur une base régulière contribue aussi à l'abaissement de la pression artérielle (Cléroux, Feldman, & Petrella, 1999; Labarthe & Corrella, 1998; Reusser & Carron, 1992). Certains évaluent que le fait de faire de l'exercice, trois fois par semaine permet d'obtenir une forte proportion des effets antihypertenseurs (75 %). Combiné à la perte de poids, l'exercice physique entraîne une diminution accrue des valeurs tensionnelles (Cléroux et al., 1999).

Bien que la consommation de tabac ne soit pas directement associée à l'HTA, elle est néanmoins considérée comme un facteur de risque majeur de maladies cardiovasculaires. Les experts estiment ainsi qu'il est préférable que les individus atteints d'HTA cessent de fumer (Frohlich, 1993).

Le stress contribue également à l'élévation des valeurs tensionnelles (Hamet et al., 1998; Frohlich, 1993; Kulkarni et al., 1998; Light et al., 1999; Patel, 1997). Le milieu de vie notamment, avec les tensions de travail de même que la détresse émotionnelle, sont aux nombres des stress connus risquant d'affecter la pression artérielle (Kulkarni et al., 1998). Les experts recommandent l'application de mesures visant la gestion du stress chez les individus dont le stress constitue un problème majeur. L'impact de ces mesures est cependant peu documenté (Frohlich, 1993; Spence, Barnett, Linden, Ramsden, & Taenzer, 1999).

Enfin, une corrélation est rapportée entre le niveau de pression artérielle et la déficience en potassium, en magnésium et en calcium (Frohlich, 1993; Reusser & Carron, 1992).

Or, l'application de ces mesures, si elles s'avèrent souhaitables, n'est pas sans poser certaines difficultés. Il est notamment difficile pour la plupart des individus de se soumettre à un régime alimentaire strict sur une longue période. Par exemple, la réduction du poids chez les personnes obèses n'est efficace qu'à court terme, la plupart des individus retrouvant leur poids initial après quelques années (Allen, 1998). La diminution de la consommation en sel est aussi un objectif difficile à atteindre, alors qu'elle suppose une consommation quotidienne de sel à des quantités inférieures à 5 grammes (Korhonen et al., 1999). Grueninger (1995) précise que ces mesures sont difficiles à implanter, d'autant plus qu'elles bousculent certaines habitudes de vie bien enracinées dans la vie quotidienne des individus. L'auteur ajoute que les personnes atteintes d'HTA se sentent généralement bien, n'éprouvant aucun symptôme, ce qui rend encore plus difficile la modification radicale des styles de vie (Allen, 1998).

2.3.4.2 Traitements médicamenteux de l'HTA

Les effets bénéfiques du traitement médicamenteux sur la morbidité et la mortalité, sont aujourd'hui démontrés (Williams, 1998). Les médicaments antihypertenseurs disponibles pour les personnes atteintes d'HTA se répartissent en cinq grandes classes : les diurétiques, les inhibiteurs calciques, les antagonistes B-adrénergiques et médicaments à action centrale, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (ECA) et plus récemment, les inhibiteurs de l'angiotensine II (Feldman, Norman et al., 1999). Notons que les diurétiques et les bêtabloquants sont fortement recommandés comme traitement initial de l'HTA, parce qu'ils contribuent à réduire le risque de mortalité et de morbidité (Black, 1999; Frohlich, 1993).

Les experts recommandent de commencer le traitement par la dose la plus faible du médicament ou par la prise d'un seul comprimé quotidiennement (Black, 1999). Lorsque le médicament prescrit ne permet pas d'atteindre l'objectif attendu, l'addition de médicaments est souhaitée plutôt que leur substitution (Freis, 1999; Weber, 1998). L'administration de deux à trois médicaments permet de normaliser les valeurs tensionnelles chez près 80 à 90 % des individus (Mancia, Cattaneo, Ovaboni, & Grassi, 1998).

De façon générale, les médicaments antihypertenseurs disponibles sont sécuritaires, bien tolérés et efficaces (Freis, 1999; Grégoire, 1990; Williams, 1998). Il arrive cependant que leur utilité soit limitée à cause d'effets secondaires du médicament et de la réponse thérapeutique de l'individu (Reusser & Carron, 1992). Les effets secondaires connus sont, entre autres choses, la tachycardie, les réactions allergiques, les problèmes de peau, la dépression, la fatigue, la baisse de libido, les maux de tête et la rétention d'eau (Feldman, Campbell et al., 1999; Grégoire, 1990).

En raison d'effets secondaires aux médicaments antihypertenseurs, des chercheurs envisagent la possibilité que les patients, particulièrement les individus atteints d'une HTA modérée, se soumettent à des traitements intermittents ou puissent cesser définitivement de prendre leur médicament. Ils avancent que certains individus seraient en mesure de cesser de prendre leur médicament antihypertenseur pendant des mois, voire une année, sans que ne s'élève leur pression artérielle. Les effets à long terme de ces mesures sur la morbidité et la mortalité, demeurent cependant incertains (Schmieder, Rockstroh, & Messerli, 1991). Il faut par contre ajouter que les classes les plus récentes de médicaments antihypertenseurs (*e.g.* inhibiteurs de l'EAC, inhibiteurs de l'angiotensine II) offrent un profil médicamenteux plus sécuritaire comparativement aux premières générations de médicaments (*e.g.* diurétiques, bêtabloquants) (Freis, 1999; Williams, 1998).

Les chercheurs reconnaissent enfin que les effets secondaires et la réponse thérapeutique varient d'un individu à l'autre et selon la classe de médicaments (Allen, 1998). En effet, près de 70 % de personnes ayant un diagnostic d'HTA présenteraient des formes résistantes de la maladie, ce qui rend difficile l'atteinte des bénéfices cardiovasculaires attendus (Graves, 2000). Une approche individualisée et rationnelle est donc proposée dans le choix du traitement médicamenteux. Somme toute, le traitement médicamenteux optimal devrait contrôler efficacement la pression artérielle, être simple (un comprimé par jour), sécuritaire et peu coûteux. Il devrait permettre de réduire rapidement les niveaux tensionnels, de maintenir son efficacité à long terme et être adapté aux habitudes de vie de l'individu (Freis, 1999; Grégoire, 1990).

2.4 INOBSERVANCE AUX TRAITEMENTS MÉDICAMENTEUX ANTIHYPERTENSEURS

2.4.1 Définition

L'inobservance aux traitements a été largement documentée dans les sciences médicales depuis les quarante dernières années. Donovan et Blake (1992) évaluent à près de 8 000, le nombre d'ouvrages francophones et anglophones traitant de l'inobservance aux traitements (Donovan et Blake, 1992). Les sciences médicales ont traditionnellement défini l'observance aux traitements comme le degré avec lequel le patient se conforme au plan de traitement établi par le soignant (Chockalingam et al., 1998; Conrad, 1988; Heurttin-Roberts & Reisen, 1990; Kjellgren, Ahlner & Säljö, 1995; Kyngäs & Lahdenperä, 1999; Sackett, 1976; Trostle, 1988). Cette définition suggère que l'individu a la responsabilité entière du comportement face aux directives médicales reçues, les recommandations du professionnel constituant la norme de référence.

Le terme inobservance aux traitements fait appel à cette définition et correspond en anglais à la « non-compliance ». Pour les fins de la présente étude, ce terme est retenu, étant le plus couramment utilisé dans la littérature médicale.

Notons que d'autres termes ont été progressivement proposés dans l'optique de rendre l'individu plus actif face à son traitement. Les travaux utilisent ainsi le concept d'adhésion aux traitements (Meuchenbaum & Turk, 1987), lequel sous-entend une implication du patient à son traitement. Ce terme s'avère plus acceptable à la fois pour le patient et le pourvoyeur de soins. Des notions d'acquiescement, d'approbation, de consentement et de participation du patient à ses soins y sont rattachées (Deccache, 1994). D'autres préfèrent utiliser les termes « alliance thérapeutique » (Barofsky, 1978) ou « concordance thérapeutique » (Hulka, Cassel, Kupper, & Burdette, 1976), ceux-ci impliquant un accord mutuel entre pourvoyeurs des soins et patients tant sur les moyens, que sur les actions possibles pour s'adapter et vivre avec la maladie chronique (Deccache, 1994). Enfin, certains utilisent le terme « *self-regulation* » ou « *self-management* » pour souligner la participation entière du patient dans ses comportements reliés à la santé

(Kjellgren et al., 1995). Il est utilisé dans un souci de prendre en compte le point de vue des individus, c'est-à-dire, la façon dont ceux-ci voient leur problème et les actions nécessaires pour le résoudre (Leventhal, Zimmerman, & Gutman, 1984). Bien que ces concepts aient été largement discutés dans la littérature médicale récente, peu de recherches ont été menées pour en vérifier les fondements théoriques. Cette thèse devrait pouvoir apporter quelques éléments d'explication.

2.4.2 Mesures d'inobservance aux traitements

L'inobservance aux traitements est généralement définie comme le degré de conformité du patient au plan de traitement établi par le soignant ou le degré de correspondance avec le traitement prescrit (Chockalingam et al., 1998; Heurtin-Roberts & Reisen, 1990; Kjellgren et al., 1995; Kyngäs & Lahdenperä, 1999; Sackett, 1976; Trostle, 1988). Une variété d'instruments de mesures sont utilisés pour estimer ce degré de correspondance. Certains d'entre eux sont fondés sur l'opinion du médecin ou sur celle des patients. D'autres consistent en la prise d'informations via les dossiers de pharmaciens. D'autres encore sont dérivés de tests biologiques ou du dénombrement des comprimés dans les fioles de médicaments (Grégoire, 1990; Steiner, Fihn, Blair, & Inui, 1991). Aucun de ces instruments n'est cependant parfait, des problèmes méthodologiques affectant leur validité (Grégoire, 1990).

L'inobservance aux traitements est un concept difficile à opérationnaliser et ce faisant, à estimer (Feldman, Bacher, Campbell, Drover, & Chockalingam, 1998). Chez les personnes atteintes d'HTA, les taux d'inobservance aux traitements varient de façon importante, compte tenu de la grande diversité des populations étudiées, de la durée variée du suivi, des méthodes utilisées pour évaluer l'inobservance et du régime thérapeutique prescrit. Il faut, en plus, considérer que de multiples critères sont utilisés pour évaluer qu'une observance aux traitements est acceptable ou non. Les estimés d'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs se situent entre 50 % à 80 % (Feldman et al., 1998).

L'inobservance aux traitements est généralement rapportée de deux façons : d'abord, en indiquant la proportion des doses prescrites du médicament consommées; ensuite, en spécifiant simplement si l'individu est observant ou non (Grégoire, Moisan, Guibert, Ciampi, & Milot, 1995). L'individu qui prend environ 80 % à 90 % du traitement médicamenteux prescrit, est généralement considéré observant à son traitement (Harsford, 1992).

2.4.3 Formes d'inobservance aux traitements

Centrée d'abord sur une conception dichotomique de l'inobservance aux traitements (Hershey, Morton, Davis, & Ruchgott, 1980; McElany, McCallion, Al-Deagi, & Scott, 1997; Stanton, 1987), les écrits mettent aujourd'hui en évidence des modes diversifiés d'utilisation irrégulière du médicament antihypertenseur (Cramer & Scheyer, 1990; Feinstein, 1990; Kruse & Weber, 1990; Leukflens & Urquhart, 1994; Lip & Beevers, 1997; McElnay et al., 1997; Meredith & Elliott, 1994; Rudd, 1995; Waeber, Brunner, & Metry, 1997; Williams, 1998). Une forme primaire de l'inobservance aux traitements identifiée par Waeber, Brunner et Metry (1997) est le délai entre la prise de chaque dose du médicament, ce délai risquant d'avoir un impact sur la maladie. Les chercheurs avancent que lorsque l'intervalle de temps entre chaque dose, dépasse sa durée d'action, l'effet du médicament est interrompu et peut mener à l'élévation de la pression artérielle.

Une autre forme d'inobservance aux traitements consiste à omettre occasionnellement de prendre le médicament. L'individu prend alors son médicament de façon régulière, sauf exception. L'écart entre la dose prescrite et le nombre de médicaments consommés est négligeable. Cette forme d'inobservance serait la plus fréquente. Une autre forme d'inobservance consiste à omettre de prendre des doses successives du médicament antihypertenseur. Des chercheurs évaluent que certains individus ne prennent que 40 % à 80 % de la dose prescrite (Meredith & Elliott, 1994). Notons que cette forme d'inobservance s'apparente à un mode d'utilisation désigné « *drug holidays* ». Il serait fréquent et se manifeste par l'arrêt momentané de la prise du médicament, environ une fois par mois, chez plus de 20 % des individus (Kruse &

Weber, 1990; Leukflens & Urquhart, 1994; McElnay et al., 1997). Une autre forme d'inobservance consiste à omettre de prendre le médicament pendant une longue période et donc de cesser temporairement de le prendre. Près de 5 % à 10 % des personnes atteintes d'HTA se situeraient dans ce groupe (Rudd, 1995). Enfin, certains avancent que 15 % à 40 % des personnes atteintes d'HTA, décident, dans un délai relativement court (en deçà d'une année), de cesser définitivement de prendre leur médicament antihypertenseur (Cumming, Kirscht, Binder, & Godley, 1982). Ces individus sont désignés comme étant des « drop-out » (Lip & Beevers, 1997; Waeber et al., 1997; Williams, 1998).

2.4.4 Motifs associés à l'inobservance aux traitements

D'une étude à l'autre, des motifs sont évoqués par les personnes atteintes d'HTA pour justifier leur inobservance aux traitements. Certains individus mentionnent que ce qui les pousse à être inobservants est le fait qu'ils se sentent bien sans médicament (Balazovjeh & Hnilica, 1993; Cumming et al., 1982) ou encore, le fait qu'ils souffrent d'effets secondaires au médicament (Balazovjeh & Hnilica, 1993). D'autres évoquent l'oubli, le fait que l'ordonnance soit épuisée, le fait de ne pas avoir le médicament à portée de soi, la trop grande quantité de médicaments à prendre, les coûts du médicament, le fait que leur état de santé se soit amélioré ou détérioré et le fait qu'ils consomment de l'alcool (Balazovjeh & Hnilica, 1993; Cummings et al., 1982).

L'étude finlandaise de Kyngäs et Lahdenperä (1999) révèle que sur les 138 patients atteints d'HTA âgés de 63 ans et moins, 5 % ont modifié la prise de leur médicament à cause de symptômes, sans qu'ils en fassent mention au personnel de soins. Jern, Hansson et Hedner (1997) ajoutent que l'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs peut être conçue comme l'expression d'une résistance délibérée ou inconsciente chez l'individu à l'égard du médicament, quel qu'il soit. Les auteurs précisent cependant que, dans la plupart des cas, l'inobservance aux traitements est expliquée par l'oubli, lequel est légitime, compte tenu que la majorité des personnes atteintes présentent une forme légère ou moyenne de l'HTA et ne souffrent d'aucun symptôme.

2.4.5 Facteurs associés à l'inobservance aux traitements

La littérature spécifique sur l'inobservance aux traitements chez les personnes atteintes d'HTA diffère peu de la littérature générale sur l'inobservance aux traitements. L'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs est documentée dans le cadre d'une série d'études quantitatives transversales, longitudinales ou comparatives. Les études appréhendent l'inobservance à travers l'examen d'une diversité de facteurs tels les caractéristiques sociodémographiques, la nature de la maladie, la nature du régime thérapeutique, l'organisation et la qualité des soins. Examinons d'abord les données sociodémographiques.

2.4.5.1 *Caractéristiques sociodémographiques*

Le rôle des caractéristiques sociodémographiques sur l'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs demeure controversé. Des écrits indiquent en effet qu'il existe peu de liens entre les caractéristiques sociodémographiques, dont l'âge et le sexe, et l'inobservance aux traitements alors que d'autres établissent ce lien. En outre, certaines études conduites par McClellan, Hall, Brogan, Miles et Wilber (1988) et par Vaur et al. (1999) indiquent que les femmes ont été plus observantes que les hommes à leur traitement médicamenteux antihypertenseur alors que d'autres études (Balazovjech & Hnilica, 1993) ne rapportent aucune différence.

Des études ne rapportent aucune différence selon l'âge sur le plan de l'inobservance aux traitements (Haynes, Taylor, & Sackett, 1979; Kruse & Weber, 1990), contrairement à d'autres qui laissent entrevoir des différences selon le groupe d'âge (Degoulet et al., 1983; McClellan et al., 1988; Stewart, 1987; Vaur et al., 1999). Parmi ces études, certaines indiquent que les jeunes adultes sont moins observants à leurs traitements médicamenteux antihypertenseurs comparativement aux adultes plus âgés (Degoulet et al., 1983; McClellan et al., 1988; Stewart, 1987; Vaur et al., 1999). Vaur et al. (1999) observent, quant à eux, que sur les 2 173 hommes atteints d'HTA âgés entre 48 et 72 ans de leur étude, les hommes plus jeunes, demeurant en milieu urbain et fumeurs, ont été les moins observants à leurs traitements médicamenteux antihypertenseurs. Degoulet et al. (1983) révèlent, pour leur part, que sur les 1 346 patients suivis sur une

période de trois ans, 15,5 % ont cessé de prendre leur médicament en deçà d'une année, parmi les hommes les plus jeunes, les personnes souffrant d'embonpoint et les fumeurs atteints d'une HTA modérée et de faible statut socioéconomique.

D'autres études montrent, au contraire, que les personnes âgées sont moins observantes à leurs traitements médicamenteux antihypertenseurs comparativement aux personnes plus jeunes (Balazovjeh & Hnilica, 1993; Meagher, O'Brien, & O'Malley, 1985; Weingarten & Cannon, 1988). Balazovjeh et Hnilica (1993) observent que sur les 124 patients-es atteints-es d'HTA de leur étude, âgés en moyenne de 50 ans, les personnes de 60 ans et plus ont été les moins observantes à leur traitement médicamenteux antihypertenseur.

Enfin, Morrel, Park, Kidder et Martin (1997) obtiennent des résultats mixtes. Leur étude indique que les individus les plus jeunes âgés de 45 à 54 ans, et les plus vieux âgés de 65 ans et plus, ont été les plus inobservants à leur traitement médicamenteux. Les chercheurs expliquent ces résultats de la façon suivante : ils pensent que les individus les plus jeunes, alors qu'ils sont plus actifs et plus occupés que les individus plus âgés et qu'ils souffrent moins de problèmes de santé comparativement aux individus âgés de 55 et plus, sont plus susceptibles de ne pas se préoccuper de la prise de leur médicament. D'un autre côté, ces mêmes auteurs pensent que les personnes âgées de 65 ans et plus sont plus susceptibles de vivre des difficultés sur un plan cognitif et peuvent ainsi avoir tendance à oublier de prendre leur médicament ou risquent davantage d'être confuses quant aux modalités de la prise du médicament (*e.g.* horaire). D'autres chercheurs avancent que les personnes âgées sont plus susceptibles d'être inobservantes à leurs traitements parce qu'elles souffrent généralement de problèmes de santé multiples et conséquemment, prennent une grande quantité de médicaments (McElnay et al., 1997; Salzman, 1995). Certains sont également d'avis qu'elles démontrent une plus grande sensibilité aux effets nocifs du médicament (*e.g.* réactions médicamenteuses, effets toxiques du médicament) comparativement aux personnes plus jeunes (Salzman, 1995), ce qui risque d'augmenter leurs difficultés quant à la prise du médicament.

2.4.5.2 Nature de l'HTA

La nature asymptomatique de l'HTA retient l'attention des chercheurs comme facteur explicatif de l'inobservance aux traitements médicamenteux (Allen, 1998; Cumming et al., 1982; Francis, 1991; Morgan, Nowson, Murphy, & Snowden, 1986; Freis, 1999; Rizzo & Simons, 1997). En effet, certains estiment qu'il peut être difficile pour les individus d'être assidus dans la prise de leur médicament antihypertenseur compte tenu qu'ils se sentent bien (Cummings et al., 1982; Hasford, 1992). Étant généralement asymptomatique, l'HTA ne donnerait pas aux individus de signes ou de manifestations tangibles qui les motiveraient éventuellement à prendre leur médicament (Allen, 1998).

De façon paradoxale cependant, les individus atteints d'HTA attribueraient des symptômes à l'HTA (Kjellgren et al., 1995), la conceptualisant comme une maladie aiguë et symptomatique (Allen, 1998; Bulpitt, Dollery, & Carne, 1976; Kjellgren et al., 1995; Meyer, Leventhal, & Gutman, 1985; Penebaker & Watson, 1988; Sharkness & Snow, 1992). Ces individus évalueraient leur état de santé à partir des symptômes qu'ils reconnaissent à l'HTA et utiliseraient ces symptômes pour prédire la montée de leur pression artérielle et conséquemment, décider de leurs conduites à l'égard du médicament (Penebaker & Watson, 1988).

Meyer et al. (1985) ont exploré le lien entre les représentations des symptômes associés à l'HTA et l'inobservance aux traitements. Les auteurs émettent l'hypothèse selon laquelle les individus conceptualisent la maladie à travers le temps, une série d'étiquettes (*labelling*), de symptômes, de causes et de conséquences associées. Ces constructions sont fonction d'événements immédiats (plan concret) et d'idées abstraites (plan abstrait) et guident les comportements d'observance aux traitements. Les auteurs ont interrogé 230 individus ayant un diagnostic d'HTA, répartis en quatre groupes correspondant à différents stades du diagnostic et du traitement : 1) 50 individus normotensifs forment le groupe contrôle, 2) 65 individus sont récemment diagnostiqués et traités, 3) 50 sont traités depuis trois mois et 4) 65 individus sont traités, mais ont préalablement cessé le traitement. Les résultats indiquent que les individus du troisième groupe (traités depuis

trois mois) conçoivent que le traitement a un effet bénéfique sur leurs symptômes et se disent observants à leur traitement. Les individus du deuxième groupe, récemment diagnostiqués et traités, ayant rapporté des symptômes aigus au début de leur traitement, ont été les plus sujets à cesser leur traitement. Les résultats suggèrent qu'à travers le temps, suivant le stade de la maladie et son traitement, les individus développent des représentations de l'HTA qui les guident dans leurs conduites en regard du traitement. Le modèle conceptuel le plus commun chez les participants-es de l'étude correspond à une HTA symptomatique et de caractère aigu.

Les individus qui associent des symptômes à l'HTA, auraient par ailleurs tendance à identifier des facteurs dans l'environnement, antécédents à l'apparition de leurs symptômes (*e.g.* le stress conduit à des maux de tête), comme étant la cause de leur maladie. Ces signes concrets reconnus par les individus affectent alors leurs comportements. Les auteurs proposent que la disparition des symptômes, après avoir reçu le traitement médicamenteux, peut être perçue par ces individus comme un signe de guérison alors que l'intensification des symptômes peut être considérée comme une manifestation de l'inefficacité du médicament, ce qui peut éventuellement mener à la cessation de la prise du médicament (Meyer et al., 1985; Sharkness & Snow, 1992).

Par ailleurs, comme le suggère l'étude de Meyer et al. (1985), les perceptions à l'égard de l'HTA constituent un facteur d'intérêt dans l'exploration de l'inobservance aux traitements. Ces perceptions ont été analysées dans le cadre d'études utilisant le « Health Belief Model » (HBM) (King, 1986). Mis au point par Rosenstock (1974), le HBM est un modèle de prédiction des comportements qui postule que les comportements de santé sont guidés par trois déterminants : 1) la perception d'une menace pour la santé, 2) la perception de la sévérité de la maladie, en termes de conséquences sur un plan physique et psychologique, et 3) la croyance en l'efficacité de l'action à entreprendre pour réduire cette menace (Hershey et al., 1980; King, 1986; Massé, 1995). Le HBM est utilisé dans l'étude de l'inobservance aux traitements (Heurtin-Roberts & Reisen, 1990; Hershey et al., 1980; Kirscht & Rosenstock, 1977; Nelson, Stason, Neutra, Solomon, & McArdle, 1978). S'appuyant sur certaines de ces études, Conrad (1985) est d'avis que les individus les plus susceptibles d'être observants à leur traitement, sont ceux qui se sentent

vulnérables à la maladie, croient que l'HTA peut avoir des conséquences graves sur leur santé et sur leur vie au quotidien. L'étude effectuée par Nelson et al. (1978) permet d'appuyer cette observation. Conduite auprès de 142 individus atteints d'HTA, l'étude indique que la perception de la sévérité de la maladie et de l'efficacité du médicament, est significativement associée à l'observance aux traitements. Forts de ces résultats, les auteurs ont conçu qu'il est préférable de porter une attention, tant à la menace que représente l'HTA chez les individus atteints, qu'à l'efficacité du médicament pour réduire cette menace.

Les chercheurs estiment que le HBM est utile pour comprendre la part occupée par les croyances dans les comportements de santé des individus (Massé, 1995), ces croyances étant, elles-mêmes, de bons prédicteurs de l'observance aux traitements (Donnovan & Blake, 1992; Haaijer-Ruskamp & Hemminki, 1995; Heurtin-Roberts & Reinsen, 1990). En fait, les croyances seraient centrales pour comprendre ces comportements (Allen, 1998; Park, 1994). Selon Park (1994), les croyances guident les individus dans leurs comportements d'inobservance aux traitements. Les individus les plus susceptibles d'être inobservants à leurs traitements, sont, selon l'auteur, ceux qui ont l'impression de n'avoir aucun contrôle sur l'HTA. Norman, Marconi, Schezel, Shechter et Stolley (1985) ont exploré les croyances chez 442 personnes atteintes d'HTA en lien avec l'inobservance aux traitements. Deux croyances permettent de discriminer les individus observants des inobservants : d'une part, les individus inobservants croient qu'il n'est pas nécessaire de prendre le médicament alors que leur pression artérielle est normalisée; d'autre part, les individus qui sont inobservants ont la certitude de pouvoir agir sur leur HTA parce qu'ils savent lorsque leur pression artérielle se situe à un niveau élevé. Les auteurs sont d'avis que les interventions seraient plus efficaces si elles mettaient moins l'emphase sur la nature asymptomatique de l'HTA et insistaient beaucoup plus sur la nécessité de prendre le médicament quotidiennement indépendamment de la manière dont l'individu se sent.

L'une des caractéristiques de l'HTA est de nécessiter un traitement de longue durée (Cumming et al., 1982; Morgan et al., 1986). À ce sujet, les études indiquent clairement que les individus sont généralement rébarbatifs à l'idée de prendre un

médicament antihypertenseur à vie, d'autant plus qu'ils ne ressentent aucun symptôme et à plus fortes raisons, lorsque le traitement médicament ne donne pas les résultats attendus (Geertsens, Gray, & Ward, 1973; Rehder, McCoy, Blackwell, Whitehead, & Robinson, 1980). À cela s'ajoutent les coûts importants entraînés par la prise du médicament (Chockalingam et al., 1998; Feldman et al., 1998; Rehder et al., 1980).

Il semble enfin qu'il faille voir l'inobservance aux traitements comme un processus dynamique évoluant dans le temps (Meyer et al., 1985; Richardson, Simons-Morton, & Annegers, 1993). Richardson et al. (1993) identifient un ensemble de barrières qui affectent l'observance aux traitements. Ce sont les coûts du médicament, ses effets secondaires, l'inquiétude quant aux effets néfastes à long terme du médicament sur la santé, le bouleversement des habitudes de vie et le fait de ne pas aimer prendre de médicaments en général. À partir des résultats de leur étude, les auteurs concluent que ces barrières affectent beaucoup plus l'individu lorsqu'il commence à prendre le médicament, ces barrières devenant moins importantes à la longue, avec la durée du traitement. Les individus les plus inobservants de leur étude, ont été les jeunes adultes, ayant une forte consommation de sel et qui commençaient à prendre le médicament antihypertenseur.

2.3.5.3 Nature du régime thérapeutique

La complexité du régime thérapeutique est considérée comme un déterminant significatif de l'inobservance aux traitements (Allen, 1998; Feldman et al., 1998; Klein, 1988; Luscher & Vetter, 1982; Mancia, 1995; Sanson-Fisher & Clover, 1995). L'inobservance aux traitements serait en effet plus prononcée lorsque le régime thérapeutique est complexe (Yasin, 1998). En outre, le nombre de médicaments consommés quotidiennement et l'administration du même médicament en plusieurs doses quotidiennes sont évoqués comme des facteurs d'inobservance aux traitements (Chockalingam et al., 1998; Leenen et al. 1997; Morgan et al., 1986). Dans leur étude auprès de 198 patients ayant un diagnostic d'HTA, Leenen et al. (1997) ont montré que les répondants les plus observants à leurs traitements étaient ceux qui ne prenaient qu'une ou deux doses quotidiennes de médicaments. Il semble aussi que plus le médicament

affectait leur routine quotidienne et moins ces individus étaient observants à leurs traitements (Haynes et al., 1976). Pour faciliter la tâche de la personne atteinte d'HTA, Chockalingam et al. (1998) recommandent que le schéma posologique soit le plus simple possible. À ce titre, Rehder et al. (1980) considèrent que l'utilisation du pilulier est un moyen efficace pour faciliter la prise du médicament.

Le sentiment qu'a l'individu que sa qualité de vie est détériorée à cause du traitement médicamenteux, influencerait sur l'inobservance aux traitements. La qualité de vie fait ici appel aux perceptions de l'individu quant à ses capacités fonctionnelles, sa productivité et son sentiment de bien-être (Williams, 1998). Or, parmi un ensemble de facteurs, les effets secondaires risquent d'affecter la qualité de vie de l'individu et expliqueraient l'inobservance aux traitements chez les personnes atteintes d'HTA (Donnovan & Blake, 1992; Gilbert & Luszcz, 1993; Lip & Beevers, 1997; Rizzo & Simons, 1997; Shea, 1994; Svarstad, 1986). Ces effets peuvent conduire l'individu à cesser de prendre son médicament, à réduire ou retarder la prise du médicament (Freis, 1999; Lip & Beevers, 1997; Rudd, 1995). Lip et Beevers (1997) indiquent que sur les 948 répondants-es de leur étude, le tiers ont souffert d'effets secondaires particulièrement incommodants. De ce nombre, 9 % ont interrompu leur traitement.

Enfin, la réaction de l'individu au médicament est un autre facteur d'importance paraissant influencer sur l'inobservance aux traitements. Certains avancent que l'inobservance aux traitements est plus ou moins prononcée selon la classe du médicament (Monane et al., 1997). Dans leur étude auprès de 7 211 individus atteints d'HTA, Rizzo et Simons (1997) montrent que l'inobservance aux traitements est significativement plus élevée chez les individus traités à l'aide d'inhibiteurs de l'EAC et de bloqueurs de canaux calciques (*calcium antagonist*), comparativement à ceux ayant reçu des diurétiques (e.g. Thiazides). Caro, Jackson et Speckman (1997) obtiennent des résultats similaires. Après avoir fait la revue de plus de trois millions d'ordonnances de médicaments antihypertenseurs prescrits en Saskatchewan sur une période de cinq ans, les auteurs observent, qu'au terme de la quatrième année, 71 % des individus recevant des inhibiteurs de l'EAC, ont été observants à leurs traitements, contre 54 % ayant reçu des diurétiques. L'une des explications avancées par les auteurs est que les inhibiteurs de

l'EAC offrent un profil médicamenteux plus sécuritaire et présentent moins d'effets secondaires comparativement aux diurétiques.

2.3.5.4 Organisation et la qualité des soins

La qualité des services contribuerait à expliquer l'inobservance aux traitements (Cummings et al., 1982; Garrity, 1981; Geertsen et al., 1973; Gilbert, Luszcz, & Owen, 1993; Morgan et al., 1986; Shea, 1994). Les caractéristiques du milieu clinique, notamment le temps d'attente avant d'obtenir une consultation, le manque d'accessibilité temporelle des soins et la discontinuité des soins, sont aux nombres des qualités des services reconnues (Garrity, 1981; Nelson et al., 1978). Sans nier l'importance de ces facteurs, les études ont surtout exploré l'impact de l'interaction médecin-patient sur l'inobservance aux traitements (Garrity, 1981).

Certaines études se sont penchées sur la qualité de la communication médecin-patient, notamment sur la qualité des instructions prodiguées au patient. Conrad (1985) souligne à ce sujet que les taux d'observance sont généralement élevés lorsque le médecin fournit des instructions précises et appropriées, en quantité suffisante. Il s'avère que la finesse et la clarté des explications prodiguées par le médecin représentent des éléments-clés de l'observance aux traitements (Garrity, 1981; Morgan et al., 1986; Rehder et al., 1980). D'un autre côté, des chercheurs sont d'avis que l'individu devrait être incité à questionner son médecin traitant (Donnovan & Blake, 1992; Kyngäs & Lahdenperä, 1999). Certains conçoivent que meilleur est le niveau de connaissance de l'individu et meilleure est l'observance aux traitements (Allen, 1998; Chockalingam et al., 1998; Kjellgren et al., 1995; Kyngäs & Lahdenperä, 1999; Yasin, 1998).

Des chercheurs reconnaissent également la nécessité de définir l'HTA qui est un concept abstrait, d'une manière concrète et compréhensible pour le patient (Kjellgren et al., 1995; Meyer et al., 1985). Les sources informelles, telles les proches, les amis, les feuillets explicatifs et les mass media, peuvent aussi aider à mieux comprendre l'HTA (Kjellgren et al., 1995). La prise d'information, si elle paraît importante, n'est pas cependant suffisante, malgré ce qu'en pensent les médecins. Plusieurs d'entre eux croient en effet que les connaissances sont suffisantes pour induire des changements de

comportements (Grueninger, 1995). Chrisman (1977) est d'avis que c'est, non pas l'information, mais la nature de l'interaction médecin-patient qui influe le plus sur l'inobservance aux traitements.

Les études qui se sont intéressées à l'interaction médecin-patient, ont dégagé trois modèles de relation médecin-patient, chacun faisant appel à une prise de responsabilité plus ou moins importante chez l'individu à l'égard de ses soins. Le premier modèle est désigné sous l'expression « *activity-passivity model* ». Dans ce cas, le médecin prend l'entière responsabilité des soins destinés au patient. Il en prend entièrement le contrôle et les initiatives. Le second modèle est désigné sous l'expression « *guidance-cooperation model* ». Dans ce cas, le médecin donne des directives à l'individu auxquelles celui-ci se soumet. Le troisième modèle est désigné sous l'expression « *mutual participation model* ». Médecin et patient partagent alors la responsabilité des soins. Ce modèle serait particulièrement adapté aux soins des personnes atteintes de maladies chroniques puisque, dans ce cas, l'intervention du médecin dépend de l'information que lui fournit le patient. À partir de cette information, ce dernier est en mesure de bien ajuster le traitement et d'effectuer le suivi à long terme du malade. Ce modèle, qui implique la partages des responsabilités dans les soins et des échanges continus entre médecin et patient, favoriserait une meilleure observance aux traitements (Garrity, 1981). C'est ce que montre Schulman (1979) dans son étude auprès de personnes atteintes d'HTA. Les individus les plus actifs dans leurs soins ont été les plus observants à leurs traitements médicamenteux. Ces mêmes résultats ont été obtenus dans le cadre d'autres travaux (Schulman, 1979).

En outre, plus le médecin et le patient sont d'accord sur les contenus abordés lors d'une consultation médicale et meilleure serait l'observance aux traitements (Garrity, 1981). Le style de communication du médecin, notamment le ton affectif de la relation, est aussi associé à l'observance aux traitements chez des personnes atteintes d'HTA traitées (Bartlett et al., 1984; Morgan et al., 1986; Redhler et al., 1980; Stanton, 1987; Stone, 1979). Les taux d'observance sont élevés lorsque le médecin fait preuve de sympathie à l'égard de son patient (Bartlett et al., 1984; Conrad, 1985).

Selon Yasin (1998), une approche centrée sur le patient devrait nettement améliorer l'observance aux traitements. Cette approche conduit le médecin à porter davantage intérêt aux préoccupations du patient plutôt que de se centrer sur un objectif de diminution du risque associé à l'HTA. L'approche a pour effet de diminuer les résistances du patient. L'intervention ne se limite pas alors à fournir des directives à l'individu, mais mise sur ce qu'il est résolu à changer. Elle s'appuie ainsi sur les motivations intrinsèques de l'individu (Yasin, 1998). Dans le même sens, Chockalingam et al. (1998) précisent que, pour améliorer l'observance aux traitements, médecin et patient doivent travailler en étroite collaboration.

La prise de pression artérielle à domicile est considérée comme un moyen pouvant améliorer l'observance aux traitements (Chockalingam et al., 1998; Feldman et al., 1998; Haynes et al., 1976; Nelson et al., 1978; Nessman, Carnahan, & Nugent, 1980). Freis (1999) est d'avis qu'en prenant lui-même sa pression artérielle, l'individu est plus susceptible de bien prendre son médicament alors qu'il cherche à maintenir ses valeurs tensionnelles à un seuil adéquat. La prise de pression artérielle à domicile ne s'avère pas cependant une stratégie efficace chez tous les individus. Certains peuvent se sentir irrités ou inquiets en voyant leur pression artérielle fluctuer. Sur ce point, Freis (1999) est d'avis qu'il est préférable que ces individus ne prennent pas eux-mêmes leur tension artérielle.

Médecins, infirmières et patients tiendraient tous un rôle sur le plan de l'observance aux traitements. Lip et Beevers (1997) notent que tous devraient être mis à profit pour aider les individus dans la prise de leur médicament. Certains soulignent particulièrement l'apport de l'infirmière (Allen, 1998; Bloom et al., 1987; Freis, 1999; Lip & Beevers, 1997). Le patient serait en effet plus enclin à discuter de son traitement médicamenteux avec l'infirmière (Lip & Beevers, 1997). Celle-ci serait en meilleure position et disposerait de plus de temps pour échanger avec le patient contrairement au temps que le médecin peut allouer à une consultation (Feldman et al., 1998). L'infirmière serait, en fait, beaucoup plus accessible que le médecin, ce dernier ayant tendance à imposer un contrôle (Gross, Pisa, Strasser et Zanchetti, 1986). Le pharmacien, autre acteur-clé, contribuerait à l'observance aux traitements, en prodiguant de l'information

pertinente lorsqu'il remet le médicament au patient (*e.g.* posologie, modalité) (Fisher, 1992; Rehder et al., 1980).

2.3.5.5 Soutien des proches

Le support social reçu de personnes significatives faciliterait l'observance aux traitements. La famille, en encourageant la prise du médicament, a un impact favorable sur l'observance aux traitements chez les personnes atteintes d'HTA (Fishman, 1995; Norman et al., 1985; Stanton, 1987). Elle tient un rôle de premier plan dans le processus de soins, que ce soit pour amener l'individu à porter intérêt aux symptômes de sa maladie, à participer à des activités visant l'amélioration de sa santé ou à être observant à son médicament. Également, le contexte familial élargi et les amis contribuent significativement à l'observance aux traitements et conséquemment, a des effets bénéfiques sur la santé. L'attention et la supervision empathique des proches a un impact tant sur l'observance aux traitements, que sur le contrôle de la pression artérielle (Fishman, 1995). Chockalingam et al. (1998) précisent que, pour améliorer l'observance aux traitements, une plus grande attention doit être portée aux mécanismes de soutien social et à la participation de la famille au traitement prescrit.

À partir de ce qui vient d'être dit, nous retenons qu'une variété de facteurs et d'éléments d'explications sont proposés en ce qui a trait à l'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs. Les motifs d'inobservance sont multiples. Ils relèvent tant des représentations de l'HTA et du médicament en général et antihypertenseur, en particulier (*e.g.* nature asymptomatique de la maladie, symptômes attribués à la maladie, méfiances à l'égard du médicament quel qu'il soit), que de considérations pratiques (*e.g.* effets secondaires). Quant aux facteurs identifiés, ils indiquent bien que la façon dont l'individu conceptualise l'HTA, constitue un élément-clé explicatif de l'inobservance aux traitements. Sur un plan concret, certains facteurs sont aussi identifiés, influant sur l'inobservance aux traitements. Ce sont, par exemple, les coûts du médicament, la complexité du régime thérapeutique prescrit, les effets secondaires au médicament et les réactions de l'individu au médicament. S'y ajoutent deux éléments, soit l'importance de

la qualité de la relation médecin-patient et de l'environnement immédiat comme facteur explicatif de l'inobservance aux traitements. Enfin, les études montrent que les modes d'utilisation irrégulière du médicament sont multiples et peuvent difficilement être associés à un motif ou un facteur précis.

2.4.6 Connaissances découlant d'études issues de l'anthropologie et de la sociologie

Il est reproché aux études évoquées précédemment de ne prendre en compte que quelques facteurs d'influence à la fois, et ainsi, de n'offrir que des explications parcellaires et peu contextualisées de l'inobservance aux traitements (Deccache, 1994). Or, des approches complémentaires conceptualisent et abordent l'inobservance aux traitements d'une manière fondamentalement différente, du point de vue des personnes elles-mêmes.

Dans ce courant d'idées, les études mettent à jour certaines controverses autour de la définition même de l'inobservance aux traitements. Des chercheurs déplorent que le concept ne réponde qu'à une logique avant toute normative (Conrad, 1985; Deccache, 1994; Donovan & Blake, 1992; Trostle, 1988). Ils avancent que c'est à partir de la perspective de la profession médicale que l'inobservance aux traitements est traditionnellement définie (Adams, Pills, & Jones, 1997; Arluke, 1980; Garrity, 1981; Donovan & Blake, 1992; Trostle, 1988), le point de vue du patient étant pour ainsi dire absent. La définition suppose le respect strict du traitement médicamenteux (Donnovan & Blake, 1992; Kjellgren et al., 1995; Yasin, 1998), implique une notion d'obéissance du patient aux instructions médicales reçues (Conrad, 1985; Deccache, 1994; Donovan & Blake, 1992; Trostle, 1988) et ne reconnaît pas l'existence des comportements qui s'inscrivent en faux par rapport aux attentes du médecin ou se situent en dehors de son contrôle et de son pouvoir (Trostle, 1988). Comme le soulignent Donovan et Blake (1992), les comportements d'inobservance aux traitements sont alors considérés comme étant déviants par rapport à des normes dictées par les autorités médicales (Donnovan & Blake, 1992). C'est le patient qui est fautif (Arluke, 1980; Donovan & Blake, 1992) et c'est vers lui et ses comportements que sont dirigées les interventions et les préoccupations de recherche en vue de résoudre le problème (Leventhal et al., 1984).

Les études qui se situent dans cette perspective tentent d'apporter une autre compréhension quant à l'inobservance aux traitements, en prenant en compte le point de vue des individus concernés. De type qualitatif, elles sont issues de l'anthropologie et de la sociologie ou s'inspirent de ces disciplines dans la façon même dont elles appréhendent l'inobservance aux traitements.

Les études issues de l'anthropologie ou apparentées se préoccupent des significations que les individus attribuent aux symptômes et à la maladie et la manière dont ces significations (*e.g.* les représentations et les perceptions des individus) se traduisent dans des actions. Afin de rendre intelligible ces significations, elles recourent généralement au modèle explicatif de la maladie chez l'individu, désigné MEM (Massé, 1995). Développé par Kleinman (1980), le MEM est un modèle conceptuel explicatif construit et utilisé par les individus pour expliquer un épisode particulier d'une maladie, guidant les choix des individus à l'égard de leurs traitements (Heurtin-Roberts & Reisen, 1990). Le MEM est formé de l'ensemble des conceptions chez les individus « malades », relatives aux causes (étiologie) de la maladie, au moment et à la modalité d'apparition des symptômes, à sa pathophysiologie, à son évolution et à son traitement et ce, pour un épisode de soins donné (Massé, 1995). Le MEM est construit par les individus. Il est donc dynamique. Au fur et à mesure que se modifie l'épisode de soins, l'expérience de l'individu se transforme et conséquemment, le MEM se modifie (Heurtin-Roberts & Reisen, 1990). Or, certains sont d'avis que l'écart entre les MEM des médecins et ceux de leurs patients expliquerait l'inobservance aux traitements (Blumhagen, 1980; Chrisman, 1977; Greenfield, Borkan, & Yodfat, 1988; Heurtin-Roberts & Reisen, 1990). Ce faisant, les chercheurs avanceront que, pour apporter des améliorations à l'observance aux traitements, les médecins doivent être au fait des modèles explicatifs de leurs patients et négocier leurs propres modèles explicatifs avec eux. Ils seront alors en mesure d'instaurer un climat de confiance entre eux et leurs patients, ce qui peut éventuellement faciliter le traitement (Wright & Morgan, 1990).

Quatre études, que nous situons dans ce courant d'idées, explorent l'inobservance aux traitements chez les personnes atteintes d'HTA (Blumhagen, 1980; Greenfield et al., 1988; Heurtin-Roberts & Reisen, 1990; Morgan & Watkins, 1988). Trois d'entre elles le

font, en s'appuyant sur le MEM de Kleinman (1980) et une autre, en explorant les croyances des personnes atteintes. Ces études offrent l'intérêt d'avoir une forte parenté avec la présente étude, en ce qu'elles adoptent une approche similaire pour comprendre l'inobservance aux médicaments antihypertenseurs. Elles seront maintenant décrites.

L'étude de Heurten-Roberts et Reisen (1990) explore le lien entre l'inobservance aux traitements et les modèles explicatifs de l'HTA chez 60 femmes noires âgées de 45 à 70 ans sous traitements médicamenteux. Les participantes sont recrutées dans un centre hospitalier américain de la Nouvelle-Orléans. L'étude vise tant à examiner la nature des modèles explicatifs chez les participantes et leur impact sur l'inobservance aux traitements, qu'à comparer ces modèles explicatifs avec ceux de médecins (Heurten-Roberts & Reisen, 1990, 1992). Deux rondes d'entrevues sont réalisées. La première vise à cerner les MEM des participantes et des médecins, cherchant à circonscrire les causes que les individus associent à l'HTA, sa pathophysiologie, sa modalité d'apparition, son évolution et son traitement. La seconde comporte des questions générales sur les croyances, attitudes de santé et l'état de santé tels que perçus par les participants. Des données additionnelles sur les croyances, attitudes de santé et certains éléments de contexte sont obtenues à partir de conversations et d'observations lors d'un suivi. Les participantes sont suivies pendant deux mois, au cours desquels des données factuelles sur l'inobservance au médicament antihypertenseur sont obtenues et des mesures de la pression artérielle, effectuées. Des taux d'inobservance aux traitements sont estimés à l'aide du comptage des comprimés lors d'une visite initiale, après un mois et après deux mois. L'étude montre comment les conceptions des participantes donnent un sens, organisent et offrent une compréhension quant à l'inobservance aux traitements. La synthèse des MEM individuels donne lieu à deux modèles explicatifs de base, le premier conceptualisant l'HTA comme de la « haute pression » et le second, comme de « l'hypertension ».

Les participantes définissent la « haute pression » comme une HTA causée par une mauvaise alimentation et par l'hérédité. La « haute pression » fait appel à une maladie du sang qui, en étant excessivement chaud, abondant ou riche, fait travailler le cœur de façon extrême. Les facteurs qui lui sont associés sont la mauvaise alimentation, le stress

et la chaleur du corps. Les participantes définissent par ailleurs « l'hypertension » comme une maladie causée par les nerfs. Dans ce cas, c'est le sang qui, habituellement au repos, monte soudainement à la tête, en réaction à une émotion extrême. Les participantes conçoivent que la seconde forme, « l'hyper-tension », est beaucoup plus grave que la première, l'élévation subite de la pression artérielle risquant, selon elles, de provoquer un décès. Elles sont d'avis que la maladie provient des « mauvais nerfs », du stress, des inquiétudes, de la colère, des problèmes financiers et avec les enfants. Certaines pensent qu'elles souffrent d'« hypertension » en raison de leur tempérament nerveux et de leur tendance à s'inquiéter. Une forte proportion d'entre elles sont inobservantes à leur traitement. Ces dernières participantes, en concevant que la maladie soit d'origine nerveuse, ne perçoivent pas le médicament comme une composante essentielle du traitement. Chez elles, la relaxation, le repos et les tranquillisants sont représentés comme des moyens thérapeutiques beaucoup plus appropriés, le seul fait de se calmer leur paraissant suffisant. Par contre, les participantes qui adoptent le modèle de la « haute pression » sont plus observantes à leur traitement. La majorité pense que le traitement approprié de l'HTA inclut le médicament antihypertenseur auquel s'ajoutent le contrôle du régime alimentaire et la perte de poids.

L'étude de Blumhagen (1980) cherche aussi à connaître la manière dont les individus interprètent l'expérience de la maladie et en conséquence, structurent leurs actions. Pour ce faire, l'auteur explore les croyances entourant l'HTA chez 103 hommes américains d'âge moyen, de classe moyenne et évoluant en milieu urbain. Les participants sont recrutés par l'entremise d'un centre hospitalier pour anciens combattants. Ils sont interrogés dans le cadre d'une entrevue semi-structurée d'une durée de 10 à 30 minutes, à partir des items proposés par la grille MEM. L'analyse de chaque entrevue permet, en premier lieu, de dégager les MEM individuels de l'HTA. Tout comme dans l'étude de Heurten-Roberts et Reisen (1990), Blumhagen (1980) met à jour deux catégories de causes associées à l'HTA. La première, à laquelle adhère la forte majorité des participants, fait appel à une conception de la maladie appelée « hypertension ». Elle implique une diversité de causes dont la plus importante réfère à un stress. Près de la moitié des participants indiquent en effet qu'il s'agit d'un facteur significatif dans la production de leur HTA. Il peut s'agir d'un stress intense au cours d'un épisode bien

défini de la vie, de stress reliés au travail ou d'une accumulation de stress de la vie normale. Ce stress peut aussi référer à des problèmes psychologiques et à des difficultés interpersonnelles et familiales ou encore, impliquer des situations qui affectent temporairement l'individu.

La seconde catégorie fait appel à des facteurs physiques et/ou héréditaires (n = 23). Les participants conçoivent alors qu'une diversité de facteurs physiques et héréditaires entraîne le rétrécissement des vaisseaux sanguins faisant monter la pression artérielle. L'altération du flux sanguin fait en sorte que le cœur travaille trop fort, ce qui cause l'élévation des valeurs tensionnelles. Sur ce point, les excès en sel et en graisses sont considérés particulièrement dangereux. L'auteur observe que les individus qui adhèrent au modèle « hypertension » sont plus observants à leurs traitements (73 %) comparativement à ceux qui adoptent le modèle physique et héréditaire de l'HTA (64 %).

L'étude de Greenfield et al. (1988) examine, pour sa part, dans quelle mesure la négociation des modèles de croyances profanes et « experts » de même que les croyances de santé, influent sur l'inobservance aux traitements. L'étude est conduite auprès de juifs marocains ayant migré en Israël. Quarante-six individus diagnostiqués « hypertendus » et « normotendus », sont interrogés. À l'aide d'entrevues semi-structurées, l'étude explore les modèles explicatifs individuels des participants-es et examine les croyances de santé dans le cadre d'un questionnaire structuré à partir d'une version modifiée du Health Belief Model (HBM). Les auteurs identifient sept modèles explicatifs de l'HTA, tant chez les « hypertendus », que chez les « normotendus ». La nourriture, la nervosité, la spiritualité, la chaleur, des faiblesses du corps (e.g. le fait de faire une chute), des excès de sang et de travail, sont aux nombres des causes perçues associées à l'HTA. Le modèle le plus fréquent implique la quantité et le type de nourriture ingérée. L'alimentation riche en graisse est le facteur le plus souvent mentionné expliquant l'élévation de la pression artérielle. La nervosité, les inquiétudes et le fait de jongler sont aussi fréquemment invoqués comme causes associées à l'HTA. De façon opposée à Heurtin-Roberts et Reisen (1990) et Blumhagen (1980), les résultats de l'étude indiquent qu'il n'existe pas de lien entre les taux d'inobservance aux traitements observés et les modèles explicatifs individuels des participants. L'étude montre également que la signification et la valeur

que les participants accordent à l'expérience de la maladie ne sont pas transformées au contact des professionnels de la santé et que ces significations n'influent pas sur l'inobservance aux traitements. En effet, les participants les plus observants aux traitements médicamenteux ont un modèle explicatif de l'HTA qui diffère du modèle « expert ». Les auteurs concluent que le degré perçu de sévérité de l'HTA de même que l'efficacité et les bénéfices perçus du traitement médicamenteux, expliquent le mieux l'inobservance aux traitements.

Comparativement aux études précédentes, celle de Morgan et Watkins (1988) explore davantage l'inobservance aux traitements antihypertenseurs. L'étude examine, à l'aide d'entrevues semi-structurées, le lien existant entre les croyances entourant l'HTA et l'inobservance aux traitements chez 60 hommes et femmes atteints d'HTA, soit 30 Londoniens-es de souche et 30 Londoniens-nes originaires de l'Inde de l'Ouest. Les participants-es sont tous des travailleurs et travailleuses manuels-les et sont âgés-es de 35 à 55 ans. Les résultats indiquent que les Londoniens-nes et les Indiens-nes d'origine ont une compréhension similaire de l'HTA. Plus de la moitié identifient que le stress, le fait d'être inquiet et d'être tendu sont la cause de l'HTA. D'autres sources de stress sont évoquées, telles les problèmes familiaux (*e.g.* maladie et décès d'un proche), les conflits entre conjoints ou avec les enfants. Les hommes relient très souvent l'HTA au stress vécu au travail, soit les pressions du travail et le fait d'être sans emploi. L'hérédité, le régime alimentaire (*e.g.* excès de consommation en sel et en graisses), la consommation de cigarettes et d'alcool de même que le surpoids, comptent aussi parmi d'autres causes associées à l'HTA.

Tant les Londoniens-nes de souche que ceux et celles originaires de l'Inde sont conscients-es de l'importance de contrôler leur pression artérielle. Ils agissent cependant différemment face à la prise du médicament antihypertenseur. En effet, la forte majorité des Londoniens-nes de souche affirment prendre leur médicament régulièrement. Seuls quelques-uns et quelques-unes ont cessé de prendre le médicament avec l'assentiment de leur médecin et quelques autres se sont dits-es inobservants-es à leur traitement. Par contre, plus de la moitié des Londoniens-nes originaires de l'Inde se disent inobservants-es à leur traitement. Certains-es précisent qu'il leur arrivait fréquemment d'oublier de

prendre leur médicament et ajoutent que c'est en se soumettant à une routine quotidienne qu'ils arrivent à ne pas oublier de le prendre. D'autres rapportent qu'ils ou elles ont déjà réduit la dose de leur médicament à cause d'effets secondaires. Certains-es soulignent qu'il ou elle leur arrive de passer plusieurs jours, voire une semaine ou quelques mois, sans prendre leur médicament et justifient ainsi ces comportements : ils ou elles veulent éviter de mélanger le médicament avec de l'alcool, ils ou elles craignent les effets nocifs à long terme d'un médicament quel qu'il soit, ou ont peur de développer une dépendance au médicament. Ces participants-es ont également interrogé la nécessité de prendre un médicament, surtout lorsqu'ils ou elles se sentent bien. Certains-es ajoutent qu'ils ou elles ont cessé, pendant un certain temps, de prendre leur médicament après que leur médecin leur ait dit que leur pression artérielle était bien contrôlée. Enfin, contrairement aux Londoniens-nes d'origine, ils ou elles recourent à des médecines alternatives pour traiter leur HTA (*e.g.* médicaments homéopathiques), utilisant ces thérapies pour maintenir leur état général de santé et aider au contrôle de leur pression artérielle. D'autres utilisent ces thérapies comme complément au médicament antihypertenseur. Certains-es, qui ont tendance à omettre de prendre leur médicament pendant un certain temps, les utilisent comme substitut au médicament antihypertenseur, à la condition, note-t-on que ces thérapies aient pour effet de contrôler leur pression artérielle. En définitive, l'étude ne permet pas de cerner les caractéristiques particulières des Londoniens-nes de souche et ceux et celles originaires de l'Inde, qui expliqueraient leur prise distincte du médicament antihypertenseur. De plus, si elle retient le stress comme facteur explicatif de l'HTA, l'étude ne démontre pas de lien entre le stress et l'inobservance aux traitements.

D'autres études issues de la sociologie tendent à considérer le contexte social dans lequel l'individu évolue pour expliquer sa prise du médicament et mettent en relief des situations particulières pouvant éventuellement expliquer l'inobservance aux traitements (Trostle, 1988). Elles examinent les significations que prend le médicament dans la vie quotidienne des individus et les pratiques de médication qui en découlent. Elles considèrent que les individus sont des agents actifs dans la prise de leur médicament. Elles conçoivent que la maladie est un phénomène social impliquant à des degrés divers, familles et amis, et touchant divers aspects de la vie quotidienne (Conrad, 1985; Donovan & Blake, 1992). Ces études sont destinées à des individus souffrant de

problèmes divers de santé chroniques, tels l'épilepsie et les rhumatismes (Arluke, 1980; Conrad, 1985; Donovan & Blake, 1992) et à notre connaissance, aucune n'a porté sur l'HTA. Trois d'entre elles sont maintenant présentées. Notons que ces études traitent de problèmes de santé pour lesquels les individus atteints risquent fort d'avoir des représentations distinctes de celles qu'ils auraient à l'égard de l'HTA. En effet, les rhumatismes (ou arthrite) sont des problèmes douloureux et non pas asymptomatique comme l'est généralement l'HTA. L'épilepsie revêt, pour sa part, une fonction symbolique particulière pour la société et l'individu qui en souffre. Néanmoins, un certain parallèle peut être fait entre l'expérience de ces individus et ceux atteints d'HTA, puisqu'il s'agit dans tous les cas de maladies chroniques.

La première étude réalisée par Donovan et Blake (1992), est conduite auprès de 53 individus atteints de rhumatisme fréquentant une clinique de rhumatologie. Les auteurs postulent que la prise du médicament est fondée sur des choix raisonnés chez ces individus. Ceux-ci effectueront des choix en mettant en balance les inconvénients et les bénéfices qu'ils reconnaissent à la prise du médicament, compte tenu de contraintes de la vie quotidienne. Les résultats indiquent que certains participants ont cessé de prendre leur médicament, diminué la dose prescrite ou encore, pris le comprimé moins souvent que recommandé. Leur décision est fondée sur les motifs suivants : certains ont craint les effets secondaires du médicament; d'autres ont eu peur de développer une forme de dépendance face au médicament; certains ont craint que l'organisme ne s'habitue au médicament et qu'ainsi, le médicament perde en efficacité. L'étude indique clairement que les répondants font des choix quant à la prise du médicament, reconnaissant à la fois les inconvénients (*e.g.* nécessité de se soumettre à un suivi régulier, effets secondaires) et les bénéfices de la prise du médicament (*e.g.* diminution des symptômes, promesse de guérison ou de soulagement à long terme). Les chercheurs concluent que les participants ont des croyances et des théories personnelles qui les guident dans leurs actions. Leurs choix s'appuient sur une démarche qui se veut rationnelle compte tenu de leurs croyances, de leurs préférences et de l'information dont ils disposent. Le fait de modifier la dose ou de choisir de prendre ou ne pas prendre le médicament est un moyen que se donne l'individu pour prendre contrôle sur la prise du médicament.

L'étude conduite par Arluke (1980) se destine elle aussi à des personnes atteintes de rhumatisme. Après avoir interrogé 20 individus, l'auteur conçoit que le but ultime visé par ces individus est d'atteindre une certaine efficacité thérapeutique du médicament. En effet, le chercheur remarque que les participants qui ont cessé de prendre le médicament ou en ont réduit la dose, l'ont fait pour tester l'efficacité du médicament. Selon l'auteur, l'inobservance aux traitements peut ainsi être conçue comme une activité rationnelle à laquelle recourent les individus afin de mesurer l'efficacité du médicament prescrit.

Dans son étude auprès de 80 individus épileptiques, Conrad (1985) conçoit que l'inobservance aux traitements est un processus d'auto-régulation. L'auteur entend par auto-régulation, un ensemble de moyens utilisés par un individu pour gérer sa maladie, ce processus se distinguant d'une forme de régulation ou de contrôle médical. Dans son étude, le chercheur montre que la prise du médicament fait partie intégrante de la routine quotidienne des participants et que ceux-ci donnent un sens au médicament et l'utilisent en conséquence. Il ajoute que les participants développent progressivement une pratique régulière et spontanée en ce qui a trait à la prise du médicament. Chez la forte majorité, l'auto-régulation se résume à réduire la dose de médicament, à cesser de le prendre pendant un certain temps, à omettre occasionnellement de prendre le médicament ou à prendre des doses additionnelles du médicament. De façon générale, les participants modifient la prise du médicament pour les motifs suivants : lorsque le médicament les empêche de poursuivre normalement leurs activités quotidiennes (*e.g.* médicament entraîne des pertes de mémoire); pour tester l'évolution de la maladie et vérifier l'efficacité du traitement médicamenteux; parce qu'ils craignent de développer une forme de dépendance au médicament ou encore, parce qu'ils veulent éviter d'être stigmatisés. Dans ce dernier cas, les participants prendront des doses additionnelles du médicament lorsqu'ils se savent en situations de stress intenses, afin d'éviter d'être victimes publiquement d'une crise d'épilepsie. D'autres participants réduiront la dose du médicament parce qu'ils le jugent inefficace ou à cause de ses effets secondaires. Le chercheur note que le médecin paraît avoir peu d'impact sur les décisions de l'individu en ce qui concerne la prise du médicament.

À partir de ce qui vient d'être dit, nous retenons que certaines études issues de l'anthropologie ou qui ont une parenté avec cette approche, ont exploré, pour comprendre l'inobservance aux traitements, les significations que les individus attribuent à la maladie et comment ces significations se traduisent dans des actions. Ces études mettent en relief la façon dont les individus conceptualisent l'HTA, le stress (*e.g.* stress externe chronique, maladie des nerfs) étant un thème récurrent, parfois lié à l'inobservance aux traitements médicamenteux. Des résultats mixtes sont par contre obtenus quant à l'impact du stress sur l'inobservance aux traitements. Les études issues de la sociologie se préoccupent, pour leur part, du contexte social dans lequel évolue l'individu, des situations particulières qui entourent la prise du médicament et la signification pour l'individu que prend le médicament dans sa vie de tous les jours. L'inobservance aux traitements y est conçue comme un choix raisonné, à savoir une démarche rationnelle adoptée par l'individu, comme un processus d'autorégulation ou comme un moyen pour tester l'efficacité du médicament. Ces études identifient elles aussi des motifs multiples associés à l'inobservance aux traitements médicamenteux (*e.g.* pour tester l'évolution de la maladie, peur de développer une dépendance aux médicaments, effets secondaires au médicament, pour vérifier l'efficacité du médicament).

2.5 POUR CONCLURE

À la lumière des écrits, il paraît difficile de se faire une idée précise à propos de l'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs. Bien que les études transversales, comparatives ou longitudinales qui ont été conduites dans ce domaine permettent de cerner une gamme de facteurs et de motifs associés à l'inobservance aux traitements et des modes d'utilisation irrégulière du médicament antihypertenseur, les résultats obtenus d'une étude à l'autre ne permettent très souvent que d'identifier que quelques facteurs d'influence à la fois. Certains auteurs reprochent également à ces études d'adopter une perspective beaucoup trop normative et de ne pas prendre en compte la perspective des personnes concernées. Or, la recension montre que, de façon isolée, des approches complémentaires utilisant des méthodologies qualitatives, cherchent à mettre à jour le point de vue des individus pour comprendre l'inobservance aux

traitements et conceptualisent l'inobservance aux traitements d'une façon tout à fait différente. Certaines de ces études sont issues de l'anthropologie ou en sont apparentées et d'autres sont issues de la sociologie. Les premières s'intéressent aux significations que les individus attribuent à l'HTA et la façon dont ces significations se traduisent en actions. Les secondes se préoccupent des significations que prend le médicament dans la vie quotidienne de l'individu, du contexte social et des situations particulières qui entourent la prise du médicament. Cependant, dans l'ensemble, ces études ne sont pas pleinement satisfaisantes. Les études issues de l'anthropologie, bien qu'elles proposent certaines explications à propos de l'inobservance aux médicaments antihypertenseurs, offrent des informations contradictoires quant au lien entre les conceptions de l'HTA (le stress étant fréquemment évoqué dans les discours) et l'inobservance aux traitements. Les études issues de la sociologie ne se destinent pas, pour leur part, à des personnes atteintes d'HTA et conséquemment, ne permettent pas de tirer des conclusions à propos de la prise du médicament antihypertenseur alors qu'elles traitent de problèmes de santé pour lesquels les individus atteints ont certainement des représentations distinctes de celles qu'ils auraient à l'égard de l'HTA. Cependant, ces études permettent de mettre à jour les raisonnements sur lesquels s'appuient les individus pour décider de leurs conduites quant à la prise du médicament et les moyens que ceux-ci utilisent pour se soigner, désigné sous l'expression « processus d'autorégulation ».

En définitive, l'état actuel des connaissances ne permet pas une compréhension suffisamment approfondie de l'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs, ce que tente de réaliser la présente étude. S'inspirant des approches anthropologiques et sociologiques mentionnées ci-haut, elle cherche à la fois à cerner les significations que les individus attribuent à l'HTA et au médicament antihypertenseur, à la fois, à connaître le contexte dans lequel s'inscrit la prise du médicament antihypertenseur.

La présente étude conçoit que les actions des individus répondent à une certaine rationalité que nous dirions « contextualisée ». Elle propose en effet que les individus ont la capacité de prendre des décisions ou d'adopter des comportements qui découlent logiquement des informations qu'ils possèdent, de représentations cohérentes et logiques

à leurs yeux, quel que soit leur bien-fondé, et qui s'inscrivent dans un contexte précis. Quant au chercheur-e, c'est de façon rationnelle qu'il aborde les interprétations et les explications que lui fournissent les individus (Massé, 1995) et y dégage une certaine cohérence.

La question de recherche est donc la suivante :

Quelles sont les logiques qui sous-tendent les comportements d'inobservance aux traitements médicamenteux chez des personnes atteintes d'HTA ?

CHAPITRE 3
METHODOLOGIE

3.1 ORIENTATION DE L'ÉTUDE

Dans la foulée des études recensées et pour répondre à notre question de recherche, une méthodologie qualitative paraît justifiée. La méthodologie constitue un puissant outil pour décrire et comprendre un phénomène donné. Elle permet d'atteindre un niveau de compréhension des phénomènes observés, inaccessible par d'autres méthodes (Bouchard, 1993). Les méthodologies qualitatives permettent d'étudier les choses dans leur contexte, essayant de donner une signification ou d'interpréter les phénomènes étudiés selon le sens que les individus leur attribuent (Pires, 1997). « Les témoignages et les messages sont interprétés en fonction de multiples influences subies et des préoccupations des personnes » (Pourtois & Desmet, 1989:19).

L'utilisation des méthodologies qualitatives est relativement récente dans la littérature médicale. Ces méthodologies se sont imposées devant le scepticisme accru du public à l'égard de l'expertise professionnelle et le désir de mettre au défi les savoirs experts (Williams & Popay, 1994). Elles ont pris un essor au moment où les savoirs des populations ont été reconnus et ont pris de l'importance (Stacey, 1994). Leur utilisation provient du fait que l'étude de certains problèmes de santé peut difficilement se réaliser à l'aide de devis expérimentaux et nécessite la prise en compte de leurs contextes. Les données qu'elles produisent sont par ailleurs précieuses pour informer les politiques publiques et les pratiques professionnelles en santé (Popay, Rogers, & Williams, 1998).

Utilisant une méthodologie qualitative, l'étude s'inspire de la démarche analytique proposée par la théorie ancrée. Mise au point par Glaser et Strauss en 1967, puis reprise et enrichie par d'autres auteurs en collaboration ou non avec ses créateurs (Paillé, 1994), la théorie ancrée consiste en une démarche de théorisation (Laperrière, 1997; Paillé, 1994) signifiant, comme le précise Bouchard (1993), que le chercheur extrait « les théories directement de la matière brute de l'expérience » (p.20). Démarche inductive et systématique, la théorie ancrée se refuse à toute construction *a priori* de concepts ou d'hypothèses. Ceux-ci sont développés et vérifiés au fur et à mesure de la progression de la recherche (Laperrière, 1997).

L'étude retient certains de ces grands principes : l'analyse débute au même moment que la collecte des données. Elle est itérative, ne parvenant que progressivement à la conceptualisation de son objet (Muchielli, 1994). Élémentaire au début, elle se complexifie progressivement, le chercheur se situant dans un processus constant de questionnement (Paillé, 1994). L'échantillon est construit en plusieurs vagues en fonction de sa pertinence théorique (Laperrière, 1997; Paillé, 1994). C'est ce qu'on désigne « échantillonnage théorique ». Ce sont alors des situations et des groupes qui sont échantillonnés notamment pour le développement de catégories conceptuelles jusqu'à une certaine saturation (Laperrière, 1997). Les instruments utilisés pour la cueillette des données sont provisoires. La grille d'entrevue, lorsque utilisée, sera constamment remaniée selon l'analyse en évolution jusqu'à ce que l'on obtienne une version satisfaisante pour les fins de l'étude (Glaser & Strauss, 1987).

3.2 STRATÉGIE D'ÉCHANTILLONNAGE

Comme point de départ à l'échantillonnage théorique, il s'agissait de maximiser les variations, à partir desquelles des choix sélectifs d'échantillonnage devaient progressivement être effectués (Laperrière, 1997).

3.2.1 Recrutement

Pour ce faire, les participants-es ont été initialement recrutés via une étude appelée « Utilisation du médicament antihypertenseur » (UMA). Brièvement, l'étude UMA fut conduite entre les mois d'avril 1998 et mars 1999 par des chercheurs-es du Département de pharmaco-épidémiologie de l'Université Laval à Québec et du Département de médecine familiale de l'Université McGill. Il s'agit d'une étude de cohorte prospective dont le but est d'identifier les déterminants de l'inobservance de la prise de nouveaux médicaments antihypertenseurs chez des individus atteints d'HTA âgés de 17 ans et plus.

Pour être admissibles, les participants-es à l'étude UMA devaient recevoir leur première prescription de Losartan ou d'un médicament appartenant à la catégorie des

inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA) ou celle des bloqueurs de canaux calciques (BCC). Nous retenions ce critère d'inclusion, sauf à la toute fin du recrutement alors que nous avons été contraints de recourir à une autre stratégie de recrutement et conséquemment, avons dû assouplir ce critère. De façon différente de l'étude UMA également, c'est non pas à partir de 17 ans, mais à partir de 40 ans, que nous avons choisi de recruter nos participants-es, compte tenu que l'HTA affecte particulièrement les individus à partir de l'âge adulte (FMCQ, 1999; Logan, 1994; Monane et al., 1997). De plus, par souci d'homogénéité alors que notre étude impliquait un travail fin d'analyse du discours, notre échantillon fut restreint aux individus vivant au Québec depuis plus de 10 ans. Également, seuls les individus qui prenaient un médicament antihypertenseur depuis un an et plus, étaient admissibles à notre étude, de façon à ce qu'ils aient le temps de se familiariser avec la prise du médicament antihypertenseur. Enfin, nous avons retenu l'un des critères d'exclusion de l'étude UMA : les femmes enceintes n'étaient pas admissibles à notre étude.

Les participants-es de notre étude étaient recrutés-es au terme de leur participation à l'étude UMA proprement dite afin de ne pas créer d'effets d'interaction. Comme convenu avec les chercheurs de l'étude UMA, leurs agents-es de recherche de l'étude UMA se chargeaient alors de contacter les personnes considérées inobservantes à leur traitement pour leur expliquer notre étude et solliciter leur participation. Nous les contactons ensuite afin de fixer un rendez-vous.

Nos participants-es étaient sélectionnés-es par les chercheurs-es de l'étude UMA sur la base d'un score obtenu à une échelle auto-administrée de leur étude. L'échelle comprend quatre questions (Tableau I) permettant d'estimer à l'aide d'un score de 0 à 4, le degré d'observance aux traitements (Grégoire, Guibert, Archambault, & Contandriopoulos, 1992). La spécificité (0,79) et la sensibilité (0,44) de l'échelle sont démontrées. Les participants-es de l'étude UMA qui obtenaient un score équivalent à 1 ou plus à l'échelle auto-administrée, étaient considérés-es inobservants-es à leurs traitements médicamenteux et conséquemment, formaient le bassin de personnes admissibles à notre étude.

Tableau I
Questions de l'échelle auto-administrée
tirée de « *Self-reported medication-taking scale* »
(Morisky, Green et Levine, 1986)

Vous arrive-t-il d'oublier de prendre votre ou vos médicament(s) ?

Vous arrive-t-il parfois de ne pas vous soucier de prendre votre (vos) médicament(s) ?

Lorsque vous vous sentez mieux, vous arrive-t-il de cesser de prendre votre (vos) médicament(s) ?

Si parfois vous vous sentez mal lorsque vous prenez votre (vos) médicament(s), cessez-vous de le(s) prendre ?

En définitive, nous avons obtenu quatre listes d'individus par l'intermédiaire de l'étude UMA, pour un total de 43 individus. De ce nombre, 22 ont accepté de participer. Vingt et un individus ont, ou bien refusé de participer, ou n'étaient pas admissibles à notre étude. Trois n'ont pas voulu se soumettre à nouveau à une entrevue; trois se sont dits trop occupés pour nous accorder du temps; et quatre, qui avaient cessé de prendre leur médicament, ont fermement ou implicitement refusé de nous rencontrer. Six individus n'ont pu participer à l'étude parce qu'ils n'étaient pas disponibles à cause de vacances ou de voyages d'affaires. Ces individus n'étaient pas intéressés à reporter le moment de l'entrevue à une date ultérieure. Paradoxalement, deux autres individus se sont dits, en entrevue, tout à fait observants à leur traitement et pourtant, étaient considérés inobservants selon les estimations des chercheurs de l'étude UMA (score de 1 ou plus à l'échelle auto-administrée par l'étude). Trois autres ont enfin affirmé ne pas souffrir d'HTA.

3.2.2 Première phase d'échantillonnage visant à maximiser les variations

Pour nous aider initialement à maximiser les variations à l'intérieur de l'échantillon, c'est d'abord sur la base de caractéristiques d'âge et de sexe et d'une situation commune, soit celle d'être considérés-es inobservants-es à leurs traitements selon le score obtenu à l'échelle auto-administrée de l'étude UMA, que nos participants-es ont, dans un premier temps, été recrutés-es. D'une part, le but était de parvenir à cerner des variations ou différentes manifestations de l'inobservance aux traitements parmi un ensemble d'individus recrutés, de faire un bilan de ces différentes manifestations pour éventuellement faire des choix d'échantillonnage plus sélectifs de façon à couvrir le plus grand nombre possible de manifestations de l'inobservance aux traitements ou de modes d'utilisation irrégulière du médicament antihypertenseur.

D'autre part, comme les écrits laissaient apparaître des résultats divergents quant à la part occupée par l'âge et le sexe dans l'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs, nous émettions l'hypothèse que des différences selon ces caractéristiques pouvaient éventuellement se manifester. Rappelons que certaines études

conduites par McClellan et al. (1988) et par Vaur et al. (1999) indiquent que les femmes ont été plus observantes que les hommes à leur traitement médicamenteux antihypertenseur alors que d'autres études (Balazovjech & Hnilica, 1993) ne rapportent aucune différence. D'autres études ne rapportent aucune différence selon l'âge sur le plan de l'inobservance aux traitements (Briggs, Lowental, Cirknesa et al., 1976; Haynes et al., 1979; Kruse & Weber, 1990), contrairement à certaines qui laissent entrevoir des différences selon le groupe d'âge (Degoulet et al., 1983; McClellan et al., 1988; Stewart, 1987; Vaur et al., 1999). Au fur et à mesure que nous obtenions des participants-es, ils ou elles étaient situés-es dans leur tranche d'âge respective et selon leur sexe. Cet effort fut constant tout le long du recrutement et a donné lieu à un échantillon stratifié par groupe d'âge (40-54 ans; 55-64 ans; 65 ans et plus), les hommes et les femmes se répartissant à peu près également dans chacune des tranches d'âge (Tableau II).

3.2.3 Choix d'échantillonnage sélectifs

Au fil des analyses, il apparaissait que plusieurs des individus recrutés, interrogés en entrevue, témoignaient d'une inobservance aux traitements qui apparaissait « légère », alors qu'ils omettaient occasionnellement de prendre leur médicament. Également, un certain nombre d'individus présentaient une prise du médicament relativement régulière, si ce n'est qu'ils avaient, exceptionnellement, cessé temporairement de prendre le médicament ou l'avait pris de façon irrégulière. Or, nous avons peu de cas en main où l'inobservance aux traitements paraissait prononcée, c'est-à-dire, où les individus éprouvaient des difficultés importantes et persistantes quant à la prise de leur médicament antihypertenseur. Conséquemment, cela nous a amenée, au cours de la dernière phase du recrutement, à cibler des individus (hommes et femmes) selon cette dernière caractéristique.

Il faut noter que nous avons alors épuisé les possibilités de recrutement via l'étude UMA et que nous avons dû demander à des médecins établis en CLSC (Côte-des-Neiges) et en cliniques privées de nous aider à recruter ces individus. Cela n'a pas posé de difficultés, car nous avons déjà des contacts avec des médecins des Départements de médecine familiale de l'Université de Montréal et de l'Université McGill. Ces médecins

se sont chargés de solliciter la participation, parmi leur clientèle, de personnes atteintes d'HTA qui, selon eux, éprouvaient des difficultés importantes quant à la prise de leur médicament antihypertenseur. Après avoir expliqué l'étude et obtenu l'accord de ces personnes, celles-ci nous ont donné leurs coordonnées. Nous avons alors communiqué avec elles pour prendre un rendez-vous.

Il faut enfin préciser que c'est au cours des dernières phases du recrutement, au moment où nous commençons à dégager les différentes manifestations de l'inobservance aux traitements, que ces choix d'échantillonnage plus sélectifs se sont imposés.

3.2.4 Description de l'échantillon

L'échantillon définitif comprend 27 participants-es. Ce nombre permet d'atteindre une certaine compréhension de l'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs dans une diversité de ses manifestations. L'échantillon se diversifie également selon l'âge, le sexe, la formation, l'occupation et la durée depuis l'annonce du diagnostic d'HTA.

3.2.4.1 Caractéristiques sociodémographiques

Quinze femmes et 12 hommes ont participé à l'étude (Tableau II). Ceux-ci se répartissent dans les trois tranches d'âge suivantes : huit participants-es sont âgés-es entre 40 à 54 ans, 11 ont entre 55 à 64 ans et huit ont 65 ans et plus. La personne la plus jeune est âgée de 41 ans et la plus âgée, de 70 ans. La forte majorité des participants-es sont mariés-es, soit 20 individus, alors que deux sont célibataires, deux sont divorcés-es et trois sont veufs ou veuves. Vingt-quatre participants-es ont entre un et six enfants, pour une moyenne de deux enfants. La plupart, soit 24 participants-es, sont « Québécois-es francophones de souche ». Trois sont d'origine libanaise, italienne ou française et demeurent au Québec depuis plus de 10 ans.

Les participants-es proviennent de milieux diversifiés, moins de milieux urbains et de banlieues que de milieux ruraux. Quatre demeurent à Montréal. Sept sont établis en proche banlieue, dans la région administrative de la Montérégie, soit à Longueuil,

Châteauguay, St-Lambert et St-Hubert ($n = 2$). Sept sont établis dans des secteurs plus éloignés de Montréal, dans de petites localités de la Montérégie, soit à Tracy ($n = 2$), Yamaska, Saint-Jean-sur-Richelieu, Saint-Roch-de-Richelieu, St-Blaise-sur-Richelieu et Saint-Césaire. Deux proviennent de la région de Lanaudière, soit La Plaine et Rawdon. Un participant provient des Laurentides, soit Boisbriand et deux participants-es, de Laval. Enfin, trois participants-es demeurent à Québec à Ste-Foy et à proximité, soit Beauport ($n = 2$) et trois autres proviennent de l'Est de Québec, en Beauce, notamment à Beauceville ($n=3$).

Les participants-es ont des niveaux de formation variés. Six ont complété une formation universitaire, trois, une formation de niveau collégial et deux, une formation de niveau secondaire. Trois n'ont pas complété leur formation de niveau secondaire, contre cinq qui ont une formation de niveau primaire. Huit n'ont pas complété leurs études primaires.

Tableau II
Caractéristiques sociodémographiques des participants-es

Âge	N
40-54 ans	8
55-64 ans	11
65 ans et plus	8
Sexe	
Femmes	15
Hommes	12
Formation	
N'a pas complété ses études primaires	6
Niveau primaire complété	3
N'a pas complété ses études secondaires	2
Niveau secondaire complété	3
Niveau collégial complété	5
Niveau universitaire complété	8
Occupation	
Salariés-es	6
Travailleurs et travailleuses autonomes	3
Retraités-es	10
Chômeurs et chômeuses	2
Assistés-es sociaux-ales	1
Accidentés-es du travail	1
Au foyer	4
Lieux de résidence	
Milieu urbain	5
Banlieue	7
Milieu rural	15

Les occupations sont-elles aussi diversifiées. Au moment de l'entrevue, six participants-es sont des travailleurs et travailleuses salariés-es, trois sont des travailleurs autonomes, 10 sont à la retraite, deux sont en chômage, une reçoit des prestations d'aide sociale, une, des indemnités de la CSST et quatre sont au foyer. Les corps d'emplois antérieurement occupés ou occupés au moment de l'entrevue sont variés. Parmi les employés salariés, les personnes retraitées ou non, on trouve une professionnelle cadre en milieu bancaire, des professionnels de la finance, tel un comptable, des enseignants de niveaux secondaire et collégial, une secrétaire, une travailleuse sociale et une conseillère à l'emploi, un pompier, des contremaîtres œuvrant dans le secteur de la construction et/ou de l'aciérie, un opérateur de machinerie lourde, des préposés à l'entretien et à l'assemblage œuvrant dans le secteur manufacturier, une préposée aux bénéficiaires en centres hospitaliers et un commis de bureau. Parmi les travailleurs autonomes, on trouve un propriétaire de dépanneur, un chef d'entreprise dans le domaine de l'import-export, une propriétaire d'un restaurant, un propriétaire d'une compagnie d'entretien ménager. Notons que ce sont des femmes qui reçoivent des indemnités de la CSST, du bien-être social ou qui sont au foyer.

3.2.4.2 Services de santé utilisés et les médicaments antihypertenseurs

Nous avons obtenu, de façon partielle, des données sur les médicaments et l'utilisation des services de santé utilisés. En effet, tous et toutes les participants-es n'ont pas été en mesure de nous fournir des informations à ce sujet. De façon générale, les participants-es mentionnent qu'ils ou elles ont un médecin de famille ou un médecin traitant et ont eu avec ce dernier un suivi plus étroit au moment de l'annonce du diagnostic d'HTA et au cours des mois suivants. Un certain nombre mentionnent aussi des contacts avec leurs pharmaciens et de façon plus isolée avec une infirmière, pour la prise de la pression artérielle. Quatre participants-es ont été hospitalisés-es en raison d'une pression artérielle trop élevée et un a connu son diagnostic au moment de son hospitalisation pour un autre problème de santé (problème aux reins). Quatre, en plus d'être atteints d'HTA, souffrent d'un autre problème de santé (problèmes aux reins/ artériosclérose, tachycardie, glaucome, hyperthyroïdie, diabète, sclérose en plaques).

Certains-les font part de niveaux de pression artérielle atteints lors de l'annonce du diagnostic. Ceux-ci varient entre 150-80 mm Hg à 220-110 mm Hg. Certains-les participants-les connaissent leur diagnostic depuis de longues années alors que d'autres ne l'ont eu que récemment. La durée de la prise du médicament antihypertenseur (celui à l'étude et/ou d'autres médicaments antihypertenseurs antécédents) va d'un an à 37 ans.

Enfin, quelques médicaments antihypertenseurs ont été mentionnés par les participants-les (Tableau III). Ceux-ci se situent dans les classes suivantes de médicaments : les antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), les bloquants des canaux calciques (BCC), les inhibiteurs adrénergiques périphériques et les inhibiteurs de conversion de l'angiotensine (IECA).

Tableau III
Classes et types de médicaments anti-hypertenseurs utilisés au Canada et
médicaments antihypertenseurs prescrits

Classes de médicaments	Médicaments antihypertenseurs prescrits
Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA)	Cozaar, Hyzaar
Bloquants des canaux calciques (BCC)	Verilan, Adalat-XL, Norvasc
Inhibiteurs adrénergiques périphériques	Lopresor, Termonin
Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA)	Coversyl, Altace, Inhibace, Zestril, Accupril, Monopril, Vasotec

3.3 CUEILLETTE DES DONNÉES

Pour la cueillette des données, l'étude a utilisé la technique de l'entrevue semi-structurée. Cette technique représente un moyen approprié, donnant accès à l'expérience des individus. Elle permet d'obtenir des informations auprès de personnes ayant été le plus souvent témoins ou acteurs d'événements sur lesquels porte la recherche (Macé, 1988:81). Elle donne accès à des données susceptibles d'informer sur les pratiques et les façons de penser de la personne interviewée tout en offrant la possibilité d'explorer en profondeur les différentes facettes de son expérience (Poupart, 1997; Van der Maren, 1996).

À partir des écrits recensés et de nos connaissances préalables, une première ébauche de la grille d'entrevue fut développée. La grille (Tableau IV) fut ensuite remaniée en cours de progression des analyses. Il faut préciser que c'est au cours des premières rondes d'entrevues, soit après que nous ayons effectué six entrevues, que la grille d'entrevue fut modifiée. Elle le fût sur la base des considérations suivantes :

- D'une part, il est rapidement apparu que la façon dont nous interrogeons les participants-es à propos de l'inobservance aux traitements n'était pas suffisamment directe et précise. En effet, nous leur demandions simplement de nous parler de leur prise du médicament antihypertenseur. Les réponses obtenues étaient parfois beaucoup trop hésitantes ou évasives. Ce faisant, nous avons choisi d'être plus directe, en demandant aux participants-es de nous parler de leurs difficultés relatives à la prise du médicament antihypertenseur, tout en cherchant à connaître la manière dont ceux-ci ou celles-ci justifiaient ces difficultés.
- D'autre part, le stress se présentait comme un thème récurrent dans le discours des participants-es. Dans une perspective préventive et compte tenu des écrits, il paraissait indispensable d'approfondir la thématique et son lien éventuel avec l'inobservance aux traitements. Nous décidions ainsi de porter une attention particulière au stress que les participants-es associaient à l'HTA, en approfondissant certains éléments de leur histoire de vie (vie au travail et familiale), ce qui devait

permettre de contextualiser le stress dont faisaient référence les participants-es. Nous convenions également qu'il fallait obtenir, en cours d'entrevue, le plus d'informations possibles sur le stress lorsque mentionné par les participants-es. Nous décidions par contre de ne pas, d'emblée, questionner les participants-es à propos du stress, pour éviter un biais, mais plutôt d'approfondir la thématique lorsqu'elle serait évoquée par eux ou elles. Nous devions, à ce moment, chercher à connaître ce que signifie le stress pour le ou la participant-e. Comment ce dernier ou cette dernière se sent lorsqu'il ou elle se dit stressé-e ? Quelles sont, à l'aide d'exemples, les situations dans lesquelles il ou elle se sent stressé-e ?

Dans sa version finale, la grille est formée de questions principales servant de points de repères à partir desquels il est possible d'obtenir sensiblement les mêmes renseignements d'un-e participant-e à l'autre. Ces questions sont suffisamment ouvertes pour permettre d'aller au-delà des questions posées et suffisamment directives pour obtenir l'information désirée en une seule entrevue (Patton, 1990).

La grille se compose de quatre grands blocs de questions, accompagnés de sous-questions. L'entrevue devait en effet débiter tranquillement, dans une atmosphère de sécurité. Il s'agissait d'abord de mettre le ou la participant-e en confiance, de lui demander de nous parler de lui ou d'elle, de sa vie en général, au travail et en famille. La première question, d'ordre descriptif (par exemple, trajectoires de vie personnelles et données sociodémographiques), permet ainsi de contextualiser l'expérience du ou de la participant-e (Patton, 1990). L'entrevue passait ensuite aux questions d'opinions et d'interprétations. Ces questions devaient permettre de couvrir les perceptions, les attitudes, les connaissances et les actions des participants-es à l'égard de l'HTA et du médicament antihypertenseur. Elles devaient permettre de reconstruire, en rétrospective, l'épisode de soins des individus depuis l'annonce de leur diagnostic. Ces questions avaient comme but de bien contextualiser l'expérience de la personne face à l'HTA et au traitement médicamenteux. S'y joignait une question centrale à l'étude visant à cerner l'inobservance aux traitements. La grille comportait enfin une dernière question incitant le ou la participant-e à formuler des commentaires à propos du contenu abordé lors de l'entrevue et du déroulement même de l'entrevue.

Tableau IV
Grille d'entrevue – Version finale

1. **Prise de contact :** Avant de commencer, j'aimerais que vous me parliez un peu de vous.
De votre milieu de vie : lieu de résidence, vie familiale (par exemple contexte, soutien, réseau et difficultés) et sociale ? De votre travail : Occupation et contexte de travail ? De votre état de santé général ? De votre utilisation des services de santé ?
2. **Situer dans son contexte l'expérience de la personne atteinte d'HTA :**
*Nous aimerions maintenant que vous nous disiez comment s'est passée l'annonce du diagnostic ?
Quelles ont été alors vos réactions ? Quelle était alors votre perception de l'HTA ?
(Explorer le stress lorsque mentionné)
Qu'est-ce que le médecin ou tout autre professionnel vous disait sur le sujet ?
Celles des proches ? Quelle information avez-vous reçue ?
Comment ces perceptions et ces réactions ont-elles évolué au fil du temps ?*
3. **Situer dans son contexte la prise du médicament antihypertenseur :**
Depuis quand prenez-vous un médicament anti-hypertenseur ? Comment vit-on au quotidien avec la prise du médicament ? Comment prenez-vous quotidiennement le médicament ?
Certains éprouvent des difficultés à prendre leur médicament, parlez-nous de vos propres difficultés ? Quelles sont vos difficultés rencontrées ?
Pour quelles raisons éprouvez-vous ces difficultés ?
En discutez-vous avec vos proches ? Avec les professionnels de la santé ?
4. **Prise d'autres médicaments :** Parlez-nous, si possible, de l'ensemble des médicaments que vous prenez et du médicament antihypertenseur actuel.
Noms, modalités, durée.
5. **Commentaires à formuler :** Avez-vous des commentaires à formuler ? Sur le déroulement ou le contenu de l'entrevue ?

3.4 DÉROULEMENT

Une entrevue semi-structurée d'une durée moyenne de 90 minutes fut conduite auprès des participants-es. L'entrevue fut enregistrée sur bandes audio, puis retranscrite. Un formulaire de consentement (Annexe 1) approuvé préalablement par le comité d'éthique à la recherche de l'Université McGill, fut alors signé puis remis à chaque participant-e. Ce formulaire garantissait l'anonymat et la confidentialité de l'entretien (Deslauriers, 1991) et expliquait brièvement l'étude. L'accord écrit des participants-es pour enregistrer l'entrevue sur bande audio a aussi été obtenu.

Dans l'ensemble, les participants-es ont accueilli favorablement l'étude et semblaient heureux et heureuses de nous faire part de leurs expériences. Les entrevues se sont déroulées de façon cordiale, en présence ou non du conjoint ou de la conjointe. Elles ont eu lieu au domicile des personnes, sauf exception. En effet, à la demande d'une participante, l'entrevue a eu lieu dans un local de l'Université de Montréal.

Nous avons par ailleurs tenu un journal de bord pour consigner le déroulement de l'étude. Des notes méthodologiques, théoriques et des fiches de synthèse y sont incluses, ordonnées chronologiquement. Les notes méthodologiques ont été prises à la suite des entrevues auprès des participants-es ou au cours du déroulement des opérations de recherche. Ces notes décrivaient les opérations réalisées et servaient d'aide-mémoire au moment de la rédaction de l'ensemble des activités de recherche (Deslauriers, 1991). Des notes théoriques ont également été prises, au fil de la progression des analyses. Elles comprenaient les interprétations et les idées générales tirées des analyses. Des fiches de synthèse d'entrevues étaient enfin complétées. Elles comportaient une série de questions résumant l'entrevue et identifiant les thèmes principaux abordés. Elles permettaient de fixer les impressions, les réflexions (Huberman & Miles, 1991).

3.5 ANALYSES

Les analyses ont débuté vers le mois d'août 1998. Elles sont subdivisées en trois grandes étapes. La première consiste à découper le matériel, à l'organiser et à le regrouper, puis à l'indexer à l'aide du logiciel QSR NUDIST. Cette étape permet de préparer le matériel en vue de réaliser les analyses subséquentes. La seconde étape consiste en des analyses ciblées, lesquelles visent, d'une part, à faire une analyse en profondeur d'une thématique récurrente dans les discours, celle du stress et à explorer son lien avec l'inobservance aux traitements et d'autre part, à faire une analyse en profondeur des logiques individuelles explicatives de l'inobservance aux traitements. La dernière étape consiste en des analyses intégratives, lesquelles visent à rendre l'ensemble des logiques explicatives individuelles dans un tout cohérent, soit à dégager de grandes logiques sous-jacentes à l'inobservance aux traitements chez les participants-es.

3.5.1 Organisation, préparation et indexation du matériel

La première étape a consisté à classer le matériel recueilli, soit à créer une banque de données ordonnée pour poursuivre les étapes subséquentes de l'analyse. Pour ce faire, des premières analyses ont été effectuées à partir de l'examen d'un lot de trois entrevues. Notre tâche a alors consisté à coder ces entrevues, ce qui impliquait que nous fassions une lecture attentive de la transcription des entrevues, que nous découpons les textes en unités de sens, puis les nommions (Paillé, 1994). Les codes ont ensuite été listés sur une feuille à part, puis la liste, discutée avec deux chercheurs-es afin d'y dégager des catégories et des sous-catégories. Un codage a ensuite été effectué sur six autres entrevues, duquel nous avons dégagé des catégories et des sous-catégories. Nous avons alors fait un retour sur les catégories de départ identifiées et avons porté un intérêt aux informations récurrentes et nouvelles. Ce travail a donné lieu à neuf catégories et 19 sous-catégories. Le tableau V présente la liste de ces catégories et sous-catégories.

Tableau V
Catégories-maîtresses et sous-catégories de l'étude

Catégories-maîtresses	Sous-catégories
1. Conception de l'HTA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Causes associées à l'HTA <ul style="list-style-type: none"> a) <u>STRESS</u> b) Habitudes de vie c) Bagage génétique d) Vieillessement ▪ Gravité perçue ▪ Absence de symptômes ▪ Symptômes reconnus
2. Attitudes à l'égard de la santé et de la maladie, en général	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En général <ul style="list-style-type: none"> a) Attitudes b) Représentations c) Connaissances
3. Conception du Médicament	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Antihypertenseurs <ul style="list-style-type: none"> a) Attitudes b) Représentations c) Connaissances
4. Perception des professionnels-es de la santé et de l'univers médical	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Médecins ▪ Pharmaciens ▪ Autres professionnels ▪ Univers médical
5. Information	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Réactions ▪ Contenus ▪ Sources ▪ Médiums ▪ Besoins
6. Prise en charge de l'HTA	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Prise en charge personnelle ▪ Prise en charge professionnelle ▪ Influence des proches ou de l'entourage
7. Utilisation des services de santé en général	
8. Prise du médicament	<ul style="list-style-type: none"> ▪ En général ▪ Antihypertenseur

Les catégories réunissent les thèmes centraux, récurrents dans le discours des participants-es. Elles sont suffisamment définies pour assurer une certaine homogénéité de leur contenu lors de l'indexation du matériel et pour que nous puissions facilement y regrouper le matériel correspondant (Bardin, 1977). La structure finale de catégorisation se veut en effet la moins fragmentaire possible. Nous souhaitons pouvoir travailler à partir d'unités de sens regroupées autour de catégories de base rassemblant une grande quantité de matériel. Certaines catégories sont mutuellement exclusives, d'autres, non. Nous avons choisi de regrouper, au besoin, les mêmes unités de sens autour de différentes catégories (Bardin, 1977).

1. Conception de l'HTA

L'HTA se voyait attribuer une définition globale, impliquant ou non des manifestations physiques et relevant de facteurs externes à l'individu (*e.g.* stress). Ces éléments des discours sont réunis autour d'une catégorie que nous désignons « Conception de l'HTA ». Cette catégorie regroupe les informations traitant du stress vécu par les participants-es comme facteur associé à l'HTA et d'autres facteurs évoqués par les participants-es faisant appel aux habitudes de vie, au bagage génétique, au vieillissement. Elle comprend les symptômes (par exemple fortes migraines) que certains individus attribuent à l'HTA. Elle comprend également l'absence de symptômes que d'autres associent à la maladie de même que le degré de gravité attribué à l'HTA. Ces éléments forment des sous-catégories.

2. Attitudes générales à l'égard de la santé et la maladie

Les participants-es ont fait part de leur état de santé général, de leurs antécédents de santé personnels et familiaux. Ils ou elles ont révélé ce qui les préoccupe et les attitudes qu'ils ou elles adoptent par rapport à la santé et la maladie en général. Une catégorie fut donc cernée, celle de l'« Attitude générale à l'égard de la santé et de la maladie ». Cette catégorie inclut également des informations faisant appel à la philosophie de vie de l'individu et à son rapport à la maladie et la santé. Elle n'inclut pas les représentations de l'HTA, sauf quand on ne peut les séparer des représentations générales de la maladie et de la santé

3. Conception du médicament

Les participants-es ont formulé certains jugements et témoigné de leur inclinaison à l'égard du médicament en général et du médicament anti-hypertenseur, en particulier. Une catégorie désignée « Conception du médicament », a donc été retenue, scindée en deux sous-catégories, « Conception du médicament en général » et « Conception du médicament anti-hypertenseur ». Chacune d'elles regroupe des informations traitant des attitudes, des représentations et des connaissances des répondants-es à l'égard du médicament.

4. Perception des professionnels-es de la santé et de l'univers médical

Les participants-es ont fait part de certains échanges ou interactions qu'ils ou elles avaient avec des professionnels-es de la santé, de contacts qu'ils ou elles avaient avec médecins, pharmaciens et infirmières. Ils ou elles ont posé des jugements, exprimé leurs opinions quant aux attitudes et aux comportements de ces professionnels-es. Ils ou elles se sont également positionnés-es par rapport à la médecine moderne, ses dangers, ses bénéfices, ses contradictions, etc. La catégorie « perception des professionnels-es de la santé et de l'univers médical » est donc retenue. Elle regroupe les informations traitant des jugements que pose l'individu sur l'acte professionnel et sur l'univers médical.

5. Information

Les participants-es ont fait part d'informations reçues ou d'informations qu'ils ou elles ont eux-mêmes recueillies. Ils ou elles entretiennent un rapport différent avec cette information, les uns-es ne désirant pas la recevoir et les autres, la recherchant. La catégorie « information » est donc retenue. Elle regroupe les informations traitant des réactions face à l'information, les contenus retenus, les sources d'information, les médiums privilégiés et les besoins d'information des participants ou toutes autres dimensions pouvant éventuellement émerger de leur discours.

6. Prise en charge de l'HTA

Cette catégorie désigne les activités concrètes que mentionne le ou la participant-e quant aux soins entourant l'HTA. Trois sous-catégories se sont imposées. La

première, celle de la « prise en charge personnelle », réunit les éléments du discours où le ou la participant-e mentionne les activités qu'il ou elle entreprend pour se soigner. Cette sous-catégorie regroupe des informations faisant appel à la prise de la pression artérielle, au changement d'habitudes de vie, à l'automesure de la pression artérielle et à l'adoption de produits naturels comme moyen de prise en charge de l'HTA. La seconde, celle de la « prise en charge professionnelle », réunit les éléments du discours où le ou la participant-e identifie les activités initiées et les propos tenus par le professionnel de la santé pour le ou la soigner. Enfin, la troisième réunit les éléments des discours où le ou la participant-e fait mention d'individus autres que les professionnels-es de la santé avec lesquels il ou elle transige en rapport avec la prise en charge de l'HTA et face au médicament antihypertenseur, soit les proches et l'entourage. Une sous-catégorie désignée « influence des proches ou de l'entourage » est donc retenue.

7. Utilisation des services de santé en général

Les participants-es ont eu recours à un certain nombre de ressources médicales formelles pour se soigner, d'où la catégorie « utilisation des services de santé ». Cette catégorie regroupe les informations traitant de leurs séjours en centres hospitaliers, de consultations médicales chez des spécialistes, en cliniques médicales privées et en CLSC pour des problèmes reliés à l'HTA ou tout autre problème de santé. À la différence de la catégorie précédente, cette catégorie regroupe une série d'éléments factuels sur l'utilisation des services de santé des participants-es.

8. Prise du médicament

Les participants-es ont fait part de leurs expériences et de leurs comportements à l'égard de la prise du médicament en général et du médicament anti-hypertenseur, en particulier, d'où la catégorie « prise du médicament » et les deux sous-catégories, « prise du médicament en général » et « prise du médicament anti-hypertenseur ». Ces sous-catégories regroupent les informations traitant des modalités et de la durée de la prise du médicament, des motivations à prendre et ne pas prendre le médicament, des modes d'utilisation irrégulière du médicament et d'autres informations émergeant éventuellement des discours.

Nous avons, en dernier lieu, classé, regroupé le matériel recueilli autour de ces catégories et sous-catégories et l'avons indexé à l'aide du logiciel QSR NUDIST. Ce support offre l'intérêt de pouvoir disposer rapidement, sur format imprimé, du matériel réuni autour des catégories retenues. Pour ce faire, un lexique a été élaboré comportant la liste finale des catégories et de leurs sous-catégories et définitions. Ce lexique vise à s'assurer que les mêmes catégories sont attribuées systématiquement aux mêmes unités de sens (Van der Maren, 1996). Pour s'assurer de l'exactitude et de la cohérence de l'indexation, nous avons, avec deux agentes de recherche, effectué le découpage de trois verbatims en nous appuyant sur le lexique et les définitions proposées pour chaque catégorie. Ce travail a ensuite été discuté entre nous, ce qui a permis de vérifier dans quelle mesure chacune effectuait le même découpage du matériel et jusqu'à quel point le sens de chacune des catégories était bien transmis. Nos découpages respectifs ont été discutés entre nous jusqu'à ce qu'un accord soit atteint, nous amenant à redéfinir et circonscrire certaines catégories. Nous avons par la suite préparé et indexé le matériel. Notons que ce travail d'indexation a été vérifié, à quelques reprises, par un autre chercheur. L'impression du matériel indexé donne 620 pages de textes de verbatims et près de 2 300 pages de textes imprimés autour de catégories-maîtresses et de sous-catégories.

3.5.2 Analyses ciblées

Le matériel indexé en main, nous étions prêts à procéder, manuellement, à l'analyse ciblée des données. Or, parmi un ensemble de dimensions significantes, l'analyse du stress se présentait alors comme un élément incontournable et ce, pour les considérations suivantes : d'abord, nous décidions que cette analyse devait débuter par ce dont les participants-es témoignaient avec force, notre objectif étant de mettre en évidence ce qui les préoccupe; ensuite, la thématique du stress méritait d'être approfondie, étant conçue dans les écrits comme un facteur contributif à l'HTA mais dont la nature ou les caractéristiques par rapport à l'HTA sont peu documentées. Son analyse devait permettre de tirer des enseignements utiles dans une perspective de prévention primaire et secondaire; enfin, il paraissait important d'approfondir le lien entre la

représentation du stress et l'inobservance aux traitements alors que certaines études qualitatives (Heurtin-Roberts & Reisen, 1990) mettaient en évidence ce lien et d'autres (Blumhagen, 1980), non.

Après avoir effectué l'analyse en profondeur du stress en relation avec l'HTA et avec l'inobservance aux traitements, nous décidions d'effectuer une seconde analyse ciblée. Cette analyse avait, cette fois, comme but de cerner les logiques personnelles explicatives de la prise irrégulière du médicament antihypertenseur. En effet, il paraissait essentiel d'obtenir, en premier lieu, un portrait de la trame explicative de la prise irrégulière du médicament chez chaque participant-e, de façon à pouvoir ensuite y dégager de grandes logiques d'inobservance aux traitements.

3.5.2.1 Analyse-ciblée du stress

Pour réaliser l'analyse en profondeur de la thématique du stress, nous avons d'abord effectué l'analyse fine d'un cas. Nous avons en effet choisi d'identifier le témoignage d'un participant qui illustre, de façon éloquente, la force et la nature du lien entre le stress et l'HTA et de synthétiser ce témoignage sous forme d'une vignette. La vignette permettait de dégager la pertinence du lien entre la représentation du stress et l'HTA, mettait à jour l'ensemble des dimensions à l'œuvre dans la construction de ce lien et éventuellement avec l'inobservance aux traitements. La rédaction d'une vignette comportait cependant sa part de difficultés, soit celle de trouver la manière de saisir finement le témoignage du participant et d'en faire un portrait le plus fidèle possible. Les travaux de Charolles et PetitJean (1992) sur l'activité résumante permettaient d'appuyer la construction de la vignette, sur des règles précises d'élaboration des résumés. Cette construction impliquait que nous prenions connaissance de l'entrevue après en avoir lu une ou plusieurs fois la transcription. Il s'agissait ensuite de dégager les idées fondamentales, les mouvements logiques reliant ces mêmes idées et les réunissant entre elles et enfin, de rédiger ce que les auteurs désignent le texte « second ».

À partir de la vignette, des thématiques centrales ont été cernées et listées sur une feuille à part. L'ensemble du matériel indexé regroupé autour de la catégorie « stress » a ensuite été codé, ce qui a impliqué que nous découpons les textes indexés en unités de

sens, puis nommions ces unités de sens (Paillé, 1994). Une liste de codes a été établie et une proposition résumant l'idée pour chaque code a été formulée. L'ensemble des propositions a été regroupé autour de thématiques. Certaines d'entre elles avaient déjà été identifiées à l'aide de la vignette, et d'autres sont venues compléter le portrait d'ensemble (Tableau VI). Le tout a été synthétisé et décrit dans le chapitre suivant traitant des résultats de l'étude.

Tableau VI
Thématiques émergeant de la vignette et de l'analyse du matériel
indexé autour de la sous-catégorie « stress »

•Caractère ponctuel et cumulatif du stress

Contextes générateurs de stress

Manifestations physiques

Lien explicite avec inobservance aux traitements

3.5.2.2 Analyse ciblée des logiques explicatives individuelles de la prise irrégulière du médicament antihypertenseur

La seconde analyse ciblée a consisté à reconstruire la logique du discours du ou de la participante, en cernant ce qui lui paraissait central en lien avec la prise irrégulière du médicament antihypertenseur. Pour ce faire, nous avons retenu le témoignage d'un participant qui illustre de façon éloquente la prise irrégulière de son médicament antihypertenseur. Ce témoignage a été synthétisé sous forme d'une vignette, en appliquant les mêmes procédures que précédemment pour sa rédaction (Charolles & PetitJean, 1992). Nous avons alors identifié, parmi l'ensemble des propositions, celles qui paraissaient liées étroitement à la prise irrégulière du médicament antihypertenseur chez ce participant. Les propositions retenues étaient celles dont la valeur explicative en regard de la prise irrégulière du médicament était significative selon ce que révélait explicitement le participant. D'autres propositions, sans être explicitement liées à la prise irrégulière du médicament, étaient retenues parce qu'elles constituaient, comme l'évoquait le participant, ou bien des facteurs facilitant ou bien des facteurs contraignant la prise régulière du médicament antihypertenseur. Les propositions retenues ont été regroupées autour de thématiques centrales et listées sur une feuille à part. Un texte final a été écrit. Dans ce texte, nous avons reconstruit la logique explicative de la prise irrégulière du médicament antihypertenseur chez le participant, en mettant en lien les propositions entre elles.

À partir des éléments contenus dans ce texte, une grille de lecture fut élaborée laquelle a comporté les éléments suivants : mode d'utilisation irrégulière du médicament antihypertenseur évoqué par le participant, modalités de la prise du médicament employée, facteurs motivant l'inobservance aux traitements et motivant l'observance aux traitements, stratégies de prise en charge de l'HTA et lien éventuel avec l'inobservance aux traitements. Cette même procédure a été appliquée aux 26 autres verbatims dont nous avons refait des relectures intégrales. Vingt-six textes ont ensuite été écrits.

Des thématiques ont pu alors être cernées qui ont, elles-mêmes, été comparées aux thématiques issues du témoignage. Ce travail a permis de restructurer le système de catégorisation déjà développé, de laisser de côté des catégories déjà identifiées et de transformer des sous-catégories en grandes catégories. Six catégories explicatives de la prise irrégulière du médicament ont été, en définitive, retenues : « conception de l'HTA », « perception des professionnels-es de la santé et de l'univers médical », « Attitudes générales à l'égard de la santé et la maladie », « information », « prise en charge personnelle » et ses sous-catégories : « gestion du stress », « modification des habitudes de vie », « prise de la pression artérielle », « approches naturelles de soins » et « prise du médicament antihypertenseur ». Une analyse du matériel indexé autour de ces catégories et sous-catégories a été effectuée. Un portrait descriptif de chacune de ces catégories et sous-catégories est présenté dans le chapitre suivant traitant des résultats de l'étude.

3.5.3 Analyses intégratives

À ce stade-ci, le portrait descriptif et les 27 textes synthétisant les logiques individuelles d'inobservance aux traitements permettaient de dégager certaines tendances et donc, de cerner l'essentiel du propos (Paillé, 1994). L'on voyait, par exemple, que certains-es participants-es exprimaient des réserves, voire des résistances à l'égard de la médecine et du médicament antihypertenseur contrairement à d'autres qui se soumettaient aux directives médicales reçues et prenaient volontiers le médicament. Ces observations et d'autres encore, permettaient progressivement de poser un regard différent sur le matériel recueilli et jetaient les premières bases de l'analyse intégrative des données.

Par un travail de comparaison constant (Laperrière, 1997; Patton, 1990) des 27 textes entre eux, il a été possible d'entrevoir les régularités, les points de convergence et de divergence entre les différentes logiques individuelles d'inobservance aux traitements. Ces logiques individuelles ont été interrogées et comparées entre elles autour des éléments issus de la grille de lecture ci-haut mentionnée. Progressivement, il a été

possible de regrouper les participants-es et leurs logiques personnelles autour de trois catégories d'utilisateurs et utilisatrices du médicament antihypertenseur, de dégager les traits caractéristiques propres à chacune de ces catégories et les conditions particulières s'y rattachant explicatives de la prise irrégulière du médicament. Il faut noter que chaque catégorie d'utilisateurs et utilisatrices est marquée par une certaine diversification de l'expérience. S'appuyant sur ce que suggère l'induction analytique, les explications que nous mettions de l'avant pour qualifier une catégorie d'utilisateurs et utilisatrices furent confrontées aux expériences de participants-es qui les remettaient en cause (Muchielli, 1994), ce qui a, peu à peu, permis de consolider les catégories et leurs caractéristiques (Deslauriers, 1997). En définitive, trois grandes logiques d'inobservance aux traitements ont pu alors être cernées.

3.6 QUALITÉ DE L'ÉTUDE

Il existe une multiplicité de critères qui permettent de poser un jugement sur la qualité d'une étude qualitative suivant le paradigme dans lequel une étude s'inscrit (Creswell, 1998). Notre étude embrasse le paradigme constructiviste dans la mesure où nous reconnaissons le caractère pluraliste de la réalité (Guba & Lincoln, 1994; Schwandt, 1994). Il n'existe pas de monde réel unique préexistant et indépendant de l'activité mentale humaine et du langage symbolique humain. Les réalités sont appréhendées sous de multiples formes, à travers des constructions mentales intangibles. Elles sont forgées socialement et à travers l'expérience et sont de nature locale et spécifique. Elles dépendent de la forme et du contenu que lui donnent les individus ou les groupes, instigateurs de ces constructions (Schwandt, 1994).

Nous retenons conséquemment les critères suivants de qualité tels que proposés par Guba et Lincoln (1994) et Pourtois et Desmet (1989) : ce sont la crédibilité, la transférabilité, la consistance interne et la confirmation.

3.6.1 Critère de crédibilité

La crédibilité de l'étude ou le critère conventionnel de validité interne, fait appel à la correspondance entre les réalités décrites par les participants-es et les reconstructions de ces réalités par le ou la chercheur-e. Elle répond, en fait, à la question suivante : « Quelle garantie le chercheur fournit-il quant à la qualité des observations effectuées ainsi qu'à l'exactitude des relations qu'il établit entre les observations lors de l'interprétation ? » (Pourtois & Desmet, 1989:23). Pour ce faire, Guba et Lincoln (1994) proposent de recourir à la technique de validation par les participants (*member checks*) ou validité de signifiante (Pourtois & Desmet, 1989), laquelle consiste à soumettre les résultats des analyses, les interprétations et les conclusions aux participants auprès desquels les données sont recueillies. Nous avons choisi de ne pas utiliser la technique parce que nous étions d'avis que la forte majorité de nos participants-es avaient déjà été fortement sollicités-es, ayant préalablement été interrogés-es et ce, à plusieurs reprises, dans le cadre de l'étude UMA.

La crédibilité de l'étude a par contre été assurée par la validation conceptuelle avec trois chercheurs-es (Ron Lévy, Louise Vandelac et Rémi Guibert) des catégories analytiques ayant été développées. Il y a eu en effet un travail étroit et des rétroactions constantes avec ces chercheurs-es à cette étape. Lors de l'analyse intégrative, nous avons également, comme le proposent Guba et Lincoln (1994), porté une attention particulière aux « cas négatifs » ou aux « hypothèses alternatives » (Guba & Lincoln, 1994; Laperrière, 1998) pour la formulation des trois catégories d'utilisateurs et utilisatrices. Ainsi, nous avons, de façon constante, mis à l'épreuve nos hypothèses de façon à rendre compte de l'expérience de tous et toutes les participants-es, sans exception.

3.6.2 Critère de transférabilité

La transférabilité de l'étude ou le critère de validité externe, concerne la généralisation des résultats de recherche à d'autres contextes. Elle tente de répondre à la question suivante : « Les conclusions auxquelles le chercheur aboutit peuvent-elles s'étendre à d'autres contextes que celui étudié ? » (Pourtois & Desmet, 1989:25). Pour

assurer la transférabilité, il est alors proposé de décrire finement le contexte de l'étude de manière à permettre au lecteur de comprendre et de prédire des résultats similaires dans un contexte semblable (Gendron, 2002). Dans le cadre de la présente étude cependant, nous ne prétendons pas à une généralisation à d'autres contextes, mais plutôt à une généralisation analytique (Kvale, 1995). Les résultats de notre étude devraient en effet permettre, par la description riche et détaillée des divers ordres de résultats, de fournir une base sur laquelle le lecteur pourrait éventuellement apprécier les propositions formulées rattachées à chacune des catégories d'utilisateurs et utilisatrices du médicament antihypertenseur et les transposer dans son étude. Il faut noter ici que grâce à l'échantillonnage théorique, nous croyons avoir couvert les facettes importantes du phénomène de l'inobservance aux traitements.

3.6.3 Critère d'imputabilité procédurale

L'imputabilité procédurale de l'étude ou la constance interne (Pourtois & Desmet, 1989) s'apparente à la fiabilité. Elle répond à la question suivante : « Y a-t-il une indépendance des observations par rapport à des variations accidentelles? » (Pourtois & Desmet, 1989:25). Elle est atteinte, en rendant compte de l'ensemble des procédures utilisées de façon à ce que les interprétations et les propositions émergentes soient vraisemblables pour le lecteur. Ce dernier devrait être en mesure de comprendre ce qui a été fait, de juger du caractère approprié des décisions méthodologiques. Il devrait disposer de toutes les informations nécessaires lui permettant de reconstituer le processus de recherche pour éventuellement aboutir à des conclusions similaires (Gendron, 2002). Ce critère a été assuré en consignand et relatant, de façon fine, toutes les décisions et tous les changements effectués au processus de recherche. Le présent compte-rendu permet d'évaluer la qualité de la recherche sur ce plan, en dévoilant les procédures utilisées à l'étape de la catégorisation, puis des analyses ciblées et intégratives. La tenue d'un journal de bord, les notes méthodologiques et théoriques permettent également de garder une trace écrite de l'évolution de l'étude et du contexte entourant les procédures méthodologiques.

3.6.4 Critère de confirmation

La confirmation de l'étude (Guba & Lincoln, 1989) qui s'apparente au critère d'objectivité, vise à s'assurer que les interprétations et propositions émergentes ne sont pas le fruit du hasard ou de l'imagination du chercheur (Gendron, 2002). Nous avons assuré ce critère au moment du processus de codification et de catégorisation décrit plus haut par le double codage intra et inter-codeur et par la vérification de l'indexation du matériel recueilli. Également, plusieurs boucles de retour sur les textes codés au moment des analyses ciblées ont permis de s'assurer d'une certaine cohérence ou de l'adéquation de l'appariement entre un code et une proposition. Le critère de confirmation est enfin assuré en permettant au lecteur de retracer les différentes phases de l'analyse et de l'interprétation des données. Enfin, le fait que nous ayons constamment soumis notre démarche à nos directeurs et directrices de recherche permet d'assurer ce critère.

CHAPITRE IV

RÉSULTATS

Cette partie livre d'abord un portrait du matériel recueilli autour de la catégorie « stress », thème récurrent dans les discours des participants-es. Par la suite, à partir de l'examen approfondi des logiques personnelles explicatives de la prise irrégulière du médicament antihypertenseur et de l'analyse des catégories et sous-catégories émergentes, un portrait est livré, faisant état des attitudes à l'égard de l'HTA, de la santé/maladie et de l'univers médical, des perceptions relatives à la médecine et au médicament, des attitudes à l'égard de l'information de même qu'un ensemble de stratégies de prise en charge de l'HTA évoquées par les participants-es. Cette partie est, en dernier lieu, suivie d'une description des trois grandes catégories d'utilisateurs et utilisatrices, répondant à de grandes logiques d'inobservance aux traitements.

4.1 LE STRESS COMME REPRÉSENTATION DE L'HTA

À répétition, les participants-es font part du stress comme cause associée à l'HTA. Dix-neuf sur 27 établissent ce lien. Ceux-ci sont d'âge et de sexe variés, ont des formations et des occupations diversifiées. Huit autres participants-es ne savent pas à quoi attribuer leur HTA ou bien, l'associent à l'alimentation, au surpoids et/ou à leurs antécédents familiaux.

À partir de leur propre expérience, ces 19 participants-es parviennent à conceptualiser le stress en relation avec l'HTA, en le liant généralement à des événements précis ou à des circonstances de la vie. La vignette suivante permet de livrer les dimensions à l'œuvre dans la construction chez un participant des liens qu'il observe entre le stress et l'HTA. Elle sert à introduire l'analyse en profondeur du stress.

Cet homme de 68 ans est originaire de Gaspésie. Il y vivra jusqu'en 1948, date à laquelle l'importante aciérie spécialisée dans le domaine du fer et du titane pour laquelle il travaille, le transfère à Magog, puis à Tracy. À l'époque, il était habituel qu'une compagnie transfère ses employés d'une ville à l'autre en fonction de ses besoins en main-d'œuvre. Il travaillera pour cette compagnie gaspésienne jusqu'en 1962. Il occupera alors jusqu'en 1976, un poste de contremaître au sein d'une autre compagnie spécialisée dans le même domaine, établie également à Tracy. Il deviendra ensuite co-proprétaire d'une

compagnie de fabrication de grosses pièces aciérie puis, en 1984, renonce à son droit de propriété, tout en continuant d'œuvrer dans le domaine de la construction, à titre de contremaître. Il y travaillera à temps plein, jusqu'en 1990 puis quittera la compagnie pour travailler à temps partiel dans le domaine du bâtiment jusqu'en 1994, moment où il prend sa retraite. Ce répondant a donc toujours travaillé dans le domaine de l'aciérie puis de la construction. Il considère que c'est un bon métier, qu'il a acquis non pas sur les bancs d'école, bien qu'il ait complété une 9^e année de scolarité, mais un métier forgé par l'expérience.

C'est à Magog qu'il rencontre sa conjointe, en 1950. Deux ans plus tard, ils se marient et décident de s'établir définitivement à Tracy¹ : « C'est une belle place », nous dit-il. Il demeure toujours dans la maison unifamiliale qu'il a construite, dans un paisible quartier résidentiel, à deux pas de la rivière Richelieu. C'est là qu'il a élevé ses six enfants qui lui ont donné douze petits enfants qui vivent tous aujourd'hui dans de petites localités situées à proximité de Tracy.

Le temps a permis à ce répondant d'apprivoiser son hypertension. Ce gaillard dans la soixantaine avancée, qui en a vu bien d'autres, précise qu'il ne s'en fait plus avec ce qui peut lui arriver dans un avenir plus ou moins rapproché. Il a une longue expérience derrière lui puisqu'il sait depuis bientôt 37 ans, soit depuis 1962, qu'il souffre d'hypertension. Il remarque que sa maladie le stresse beaucoup moins qu'avant et que la marque du temps y est fort probablement pour quelque chose : d'abord, parce qu'il ne ressent plus autant le poids des responsabilités. Ce poids, dit-il, tu le ressens beaucoup plus lorsque t'élèves ta famille. Ensuite, il pense qu'il a acquis une certaine sagesse et que sa maladie le dérange beaucoup moins qu'avant, dans la mesure où il jouit encore d'une excellente qualité de vie : ainsi, il est suffisamment alerte pour pratiquer des sports d'hiver (ski de fonds, raquette) et ne se gêne pas pour prendre des vacances avec sa femme, pour visiter ses frères et sœurs qui vivent à Terrebonne, en Gaspésie et en Ontario de même que ses neveux et nièces, installés à Magog. Il passe aussi beaucoup de temps avec leurs amis de Tracy, qu'il aide dans des travaux de coupes de bois de chauffage, sans compter les imposants travaux de rénovations réalisés chez lui : abattre des murs et réinstaller des pièces. Il précise qu'il a tendance à donner de bonnes bourrées de travail et à prendre ensuite le temps de relaxer.

Il se dit nettement plus rassuré, aujourd'hui, qu'au moment où il a eu son diagnostic, à l'âge de 31 ans. À l'époque, il a d'abord eu de la difficulté à accepter ce diagnostic, surtout à cause des conséquences à long terme. Une idée le tenaillait : il avait entendu dire qu'avec le cumul des années, l'hypertension risquait, si elle n'était pas traitée, de faire des ravages importants. Ainsi, il craignait de ne pas voir ses 60 ans ou du moins, de ne pas être alors en pleine possession de ses moyens. Avec les années et les expériences cependant, il est devenu moins inquiet tout en étant conscient des dangers de

¹ Ville de la Montérégie, Tracy se situe à l'embouchure du Richelieu, le long de la voie maritime du St-Laurent, à environ 80 kilomètres de Montréal (Commission de toponymie, 199).

l'hypertension. En effet, s'il y pense moins souvent, il ne souhaite surtout pas être victime d'un accident cardiovasculaire comme celui dont a souffert son père qui, à 74 ans, a été paralysé jusqu'à l'âge de 90 ans. C'est au moment de la paralysie de son père qu'il a pris pleinement conscience de l'importance de prendre son médicament anti-hypertenseur, moins pour des raisons physiques en fait que psychologiques. Le médicament le rassure, d'une certaine manière, sans qu'il soit tout à fait efficace. Il a en effet constaté, depuis le début, que le médicament anti-hypertenseur, quel qu'il soit, ne fait effet que pendant quelques mois, sa pression se mettant ensuite à grimper. Il ajoute qu'il connaît bien les médicaments anti-hypertenseurs pour en avoir essayé près d'une dizaine depuis l'âge de 31 ans. C'est ce qui explique qu'il était méfiant face aux médicaments et avait tendance, au début, à ne pas toujours prendre ses médicaments de façon régulière.

Il se demande d'ailleurs si son hypertension ne pourrait être attribuable, d'abord et avant tout, au stress. C'est son médecin qui l'a mis sur cette piste lors de l'annonce du diagnostic. Il se rappelle bien qu'il lui a alors laissé entendre que si le niveau de sa pression était élevé, c'était probablement dû à son tempérament nerveux et que de retour à la maison, sa pression risquait fort de se situer à un niveau plus normal. C'est ce qu'il désignait comme le « syndrome de la blouse blanche ». Or, il peut affirmer qu'il est particulièrement vulnérable à ce phénomène puisque sa pression a tendance à doubler en présence de son médecin. Également, dans d'autres circonstances, il a eu l'occasion de constater qu'il souffre bel et bien de ce syndrome : par exemple, lorsque son fils a été hospitalisé, il a vu que le seul fait de mettre les pieds à l'hôpital faisait du coup monter sa pression artérielle. Il se rappelle aussi à quel point sa pression s'était mise progressivement à grimper lors d'un suivi régulier en CLSC auquel il a dû se soumettre pendant un mois pour y faire prendre sa pression. Il pense que le seul fait d'attendre, parfois pendant une heure avant la consultation, avait pour effet de l'irriter à un point tel que sa pression se mettait à grimper.

Ce n'est qu'au cours de ses dernières années de travail à temps plein (1984-1989) qu'il a fait pour la première fois un lien entre le stress et l'hypertension artérielle. Sa pression ne descendait pas à l'époque, même s'il changeait de médicament. C'était même de pire en pire. Il travaillait alors six jours sur sept, comme contremaître, besognant à l'intérieur durant l'hiver et à l'extérieur, le printemps. La construction de grosses pièces aciérie représentait de gros travaux et un système de production imposant impliquant de longues heures supplémentaires. Il se souvient qu'il lui arrivait souvent de « jongler » au travail durant la nuit. C'était aussi un travail bruyant qui l'a conduit à porter des appareils auditifs et à être indemnisé pour la surdité par la CSST. Il faut noter qu'il a travaillé pendant quarante ans dans un bruit infernal souvent doublé de fortes vibrations, (dont neuf ans dans des chambres de compresseurs). Il faut dire aussi qu'avant 1980, il n'y avait pas d'équipements protecteurs pour les travailleurs. Il retournait donc le soir à la maison, lessivé, épuisé. Il a déjà lu d'ailleurs que le bruit peut être nuisible à l'hypertension. Mais dans son cas, pense-t-il, ce n'est pas tant le bruit que le stress qui est en jeu.

C'est en 1987, quand il s'accorde des vacances de deux mois, qu'il observe que sa pression a diminué. Il décide alors de modérer son rythme de travail et tente de négocier avec son employeur un emploi à temps partiel : impossible. Il quitte donc la compagnie pour travailler à temps partiel, six mois par année, pour une compagnie de construction. À cette époque, il est persuadé que le stress a un impact sur son hypertension, d'autant plus que dès qu'il retourne au travail, sa pression se met à augmenter. En travaillant pour cette nouvelle compagnie, il élimine plusieurs sources de stress : d'abord, le bruit, puis le temps de travail réduit à six mois par an et de surcroît, durant la saison chaude. Enfin, il diminue sa charge de travail et ses responsabilités, n'étant plus contremaître mais simple ouvrier, comme à ses débuts. Avec le recul, il se rend compte que s'il devait éliminer une source de stress, c'était bien celle liée à son rôle de contremaître. Ce poste implique d'importantes responsabilités, surtout dans le contexte d'une compagnie spécialisée dans les grosses pièces aciérie où l'accent est mis sur la productivité. On se sent toujours pressé, dit-il, et en outre, avoue-t-il : « Je ne me suis jamais senti à l'aise de devoir constamment dire aux autres ce qu'ils ont à faire ». Il se sent plus calme depuis qu'il est à la retraite et s'occupe mieux de lui.

C'est sur l'arrière-plan du temps que se saisit le processus par lequel ce participant conceptualise le stress et ses liens avec l'hypertension. Le temps lui permet d'appivoiser sa condition, de mesurer son impact dans la vie de tous les jours et d'en dénouer certaines craintes et appréhensions. Ce répondant associe également ses hausses de pression à son tempérament « nerveux » ou à certains états émotionnels. Il ajoute que sa pression a tendance à doubler en présence du médecin. Ce sont par ailleurs les observations qu'il tire de ses dernières années de vie active au travail qui le conduisent à lier la présence de stress au travail avec l'HTA. Le rythme effréné, la surcharge et le surmenage auxquels il a toujours été soumis, le bruit intense subi pendant près de 40 ans, les fonctions occupées (contremaître) impliquant d'importantes responsabilités et de fortes pressions sont autant de facteurs qu'il associe au stress et à l'hypertension.

À partir de ce témoignage et l'examen approfondi des témoignages des autres participants-es, trois thématiques sont mises en lumière, soit la temporalité comme support à la compréhension du stress, les contextes générateurs de stress et les manifestations du stress.

4.1.2 Stress ponctuels et cumulatifs

La temporalité est un élément structurant les discours des participants-es à propos du stress. Rappelons que ces participants-es ont reçu leur diagnostic depuis au moins un an et au plus, depuis 37 ans, et donc, ont eu le temps de faire certaines observations et de tirer des conclusions à propos de la relation entre le stress et l'HTA.

Les participants-es se représentent donc généralement l'HTA comme un phénomène temporaire dû à un stress momentané. Ce stress « ponctuel » est parfois imputable à leur nervosité en présence du médecin, qualifié de phénomène de la blouse blanche. Cette observation conduit certains-es à douter de leur diagnostic, l'une des interviewé-es croyant même que la nervosité, surtout en présence du médecin, affecte « les nerfs et fait monter la pression artérielle ». Également, le stress est attribué au fait d'être nerveux lors de la prise de la pression artérielle. On impute alors au stress, la montée passagère de la pression artérielle. Chez la plupart cependant, ce stress dit « ponctuel » est associé à un ou à des événement(s) particulier(s) qui se produisent au cours d'une période de temps bien définie. Des crises aiguës (*e.g.* décès d'un proche, maladie) et des épreuves de la vie ont pour effet de déclencher le problème d'HTA. Un extrait d'entrevue montre la façon dont ce stress « ponctuel » se présente dans la vie d'une répondante et comment elle l'associe à son HTA.

Cette femme âgée de 56 ans précise qu'elle souffre d'hypertension artérielle depuis cinq ans, soit depuis qu'elle a été victime d'un accident de travail. Elle travaillait dans une usine sur une chaîne de montage. À la suite de cet accident, elle a vécu un stress important. Elle a en effet subi trois opérations au bras, a souffert d'une dépression et connu des problèmes financiers importants. Elle note que sa vie est encore plus stressante depuis les deux dernières années, soit depuis que la CSST menace de lui couper ses indemnités. En outre, pour se défendre, elle s'est engagée dans des procédures légales, ce qui entraîne des frais importants et l'amène beaucoup à « jongler ». Elle précise que souvent durant la nuit, elle se réveille en sueur, incapable de dormir. Ce qu'elle vit, dit-elle, « affecte les nerfs ». Elle remarque que depuis deux ans, alors que son stress est plus important, sa pression artérielle est beaucoup plus élevée et difficile à contrôler. Elle se sent extrêmement nerveuse et craint de perdre sa maison, par manque d'argent. Elle associe spontanément ses difficultés actuelles à ses états

nerveux et cela d'autant plus, qu'elle avait tendance, avant ces cinq dernières années, à faire de la basse pression et non pas de la haute pression. Son médecin la conforte dans cette idée dans la mesure où il remarque lui aussi qu'elle a commencé à éprouver toutes sortes de problèmes de santé (diabète, hypertension) depuis qu'elle a été victime de son accident de travail.

Cette participante est d'avis que lorsque ses litiges avec la CSST seront réglés, son problème d'hypertension sera définitivement résolu. C'est en comparant une période de sa vie où, dit-elle, « tout allait bien », avec sa vie particulièrement éprouvante depuis son accident de travail, il y a cinq ans, et les difficultés qui s'en sont suivies, qu'elle conclue que son état est temporaire. Elle ajoute que c'est à ce moment qu'elle a connu son diagnostic d'HTA. Il faut noter que, si cette femme associe le stress à l'HTA et pense que son problème est temporaire, elle prend néanmoins son médicament de façon régulière, sauf exception. Au moment de l'entrevue, elle précise qu'elle a cessé, depuis deux semaines, de prendre son médicament, par manque d'argent. Elle compte éventuellement recommencer à le prendre.

D'autres participants-es font part d'événements précipitants et transitoires au cours d'une période de leur vie qu'ils ou elles associent à l'annonce de leur diagnostic. Y est présente l'idée d'un stress apparaissant « cumulatif ». L'HTA sera alors représentée comme une maladie qui s'installe progressivement, à cause d'un cumul de stress vécus depuis de longues années. Une interviewée attribue son HTA au stress familial et notamment à ses difficultés relationnelles aiguës vécues avec l'un de ses fils depuis qu'il est tout jeune.

Cette femme âgée de 59 ans pense que « sa pression suit avec la vie ». Elle note qu'elle souffre d'hypertension artérielle depuis qu'elle vit des difficultés relationnelles avec l'un de ses enfants. Elle pense, tout comme son médecin, que sa condition résulte pour une grande part de ces difficultés. Elle fait nettement un lien entre le stress et l'hypertension, d'autant plus qu'elle a remarqué que sa pression artérielle a diminué au moment où son enfant a été placé en famille d'accueil. Elle ajoute qu'à un certain moment ses problèmes ont été tels qu'elle ne savait plus quelle direction prendre. À son avis, ce sont les situations difficiles de

la vie qui conduisent à l'apparition de l'HTA. Dans son cas, ces difficultés importantes avec son enfant sont doublées d'autres difficultés, soit le fait de devoir prendre presque entièrement en charge les soins et l'éducation de ses enfants, son mari étant souvent absent de la maison et le fait d'avoir dû s'occuper, pendant quelques temps, de sa mère malade.

Cette participante identifie, non pas un événement précipitant et ponctuel au cours d'une période définie de sa vie, mais une situation de vie particulièrement difficile avec son enfant qui génère un stress constant depuis plusieurs années. À ce stress constant s'ajoutent d'autres stress familiaux. Il faut noter que, si cette femme associe le stress à l'HTA, elle est généralement assidue dans la prise de son médicament antihypertenseur.

Rarement, les participants-es ne font référence qu'à un stress ponctuel. Le plus souvent, ils ou elles identifient un événement précipitant (*e.g.* burnout, perte d'emploi) auquel s'ajoutent des sources additionnelles de stress (*e.g.* conjointe malade au même moment) de même qu'un stress cumulatif (*e.g.* évocation de pressions incessantes au travail).

4.1.3 Contextes au travail et de la vie privée générateurs de stress

Qu'il s'agisse de stress « ponctuels » ou « cumulatifs », les événements qui y sont rattachés ne sont jamais tout à fait isolés d'un contexte général de vie contraignant. Certains-es feront part d'un sentiment d'urgence ressenti dans leur vie privée ou au travail, et son corollaire, le manque de temps pour soi. En toile de fonds, se présentent des problèmes de conciliation entre les responsabilités du travail et celles de la vie privée auxquels sont plus fortement soumises les femmes que les hommes de l'étude.

Certains-es indiquent à quel point les conditions d'emploi se sont détériorées avec les années, faisant place à de nouvelles contraintes. L'un d'entre eux s'exprime à propos du contexte de travail d'aujourd'hui, évoquant la compétitivité et la productivité plus grandes, les sommes d'argent colossales qui sont en jeu dans les entreprises et les fortes pressions exercées notamment sur les travailleurs et les cadres intermédiaires. Un autre

dépeint l'environnement social de travail, à savoir les conflits importants et sur une longue durée avec des collègues ou l'employeur qu'il associe à un contexte générateur de stress intense. Le bruit et le niveau de dangerosité du travail génèrent aussi un stress. Un interviewé ajoute que son travail implique la manutention de gros élévateurs soutenant d'immenses « *containers* », en dessous desquels des travailleurs se déplacent sans cesse, ce qui ajoute un stress au travail.

Une répondante, qui œuvre au sein d'un organisme gouvernemental voué à la réinsertion sur le marché du travail, déplore l'augmentation du nombre de chômeurs et chômeuses ces dernières années et son impact sur son travail. Les pressions, note-t-elle, y sont beaucoup plus insistantes. Les problèmes financiers générés par les pertes d'emploi sont également soulevés. Ces problèmes font beaucoup jongler un participant, qui est chômeur. Ce dernier craint sans cesse de ne pas pouvoir acquitter les frais de sa maison, de sa voiture, de ne pouvoir subvenir aux besoins de sa famille, en plus de se sentir dévalorisé par sa situation.

Certains environnements paraissent ainsi, aux dires de participants-es, être propices au stress comme les industries fortement axées sur le rendement et la productivité des travailleurs et des cadres intermédiaires où les tâches impliquent des travaux lourds, un rythme effréné de travail, des décisions rapides à prendre et où de grosses sommes d'argent sont en jeu. Les secteurs de la clientèle sont aussi, selon des participantes, des environnements générateurs de stress, soit les organismes publics ayant comme vocation le service à des clientèles dans le besoin ou en détresse. Pour sa part, un homme d'affaires est d'avis que le secteur des affaires est un milieu particulièrement propice au stress, dans la mesure où sont fortement présentes les notions de concurrence, de transactions et de négociations impliquant des sommes considérables d'argent, générant des pressions incessantes et un degré élevé de précarité.

Face au stress intense du travail, la sphère privée sera parfois dépeinte comme un refuge, un havre de paix. Certains-es noteront qu'ils ou elles se sentent beaucoup moins stressés-es depuis qu'ils ou elles sont à la retraite, leur niveau de pression ayant du même coup diminué. Ils ou elles évoquent les activités diverses réalisées en famille ou avec des

proches et la détente que cela leur procure. Par contre, chez les femmes de l'étude plus que les hommes, la sphère privée se présente comme un lieu de stress intense, doublé parfois d'un stress au travail. Une répondante mentionne, qu'en plus de vivre du stress au travail, elle s'est totalement oubliée pour se consacrer pendant de longues années à son conjoint malade. D'autres ajouteront qu'elles vivent surtout du stress dans leur vie privée. Une répondante, maintenant à la retraite, précise qu'elle a toujours été beaucoup plus interpellée par sa vie familiale que par sa vie au travail. Elle attribue ainsi son HTA aux difficultés vécues avec ses enfants au moment de l'adolescence et non pas aux pressions du travail. D'autres encore mentionnent les difficultés relationnelles aiguës vécues avec leurs enfants et soulignent à quel point ces difficultés ont représenté un stress intense à une certaine époque de leur vie. Un interviewé considère que l'un des événements les plus déchirants de sa vie est sans doute le moment où il a été entraîné dans des procédures légales contre ses enfants, en plus des difficultés financières importantes qu'il a alors rencontrées. Il ajoute qu'il se sentait en conflit important de valeurs, cette situation ayant généré un stress intense. Ces difficultés ont été d'une telle ampleur, note-t-il, qu'il avait le sentiment « de vivre dans une jungle » et se sentait constamment menacé.

Les conflits relationnels, la perte d'un être cher, la maladie d'un proche, des bouleversements soudains dans la vie personnelle sont aux nombres des stress familiaux évoqués par les participants-es. Ceux-ci ont pour effet de les plonger dans l'isolement. Une répondante, veuve et âgée, prend complètement en charge, depuis de nombreuses années, l'une de ses filles qui souffre à répétition de crises d'épilepsie aiguës. Elle souligne à quel point cette situation est source de stress, requérant une surveillance incessante, restreignant ses moments de détente et réduisant ses activités à l'extérieur du cadre familial. Pour une autre, la perte de son conjoint, malade pendant plusieurs années, a constitué un stress intense ayant, pense-t-elle, déclenché son HTA. Cette épreuve l'a plongée dans une dépression sévère, limitant considérablement ses contacts sociaux.

4.1.4 Manifestations du stress chez les participants-es

Les participants-es entrevoient que des forces externes ou des agents agresseurs dans l'environnement social puissent porter atteinte à leur équilibre physique. Ceux-ci ou

celles-ci témoignent de leur sensibilité au stress en montrant, de façon parfois imagée, la représentation de son impact à l'intérieur de l'organisme. L'un d'eux conçoit que le stress affecte les « nerfs » et conséquemment, les fonctions vitales de l'organisme. Une répondante est d'avis que les états nerveux entraînent la montée soudaine de la pression artérielle. Se formant une image concrète de ce qui se produit à l'intérieur du corps, elle conçoit que l'état nerveux provoque la contraction des « nerfs », faisant monter la pression artérielle. Une autre considère que le stress agit tel un courant électrique à l'intérieur de l'organisme, affectant les « nerfs ». Lorsque le phénomène se produit à répétition, il y a un risque de développer l'HTA.

Le stress affecte l'équilibre psychique en plaçant les individus dans des situations qui leur paraissent sans issue, avec l'impression de se « sentir coincé-e ». Certains-es participants-es disent se sentir assujettis-es aux autres, bloqués-es ou immobilisés-es par des circonstances extérieures et ont l'impression d'être dans l'impossibilité d'agir comme ils ou elles le souhaiteraient, se sentant retenus-es d'agir ou empêchés-es d'agir. Un interviewé se sent, dit-il, constamment dans l'impossibilité de répondre aux demandes de son employeur, ces demandes lui paraissant excessives. Il considère qu'il manque de marge de manœuvre au travail, notant qu'il se sent « pris » entre ses patrons et ses subalternes ou entre ses patrons et ses clients. Un autre mentionne explicitement le fait qu'il s'est senti coincé à une époque éprouvante de sa vie :

« Quand t'es nerveux, ton rythme cardiaque augmente. Puis tu écoutes plus ton corps, t'écoutes plus ta tête. Puis ta tête, elle ne pense pas à contrôler, tu te sens coincé, t'es démuni. Puis là, t'as pas d'outils pour te défendre, parce que ton corps y veut se défendre, fais que tout augmente. Le fait de se sentir coincé, c'est ce qui fait l'hypertension. C'est une façon de se défendre. Dès que je commence à me sentir coincé, y a quelque chose qui ne marche pas bien. Parce que coincé, c'est quelque chose que t'es démuni ».

Le sentiment d'être coincé suggère, entre autre, l'idée qu'on empiète dans l'espace personnel de l'individu et qu'il n'a plus aucune issue. Une répondante note qu'à la demande de son employeur, elle a dû se soumettre pendant plusieurs années à de longues heures de travail et ce, au détriment de sa vie personnelle et familiale. Une autre précise qu'elle a de la difficulté à se prémunir contre les demandes incessantes de son employeur ou de la clientèle.

En définitive, les participants-es soulignent qu'ils ou elles ont peu de maîtrise sur les contextes générateurs de stress. Ils cherchent néanmoins à gérer leur stress, en recourant à divers moyens. Comme nous l'évoquerons plus loin, rarement, la gestion du stress est-elle utilisée comme substitut au médicament antihypertenseur et d'ailleurs, les participants-es relient peu le stress à la prise du médicament antihypertenseur.

4.2 DIMENSIONS ESSENTIELLES À LA COMPRÉHENSION DE LA PRISE IRRÉGULIÈRE DU MÉDICAMENT ANTIHYPERTENSEUR

D'autres éléments des discours des participants-es mettent en lumière un ensemble de dimensions liées entre elles, essentielles à la compréhension de la prise irrégulière du médicament antihypertenseur. C'est ce que laissent apparaître les propos d'un participant dont l'étendue et la diversité des observations illustrent bien ce qui le conduit à prendre son médicament antihypertenseur de façon irrégulière.

Cet homme âgé de 55 ans, natif de la ville de Québec tout comme sa femme, demeure à Beauport depuis 1986, où il s'y est acheté une propriété. Il apprécie la vie dans cette petite localité. Il s'y sent, dit-il, un peu comme à la campagne. Ses parents qui demeuraient aussi à Québec, sont aujourd'hui décédés. Cet homme est issu d'une famille nombreuse comptant huit frères et sœurs, dont un frère est décédé à l'âge de 45 ans des suites d'une crise du coeur. Il a eu deux enfants; sa fille demeure dans le bas du fleuve, à Kamouraska, et son fils, le plus vieux, vit avec eux. Ceux-ci lui ont donné quatre petits-enfants.

Cet homme aime à relever des défis, ayant travaillé pendant 15 ans en milieu hospitalier comme cadre intermédiaire, à titre de chef comptable puis de directeur des finances. Il a par la suite été propriétaire d'une tabagie, puis a travaillé dans le secteur de l'immobilier, de l'assurance et de la vente automobile. Il s'est ensuite remis à travailler en milieu hospitalier pendant deux ans à titre de technicien en administration responsable d'un budget affecté aux soins infirmiers, pour finalement œuvrer au sein d'un OSBL à titre de coordonnateur d'un programme d'employabilité. Il y a fait pendant deux ans du counselling dans le cadre d'un programme de réinsertion sociale jusqu'à ce qu'il quitte cet emploi par manque de fonds. Il reçoit présentement des prestations d'assurance-chômage et s'accorde pour le moment du temps de repos.

C'est lors de ses premières fonctions en milieu hospitalier qu'il a eu son diagnostic d'hypertension. Il lie d'ailleurs son hypertension au stress intense du travail, notant qu'il cumulait à l'époque trois fonctions, travaillant sans relâche de nombreuses heures par semaine et sans s'accorder de vacances pendant cinq ans.

C'est à ce moment qu'il a commencé à se prendre un peu plus en main, modifiant certaines de ses habitudes de vie et surtout, sa façon de prendre les choses. Il a en effet appris à laisser tomber ce qu'il ne peut contrôler, à s'apaiser en se tournant vers la vie spirituelle et en faisant, dit-il, confiance à la divine providence! C'est aussi à ce moment, qu'il a cessé de fumer – il était un gros fumeur – et a diminué sa consommation de café.

Ce n'est que plusieurs années après avoir connu son diagnostic, lorsqu'il s'installe à Beauport, que son nouveau médecin lui prescrit un médicament anti-hypertenseur. Il prend ce médicament depuis bientôt six ans. Or, ses expériences médicamenteuses n'ont pas toujours été positives. Il se souvient des effets nocifs d'un médicament pour soigner son cholestérol qui, au bout du compte, a provoqué une dégradation musculaire importante et douloureuse. Ce médicament, dit-il, était dangereux. Il ajoute : « Au lieu de soigner en dégraissant, on a brisé ailleurs ». Il précise que, pour cette raison, il déteste prendre des médicaments. D'autres expériences le rendent méfiant. Son frère, qui a surveillé pendant des années sa consommation de gras, puis a cessé de se soumettre à une diète stricte, a vu son bon cholestérol grimper et le mauvais descendre, contrairement à ce qu'on lui avait dit. Un autre exemple lui vient à l'esprit : sa mère qui, pourtant, a pris en charge sa santé pendant de longues années surveillant son alimentation pour un problème de cholestérol et d'hypertension, a néanmoins souffert d'un cancer vers la fin de sa vie.

Il ajoute qu'il préfère utiliser des produits naturels pour se soigner, ce qui lui donne beaucoup plus le sentiment de se prendre en main. Ses expériences ont été positives à cet égard. Il note que le problème d'arthrose dont il souffrait depuis l'âge de 16 ans s'est dissipé après qu'il se soit soumis à un traitement de chiropraxie. Il reste également convaincu que tous les individus ont en eux les ressources suffisantes pour se soigner, qu'il est possible de se guérir par la seule force de la volonté, en prenant une bonne marche ou en étant en contact avec la nature. « Moins on prend de médicaments, mieux on se porte », pense-t-il, les approches naturelles lui paraissant beaucoup plus efficaces dans certaines circonstances.

Ce participant cherche à se renseigner et puise l'information médicale de sources diversifiées. Il le fait non pas en lisant, mais en assistant à des conférences, en écoutant des programmes télévisés ou en discutant avec des personnes qui vivent elles aussi des problèmes de santé. Ces informations, qu'il puise de sources diversifiées, l'amènent à être critique sur certaines questions. Il doute, par exemple, de l'efficacité de certains produits substitués recommandés par les professionnels de la santé qu'il juge nuisibles pour la santé. En plus de ses propres expériences médicamenteuses et celles vécues par ses proches, ces informations l'amènent à être méfiant à l'égard de la médecine et du médicament.

Il ajoute enfin qu'il ne se sent pas à l'aise à l'idée de prendre un médicament quel qu'il soit, à un point tel qu'il lui est arrivé de ne pas prendre son médicament anti-hypertenseur pendant quelques mois. Il a pu remarquer que sa pression artérielle ne faisait qu'augmenter légèrement. Ce qui le motivait alors à reporter la prise de son médicament est le fait qu'il associe le stress à l'HTA et à un problème interne de circulation sanguine. Il a donc essayé, à une cette époque, de contrôler sa pression artérielle par lui-même, en relaxant pour gérer son stress et en prenant de l'aspirine. À son avis, l'aspirine permet de diluer le sang et ainsi, fait baisser la pression artérielle. La gestion du stress et l'aspirine représentent, à ses yeux, des stratégies de soins beaucoup moins nocives pour la santé que ne l'est le médicament. Il pense que les médicaments, « c'est dangereux ». C'est ce qu'il confiait à son médecin au moment de son burnout. Ce dernier lui a prescrit un antidépresseur qu'il a catégoriquement refusé de prendre et jeté aux poubelles. Il ajoute enfin que jusqu'à tout récemment, il ne prenait pas son médicament de façon régulière. Depuis quelques mois cependant, la peur des conséquences de l'HTA le motive à prendre régulièrement son médicament et ce, depuis qu'il côtoie des personnes ayant été victimes d'ACV. Il utilise maintenant un pilulier pour l'aider à bien prendre son médicament.

Chez ce participant, certaines convictions paraissent occuper une part importante dans l'explication de sa prise irrégulière du médicament antihypertenseur. Ce participant possède également certains traits caractéristiques, privilégiant notamment les approches naturelles de soins, après qu'il ait lui-même vérifié l'efficacité de ces approches au moment où il souffrait d'arthrose. Il conçoit également qu'il a la possibilité d'agir sur l'HTA, en prenant contrôle sur soi, en relaxant.

Ce témoignage et l'exploration des logiques personnelles explicatives de la prise irrégulière du médicament chez les autres participants-es, nous amènent à examiner certaines dimensions explicatives de la prise irrégulière du médicament, notamment les « autres représentations de l'HTA », les « perceptions relatives à la médecine et au médicament », les « attitudes générales à l'égard de la maladie/santé », les « attitudes générales à l'égard de l'information médicale » et la « prise en charge de l'HTA ».

4.2.1 Autres représentations de l'HTA

La forte majorité des participants-es ont une compréhension superficielle de l'HTA. Bien que le problème soit connu et en vogue, au même titre que le cholestérol, le diabète, le cancer et le sida et bien que certains-es connaissent leur diagnostic depuis quelques années, le problème demeure toujours abstrait, peu tangible. Certains-es aimeraient qu'on les renseigne à propos des causes, des symptômes, des mécanismes internes, des étapes de son développement, des conséquences, des variations de l'HTA et d'autres alternatives pour se soigner, tels les approches naturelles de soins. Des participants-es aimeraient obtenir de l'information sur ce qu'ils ou elles doivent modifier dans leurs habitudes de vie et connaître, par exemple, comment le stress ou la nervosité agit sur l'HTA. Certains-es souhaiteraient avoir accès à de la documentation vulgarisée et accessible, qu'on les renseigne, en évitant d'être alarmiste, à l'aide d'une information « réaliste », formulée en termes compréhensibles, simples et parfois, à l'aide de dessins. Ceux-ci pourraient, par exemple, servir à montrer ce que produit l'HTA à l'intérieur de l'organisme.

Si la plupart font mention du stress comme cause « externe » de l'HTA, de façon isolée, certains-es évoquent des causes « endogènes » (*e.g.* hyperthyroïdie, glaucome, angioplastie, insuffisance rénale, artériosclérose) et des affections concomitantes (*e.g.* diabètes) qu'ils ou elles relient à l'HTA. Chez eux ou elles, l'HTA paraît parfois prendre une forme tangible et être conceptualisée de façon plus technique. Un interviewé atteint d'artériosclérose se représente l'HTA comme un problème de tuyauteries usées par les années, un problème de plomberie nécessitant des vérifications et des entretiens réguliers.

Plusieurs participants-es mentionnent le fait qu'un ou des membres de leur famille sont atteints d'HTA. Certains-es ont été témoin des conséquences graves de l'HTA chez leurs proches (un des deux parents, frères, oncles). D'autres observent ces mêmes conséquences dans leur entourage. La plupart du temps, ces personnes sont décédées, ont été victimes d'un accident cardiovasculaire (ACV) ou ont été paralysées des suites d'une HTA non contrôlée, parce qu'ils ou elles avaient cessé de prendre leur médicament, le prenait de façon irrégulière ou l'avait substitué par des produits naturels. Ces

participants-es notent que cela les fait réfléchir, motive la prise régulière du médicament ou fait en sorte qu'ils ou elles ont modifié, progressivement, la prise de leur médicament. Les conséquences de l'HTA non-contrôlée sont ainsi bien réelles dans l'esprit de ces participants-es. Un interviewé dépeint avec force ses peurs, concevant que l'HTA puisse provoquer un décès foudroyant, soit une thrombose, en affectant le cœur après l'éclatement des veines. D'autres sont d'autant plus craintifs ou craintives, que leur pression artérielle était et se maintient à un niveau élevé ou est difficile à stabiliser. Ces participants-es considèrent qu'ils ou elles souffrent d'une HTA sévère. Certains-es dépeignent d'ailleurs les moments d'angoisse qu'ils ou elles ont vécus au moment où ils ou elles ont été hospitalisés-es à cause du niveau anormalement élevé de leur pression artérielle. Notons que chez des participants-es, la conception de l'HTA évolue avec le temps, certains-es ayant progressivement pris conscience des dangers qui lui sont associés.

Des participants-es reconnaissent la nature asymptomatique de l'HTA alors que d'autres, non. Le fait de considérer l'HTA comme étant asymptomatique génère des peurs, chez certains-es. Une participante se représente ainsi l'HTA comme un mal sournois. S'il ne provoque aucune douleur, dit-elle, comparativement à un mal de dos ou une infection, le problème risque néanmoins d'abrèger la vie. Par contre, d'autres participants-es, qui associent de fortes migraines, la montée du sang à la tête (*e.g.* avoir les oreilles ou la figure rouge) ou la transpiration, à leur niveau élevé de leur pression artérielle et donc, attribuent des symptômes à l'HTA, n'expriment pas clairement qu'ils ou elles ont peur de la maladie, pour ces raisons. Par ailleurs, l'HTA prend, chez d'autres, le trait d'un problème de santé léger, naturel et banal. Certains-es font référence à l'âge et donc, par extension de sens, au vieillissement par lequel la maladie s'installe naturellement. Une interviewée pense que tout le monde en fait un peu. Elle se représente le problème, non pas comme une maladie, mais comme un état, un problème léger de santé, peu incommodant, asymptomatique et surtout, facilement contrôlé. Certains-es précisent qu'ils ou elles se sentent bien, même en étant atteints d'HTA et pensent que l'HTA n'est pas une maladie, étant bien contrôlée à l'aide du médicament. L'HTA est également conçue comme un problème léger, peu préoccupant chez d'autres comparativement à d'autres affections dont ils ou elles sont atteints-es. Pensons à ce

participant qui précise que la tachycardie dont il souffre est un problème beaucoup plus spectaculaire et inquiétant que ne l'est l'HTA.

4.2.2 Perceptions relatives à la médecine et au médicament

Les participants-es témoignent de certaines perceptions qui vont d'un scepticisme à une confiance presque inconditionnelle à l'égard de la médecine et du médicament. Les discours des interviewés-es « sceptiques » se caractérisent par le doute à propos de la médecine. Les informations médicales reçues leur paraissent beaucoup trop contradictoires, en plus d'être provisoires. Certains-es sont d'avis que l'évolution accélérée des connaissances fait en sorte que ce qui est valable aujourd'hui, peut très bien ne plus l'être demain. Un participant a le sentiment que la médecine est beaucoup moins avancée qu'il ne le croyait et ne paraît pas suffisamment au point. Un autre estime que la médecine en est une de consommation, fortement orientée vers la prescription médicamenteuse et qu'il faut être prudent.

Chez plusieurs, cette méfiance est incarnée par le médicament. Des participants-es sont inquiets et inquiètes à l'idée de prendre un médicament quel qu'il soit, sentiment plus ou moins prononcé selon les individus. Certains-es trouvent contraignant de prendre un médicament. Cela équivaut, aux dires d'une participante, à une forme d'esclavage. D'autres sont particulièrement préoccupés-es à l'idée de consommer de grandes quantités de médicaments ou pensent qu'ils ou elles ont toujours consommé une trop grande quantité de médicaments. Une interviewée précise que « moins l'individu prend de médicament et mieux, il se porte ». Une autre ne veut surtout pas devenir comme sa voisine qui se soumet quotidiennement à un rituel de médicaments. Une autre encore considère que son corps n'est pas un site d'expérimentation, un « laboratoire ». Enfin, des participants-es sont inquiets et inquiètes et pensent que tout médicament peut éventuellement être nocif à la santé. En soignant un organe avec un médicament, il y a un risque d'en détruire un autre.

L'estimation du risque à prendre un médicament est généralement basée sur les expériences personnelles ou celles d'un proche. Ce risque est présent dans l'esprit de certains-es, d'autant plus qu'ils ou elles considèrent que l'impact du médicament à l'intérieur de l'organisme n'est pas connu. L'un des interviewés pense que la médecine n'est pas suffisamment au point pour prendre à la légère la consommation d'un médicament quel qu'il soit. L'idée d'ingérer un produit chimique inquiète certains-es. Un participant le considère comme du « poison ». Un autre est d'avis qu'il n'est pas dans la nature humaine de consommer un produit chimique à long terme. Des participants-es sont même d'avis que la prise du médicament devrait être momentanée et non pas s'étaler sur une longue période. D'autres sont d'avis que le médicament devrait idéalement apporter des résultats définitifs et concrets, que sa fonction devrait être de traiter un problème de santé, à court terme. Contrairement à l'idée répandue selon laquelle le médicament a pour effet de guérir, un participant se rend compte, en définitive, qu'il permet essentiellement de soulager, d'apaiser l'individu. Élément significatif, certains-es conçoivent difficilement de devoir prendre un médicament, sans qu'il ou elle ne se sente malade.

Notons que chez une participante, cette méfiance est symbolisée par le professionnel de la santé, en l'occurrence le médecin. Cette femme a toujours été craintive en présence de médecins, n'a jamais réussi à développer de relation de confiance avec eux et s'est toujours sentie menacée en leur présence. Elle mentionne d'ailleurs qu'elle a changé, à plusieurs reprises, de médecin traitant depuis dix ans.

Enfin, tous et toutes les participants-es ne sont pas méfiants-es à l'endroit de la médecine, du médicament ou des professionnels-es de la santé. En effet, certains-es, qui n'aiment pas particulièrement prendre un médicament, reconnaissent néanmoins qu'il présente certains avantages. Ceux-ci seront décrits plus loin. Plusieurs participants-es se disent plutôt confiants-es, se soumettant aux directives médicales reçues, en toutes circonstances et sans discussion. Ceux-ci ou celles-ci estiment que la médecine n'est pas de leur ressort et qu'ils ou elles n'ont pas les compétences pour en juger.

4.2.3 Attitudes générales à l'égard de la santé et de la maladie

Les attitudes générales à l'égard de la santé et de la maladie convergent autour de deux pôles. Le trait dominant à l'un de ces pôles est la peur de la maladie. Des participants-es craignent l'idée d'être malades ou redoutent la maladie en général. Ils ou elles expriment clairement qu'ils ou elles ont peur de la mort, de la souffrance et qu'ils ou elles se sentent anxieux et anxieuses à l'idée d'être malades.

À l'autre pôle, certains-es se disent optimistes, peu soucieux et soucieuses de la maladie ou se disent, de nature, peu inquiets et inquiètes face à la maladie. Certains-es disent adopter une attitude décontractée et positive face à la vie. Des participants-es considèrent d'ailleurs qu'il est inutile de s'inquiéter ou de réagir avant l'apparition d'un problème tangible et ont tendance à ne régler les problèmes, que lorsqu'ils se posent. D'autres soulignent qu'ils ou elles n'ont pas le temps de s'en faire avec la maladie, ni ne veulent se complaire dans la maladie. D'autres encore considèrent qu'ils ou elles sont de constitution résistante, tout comme les membres de leur lignée (e.g. père mort à l'âge de 90 ans sans avoir été malade). Ils ou elles soulignent qu'il n'est pas habituel, dans leur famille, de consulter ou qu'étant en bonne santé, ils ou elles n'ont pas eu besoin de consulter au cours de leur vie et conséquemment, ne se sentent pas particulièrement susceptibles d'être malades. Un interviewé mise sur son instinct personnel, se fie à son "gros bon sens" pour décider de ses conduites de santé. D'autres participants-es disent provenir du terroir et avoir été habitués-es à effectuer des travaux lourds. Ils ou elles se disent « durs » avec leur corps, ayant tendance à laisser-aller les choses et à ne pas toujours se prendre en main comme ils le devraient. L'un des interviewés valorise un mode de vie « sain », le contact avec la nature, une vie spirituelle intense, des valeurs de vie simples et humaines. Un autre pense qu'il a, en lui, les ressources nécessaires pour se guérir, par la seule force de sa volonté et en faisant la paix avec soi. D'autres sont particulièrement sensibles aux signaux que leur donne leur corps. Un interviewé se dit à l'écoute de son corps. Il a tendance à agir à partir des signes qu'il décèle dans son corps. Il place sa santé au premier rang de ses préoccupations, contrairement à avant. C'est, note-t-il, sa sécurité financière qui primait lorsqu'il était jeune. Alors qu'il éprouvait des problèmes financiers importants, il avait tendance à délaisser sa santé.

D'autres participants-es semblent vivre des sentiments partagés, entre la peur et le détachement face à la maladie. Ceux-ci ou celles-ci disent craindre la maladie et ajoutent, du même souffle, qu'ils ou elles ne souhaitent pas vivre dans la peur à trop penser à la maladie. Ce sentiment risque trop d'affecter leur qualité de vie, de rendre leur vie misérable, et peut éventuellement nuire à leur santé. D'autres qui se disent inquiets et inquiètes précisent qu'ils ou elles ne veulent pas penser inutilement à la maladie, s'en faire indûment pour ce qui peut arriver dans un avenir plus ou moins rapproché.

Enfin, des participants-es font preuve d'une certaine neutralité face à la santé et la maladie. Ils ou elles ne paraissent pas particulièrement inquiets et inquiètes, ni ne paraissent banaliser la maladie. Ils ou elles sont plutôt discrets-es à ce sujet.

4.2.4 Attitudes générales à l'égard de l'information médicale

La consultation de documents écrits vient d'emblée à l'esprit des participants-es lorsqu'on leur demande ce qu'ils ou elles pensent de l'information médicale. Toutefois, seuls quelques-uns et quelques-unes lisent de façon active sur les questions de santé et effectuent des démarches extensives pour obtenir de l'information, soit consultent des revues scientifiques ou ont fait l'achat d'un dictionnaire médical. D'autres se disent plutôt « visuels-les », préférant puiser l'information par l'entremise de programmes télévisés, de conférences, de conversations avec d'autres et avec des professionnels-es de la santé. Certains-es liront simplement les brochures disponibles en pharmacie ou en clinique médicale.

Les participants-es qui sont en quête extensive d'informations, soulignent qu'il est dans leur nature de chercher à se renseigner. Ils ou elles ont tendance à lire tout ce qui leur passe sous la main. Ils ou elles aiment bien se renseigner et se faire leur propre idée sur les questions de santé. Un interviewé valorise d'ailleurs une certaine indépendance d'esprit et n'hésite pas à agir à partir d'informations médicales qu'il glane de sources diverses. Un autre a retenu, via un programme télévisé, que son médicament n'est pas recommandé chez les diabétiques et en discute avec son médecin traitant. Une autre encore a lu que le médicament antihypertenseur peut éventuellement être nuisible aux

reins, ce qui l'inquiète. Pour sa part, une participante a lu qu'il est important de maintenir le même intervalle de temps entre chaque dose, ce qui a un impact sur la manière dont elle prend son médicament.

Parmi ceux et celles qui n'hésitent pas à lire, certains-es se disent, malgré tout, peu préoccupés-es de recevoir de l'information et ce, en raison de la nature même de l'HTA. Celle-ci est conçue comme une maladie beaucoup moins incommode qu'un problème de santé douloureux (*e.g.* problèmes menstruels, maux de pieds), dont les symptômes sont prononcés (*e.g.* coupures, diabète, tachycardie), ou dont le pronostic est alarmant (*e.g.* cancer, sclérose en plaques). D'autres expriment toutefois des réserves à l'idée de recevoir de l'information, par crainte de la maladie et de l'HTA, en particulier. Une participante précise que, pour ces raisons, elle ne cherche pas à s'informer. Une interviewée ajoute que le seul fait de recevoir de l'information risque d'ajouter un stress additionnel, d'affecter sa qualité de vie. C'est ce qui l'amène, note-t-elle, à ne pas vraiment écouter lorsqu'on lui fournit de l'information. Une autre précise qu'elle en sait suffisamment et ne souhaite pas en connaître davantage sur le sujet. Une autre encore pense qu'elle a tendance à oublier ce qu'on lui dit parce qu'elle n'aime pas, par exemple, l'idée de prendre un médicament. Enfin, un interviewé se dit peu curieux de connaître ce qui pourrait éventuellement le perturber. Soulignons que des participants-es, qui ne cherchent pas à se renseigner, se disent simplement rassurés-es du fait qu'ils ou elles prennent un médicament ou que leur HTA soit contrôlée et ne cherchent pas à obtenir des informations supplémentaires.

Le temps intervient dans l'acquisition d'un contenu médical. Des participants-es précisent qu'il ou elle leur a fallu du temps pour qu'ils ou elles se sentent disposés-es à recevoir de l'information. Certains-es soulignent que la prise d'information n'a pas été, au début, une priorité. Avec le temps, ces participants-es ont commencé à être plus réceptifs ou réceptives à l'idée de recevoir de l'information. Chez d'autres toutefois, l'information n'est toujours pas une priorité, même après quelques années depuis l'annonce du diagnostic.

S'ajoute à ce tableau le fait que peu de répondants-es discutent à propos de l'HTA avec leurs proches ou leur entourage. Certains-es considèrent qu'ils ou elles n'ont en définitive rien à dire sur le sujet, compte tenu de la nature asymptomatique de l'HTA. D'autres conçoivent qu'il est inutile de discuter du problème, car ils ou elles n'y peuvent rien. Seuls-es quelques-uns et quelques-unes paraissent discuter avec l'un de leur proche (fille ou conjointe) qui est professionnelle de la santé (infirmière).

Les propos sont plus nuancés lorsque les participants-es évoquent les échanges qu'ils ou elles ont avec leur médecin traitant. De façon générale, ils ou elles mentionnent le contact, le suivi et les échanges qu'ils ou elles ont avec leur médecin, mais tout en demeurant relativement discrets et discrètes à ce sujet. Le fait de peu discuter avec leur médecin ne pose pas de problèmes chez certains-es qui disent simplement avoir confiance en lui et ne pas éprouver vraiment le besoin de discuter longuement avec lui. Certains-es ajoutent qu'ils ou elles ne sont pas intéressés-es à en connaître davantage. Par contre, d'autres sont mécontents de ne pas avoir la possibilité d'échanger avec lui. Une interviewée déplore de ne pouvoir trouver réponse à ses questions, son médecin n'ayant pas le temps de vraiment échanger avec elle. Une autre hésite à trop questionner son médecin, ne voulant pas trop accaparer de son temps. Un interviewé se sent frustré de ne pas obtenir de réponses de son médecin aux questions qu'il se pose et considère que le professionnel se croit beaucoup trop supérieur, a tendance à ne pas dire ou à confirmer ce qui se passe vraiment.

Il faut noter que des participants-es expriment clairement le fait qu'ils ou elles sont méfiants-es, s'opposent ou se sont opposés-es aux directives médicales reçues de leur médecin. Il leur arrive de se « chicaner » avec leur médecin, de prendre certaines initiatives sans lui en parler ou de refuser catégoriquement de faire ce qu'il leur demande. Élément significatif, un seul participant sur 27 fait part d'une certaine réciprocité sur le plan de l'échange avec son médecin traitant (femme), duquel il tire satisfaction. Il aime l'idée de pouvoir collaborer avec son médecin, que ce dernier soit à son écoute et envisage avec lui, au besoin, d'autres solutions pour se soigner.

Enfin, la forte majorité des participants-es précisent que leur pharmacien leur fournit certaines informations à propos des effets secondaires, de la posologie et des modalités de la prise médicamenteuse. Tous et toutes ne cherchent pas cependant à se renseigner auprès de ce dernier. Certains-es sont plutôt discrets-es à ce sujet et disent s'attendre simplement et sans plus, à ce qu'on leur donne leur prescription. Des participants-es disent se fier à la posologie indiquée sans chercher à obtenir d'informations supplémentaires. D'autres déplorent le fait que les services reçus en pharmacie soient beaucoup trop impersonnels. Un participant remarque des changements avec les années et regrette le temps des pharmacies à petites surfaces.

4.2.5 Prise en charge de l'HTA

L'ensemble des participants-es font part de stratégies de prise en charge de l'HTA, avec la prise du médicament antihypertenseur. Ces stratégies sont utilisées à des fins préventives, comme complément au médicament et, de façon isolée, comme substitut au médicament antihypertenseur. Tous et toutes adoptent plus d'une stratégie à la fois.

4.2.5.1 Modification des habitudes de vie

À répétition, les participants-es font part de la modification d'habitudes de vie comme stratégie de prise en charge de l'HTA. L'idée générale est que la stratégie est utile à des fins préventives : elle sert à faire baisser la pression artérielle, à la stabiliser, prévient l'aggravation de la maladie et permet de retarder la prise du médicament antihypertenseur. Avant de prendre le médicament antihypertenseur, certains-es participants-es ont d'abord cherché à modifier leurs habitudes de vie (*e.g.* diminution de consommation de sel) comme le recommandait leur médecin traitant.

La modification d'habitudes de vie est généralement utilisée comme stratégie complémentaire au médicament antihypertenseur. Dans l'esprit des participants-es, le médicament ne règle pas tout et ceux-ci ou celles-ci doivent le compléter par d'autres mesures, telle la modification des habitudes de vie. Élément significatif, la modification d'habitudes de vie occupe une fonction palliative. Elle est alors conçue comme une stratégie de remplacement au médicament antihypertenseur. Un participant qui associe

son HTA à l'alimentation, ne se sent pas inquiet à l'idée de ne pas prendre son médicament lorsqu'il mange moins. Quelques autres participants-es entrevoient que s'ils ou elles perdaient du poids, ils ou elles n'auraient plus besoin de prendre leur médicament antihypertenseur. Ces participants-es le prennent néanmoins.

De façon complémentaire au médicament antihypertenseur, la plupart sont conscients-es qu'ils ou elles doivent modifier leur consommation en sel, en gras, en sucre, en alcool et en café, faire des exercices et des efforts physiques, perdre du poids ou cesser de fumer. En grand nombre, ils ou elles ont cherché ou cherchent à diminuer leur consommation de sel et se disent généralement vigilants-es quant à leur alimentation, évitant les excès de gras, de sucre et d'alcool, diminuant les quantités, modérant et restreignant la consommation de certains nutriments (*e.g.* sel), éliminant complètement certains aliments pour les substituer par d'autres. Plusieurs ont fait et font encore des efforts pour modifier leur alimentation, perdre du poids, se soumettre à des exercices physiques réguliers, cesser de fumer, diminuer leur consommation d'alcool ou de café. C'est en réponse aux directives reçues de leur médecin traitant ou de leur propre chef, à partir d'informations qu'ils ou elles retiennent, qu'ils ou elles font des efforts pour modifier ces habitudes de vie.

Des participants-es reconnaissent toutefois qu'il n'est pas facile de changer leurs habitudes de vie ou ne se sentent pas prêts-es à les modifier. Certains-es précisent qu'il est difficile de se départir de certaines habitudes, surtout celles qui sont bien installées depuis l'enfance. L'un d'eux trouve difficile, même avec les meilleures intentions, de changer du jour au lendemain certaines habitudes alimentaires et pense que cela prend du temps. Un participant pense qu'il faut être prêt intérieurement pour modifier ses habitudes de vie. Du jour au lendemain, au moment où il a reçu son diagnostic d'HTA, ce participant a cessé de fumer et pense que ce qui l'a aidé c'est qu'il était déjà conditionné.

Des contextes paraissent ainsi favorables ou défavorables à la modification d'habitudes de vie. Un interviewé remarque qu'il mange beaucoup moins bien depuis qu'il vit seul. C'est difficile pour lui de prendre le temps de se faire à manger, comparativement à lorsqu'il vivait en famille. Un autre trouve particulièrement difficile

de changer certaines habitudes qu'il associe à des moments de détente. Le fait de fumer procure à une femme, veuve et isolée, un moment de détente qu'elle peut difficilement écarter de sa vie. Un participant déplore que les médecins aient juste le mot « diète » à la bouche et considère que se priver n'est pas la solution.

Des informations contradictoires font obstacle à la modification d'habitudes de vie. Certaines informations reçues à propos de l'apport de certains aliments s'inscrivent en faux par rapport à d'autres informations, ce qui a un effet dissuasif chez un participant. L'observation d'expériences dans son entourage conduit ce participant à douter de la valeur de certaines recommandations. Il rapporte qu'un ami, qui s'est soumis pendant des années à un régime alimentaire strict, a quand même souffert d'un problème cardiaque sérieux et a dû être hospitalisé à un certain moment de sa vie. Il pense que l'on ne sait plus quelle information est la bonne, ce que l'on doit manger ou faire, pour se maintenir en santé. Un autre doute du bien-fondé de certaines directives médicales compte tenu de l'expérience vécue par ses proches.

Aux restrictions formulées par leurs médecins traitants – restrictions d'autant plus difficiles à tenir qu'elles doivent être maintenues à vie – s'opposent pour des hommes de l'étude – les plaisirs de la table et le sentiment de bien-être qu'ils en tirent, la satisfaction du simple fait de se laisser aller, de laisser tomber toutes contraintes pour s'accorder du bon temps. Un répondant se qualifie de « Roger-Bontemps », un autre, de « bon vivant », obéissant à une « morale du plaisir ». Ces plaisirs paraissent encore plus attrayants lorsqu'ils sont partagés avec d'autres.

4.2.5.2 Mesure de la pression artérielle

Le niveau tensionnel sert généralement d'indice à partir duquel les participants-es vérifient si leur HTA est bel et bien normalisée. Chez un participant, il sert de « signal d'alarme », lui indiquant qu'il doit se prendre en charge. Chez d'autres, qui ont cessé temporairement de prendre le médicament, la mesure de la pression artérielle permet d'évaluer si la pression se maintient à un niveau acceptable et donc, s'ils ou elles courent, ou non, un risque. Chez ceux et celles qui prennent leur médicament antihypertenseur, la

mesure permet généralement de s'assurer que la pression artérielle demeure stable ou permet de vérifier ses niveaux variés.

Plusieurs participants-es se sont munis-es d'un tensiomètre et prennent régulièrement leur pression artérielle à domicile, certains-es à tous les jours, d'autres mensuellement. Tous et toutes ne se sentent pas cependant à l'aise à l'idée de prendre eux-mêmes ou elles-mêmes leur pression artérielle. Certains-es ont cessé de prendre leur pression ou ne la prennent qu'occasionnellement, parce que cela les rendait anxieux et anxieuses. L'un d'eux note qu'il avait trop peur des résultats, ajoutant qu'il aime mieux ne pas savoir. D'autres, chez qui la pression artérielle est bien stabilisée, ne prennent maintenant leur pression artérielle qu'à l'occasion pour s'assurer que tout va bien.

Une part du suivi auquel se soumettent les participants-es implique la mesure répétée de la pression artérielle en clinique médicale. Ces mesures sont effectuées par le médecin traitant lors de l'annonce du diagnostic d'HTA. Elles servent à s'assurer que l'HTA n'est pas attribuable au phénomène de la blouse blanche. Certains-es participants-es indiquent que leur médecin a clairement envisagé que ce phénomène puisse expliquer la montée de leur pression artérielle. Ces mesures servent ainsi à s'assurer de la justesse du diagnostic.

De façon générale également, des mesures répétées de la pression artérielle sont effectuées après que le médicament antihypertenseur ait été prescrit, pour s'assurer que tout va bien. Comme le recommande leur médecin traitant, des participants-es font prendre régulièrement leur pression artérielle en pharmacie et notent sur un bout de papier les niveaux différents de leur pression artérielle qu'ils ou elles apportent ensuite à leur médecin. Il arrive que l'infirmière en milieu de travail, se charge de prendre la pression artérielle chez des participants-es ou qu'un proche (fille, conjointe), qui est professionnelle de la santé, assume cette fonction.

4.2.5.3 Gestion du stress

La gestion du stress est une autre stratégie adoptée par les participants-es dont la fonction est, dans leur esprit, de faire baisser les valeurs tensionnelles, de réduire ou de

stabiliser la pression artérielle. Des participants-es observent des signes physiques lorsqu'ils ou elles sont stressés-es qui leur indiquent que leur niveau de pression artérielle est élevé. Une participante est en mesure de dire lorsque sa pression artérielle est élevée, car alors le sang lui monte à la tête. C'est en se calmant, dit-elle, qu'elle arrive à faire baisser sa pression. D'autres reconnaissent des manifestations physiques tels de fortes migraines lorsqu'ils ou elles sont stressés-es, qu'ils ou elles associent à la montée de leur pression artérielle. En présence de ces manifestations, ils ou elles agissent pour contrôler leur HTA en se calmant, en se reposant. Élément significatif, quelques individus ont recours, comme nous le verrons plus loin, à la gestion du stress comme stratégie de remplacement au médicament antihypertenseur.

Il faut noter que la gestion du stress suppose, aux yeux des participants-es, le contrôle sur soi. En effet, ils ou elles conçoivent qu'il est possible d'agir sur le stress en changeant, par exemple, certaines attitudes au travail. Un interviewé précise que, depuis qu'il a reçu son diagnostic, il essaie de réagir différemment au travail. Notons que les médecins traitants confortent les participants-es dans ce sens. Certains-es participants-es précisent que pour aider à stabiliser leur pression artérielle, leur médecin les incite à faire du ménage dans leur vie, à s'éloigner des sources de stress, à changer certains aspects de leur vie qui leur sont nuisibles.

Depuis l'annonce du diagnostic, plusieurs ont appris à se prémunir face aux autres, au travail et dans leur vie privée. Ils ou elles cherchent désormais à éviter les événements qui risquent de les bouleverser, ne laissant plus approcher les gens qui peuvent les affecter. D'autres pensent que pour agir sur le stress, c'est leur philosophie de vie qui doit d'abord être changée. Le repos, l'exercice physique (*e.g.* prendre régulièrement une marche, faire de la bicyclette), les activités « saines », note-t-on, qui requièrent parfois des efforts physiques (*e.g.* la coupe de bois, la menuiserie), les activités de détente, sociales et familiales (*e.g.* se donner plus de temps pour soi et nos proches) comptent parmi les moyens dont se dotent certains-es pour gérer leur stress.

4.2.5.4 Recours à des approches naturelles de soins

Des interviewés-es privilégient les approches naturelles de soins. Certains-es envisagent d'utiliser, par exemple, des pilules d'ail cryogénique ou de l'huile de nacre pour soigner leur HTA. Une participante préfère prendre ces produits, tout comme ses nièces qui sont en excellente santé. D'ailleurs, elle a déjà remplacé les antidépresseurs que lui recommandait son médecin par des ampoules relaxantes, ce qui l'a aidé. Elle pense se tourner vers les produits naturels dans l'éventualité où sa pression commence à se stabiliser.

De façon générale cependant, les approches naturelles sont conçues comme un complément et non pas comme substitut au médicament antihypertenseur. Quelques participants-es envisagent de les utiliser, mais en accompagnement avec le médicament antihypertenseur. Une participante ne s'aviserait pas à utiliser ces approches sans être assurée qu'elle ne courre aucun risque. Un autre précise qu'il n'est pas certain que ces approches soient efficaces pour contrôler l'HTA. D'autres ont cette même impression, reconnaissant que les approches naturelles ne sont efficaces que pour soigner des problèmes légers de santé. La plupart ne font, en somme, que remarquer leurs bienfaits et valorisent leur utilisation dans le cas de problèmes de santé précis. Un participant conçoit, par exemple, que les vitamines sont particulièrement appropriées pour soigner une grippe, en plus de fournir à l'organisme une source additionnelle de nutriments et de renforcer les résistances naturelles. Ce participant prend volontiers des vitamines, sur une base régulière. Il considère que ce produit est naturel et n'agresse pas l'organisme comme le fait le médicament. Un autre a tendance à prendre des vitamines, car il reconnaît ses effets durables. Notons qu'un participant considère l'aspirine comme une stratégie de soins plus naturelle que le médicament et l'a déjà utilisée pour soigner son HTA.

4.2.5.5 Prise du médicament antihypertenseur

Chez plusieurs, le médicament antihypertenseur représente une stratégie de prise en charge de l'HTA efficace et peu inconfortable et prennent donc le médicament tel que prescrit. Ces participants-es conçoivent qu'ils ou elles doivent faire leur part pour que le médicament ne perde pas en efficacité, soit prendre le médicament de façon régulière,

tel que recommandé. D'autres le prennent volontiers parce qu'ils ou elles ont confiance en leur médecin.

Chez ces participants-es, le médicament offre nettement des avantages : il permet de régulariser la vie et garantit le maintien des activités. Grâce au médicament, certains-es se sentent en sécurité, considérant qu'ils ou elles risquent moins de souffrir d'une maladie grave pouvant éventuellement hypothéquer leur vie ou se sentent protégés-es des conséquences de l'HTA alors que leur pression artérielle est particulièrement élevée. Le médicament offre aussi une protection face à un environnement hostile (*e.g.* stress) ou compte tenu de la nature asymptomatique de l'HTA qui est conçue comme un mal sournois et donc, imprévisible. D'autres considèrent le médicament comme un moindre mal, permettant facilement de contrôler et de normaliser la pression artérielle. Le médicament est alors conçu comme une alternative valable compte tenu qu'ils ou elles n'ont pas le temps, ni la motivation nécessaire pour modifier certaines de leurs habitudes de vie. Enfin, le médicament offre l'avantage d'atténuer ou de préserver de certains maux (*e.g.* fortes migraines, rétention d'eaux, pieds enflés).

Il faut ajouter que tous et toutes ne prennent pas volontiers le médicament antihypertenseur. Des participants-es semblent le subir, en quelque sorte. Ils ou elles expriment certaines réserves, voire certaines résistances à l'égard du médicament qu'ils ou elles expliquent par leurs propres expériences médicamenteuses (*e.g.* effets secondaires), celles de leurs proches, de l'entourage ou par certaines conceptions qu'ils ou elles ont à propos du médicament. La prise du médicament apparaît, chez certains-es, d'autant plus exigeante que l'individu ne se sent pas malade, se sent bien ou ne ressent aucune douleur. Elle est particulièrement difficile chez d'autres, alors que le médicament provoque des effets secondaires incommodes (*e.g.* étourdissements, sécheresse de la peau, de la bouche, brûlures, difficultés respiratoires). Ces participants-es se sentent particulièrement hypothéqués-es par le médicament antihypertenseur et pensent qu'il cause plus de désagréments que la maladie en soi. Certains-es ont dû d'ailleurs changer plusieurs fois de médicaments à cause d'effets secondaires. Chez d'autres, le médicament ne parvient pas à stabiliser la pression artérielle. Ces interviewés-es ont généralement essayé plusieurs médicaments depuis l'annonce du diagnostic, mais sans succès. Cela

rend plus difficile la prise régulière du médicament antihypertenseur. Notons enfin que, chez certains-es, les réserves de départ à propos du médicament se maintiennent dans le temps alors que, chez d'autres, elles ont tendance à s'atténuer progressivement.

Or, plusieurs participants-es qui se soucient de bien prendre leur médicament, adoptent une routine quotidienne ou un rituel pour les aider dans sa prise. Notons par contre que ceux et celles qui se préoccupent peu de l'HTA, ont peu tendance à mettre en place des rituels. Ils ou elles sont plutôt enclins-es à laisser-aller les choses, à prendre le médicament quand bon leur semble. D'autres ne disent rien à ce sujet ou ne font que mentionner qu'ils ou elles le prennent le soir, sans plus de précision.

C'est sur un plan symbolique et technique que les rituels paraissent soutenir la prise du médicament antihypertenseur. Le plan technique correspond au support dont se dotent les participants-es pour vérifier que le médicament a effectivement été pris ou s'assurer qu'il sera pris. Le médicament sera ainsi placé bien en vue, toujours au même endroit, généralement dans la cuisine, sur la table de nuit. Une participante le place dans sa salle de bain, devant le cabinet d'aisance. D'autres utiliseront un pilulier ou un panier dans lequel ils ou elles déposent le médicament. Une participante utilise un calendrier dans lequel elle note la date d'achat du médicament. Au plan symbolique, le médicament sera par ailleurs associé à une activité particulière, telle le moment du déjeuner, du souper, avant ou après avoir mangé, le moment où l'individu prend sa pose au travail et prend un jus, le moment où il prend un café, au déjeuner. Certains-es le prennent quotidiennement avec un verre d'eau. Des participants-es vont même jusqu'à maintenir le même intervalle de temps entre chaque dose, se couchant plus tard ou se réveillant plus tôt ou à heure fixe.

Précisons que les rituels évoluent chez certains-es. Des participants-es les ont remplacés, au fil du temps, par d'autres rituels, les premiers s'étant avérés peu efficaces. Un participant place maintenant le médicament bien en vue dans la cuisine plutôt que de le ranger, comme avant, dans l'armoire de cuisine. D'autres ont commencé à utiliser un pilulier pour les aider à développer l'habitude. Un participant, qui n'avait pas tendance à manger au déjeuner, se force maintenant à manger un petit quelque chose pour l'inciter à

prendre son médicament. Un autre, qui prenait son médicament en mangeant avait tendance à oublier de le prendre lorsqu'il déjeunait au restaurant. Il a instauré un nouveau rituel et prend maintenant son médicament avec un verre d'eau, dès le réveil.

Il arrive par ailleurs que les proches soutiennent la prise du médicament, en rappelant au conjoint ou au parent de ne pas oublier de le prendre ou en préparant le médicament, le déposant dans un panier, au coucher, en vérifiant auprès du conjoint que le médicament a bel et bien été pris. Ce sont généralement les femmes qui jouent ce rôle, lorsque les deux conjoints ou un seul des deux conjoints (le mari) est atteint d'HTA. Un participant note que, lorsque sa femme est absente, au moment du déjeuner, il a beaucoup plus tendance à oublier de prendre ses médicaments. Un autre souligne qu'il arrive que sa femme oublie de lui rappeler de prendre son médicament. Un seul participant mentionne le fait que sa femme a tendance à ranger ses médicaments dans l'armoire de la cuisine, ce qui ne l'aide pas. Notons que lorsque c'est l'homme de la maison qui assume cette fonction, ce dernier paraît être beaucoup moins actif, ne faisant que rappeler à la conjointe de ne pas oublier de prendre le médicament. Les proches (e.g. fille), qui sont professionnelles de la santé, jouent aussi ce rôle.

Chez plusieurs, le mode d'utilisation irrégulière du médicament est généralement le même depuis qu'ils ou elles ont reçu le diagnostic d'HTA, alors que chez d'autres, il se modifie avec le temps. Un certain nombre de participants-es adoptent également plus d'un mode d'utilisation, au fil des années. Aux nombres des modes d'utilisation évoqués, on trouve l'omission occasionnelle de la prise du médicament antihypertenseur (quelques fois par année ou par mois), le report de la prise du médicament ou son non-renouvellement pendant quelques semaines, la cessation temporaire de la prise du médicament (pendant une semaine, deux semaines, trois mois), à une seule occasion ou plusieurs fois depuis l'annonce du diagnostic, l'omission régulière (omission d'une dose plusieurs jours consécutifs) de la prise du médicament, la prise partielle de la dose (un comprimé au lieu de deux), la prise d'un médicament antihypertenseur plutôt que deux et la cessation définitive de la prise du médicament, avec ou sans l'assentiment du médecin traitant.

Les participants-es associent des motifs à ces modes d'utilisation. Ils ou elles expliquent l'omission occasionnelle de la prise du médicament par l'oubli ou la distraction. D'autres ont reporté le renouvellement de leur prescription ou ont cessé de prendre le médicament pendant un certain temps, en raison de contraintes financières, de la consommation d'alcool, de déplacements. Les effets secondaires du médicament ou son inefficacité à stabiliser la pression artérielle expliquent, chez d'autres, le fait qu'ils ou elles ont, ou bien reporté, ou bien cessé temporairement de prendre le médicament, ou bien l'ont pris de façon très irrégulière. D'autres encore ont été victimes d'effets inattendus du médicament (*e.g.* chute de pression) et ont modifié, en conséquence, leur prise du médicament. À cela s'ajoutent certaines perceptions défavorables à l'égard du médicament et de l'HTA qui influent sur sa prise irrégulière. S'ajoute également le sentiment de bien-être et l'impression qu'ont certaines-es d'être guéris-es grâce au médicament, puisque leur HTA est normalisée ou a tendance à constamment diminuer. Ces participants-es ne voient pas alors l'utilité de prendre le médicament. D'autres ont cessé de prendre leur médicament, avec l'accord de leur médecin traitant, après qu'ils ou elles aient constaté, avec lui, que la montée de leur pression artérielle était attribuable à un autre problème de santé ou ont cessé, de leur propre initiative de prendre leur médicament et ont alors constaté que leur pression artérielle demeurait stable.

4.3 LOGIQUES D'INOBSERVANCE DU MÉDICAMENT ANTI-HYPERTENSEUR

Le portrait dressé ci-dessus permet de cerner une diversité de perceptions à propos de la maladie/santé, de la médecine, du médicament et de l'information médicale ainsi que des stratégies diversifiées de prise en charge auxquelles recourent les participants-es pour se soigner. Il ne s'avère pas cependant suffisant pour rendre compte des grandes logiques sous-jacentes à la prise irrégulière du médicament antihypertenseur chez les participants-es, d'autant plus qu'un certain nombre d'individus adoptent, au cours des années, plus d'un mode d'utilisation du médicament et/ou évoquent les mêmes motifs pour justifier des modes d'utilisation distincts.

Or, la restructuration du matériel recueilli permet de réunir les participants-es autour de trois catégories d'utilisateurs et utilisatrices désignés-es « inconditionnels-les », « réticents-es » et « résistants-es », correspondant, comme nous le verrons, à de grandes logiques d'observance aux traitements.

Nous décrivons d'abord les participants-es réunis-es autour de chaque catégorie d'utilisateurs et utilisatrices, puis présentons les caractéristiques intrinsèques propres à chaque catégorie. Notons que le même matériel que précédemment est repris mais dans une optique différente et que des informations sont parfois ajoutées comme appui aux résultats.

4.3.1 Inconditionnels-les

Les « inconditionnels-les » sont nombreux et nombreuses. Nous réunissons autour de cette catégorie d'utilisateurs et d'utilisatrices du médicament, 14 participants-es sur 27. On y trouve neuf femmes et cinq hommes. Les femmes sont âgées de 40 à 66 ans : quatre ont entre 40 et 54 ans, quatre, entre 55 et 64 ans et une est âgée de 65 ans et plus. Les hommes sont âgés entre 44 et 64 ans : trois ont entre 40 et 54 ans et deux, entre 55 et 64 ans.

Les femmes proviennent de Beauceville (n = 3), Beauport, Ste-Foy, St-Césaire, Montréal, La plaine et Laval. Toutes sont mariées. Une a une formation de niveau universitaire et est enseignante au cégep, deux ont complété une formation collégiale. L'une, anciennement secrétaire, est maintenant à la retraite. L'autre est travailleuse sociale. Une a une formation de niveau secondaire et est conseillère à l'emploi pour le gouvernement. Cinq n'ont pas complété leurs études primaires : quatre sont femmes au foyer et une reçoit, au moment de l'entrevue, des indemnités de la CSST.

Les hommes proviennent de St-Lambert, Yamaska, St-Jean-sur-Richelieu, St-Roch-sur-Richelieu et Laval. Quatre sont mariés et un est divorcé. Deux ont une formation de niveau universitaire. L'un d'eux, d'origine française, est chef d'entreprise dans le domaine de l'import/export. L'autre est comptable et récemment chômeur. Un participant a complété sa formation de niveau secondaire et est contremaître dans le secteur de la construction. Un autre n'a pas complété sa formation de niveau secondaire et est préposé à l'entretien au sein d'une commission scolaire. Un dernier a complété sa formation de niveau primaire. Il était pompier et est maintenant retraité.

Ces participants-es sont désignés-es « inconditionnels-les » dans la mesure où ils ou elles se soumettent, sans trop de remises en question, aux directives médicales reçues. Ils ou elles sont, en fait, assidus-es dans leur prise du médicament antihypertenseur, sauf exception. Ce n'est qu'occasionnellement qu'ils ou elles omettent de prendre leur médicament antihypertenseur. Cette omission va de deux fois par année, aux dires de certains-es, à une fois par mois, chez d'autres.

Chez ces participants-es, le mode d'utilisation du médicament est, au fil des ans, relativement stable. La durée d'utilisation du médicament varie d'un an à 25 ans. S'il est difficile de présumer du comportement d'utilisation ultérieur chez les individus qui ne font que commencer à prendre le médicament, il appert que chez la forte majorité, le mode d'utilisation du médicament est généralement le même à travers les années. Ceux-ci ou celles-ci disent prendre régulièrement leur médicament antihypertenseur depuis l'annonce du diagnostic et maintiennent ce même comportement au moment de l'entrevue. Il arrive rarement que ce mode d'utilisation ait évolué. Trois de ces participants-es précisent que lorsqu'ils ou elles ont commencé à prendre le médicament, ils ou elles avaient tendance à omettre de le prendre beaucoup plus souvent, contrairement à maintenant.

Il arrive rarement que les « inconditionnels-les » remettent en doute le diagnostic posé et le fait de prendre un médicament antihypertenseur, sauf exception. Une participante qui est travailleuse sociale et prend un médicament depuis un an, envisage, au moment de l'entrevue, de se renseigner pour voir si d'autres moyens que le médicament antihypertenseur puissent éventuellement être efficaces à contrôler son HTA. Elle note qu'elle n'avait pas, au début, le temps de s'attarder sur le sujet, car elle souffrait de douleurs menstruelles intenses et devait d'abord résoudre ce problème. Par contre, bien qu'elle soit aujourd'hui beaucoup plus disponible pour chercher d'autres alternatives au médicament antihypertenseur, elle continue néanmoins à le prendre régulièrement. Elle ne s'aviserait pas, note-t-elle, de cesser de prendre son médicament sans qu'elle ne soit certaine qu'elle ne court aucun risque en utilisant d'autres moyens. Ses proches, dont sa mère, sont aussi atteints d'HTA. Sa mère qui ne prenait pas régulièrement ses médicaments antihypertenseurs et se soignait à l'aide de produits naturels, a été victime

d'un accident cardiovasculaire (ACV). C'est ce qui la fait réfléchir et la motive à prendre régulièrement son médicament.

L'oubli est le motif le plus souvent mentionné par les « inconditionnels-les » pour expliquer l'omission occasionnelle du médicament. Des circonstances particulières viennent alors perturber la prise du médicament, notamment des changements dans la routine quotidienne, surtout la fin de semaine ou lors de vacances. C'est également par distraction que certains-es disent oublier de prendre leur médicament, soit lorsqu'ils ou elles entreprennent trop d'activités en même temps ou lorsqu'ils ou elles sont beaucoup trop pressés-es par le temps par le stress de la vie quotidienne et du travail. Une participante note qu'initialement, elle oubliait plus souvent de prendre son médicament antihypertenseur parce qu'elle était souvent pressée le matin avant d'aller travailler, à un point tel qu'il lui arrivait même de manger debout. Depuis qu'elle est à la retraite, elle dispose de plus de temps pour elle et oublie beaucoup moins souvent. Une autre participante qui s'astreint à prendre son médicament lors de sa pose au travail, l'après-midi, avec un jus, précise qu'elle a tendance à oublier lorsqu'il y a beaucoup de pression au travail et qu'elle ne prend pas sa pose. Notons qu'il arrive un moment où ces mêmes participants-es qui ont été distraits-es, se demandent s'ils ou elles ont bel et bien pris leur médicament. Ceux-ci ou celles-ci préfèrent alors reporter la prise du médicament au lendemain, car ils ou elles craignent de prendre une dose additionnelle du médicament.

Deux de ces participants-es précisent d'ailleurs qu'il leur arrive de reporter, au lendemain, la prise de leur médicament antihypertenseur. L'un d'eux reporte la prise de son médicament lorsqu'il consomme de l'alcool. Il croit qu'il est nocif de mélanger alcool et médicament. Il arrive également qu'une participante reporte la prise de son médicament, un diurétique lors de longs déplacements, alors qu'elle doit se rendre chez sa sœur à Chibougamau et qu'elle se trouve dans l'impossibilité d'uriner.

Par ailleurs, deux participants-es, généralement assidus-es, ont retardé de deux semaines pour l'une et de trois mois pour l'autre, la prise de leur médicament antihypertenseur à cause de contraintes financières. Un de ces interviewés-es, dont nous avons déjà relaté l'expérience, précise qu'il lui est arrivé de cesser volontairement de

prendre son médicament pendant quelques mois, à cause de problèmes financiers. Il se remémore l'époque où, séparé de sa conjointe, il s'est retrouvé sur le chômage, avec la charge de ses deux enfants et des dépenses substantielles à rencontrer. Il évoluait alors dans un milieu extrêmement chaotique (enfants placés en famille d'accueil, drogue, prostitution), vivait un stress intense et des problèmes financiers importants. Il devait donc couper dans les dépenses et conséquemment, dans les médicaments qui étaient dispendieux. Ce participant est aujourd'hui dans de meilleures dispositions financières et se sent, note-t-il, davantage préoccupé par sa santé.

Élément significatif, cet homme qui souffre d'un problème d'hyperthyroïdie, a cessé de prendre son médicament antihypertenseur, depuis cinq mois, avec l'accord de son médecin traitant. Il avait entendu dire que ce problème peut avoir un effet sur la pression artérielle. Il voyait bien que, dans son corps, quelque chose ne fonctionnait pas et en a glissé un mot à son médecin traitant. Il a commencé par changer certaines de ses habitudes de vie, puis a cessé de prendre le médicament. Sa pression artérielle est maintenant stabilisée. Il la prend régulièrement et est suivi par son médecin traitant, ce qui le rassure.

Autre élément significatif, tous et toutes les « inconditionnels-les » instaurent certaines stratégies et rituels pour les aider dans la prise de leur médicament antihypertenseur. Il appert que le fait d'associer le médicament à une activité particulière permet de développer l'habitude ou un automatisme par rapport à sa prise. Il faut noter également que les membres de la famille offrent généralement un soutien.

Le contexte général dans lequel évoluent les « inconditionnels-es » est propice à la prise du médicament antihypertenseur. Nous entendons par contexte général, les conditions d'ensemble dans lesquelles s'inscrit la prise quotidienne du médicament. Avec les rituels et le soutien des proches, d'autres conditions semblent ainsi tenir un rôle déterminant. De façon générale, ces participants-es sont plutôt confiants-es à l'égard de la médecine et du médicament et suivent volontiers les directives médicales reçues. S'ils ou elles ne sont pas nécessairement heureux et heureuses à l'idée de prendre un médicament, certains-es notent qu'ils ou elles ont confiance en leur médecin traitant et admettent que

les soins face à l'HTA ne relèvent pas de leur expertise. Chez la plupart, le médicament présente, en fait, un ou plusieurs avantages, dont celui de rassurer, d'offrir une protection, de permettre d'atténuer certains malaises (*e.g.* rétention d'eau). Des « inconditionnels » qui ne craignent pas les conséquences de l'HTA non-contrôlée, paraissent adopter, en quelque sorte, une vision pragmatique à l'endroit du médicament. Le médicament est conçu comme un moyen leur permettant facilement de contrôler la maladie, sans nécessiter de trop grands efforts.

Certains-es admettent néanmoins qu'il est difficile de ne pas oublier de prendre leur médicament compte tenu qu'ils ou elles ne ressentent rien. De manière importante également, plusieurs de ces participants-es (10 sur 14) se disent nettement motivés-es à prendre leur médicament parce qu'ils ou elles ont peur de l'HTA. Comme nous l'avons mentionné précédemment, les expériences douloureuses vécues par leurs proches (parents, frères, sœurs, oncles) ou le fait qu'ils ou elles soient atteints-es d'une HTA sévère, les confortent dans ce sens.

La prise d'information paraît d'ailleurs peu motiver la prise du médicament chez ces participants-es, en plus d'être peu recherchée. En effet, certains-es expriment clairement le fait qu'ils ou elles ont peur de recevoir de l'information. D'autres ne se sentent tout simplement pas préoccupés-es à la recevoir.

Par ailleurs, bien que ces participants-es privilégient la prise du médicament comme stratégie de prise en charge de l'HTA, ils ou elles recourent à d'autres stratégies pour se soigner. Ces stratégies sont utilisées en complément et non pas comme substitut au médicament antihypertenseur. Certains-es essaient donc d'agir sur leur stress, pensent qu'ils ou elles devraient perdre du poids et cesser de fumer ou encore, diminuer leur consommation de sel. Élément intéressant, un certain nombre reconnaissent qu'en modifiant certaines de leurs habitudes de vie (stress, surpoids, alimentation), ils ou elles pourraient éventuellement se passer du médicament. Ils ou elles sont néanmoins assidus-es dans la prise de leur médicament et ne s'aventureraient pas d'arrêter de le prendre sans l'accord de leur médecin traitant. Certains-es prennent ou font prendre leur pression artérielle. D'autres ont cessé de la prendre parce que cela les rendait anxieux et anxieuses.

La plupart des « inconditionnels-les » ont de bons contacts avec leur médecin traitant. Ils ou elles ont confiance en lui et bénéficient d'un suivi régulier. Certains-es ont tendance à beaucoup questionner leur médecin alors que d'autres, non et ne s'en portent pas plus mal, notent-ils. Certains-es se rendent en pharmacie pour faire prendre leur pression artérielle, s'informent auprès du pharmacien sur les effets secondaires du médicament et la façon de le prendre. Tous et toutes n'éprouvent pas cependant le besoin de questionner le pharmacien, certains-es trouvant que les services y sont devenus beaucoup trop impersonnels.

4.3.2 Réticents-es

Les « réticents-es » sont moins nombreux et nombreuses. Nous avons réuni dans cette catégorie d'utilisateurs et utilisatrices sept participants-es sur 27. On y trouve trois femmes et quatre hommes. Les femmes sont âgées de 49 à 60 ans : une a entre 40 et 54 ans et deux ont entre 55 et 64 ans. Les hommes sont âgés de 56 à 70 ans : deux ont entre 55 et 64 ans et deux sont âgés de 65 ans et plus.

Les femmes proviennent de Montréal, Châteauguay et Tracy. Deux sont veuves et une est célibataire. Une a complété une formation de niveau collégial et est cadre dans le secteur bancaire. Une, qui est anglophone, a complété sa formation de niveau secondaire. Elle était commis de bureau et est maintenant à la retraite. Une n'a pas complété sa formation de niveau secondaire. Maintenant à la retraite, elle était préposée aux bénéficiaires dans divers centres hospitaliers. Toutes ont leur pression artérielle stabilisée.

Les hommes proviennent de Tracy (n = 2), Boisbriand et Rawdon. Tous sont mariés. Un a complété une formation universitaire. Anciennement enseignant au niveau secondaire, il est maintenant à la retraite. Trois n'ont pas complété leur formation de niveau primaire. L'un d'eux était opérateur de machineries lourdes et est maintenant à la retraite. Un autre, maintenant retraité, était contremaître dans le secteur de la construction et de l'aciérie. Un dernier, d'origine italienne, était contremaître dans le domaine de la maçonnerie et est maintenant à la retraite. Tous ont leur pression artérielle stabilisée sauf un individu.

Ces participants-es pourraient facilement se situer dans la catégorie des « inconditionnels-les » si ce n'est de certaines hésitations qu'ils ou elles ont eues au cours des premiers mois qui ont suivi l'annonce de leur diagnostic ou lorsqu'ils ou elles ont commencé à prendre le médicament antihypertenseur. Chez ces participants-es, le mode d'utilisation du médicament évolue au fil du temps. La durée d'utilisation varie entre un an à 37 ans. Au moment de l'entrevue, les modes d'utilisation sont stables, comparativement au tout début. S'il est difficile d'apprécier à quel moment et à quelle durée de temps ces participants-es se réfèrent, tous et toutes rapportent une différence entre leur prise initiale et actuelle du médicament. La prise irrégulière de deux à trois doses par semaine et la cessation temporaire (une semaine, deux semaines et un mois) constituent les premiers modes d'utilisation du médicament. Également, comme les « inconditionnels-les », les « réticents-es » omettent occasionnellement de prendre leur médicament, par oubli, lorsqu'il y a un changement dans leur routine quotidienne ou lorsqu'ils ou elles sont trop pressés-es par le temps.

Ces participants-es ont, comme les « inconditionnels-les » tendance à instaurer des rituels qui les aident à bien prendre leur médicament, soit des moyens techniques et symboliques. Par contre, la plupart s'organisent eux-mêmes avec la prise de leur médicament, certains-es parce qu'ils vivent seuls-es et d'autres, même en étant mariés-es.

Les « réticents-es » présentent donc certaines similitudes avec les « inconditionnels-les ». Toutefois, ce qui les différencie de ces derniers et dernières est le fait que certaines conditions n'étaient pas initialement réunies, ce qui les a conduit, ou bien à cesser temporairement et définitivement de prendre le médicament antihypertenseur, ou bien à le prendre de façon irrégulière. Ces conditions de départ peuvent être résumées comme suit chez trois participants : des contraintes objectives associées à la prise du médicament, soit les effets secondaires du médicament et son inefficacité à stabiliser la pression artérielle, ont temporairement motivé la prise irrégulière du médicament antihypertenseur chez ces participants.

L'un d'eux a, note-t-il, cessé temporairement de prendre son médicament après qu'il ait fait une chute de pression, peu de temps après qu'il ait commencé à prendre son

médicament antihypertenseur. Extrêmement inquiet et ayant peur du médicament, il a cessé pendant un mois de prendre son médicament jusqu'au moment où sa pression artérielle s'est mise de nouveau à grimper. Son médecin traitant lui a finalement prescrit un autre médicament. Chez deux participants, l'inefficacité du médicament à stabiliser la pression artérielle les a conduit, au début, à ne pas être assidus-es dans leur prise du médicament. Ces participants notent que le médicament ne faisait alors aucune différence, la pression ne se stabilisant pas, qu'ils prennent bien ou non le médicament. C'est par désenchantement que l'un d'eux n'a pas pris initialement son médicament de façon assidue, ne le prenant en fait que quelques jours par semaine. Après avoir discuté avec son médecin traitant des conséquences de l'HTA non contrôlée, il a finalement commencé à prendre son médicament de façon régulière. Un autre a commencé à prendre son médicament de façon régulière après que son père soit décédé d'un infarctus. Bien que sa pression ne soit pas toujours stabilisée, il prend quand même le médicament parce qu'il a peur.

Chez quatre participants-es, ce sont les représentations à propos de l'HTA et du médicament qui ont initialement déterminé leur prise du médicament antihypertenseur. On y met notamment en évidence le fait que, comme l'HTA est asymptomatique, l'on se sentait bien et conséquemment, autorisé à ne pas prendre le médicament tel que recommandé. L'HTA paraît également être représentée comme une maladie qui se guérit, les individus se considérant rétablis lorsque leur pression artérielle est stabilisée. Ces participants-es paraissent aussi se représenter le médicament comme un dispositif permettant d'atteindre des résultats définitifs, à court terme.

Voici ce qu'ils ou elles en disent. Peu de temps après l'annonce du diagnostic, une répondante a cessé pendant une semaine de prendre son médicament antihypertenseur parce qu'elle se sentait bien, note-t-elle, et que sa pression artérielle était toujours « belle », i.e., normalisée. C'est l'infirmière en milieu de travail qui l'a finalement informée du fait qu'elle ne devait, en aucun cas, cesser de prendre le médicament antihypertenseur, qu'il permette ou non de stabiliser la pression artérielle et qu'elle se sente bien ou non. Étonnée, dit-elle, elle s'attendait à ce qu'un médicament produise des résultats définitifs, à court terme, qu'il ait, en fait, pour fonction de guérir. Une autre

participante a initialement omis de prendre régulièrement son médicament antihypertenseur, compte tenu qu'elle se sentait bien. Deux autres participantes avaient aussi tendance à omettre, au début, une à deux doses lorsqu'elles se sentaient bien et recommençaient à prendre le médicament lorsqu'elles éprouvaient un malaise. L'une d'elles note qu'il est normal d'agir de la sorte lorsque l'on commence à prendre un médicament et que l'on ne ressent aucun symptôme. L'autre précise qu'elle ne voyait pas l'utilité de continuer à prendre le médicament compte tenu que sa pression était stabilisée. C'est en discutant avec leur médecin traitant ou après qu'elles aient ressenti des malaises importants que ces participantes ont recommencé à prendre leur médicament de façon régulière. Élément significatif, peu de temps après qu'il ait commencé à prendre son médicament, un participant a cessé définitivement de le prendre. Il le prenait de façon assidue jusqu'au moment où il a décidé de le « jeter aux poubelles », sa pression artérielle diminuant constamment. Cet homme faisait prendre, à tous les jours, sa pression artérielle sur les lieux de son travail par une infirmière. Comme sa pression avait tendance à diminuer pour finalement se maintenir à un niveau acceptable, il a soudainement décidé de cesser de prendre le médicament. Lorsqu'il a informé son médecin de sa décision, celui-ci a d'abord été étonné de voir que sa pression demeurait effectivement stable, sans médicament. Il a été d'accord avec lui pour qu'il cesse de prendre le médicament. Cet homme continue de prendre régulièrement sa pression artérielle et considère que sa pression ne le « magane plus ».

Mis à part ces conditions d'ensemble auxquelles ces participants-es sont soumis-es, un trait caractéristique chez plusieurs de ces participants-es est de se considérer en excellente santé et de constitution résistante tout comme dans leur lignée. Ils ou elles évoquent aussi leur propre philosophie de vie, adoptant des valeurs de vie simple, ayant tendance à prendre la vie comme elle vient sans trop se soucier. Se fiant à leur instinct personnel, ils ou elles ont tendance à ne régler les problèmes que lorsqu'ils se posent.

Comparativement aux « inconditionnels-les », les « réticents-es » manifestent aussi beaucoup plus de réserves à l'égard de la médecine et du médicament. Certains-es considèrent que les médicaments risquent de causer d'autres problèmes de santé, doutent des avancées réelles dans ce domaine, reconnaissent la nature contradictoire de

l'information médicale et expriment, en fait, une certaine prudence à l'égard de la médecine. Malgré ces convictions cependant, la prise du médicament sera perçue comme une stratégie de soins rassurante, permettant de régulariser la vie, d'offrir une protection. Également, tout comme les « inconditionnels-les », certains-es adopteront une vision pragmatique du médicament antihypertenseur. On y souligne le côté pratique du médicament compte tenu que l'on ne se sent pas prêt à modifier certaines habitudes de vie.

Les « réticents-es » sont assidus-es dans la prise de leur médicament, à côté d'autres stratégies pour se soigner, dont la gestion du stress, la modification d'habitudes de vie (e.g. diminution de la consommation de sel, alimentation, tabagisme) et l'automesure de la pression artérielle. Ces stratégies sont considérées comme un complément à la prise du médicament, pour aider le médicament. La plupart prennent des moyens pour les aider à se détendre (e.g. loisirs, relaxation) et font de l'exercice. Des participants admettent cependant qu'il n'est pas facile de modifier leurs habitudes de vie. Un participant est conscient qu'il doit changer son alimentation, mais trouve difficile de le faire. Il perçoit comme étant contraignantes, les restrictions alimentaires recommandées et considère que le respect strict de ces recommandations, contrarie les plaisirs de la vie. Un autre associe la prise d'alcool à un moment de détente. Cet homme, qui est enseignant et vit beaucoup de stress au travail, a pris l'habitude de prendre une ou deux bières au dîner pour se détendre. Il est difficile pour lui de changer cette habitude. Il est conscient qu'il doit trouver un autre moyen pour relaxer, même si c'est difficile pour lui. Certains-es sont par ailleurs portés-es à se renseigner sur l'HTA, le médicament ou tout autre stratégie de prise en charge, alors que d'autres, non.

Enfin, alors que des participants-es ont de bons contacts avec leur médecin traitant, d'autres déplorent le fait qu'ils ou elles échangent peu avec lui, mais tout en témoignant d'une certaine interaction.

4.3.3 Résistants-es

Les « résistants-es » sont aux nombres de six sur 27 participants-es. On y trouve trois femmes et trois hommes. Les femmes sont âgées de 47, 68 et 70 ans et les hommes de 45 et 54 ans ($n = 2$).

Les femmes proviennent de Montréal (Hochelaga-Maisonneuve), Longueuil et St-Hubert. L'une est célibataire, l'autre est veuve et l'autre, divorcée. La première n'a pas complété sa formation de niveau secondaire et est sur le bien-être social. Les deux autres ont complété une formation de niveau primaire. L'une travaillait dans le secteur de la restauration et est maintenant à la retraite. L'autre était préposée à l'assemblage dans le secteur manufacturier et est maintenant à la retraite.

Les hommes proviennent de Montréal, de St-Blaise-sur-Richelieu et de Beauport. Tous sont mariés. L'un d'eux, d'origine libanaise, a complété une formation de niveau universitaire et est propriétaire d'un dépanneur. L'autre a complété une formation de niveau universitaire. Il était anciennement comptable et est maintenant sur le chômage. Un dernier a complété une formation de niveau primaire. Il était contremaître dans le secteur de la construction, a subi une mise à pied et effectue aujourd'hui, à son propre compte, de l'entretien ménager.

Ces participants-es sont qualifiés-es « résistants-es » dans la mesure où ils ou elles persistent dans la prise irrégulière de leur médicament même après quelques années de la prise du médicament antihypertenseur. Bien que l'on ne puisse présumer de leurs comportements futurs, ces participants-es maintiennent, au moment de l'entrevue, une prise irrégulière du médicament. Chez eux et elles, la durée d'utilisation du médicament varie de 2 à 24 ans. L'omission régulière de la prise du médicament, de trois à quatre fois par semaine, la cessation temporaire de la prise du médicament, pendant un mois ou quelques mois, le report de la prise du médicament pendant quelques semaines et la prise partielle du médicament (prise d'un comprimé par jour plutôt que deux ou la prise d'un médicament plutôt que deux) constituent leurs modes d'utilisation du médicament. Élément significatif, l'un de ces participants dont la logique explicative de sa prise irrégulière du médicament a fait précédemment l'objet d'un témoignage, a commencé

récemment à prendre son médicament de façon assidue. Il ajoute que pendant longtemps, il ne se souciait pas de le prendre de façon régulière. Notons également que comme les « inconditionnels » et les « réticents-es », certains-es de ces participants-es ont tendance, en plus, à oublier, occasionnellement, de prendre leur médicament. C'est par distraction que l'un d'eux oublie de prendre son médicament, soit lorsqu'il est perturbé par des activités qui lui laissent peu de temps pour réfléchir à ce qu'il doit faire.

Élément significatif, les « résistants-es » paraissent beaucoup moins préoccupés-es à instaurer des rituels pour les aider dans la prise du médicament. Par exemple, un interviewé note qu'il a tendance à laisser aller les choses, soit à prendre son médicament quand bon lui semble, sans se préoccuper outre mesure. Également, chez certains de ces participants qui sont mariés, un seul fait part du soutien reçu de sa conjointe, qui lui rappelle de ne pas oublier de prendre son médicament. Il ajoute par contre qu'il arrive que sa conjointe, elle-même, oublie de faire ce rappel.

Un trait caractéristique chez les « résistants-es », qui les différencie des « inconditionnels-les » et des « réticents-es », est qu'ils ou elles agissent, d'abord et avant tout, sur la base de convictions. En effet, celles-ci paraissent être centrales dans leur discours. Ces participants-es n'hésitent pas, en fait, à prendre certaines décisions face au médicament antihypertenseur et paraissent maintenir ces décisions sur la base de ces convictions.

Certains-es paraissent d'abord être convaincus-es qu'ils ou elles peuvent se passer du médicament. Parmi un ensemble de dimensions explicatives, la représentation qu'ils ou elles ont de l'HTA paraît les conforter dans ce sens. Trois individus associent ainsi le stress à l'HTA. La gestion du stress, à elle seule, sera alors conçue comme un moyen pour contrôler la pression artérielle. Une participante n'est pas, sur ce point, convaincue à « 100 % » de son diagnostic et pense, en fait, que la nervosité fait monter sa pression artérielle. Elle est d'avis que l'HTA est, chez elle, un phénomène temporaire, qui peut se résorber en agissant sur le stress. Cette participante note, par exemple, que sa pression monte en présence du médecin. Bien qu'elle n'associe pas directement le stress à sa prise irrégulière du médicament (prise de quelques doses par semaine), la représentation

qu'elle se fait de l'HTA paraît être, chez elle, une dimension significative, parmi d'autres dimensions centrales. Une autre participante précise que, depuis 24 ans qu'elle prend un médicament antihypertenseur, elle a cessé à plusieurs reprises de prendre le médicament (pendant quelques mois) et essayait alors de replacer, elle-même, sa pression artérielle, en agissant sur le stress. Elle ajoute qu'elle a toujours été stressée depuis qu'elle est toute jeune. Cette femme est issue d'un milieu familial violent. Son père la battait, elle et ses sœurs. Elle s'est mariée et a été en conflits constants avec son conjoint pendant de longues années. Aujourd'hui divorcée, elle se considère comme une personne nerveuse, tendue et continue d'attribuer son HTA, au stress.

Le fait d'associer l'alimentation à l'HTA paraît intervenir chez un autre participant. Ce dernier a déjà reporté la prise de son médicament, pendant deux semaines, au moment où un ami de la famille vivait une situation éprouvante et avait besoin de son soutien constant. Comme il mangeait beaucoup moins durant cette période, il considérait qu'il n'avait pas alors besoin de prendre son médicament antihypertenseur. Il pense qu'il peut se passer du médicament en perdant du poids et en suivant une diète sévère.

D'autres convictions paraissent centrales dans les discours des « résistants-es ». En outre, ceux-ci ou celles-ci expriment particulièrement de la méfiance à l'endroit de la médecine et du médicament. On y souligne les propriétés chimiques du médicament et leurs effets potentiellement nuisibles sur l'organisme. La prise d'un médicament sera associée à une forme d'esclavage, à du « poison » et certains-es se disent nettement anti-médicaments. On y évoque les limites du médicament qui ne peut, en fait, que soulager l'individu et non pas le guérir. Une participante a lu d'ailleurs que le médicament antihypertenseur peut avoir pour effet de détruire les reins. Elle n'aime pas les médicaments et pense que, de façon générale, leur impact et ce qu'ils produisent à l'intérieur de l'organisme, sont peu connus. Cette interviewée préfère les approches naturelles de soins. D'autres « résistants-es » expriment aussi leur inclination pour les approches naturelles de soins.

À cela s'ajoutent les expériences médicamenteuses personnelles, l'observation d'expériences des proches et de l'entourage qui paraissent, elles aussi, particulièrement

déterminantes. Une participante conçoit qu'elle a toujours pris une trop grande quantité de médicaments. Cette interviewée se sent ainsi justifiée de ne prendre qu'une dose partielle de son médicament, refusant catégoriquement de prendre deux médicaments par jour, malgré les mises en garde de son médecin traitant. Un participant évoque les effets néfastes qu'ont eu sur lui les médicaments qu'il a pris dans le passé. Ces médicaments ont créé, chez lui, d'autres problèmes de santé. Une autre, qui prend des médicaments antihypertenseurs depuis plusieurs années, a fréquemment cessé de prendre son médicament pendant quelques mois, à cause d'effets secondaires incommodants. Au moment de l'entrevue, cette femme doit normalement prendre deux médicaments antihypertenseurs, dont un diurétique, mais a, de son propre chef, cessé de prendre ce dernier médicament parce qu'il asséchait sa peau. Elle ne prend ainsi qu'un seul médicament. Elle ajoute que, dans l'éventualité où sa pression continue de se maintenir à un niveau acceptable, elle pense essayer de cesser de prendre son médicament antihypertenseur.

Il faut par contre ajouter que les « résistants-es » ne sont pas particulièrement inquiets et inquiètes à l'égard de la maladie/santé et/ou de l'HTA, en particulier. L'un d'eux ne se sent pas en danger immédiat parce qu'il est atteint d'HTA. Il est par contre beaucoup plus inquiet face à son problème de tachycardie, qui est plus spectaculaire, note-t-il. Selon ce participant, c'est la « souffrance qui gère tout ». Il est difficile, lorsque l'on ne souffre pas, de s'astreindre à prendre un médicament sur une base régulière et de surcroît, à vie. Une participante, qui reçoit des prestations d'aide sociale, précise qu'il faut qu'elle se sente malade pour qu'elle prenne un médicament. Elle omet de prendre son médicament antihypertenseur plusieurs fois par semaine, par oubli et est consciente que l'oubli est, chez elle, la manifestation d'une résistance à prendre un médicament quel qu'il soit, en l'absence de symptômes. Elle n'est pas, en fait, convaincue de son diagnostic, ni n'a confiance aux médecins. Cette participante a souvent changé de médecins et se dit très méfiante et nerveuse en présence d'un médecin. Elle évoque un traumatisme qu'elle a vécu étant jeune qui la conduit à craindre les médecins. Elle oublie constamment de poser les questions qui la préoccupent à son médecin actuel et n'a pas confiance en lui.

Les « résistants-es » ont également cela de particulier qu'ils ou elles paraissent être particulièrement critiques face à l'information médicale reçue, considérant que l'information médicale est beaucoup trop contradictoire, se sentant frustrés-es de ne pas recevoir de réponses de la part des médecins. Certains aiment bien se forger leur propre idée sur les questions de santé, ayant tendance à consulter des revues scientifiques, à bien se renseigner par n'importe quel autre moyen, en assistant à des conférences, en discutant avec d'autres qui sont aussi atteints d'HTA.

S'ils ou elles sont plutôt méfiants-es à l'idée de prendre un médicament, ils ou elles reconnaissent néanmoins l'importance de modifier leurs habitudes de vie comme stratégie de prise en charge de l'HTA. Dès qu'il a connu son diagnostic, un participant a cessé de fumer, a diminué sa consommation de café et de sel. Un autre fait attention à sa consommation de sel et de café et s'est fait lui-même sa propre idée sur ce qui est bon ou non de manger. Il ajoute toutefois que si « l'intention est là, lorsqu'il s'agit d'agir, c'est autre chose ». Comme nous l'avons indiqué précédemment, chez une participante, le fait de fumer est « le seul plaisir qu'elle a dans sa vie, avec sa radio ». Par ailleurs, deux participants mentionnent qu'ils ont antérieurement pris leur pression artérielle de façon régulière ou la prennent encore aujourd'hui de façon hebdomadaire.

Enfin, tous et toutes mentionnent qu'ils ou elles sont suivis-es par un médecin traitant. Certains-es témoignent par contre d'une certaine opposition, méfiance ou refus de suivre les directives reçues de leur médecin. Ces participants-es s'expriment peu également à propos de leur pharmacien. L'un d'eux considère cependant qu'il est du devoir du pharmacien de bien informer les gens à propos du médicament, ce qui ne s'avère pas toujours le cas.

CHAPITRE V
DISCUSSION

Notre étude visait à cerner les logiques sous-jacentes à l'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs chez des personnes (hommes et femmes) âgées de 40 à 75 ans. À partir de l'exploration de l'expérience des participants-es depuis l'annonce de leur diagnostic, elle a permis de voir l'importance relative d'un ensemble de concepts liés à l'HTA, de convictions à propos du médicament, de la médecine en général, de circonstances de la vie quotidienne et de contraintes auxquelles sont soumises les participants-es, lesquels forment la trame explicative de leur prise irrégulière du médicament antihypertenseur.

L'intérêt de l'étude est d'avoir pu mettre à jour une diversité de modes d'utilisation irrégulière du médicament antihypertenseur, ceux-ci trouvant écho dans les écrits. Pensons à l'omission occasionnelle du médicament (Meredith & Elliott, 1994; Waeber et al., 1997), à son omission régulière (omission de plusieurs doses consécutives) laquelle correspond à ce que certains qualifient le « drug holidays » (McElnay et al., 1997; Waeber et al., 1997), à la cessation temporaire de la prise du médicament qui renvoie à un intervalle de temps relativement long sans prendre le médicament (Rudd, 1995) et la cessation définitive de la prise du médicament, cette dernière étant associée à un comportement désigné « drop-out » (Cumming et al., 1982). Nous y ajoutons la prise partielle du médicament laquelle correspond à une prise d'une seule dose du médicament plutôt que deux ou la prise d'un seul type de médicament plutôt que deux (Davis, 1968).

Nos participants-es justifient ces modes d'utilisation par un ensemble de motifs, dont un grand nombre sont évoqués dans les écrits, dont l'oubli (Balazovjeh & Hnilica, 1993; Jern et al., 1997; McElnay et al., 1997), les effets secondaires (Balazovjeh & Hnilica, 1993; Morgan & Watkins, 1988), la consommation d'alcool (Morgan & Watkins, 1988) et les coûts du médicament (Chockalingham et al., 1998; Feldman et al., 1998; Geertsen et al., 1973; Grégoire, Moisan, Guibert, Milot, & Ciampi, soumis; Rehder et al., 1980; Richardson et al., 1993). Le fait que les individus se sentent bien et que leur pression artérielle soit stabilisée, la crainte des effets néfastes du médicament ou encore, son inefficacité à stabiliser la pression artérielle ont aussi été associés à l'inobservance aux traitements (Arluke, 1980; Cummings et al., 1982; Hasford, 1992; Jern et al., 1997;

Morgan & Watkins, 1988; Norman et al., 1985; Richardson et al., 1993; Weintraub, 1984).

Ces modes d'utilisation et motifs invoqués, tant dans les écrits qu'à travers nos résultats, offrent des explications partielles, ne permettant pas cependant de saisir la cohérence, aux yeux des personnes atteintes d'HTA, derrière la prise irrégulière du médicament antihypertenseur. Or, notre étude a cherché à saisir cette cohérence à travers l'examen d'un contexte d'ensemble entourant la prise irrégulière du médicament et par la mise à jour de l'intentionnalité chez les participants-es. Ceux-ci et celles-ci sont actifs et actives, se positionnant face à la prise du médicament, effectuant des choix en fonction de certaines considérations ou nécessités. Il y a une intention derrière la prise du médicament antihypertenseur, laquelle est fortement déterminée par des conceptions ou théories personnelles (Donnovan & Blake, 1992), forgées à travers les expériences personnelles, l'observation d'expériences ou l'information médicale reçue ou ambiante.

L'étude rend compte, en ce sens, de deux perspectives, l'une issue de l'anthropologie ou qui s'en inspire et l'autre, issue de la sociologie. L'approche anthropologique cherche à comprendre la manière dont les représentations chez des personnes atteintes d'HTA donne un sens, organise et se traduit dans des actions, soit par l'inobservance aux traitements (Blumhagen 1980; Greenfield et al., 1988; Heurtin-Roberts & Reisen, 1990). Quant à l'approche sociologique, elle tend à examiner la signification que prend le médicament dans la vie quotidienne de l'individu et donc, s'intéresse au contexte dans lequel s'inscrit la prise du médicament (Arluke, 1980; Conrad, 1985; Donovan & Blake, 1992). L'étude permet, en somme, de révéler les représentations des participants-es et conséquemment, leur intentionnalité, tout en la situant dans un contexte d'ensemble.

Il faut ajouter que, dans son acception traditionnelle, l'inobservance aux traitements est conceptualisée comme un comportement déviant par rapport à des normes dictées par les autorités médicales (Donnovan & Blake, 1992). Le patient est considéré fautif (Arluke, 1980; Donovan & Blake, 1992) et on lui impute l'intention de vouloir contester l'autorité médicale (Trostle, 1988). En mettant à jour l'intentionnalité chez les

participants-es, l'étude permet d'interroger la façon dont est généralement conceptualisée l'inobservance aux traitements. Rappelons que, dans les sciences médicales, l'observance aux traitements implique la correspondance entre le comportement de l'individu et les directives médicales reçues et ainsi, reflète le degré d'accord entre l'individu et le pourvoyeur de soins (Chockalingam et al., 1998; Heurtin-Roberts & Reisen, 1990; Kjellgren et al., 1995; Kyngäs & Lahdenperä, 1999; Sackett, 1976; Trostle, 1988). Le regroupement de nos participants-es autour de catégories d'utilisateurs et utilisatrices désignées-es « inconditionnels-les », « réticents-es » et « résistants-es », montre que la prise irrégulière du médicament antihypertenseur est, de façon isolée, l'expression d'une opposition ferme face aux directives médicales reçues. Chez plusieurs, elle est plutôt déterminée par certaines circonstances de la vie ou par des réalités matérielles et sociales ou paraît répondre à une phase initiale d'ajustement à l'HTA et au médicament. Ceci étant dit, dès l'instant où l'on admet que certains individus ne font qu'omettre occasionnellement de prendre le médicament antihypertenseur et que d'autres décident de cesser de prendre leur médicament de concert avec leur médecin traitant, l'on peut dès lors interroger le fait que ces mêmes individus soient considérés inobservants à leurs traitements. Il faut ajouter que les études ont traditionnellement adopté une vision dichotomique de l'inobservance aux traitements, considérant les individus comme étant inobservants ou non (Hershey et al., 1980; McElnay et al., 1997; Stanton, 1987). Il paraît difficile, sur cette seule base, de se faire une idée précise du niveau d'intensité de l'inobservance aux traitements.

En révélant l'intentionnalité chez les participant-es, notre étude permet de nuancer la façon dont est traditionnellement conçue l'inobservance aux traitements. Elle le fait en rendant compte de trois grandes logiques explicatives de la prise irrégulière du médicament antihypertenseur.

Dans la section qui suit, les résultats obtenus faisant état de ces grandes logiques d'inobservance aux traitements sont discutés à la lumière des écrits. Ils sont suivis de résultats faisant état d'une approche globale des soins où est d'abord présente le stress et sa gestion, thématique centrale à l'étude et d'autres stratégies de prise en charge de l'HTA évoquées par les participants-es. En dernier lieu, nous discutons de la durée depuis

l'annonce du diagnostic comme élément essentiel à la compréhension de l'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs.

5.1 « INCONDITIONNELS-LES » ET IMPACT DES CONTEXTES DE VIE

Nous avons vu que les « inconditionnels-les » ont tendance à se soumettre sans trop de remise en question aux directives médicales reçues et sont généralement assidues dans la prise de leur médicament antihypertenseur. Or, derrière la logique explicative de l'inobservance aux traitements chez les « inconditionnels-les », le contexte de vie paraît être déterminant et semble agir de diverses façons. Ce sont d'abord certaines circonstances de la vie quotidienne qui viennent, à l'occasion, modifier la prise du médicament antihypertenseur chez ces individus. Ceux-ci omettent occasionnellement de prendre leur médicament, le reporte volontairement d'une journée ou exceptionnellement, de quelques semaines ou de quelques mois. Chez ces participants-es, la prise irrégulière du médicament est généralement justifiée par l'oubli (Balazovjech & Hnilica, 1993; Jern et al., 1997; McElnay et al., 1997). Pour expliquer l'oubli, les « inconditionnels-les » mentionneront le changement dans leur routine quotidienne, lequel se produit le plus souvent, la fin de semaine, moment où les habitudes journalières sont bouleversées. Cet oubli paraît prendre alors la forme d'une trêve face à une discipline à laquelle ces participants-es paraissent s'astreindre quotidiennement, au moment où il y a rupture dans leur routine quotidienne.

De façon isolée, les écrits évoquent la possibilité d'un lien entre le bris dans la routine quotidienne et l'inobservance aux traitements. Seuls, Balzovjech et Hnilica (1993) envisagent que l'interférence avec la routine quotidienne puisse expliquer la prise irrégulière du médicament antihypertenseur. Les chercheurs ne sont pas cependant explicites à ce sujet. Les études retiennent néanmoins l'importance de relier la prise du médicament antihypertenseur à la routine quotidienne des individus (Balzovjech & Hnilica, 1993; Chockalingam et al., 1998; Cummings et al., 1982; Haynes, Wang, & Da Mota Gomes, 1987; Richardson et al., 1993). À ce titre, les rituels entourant le médicament en font partie intégrante. De façon active et intentionnelle, les « inconditionnels-les » mettent en place des rituels et les modifient au besoin, l'idée

générale étant de parvenir à développer progressivement un automatisme par rapport à la prise du médicament antihypertenseur. Les participants-es utilisent ainsi des moyens techniques (*e.g.* pilulier, panier dans lequel l'on dépose le médicament) et symboliques (*e.g.* associer la prise du médicament au déjeuner, au moment où l'on prend un jus, un verre d'eau, au réveil) pour les aider dans la prise de leur médicament. Ces rituels trouvent écho dans les écrits. Comme mesures de renforcement de l'observance aux traitements, les études reconnaissent l'utilité de recourir à un pilulier, qu'il soit électronique ou non, de lier la prise du médicament à l'accomplissement de tâches quotidiennes ou de placer bien en vue des dispositifs de rappel de la prise du médicament (Haynes et al., 1987; Rudd, 1995; Mckenney, Munroe, & Wright, 1992; Rehder et al. 1980).

Le bris dans la routine quotidienne n'est pas le seul élément d'explication. C'est aussi par distraction que les « inconditionnels-les » disent oublier, lorsqu'ils ou elles sont submergés-es par le nombre d'activités à accomplir ou parce qu'ils ou elles sont trop pressés-es par le temps, généralement le matin, lorsqu'ils ou elles doivent se rendre au travail ou à un rendez-vous. L'oubli se produit, semble-t-il, dans un moment d'inattention, alors que le ou la participant-e est soumis-e à un stress ou à une certaine agitation de la vie quotidienne. Parmi les études recensées, seuls Coons et al. (1994) indiquent que l'inobservance aux médicaments antihypertenseurs a été significativement associée au stress psychologique chez leurs participants-es. Les auteurs ne décrivent pas cependant à quoi ils réfèrent lorsqu'ils évoquent ce stress. Les études envisagent peu ainsi que la vie quotidienne et ses impératifs, notamment le stress de la vie de tous les jours, puissent expliquer la prise irrégulière du médicament, ce que met en évidence notre étude.

Chez d'autres participants-es, l'étude permet de voir que la prise irrégulière du médicament antihypertenseur répond clairement à certaines réalités matérielles et sociales (Morris & Schultz, 1993; Trostle, 1988). Ces participants-es sont généralement assidus-es dans la prise du médicament, mais décident de reporter ou ont déjà reporté la prise de leur médicament (pendant deux semaines ou quelques mois) à cause de contraintes financières. Les conditions matérielles et d'existence sont ici mises en relief. C'est alors

clairement parce qu'ils n'ont pas d'autres choix, au plan financier, que ces individus décident de ne pas prendre leur médicament pendant un certain temps. À répétition, les écrits évoquent que les coûts puissent être associés à l'inobservance aux traitements (Chockalingham et al., 1998; Feldman et al., 1998; Geertsen et al., 1973; Grégoire et al., soumis; Heurtin-Roberts & Reisen, 1990; Meagher et al., 1985; Rehder et al., 1980; Richardson et al., 1993). Une vaste étude américaine conduite auprès de 4 688 adultes atteints d'HTA, permet d'observer chez les individus qui ont une HTA modérée et sévère non contrôlée, un revenu *per capita* inférieur aux individus qui ont une HTA moyenne ou contrôlée. Les auteurs ajoutent qu'une HTA sévère nécessite une thérapie médicamenteuse plus onéreuse (Shulman, Martinez, Brogan, Carr, & Miles, 1986). À ce sujet, certains avancent qu'il serait important de supprimer les barrières économiques associées aux traitements médicamenteux, notamment par une plus grande couverture d'assurance. Cet effort permettrait d'améliorer l'observance aux traitements (Grégoire et al., soumis).

Le contexte de vie agit d'une autre façon chez les « inconditionnels-les ». Chez certains-es, l'incompatibilité du médicament avec les activités de la vie quotidienne se présente alors comme une dimension explicative de la prise irrégulière du médicament antihypertenseur. L'omission occasionnelle du médicament est expliquée par le report, généralement au lendemain, de la prise du médicament. Ce report se produit notamment lorsqu'un participant consomme de l'alcool (Morgan & Watkins, 1988). Ce dernier décide de reporter la prise du médicament pour éviter des problèmes potentiels, en combinant alcool et médicament (Conrad, 1985). Il se produit également, lors d'une activité particulière, soit lorsqu'une participante doit effectuer un long déplacement pour se rendre chez un proche. Son médicament, un diurétique, la faisant uriner, elle préfère ne pas le prendre. Notons que, pour cette même raison, la prise d'un diurétique a été associée à l'inobservance aux traitements (Chubon, 1989). D'autres situations similaires sont par ailleurs évoquées par Conrad (1985) et Donovan et Blake (1992). Il serait ici possible de dire que l'individu est susceptible de modifier la prise de son médicament lorsqu'il est empêché, en prenant le médicament, de participer à ses activités sociales quotidiennes (Conrad, 1985; Coons et al., 1994; Juncos, 1990; Morris & Schultz, 1993).

Si ce n'est de ces circonstances exceptionnelles ou de contraintes matérielles et d'existence, les « inconditionnels-les » sont généralement assidus-es dans la prise de leur médicament antihypertenseur. Ces participants-es présentent d'ailleurs certains traits caractéristiques, trouvant écho dans les écrits.

Un premier trait caractéristique chez plusieurs des « inconditionnels-les » est qu'ils ou elles ont peur des conséquences de l'HTA, particulièrement ceux et celles qui ont été témoins du décès ou des incapacités d'un proche atteint de la maladie et d'autres qui sont atteints d'une HTA sévère. Certains-es ont été à même d'observer à quel point la qualité de vie chez leurs proches paralysés ou souffrant d'incapacités des suites d'une HTA non contrôlée, s'est altérée. Ils ou elles ont généralement pu observer que leurs proches avaient cessé de prendre le médicament antihypertenseur ou le prenait de façon irrégulière. Un second trait caractéristique chez ces participants-es est qu'ils ou elles privilégient la prise du médicament antihypertenseur. La prise du médicament va de soi, chez ces individus, et n'est pas remise en question. Il serait possible de dire que l'action de consommer le médicament satisfait, chez ces participants-es, le besoin de prendre quelque chose (Montagne, 1992) pour des considérations essentiellement pratiques (*e.g.* permet de stabiliser la pression artérielle), mais surtout, qu'elle a comme fonction symbolique de rassurer (Dupuis & Karsenty, 1974). Or, tant la peur des conséquences de l'HTA, que l'efficacité perçue du médicament, ont été examinées dans le cadre d'études s'intéressant à l'inobservance aux traitements, dont certaines s'appuient sur le *Health Belief Model* (Kirscht & Rosenstock, 1977; Nelson et al., 1978). Le modèle postule que l'individu aura tendance à modifier son comportement (observance aux traitements) à partir de l'évaluation qu'il fait du risque encouru en regard de la maladie, de sa vulnérabilité en regard de ces risques et de sa perception des bénéfices en ce qui a trait au traitement. Les études indiquent que la perception de vulnérabilité à l'HTA (*e.g.* risque de faire un infarctus) et de ses conséquences sur la santé de même que la croyance en l'efficacité du médicament, ont été significativement associés à l'observance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs (Kirscht & Rosenstock, 1977; Nelson et al., 1978).

Or, ces études, bien qu'intéressantes, ne permettent pas de cerner l'expérience subjective des individus, ce qui les conduit à s'estimer vulnérables à l'HTA et à craindre ses conséquences. Dans le cadre de notre étude, l'observation d'expériences paraît déterminante. Ces expériences indirectes fournissent aux participants-es une somme d'informations (Davison, Davey Smith, & Frankel, 1991; Morgan & Spanish, 1985) et influent sur la prise du médicament antihypertenseur. C'est à travers l'observation d'expériences chez ceux et celles qui les entourent, soit le milieu familial immédiat, que ces participants-es évaluent leur propre risque face à l'HTA (Bury, 1994; Davison et al., 1991; Davison, Frankel, & Smith, 1992; Kjellgren et al., 1997).

Il faut noter que les proches sont, non seulement, une source précieuse d'information chez ces participants-es, mais aussi, offrent un soutien actif pour aider, le ou la conjointe ou le parent, dans la prise du médicament antihypertenseur. Ce rôle tenu par les proches est bien établi dans les écrits (Fishman, 1995; Kyngas & Lahdenpera, 1999; Morisky et al., 1983; Norman et al., 1985; Stanton, 1987; Rudd, 1995). Dans le cadre de notre étude, ce sont les femmes qui tiennent principalement ce rôle, qu'elles soient atteintes ou non d'HTA. À ce sujet, la littérature générale met bien en lumière la part importante occupée par les femmes sur les questions qui touchent la santé au sein de la famille (Stacey, 1994), ce que font peu ressortir les études s'intéressant à l'HTA. Les études évoqueront généralement l'apport de la famille, dans sa globalité, ou référeront au soutien des proches, mais sans distinction de genre (Fishman, 1995; Norman et al., 1985; Stanton, 1987).

Pour conclure, les « inconditionnels-les » paraissent former un groupe d'individus que certains diraient « obéissants », dans la mesure où ils ou elles se soumettent sans trop de remises en question aux directives médicales reçues (Kjellgren et al., 1995). Ces individus ne sont pas cependant passifs (Donnovan & Blake, 1992; Playe et Keeley, 1998). C'est de façon active qu'ils évaluent le traitement proposé à la lumière de leurs théories personnelles (Playe & Keeley, 1998), lesquelles paraissent clairement épouser la perspective médicale, comme le propose Britten (1996). L'auteur explore les perceptions chez 30 patients-es fréquentant deux cliniques de médecine générale, à propos de la médecine et du médicament. Il observe qu'un certain nombre de ces individus adhèrent,

en quelque sorte, à l'orthodoxie médicale contrairement à d'autres qui s'en écartent, selon qu'ils reconnaissent ou non, la légitimité de la médecine moderne, la légitimité de la maladie ou leur propre légitimité.

Dans l'ensemble, les « inconditionnels-les » paraissent accorder une certaine légitimité à la médecine moderne. De la même manière que dans l'étude de Britten (1996), ces participants-es témoignent d'une certaine confiance en leur médecin traitant, acceptent volontiers les recommandations médicales reçues – et ce, malgré certaines réserves – et ont tendance à rapporter l'opinion médicale pour justifier leur prise du médicament antihypertenseur. Il semble aussi que ces participants-es assument une certaine légitimité à la maladie alors que, nulle part, dans leur discours, on ne voit une remise en question du diagnostic posé, sauf chez un individu atteint d'hyperthyroïdie. Ce participant qui, en définitive, cesse de prendre son médicament, le fait après avoir discuté avec son médecin traitant.

Enfin, ces individus paraissent peu reconnaître leur propre légitimité, en ce qu'ils évoquent peu leur propre philosophie de vie et leur manière de voir en ce qui a trait à la santé, à la maladie et à leurs soins (Britten, 1996). Ils sont généralement discrets à ce sujet, faisant, notent-ils, ce qu'on leur demande sans trop se poser de questions. Ces participants-es paraissent, en fait, adhérer à une conception de la santé, répondant, semble-t-il, au discours officiel sur la santé (Crawford, 1984; Lupton, 1994, 1995; MacInnes & Milburn, 1996). Y est présente l'idée d'une nécessaire prise de contrôle sur soi, à travers la discipline personnelle, la négation de soi et par la détermination. La santé sera alors conceptualisée comme un but à atteindre à travers un certain nombre d'actions, impliquant la restriction personnelle, la persévérance et un certain engagement de temps et d'énergie (Lupton, 1995).

5.2 « RÉTICENTS-ES » ET PHASE D'AJUSTEMENTS FACE À L'HTA ET AU MÉDICAMENT

Nous avons vu que les « réticents-es » pourraient être situés-es dans la catégorie des « inconditionnels-les », si ce n'est du fait qu'ils ou elles ont eu certaines hésitations

au moment où ils ou elles ont commencé à prendre leur médicament antihypertenseur. Derrière la logique explicative de la prise irrégulière du médicament chez les « réticents-es », le temps se présente comme une dimension centrale alors que ces participants-es expriment nettement une différence entre leur prise initiale du médicament antihypertenseur et la plus récente, laquelle est par ailleurs relativement stable. Or, chez les « réticents-es », le contexte entourant la prise irrégulière du médicament peut être représenté comme une phase initiale d'ajustement.

Ce sont d'abord certaines contraintes objectives, soit les effets secondaires du médicament et son inefficacité à stabiliser la pression artérielle, qui ont initialement conduit certains-es participants-es à modifier la prise de leur médicament antihypertenseur. L'un d'eux a soudainement cessé de prendre son médicament antihypertenseur, pendant un mois, sans aviser son médecin, au moment où il a fait une chute de pression. Chez ce participant, la prise irrégulière du médicament se présente, semble-t-il, comme une réaction normale, compte tenu qu'il était peu familier avec la prise d'un médicament, quel qu'il soit, et considérant l'ampleur de l'effet secondaire (chute de pression). Ce participant a recommencé à prendre son médicament antihypertenseur de façon régulière après que son médecin lui ait prescrit un autre médicament. Rudd (1995) envisage, à ce sujet, que les effets secondaires puissent intervenir au début du processus thérapeutique et conduire l'individu atteint d'HTA à cesser de prendre son médicament, à réduire ou reporter la prise du médicament, ce que suggère notre étude. Comme nous le verrons plus loin, les effets secondaires paraissent être un déterminant important de l'inobservance aux traitements (Conrad, 1985; Fallsberg, 1991; Grégoire et al., soumis; Hershey et al., 1980; Heurtin-Roberts & Reisen, 1990; Kjellgren et al., 1997; Morgan & Watkins, 1988; Morris & Schultz, 1993; Richardson et al., 1993). Il est possible ici de penser qu'un suivi étroit du patient soit particulièrement nécessaire au début du processus thérapeutique, de façon à pouvoir intervenir rapidement sur cet aspect.

Chez d'autres participants-es, l'inefficacité du médicament antihypertenseur à stabiliser la pression artérielle paraît intervenir et entraîner initialement la prise irrégulière du médicament ou son interruption. Dans ce cas, il semble que le médicament

ait une utilité limitée compte tenu de la réponse thérapeutique de l'individu (Reusser & Carron, 1992). Les chercheurs reconnaissent que l'inefficacité du médicament antihypertenseur puisse être une dimension explicative de l'inobservance aux traitements (Arluke, 1980; Conrad, 1985; Morris & Schultz, 1993). Un scénario proposé par Arluke (1980) paraît ici intéressant et permet, semble-t-il, d'expliquer la prise irrégulière du médicament chez ces participants-es. Comme le propose l'auteur, la prise irrégulière du médicament peut être motivée chez les individus par le désir de juger de l'efficacité du médicament. À partir des résultats de son étude, Arluke (1980) conclue que le médicament est jugé inefficace si le résultat attendu n'est pas atteint. Il ajoute que pour juger de l'efficacité du médicament, les individus auront tendance à cesser de prendre le médicament ou à en réduire la dose, puis observeront l'effet produit. Or, il est possible de penser que c'est pour tester l'efficacité du médicament – ce dernier ne parvenant pas à stabiliser leur pression artérielle – que certains-es des « réticents-es » ont cessé de le prendre ou l'ont pris initialement de façon irrégulière. Il est possible de penser que ces individus ont alors été à même de voir que la prise du médicament ne faisait aucune différence, ne permettant pas de stabiliser leur pression artérielle, qu'ils le prennent ou non. C'est donc ce qui paraît les avoir initialement motivés à ne pas prendre le médicament de façon régulière. Il faut noter, sur ce point, que ces individus ont recommencé à prendre le médicament de façon régulière après que l'un d'eux ait discuté avec son médecin de l'importance de prendre le médicament, que la pression soit stabilisée ou non, et après qu'un autre ait été témoin du décès d'un proche atteint d'HTA. Ainsi, dans le premier cas, la communication médecin-patient paraît être centrale. Elle se présente d'ailleurs comme un élément favorable à l'observance aux traitements, ce que mettent en lumière les écrits (Garrity, 1981; Morgan et al., 1986; Ménard & Chatellier, 1995; Redhler et al., 1980). Dans le second cas, c'est plutôt la peur de l'HTA à travers l'observation d'expériences qui est mise en évidence (Bury, 1994; Davison et al., 1991, 1992; Kjellgren et al., 1997) alors qu'elle paraît produire un changement radical de la prise du médicament.

La nature asymptomatique de l'HTA est un autre élément d'explications proposé par certains « réticents-es » pour justifier leur prise initiale irrégulière du médicament. Le fait qu'ils se sentaient bien et que leur pression artérielle était stabilisée (Caldwell et al.,

1970; Cummings et al., 1982; Hasford, 1992; Morgan & Watkins, 1988), les a amenés, ou bien à cesser de prendre le médicament ou à le prendre de façon irrégulière. La nature asymptomatique de l'HTA est donc ici déterminante (Allen, 1998; Cumming et al., 1982; Francis, 1991; Freis, 1999; Kjellgren et al., 1995; Morgan et al., 1986; Rizzo & Simons, 1997). À ce sujet, Grueninger (1995) envisage que la plupart des personnes atteintes d'HTA n'éprouvent aucun symptôme, si ce n'est des symptômes conséquents à la médication. La seule rétroaction qu'ils ont face à leur état de santé prend une forme abstraite exprimée par des valeurs tensionnelles plutôt que par des signaux du corps (Kjellgren et al., 1997). C'est ce qui sans doute permet d'expliquer la réaction initiale chez ces participants-es. Ceux-ci et celles-ci ont pu en effet trouver incongrue la prise d'un médicament antihypertenseur alors qu'ils ou elles se sentaient bien.

C'est, d'un autre côté, la fonction symbolique attribuée au médicament et le caractère aigu conféré à l'HTA qui paraissent, chez d'autres participants-es, influencer initialement sur la prise de leur médicament antihypertenseur. Ces participants-es ont alors cessé de prendre leur médicament parce qu'ils ou elles avaient l'impression, notent-on, d'être guéris-es, leur pression artérielle étant stabilisée. La littérature générale offre ici des éléments d'explications. On y indique, d'une part, que le médicament est symbolisé, dans les conceptions populaires, comme un dispositif permettant d'atteindre des résultats bénéfiques, définitifs et à court terme (Nitchter & Vuchovic, 1994). On y souligne, d'autre part, que dans les conceptions populaires également, la tendance serait d'attribuer à la maladie un caractère aigu et ainsi, de concevoir que la santé puisse être restaurée à l'aide du médicament (Stimson, 1974). Ceci étant dit, l'on peut aisément comprendre les réactions initiales chez ces participants-es, ce que d'ailleurs mettent également en évidence les écrits s'intéressant à l'HTA. Les études reconnaissent en effet que les individus puissent interpréter la maladie comme un état aigu et ce faisant, envisager que la médication puisse être interrompue (Allen, 1998; Kjellgren et al., 1995; Meyer et al., 1985; Sharkness & Snow, 1992). C'est ce qui permet sans doute de comprendre ce qui a conduit l'un de ces participants à cesser, de son propre chef, de prendre le médicament antihypertenseur, alors que sa pression artérielle ne faisait que diminuer. Rappelons qu'au moment de l'entrevue, sa pression est normalisée et que son médecin est, en rétrospective, en accord avec le fait qu'il ait cessé de prendre son

médicament. Bien que l'on ne dispose pas d'informations précises en regard du suivi dont a bénéficié ce participant, il est possible ici d'interroger la façon même dont le diagnostic d'HTA a été initialement posé. Les études reconnaissent d'ailleurs qu'une mauvaise classification du risque et des difficultés techniques ou procédurales entourant le diagnostic, peuvent conduire à des erreurs (Feldman, Campbell, Laroche, Bolli et al., 1999).

Pour conclure, les « réticents-es » paraissent, à la fois, épouser l'orthodoxie médicale et à la fois, s'en écarter (Britten, 1996). Ces individus paraissent, en fait, concevoir la médecine et le médicament comme un mal nécessaire, ayant de bons et de mauvais effets, procurant l'aide nécessaire, tout en étant potentiellement dommageable (Fallsberg, 1991). Ils ou elles ne témoignent pas ainsi d'une confiance aveugle et de leur entière approbation à l'endroit de la médecine. Ils ou elles ont également une représentation duelle du médicament, reconnaissant à la fois ses propriétés négatives et positives. Certains-es des « réticents-es » sont sensibles aux risques et aux dangers associés à la prise d'un médicament, l'idée générale étant qu'ils ou elles craignent que le médicament affecte d'autres organes ou fasse du tort à l'organisme (Aballea, 1987; Britten, 1994; Morgan & Watkins, 1988). D'un autre côté, ces mêmes individus reconnaissent que le médicament puisse présenter certains avantages, généralement les mêmes que ceux évoqués par les « inconditionnels-les ».

Par ailleurs, ces mêmes participants-es paraissent beaucoup plus que ne le font les « inconditionnels-les », reconnaître leur propre légitimité et beaucoup moins, la légitimité de la maladie. Certains-es se considèrent en excellente santé, témoignent d'une certaine résistance familiale ou se considèrent de constitution résistante. Or, des études proposent que la perception du statut de santé puisse être une dimension explicative de l'inobservance aux traitements (Cummings et al., 1982; Stanton, 1987). Cummings et al. (1982) observent, par exemple, que les individus de leur étude qui perçoivent que leur statut de santé est pauvre ont été les plus observants à leur traitement médicamenteux antihypertenseur. Les études ne sont pas cependant explicites à ce sujet. Il est ici possible de penser que, sans qu'ils ou elles aient remis en cause la justesse du diagnostic posé, ces participants-es aient pu initialement résister à l'idée d'être malades, se considérant en

bonne santé, ce qui a pu les motiver à ne pas prendre leur médicament antihypertenseur tel que recommandé.

Enfin, ces participants-es témoignent beaucoup plus que ne le font les « inconditionnels-les » de leur propre philosophie ou façon de faire et paraissent ainsi reconnaître beaucoup plus leur propre légitimité. Il semble, en fait, qu'ils adhèrent à une perspective fataliste en ce qui a trait à la santé, associant, comme le suggèrent Pill et Scott (1985), à la notion de « résistance » à la maladie, des caractéristiques de constitution personnelle relativement immuables, à l'opposé d'une notion de « résistance » qui serait fortement déterminée par les conduites de santé. Certains-es de ces individus disent adopter des valeurs de vie simple, prenant la vie comme elle vient sans trop se soucier ou disent avoir tendance à ne régler les problèmes que lorsqu'ils se posent. Or, la perspective fataliste renvoie à une idée générale selon laquelle le risque de tomber malade est indépendant de l'engagement de l'individu dans des activités qui sont considérées bénéfiques pour la santé, telle, par exemple, la modification d'habitudes de vie (Davison et al., 1992).

En somme, il est possible de penser que les « réticents-es » aient pu d'emblée être beaucoup moins disposés-es à prendre le médicament antihypertenseur de façon régulière, compte tenu de la perception qu'ils ou elles ont de leur statut de santé et de leur perspective à l'égard de la santé, de la médecine et du médicament. Au moment de l'entrevue, ces participants-es se disent assidus-es dans la prise du médicament antihypertenseur, omettant occasionnellement de prendre une dose. Comme les « inconditionnels-les », ils ou elles instaurent des rituels pour les aider à prendre le médicament. Ces participants-es bénéficient cependant beaucoup moins du soutien de leur proche, certains-es parce qu'ils ou elles vivent seuls-es et d'autres même en étant mariés-es, ce qui peut éventuellement être considéré comme un facteur défavorable à l'inobservance aux traitements.

5.3 « RÉSISTANTS-ES » ET PART OCCUPÉE PAR LES CONVICTIONS ET L'EXPÉRIENCE

Nous avons vu enfin que les « résistants-es » ont cela de particulier qu'ils ou elles persistent dans la prise irrégulière de leur médicament même après quelques années. Derrière la logique explicative de l'inobservance aux traitements chez les « résistants-es », les convictions personnelles occupent une part centrale. Leur mise à jour permet de cerner un certain nombre d'espaces de résistance (Lupton, 1994), lesquels paraissent influencer sur la prise de leur médicament antihypertenseur. Chez ces individus, la prise irrégulière du médicament se produit à n'importe quel moment de l'épisode de soins et se maintient avec le temps. Certains-es disent omettre régulièrement de prendre leur médicament, trois à quatre fois par semaine, depuis qu'ils ou elles ont commencé à le prendre. D'autres ajoutent qu'il leur arrive de cesser temporairement de prendre le médicament pendant un mois ou quelques mois ou de le reporter pendant quelques semaines. D'autres encore ne prennent, au moment de l'entrevue, qu'un seul comprimé par jour plutôt que deux ou ne prennent qu'un seul médicament plutôt que deux.

D'emblée et à la lumière de ce que propose Britten (1996), les « résistants-es » forment un groupe d'individus dont les convictions personnelles paraissent se situer en porte-à-faux face à l'orthodoxie médicale. Ces individus s'opposent ouvertement aux directives médicales reçues et à l'opinion médicale. Ils expriment de la méfiance, voire même une certaine aversion à l'endroit du médicament (Britten, 1996). Certains-es n'aiment pas l'idée d'ingérer un produit chimique, sur une base quotidienne, et de surcroît à vie. Ils ou elles considèrent, comme le font les « réticents-es », qu'il y a un risque, à long terme, de causer ainsi du tort à l'organisme (Aballea, 1987; Britten, 1994; Morgan & Watkins, 1988). Ils ou elles se disent nettement anti-médicaments, l'associant à une certaine servitude (Britten, 1994, 1996; Morgan, 1996). Alors qu'ils ou elles craignent l'effet toxique du médicament (Aballea, 1987; Fallsberg, 1991), d'autres disent préférer ou avoir tendance à se tourner vers les approches naturelles de soins. Il semble alors que le médicament soit conceptualisé comme un produit synthétique, en contraste avec certaines thérapies alternatives, qui leur paraissent beaucoup plus naturelles (Britten, 1996; Morgan, 1996). C'est certainement ce qui explique qu'un autre participant ait, à un

certain moment, préféré prendre de l'aspirine et agir sur son stress pour contrôler son HTA, ces moyens lui paraissant, semble-t-il, beaucoup plus naturels.

Chez ces participants-es et d'autres « résistants-es », la prise irrégulière du médicament paraît être fondée sur le postulat suivant : ces participants-es considèrent qu'ils ou elles peuvent se passer du médicament antihypertenseur. Certains-es ont déjà essayé de contrôler leur pression artérielle, en relaxant, en agissant sur le stress, sans prendre le médicament antihypertenseur. Il semble que, dans l'esprit de ces individus, la prise du médicament n'est pas apparue nécessaire, alors qu'ils concevaient qu'ils pouvaient se sortir eux-mêmes de leur problème (Britten, 1994, 1996). Or, l'écart entre leur modèle explicatif de l'HTA et le modèle expert paraît ici déterminant et laisse entrevoir un premier espace de résistance chez ces participants-es. En effet, il ressort que ces individus se représentent le stress comme une cause majeure contribuant à l'HTA et ainsi, conçoivent qu'en gérant leur stress, ils arriveront éventuellement à stabiliser leur pression artérielle. De façon différente, la littérature médicale, bien qu'elle reconnaisse l'apport du stress, le considère comme un facteur parmi d'autres facteurs (*e.g.* surpoids, alimentation) contributifs sur lesquels l'individu peut agir, mais de façon complémentaire à la prise du médicament antihypertenseur.

Notons que le même accent est mis dans le cadre d'études qualitatives (Blumhagen, 1980; Heurtin-Roberts & Reisen, 1990) sur le stress et sa représentation en relation avec l'HTA. Ces études, en explorant le lien entre le modèle explicatif de leurs participants à propos de l'HTA, soit la part importante occupée par le stress en tant que cause associée à l'HTA, permettent alors de voir dans quelle mesure l'écart entre le modèle explicatif de ces individus et le modèle expert a un impact sur l'inobservance aux traitements. Rappelons que l'étude de Blumhagen (1980) identifie deux catégories de cause associées à l'HTA : l'une fait appel à des facteurs physiques et-ou héréditaires (*e.g.* le sel et le surpoids) et l'autre, à laquelle adhèrent près de la moitié des participants, réfère à des causes psychosociales, soit au stress et donc, au modèle « hypertension ». De façon étonnante, ces auteurs observent que les individus qui adhèrent à ce dernier modèle sont plus observants à leurs traitements. Heurtin-Roberts et Reisen (1990) obtiennent par contre des résultats opposés qui rejoignent d'ailleurs les résultats de notre étude. Leur

étude permet de cerner deux modèles explicatifs de la maladie chez les participants : l'HTA est conceptualisée comme de la « haute pression » ou maladie du sang et comme de « l'hypertension » ou maladie provenant des « mauvais nerfs ». Dans le premier cas, tant le stress que l'alimentation et l'hérédité sont considérés comme des facteurs en cause dans le développement de l'HTA. Dans le second cas, la maladie est conçue comme étant d'origine nerveuse, provenant du stress, des inquiétudes, de la colère, des problèmes financiers et avec les enfants. Les auteurs observent que les individus qui adhèrent au modèle « hypertension » sont plus inobservants à leurs traitements comparativement à ceux qui adhèrent au modèle physique et héréditaire de l'HTA.

S'il est difficile d'interpréter ces résultats opposés, les auteurs explicitant peu la manière dont ils arrivent à établir un lien entre le modèle explicatif de l'individu et l'inobservance aux traitements, Heurtin-Roberts et Reisen (1990) offrent certains éléments d'explications. Les auteurs précisent que les individus, en concevant que l'HTA est d'origine nerveuse, ne voient pas l'utilité du médicament comme élément important du traitement et valorisent plutôt la relaxation, le repos. Comme le suggèrent Nitcher et Vuckovic (1994), le rejet du médicament paraît être, en définitive, l'expression d'un refus à recourir à un dispositif technique, alors que les conditions de vie auxquelles sont soumis les individus leur paraissent, d'abord et avant tout, être la cause de leur problème.

Par ailleurs, chez d'autres « résistants-es », ce sont plutôt leurs propres expériences médicamenteuses difficiles qui paraissent entrer en jeu, ce qui a, semble-t-il, pour effet à long terme de les rendre critiques à l'égard de la médecine orthodoxe (Morgan, 1996). Une certaine dissonance entre les expériences vécues chez ces individus et la version officielle de ces expériences paraît alors créer un espace de résistance (McNay, 1992). En effet, de façon officielle, les médicaments antihypertenseurs sont conçus comme des dispositifs sécuritaires, bien tolérés et efficaces (Freis, 1999; Grégoire, 1990; Williams, 1998). Or, ces participants-es ont souffert et souffrent encore d'effets secondaires particulièrement incommodants (*e.g.* étourdissements, sécheresse de la peau, de la bouche, brûlures, difficultés respiratoires). Il est possible ici de penser que la persistance d'effets secondaires au médicament ait conforté ou conduit ces participants-es (Rudd, 1995) à préférer recourir à d'autres approches que la prise du

médicament antihypertenseur pour se soigner. L'on peut également envisager, comme le soulignent les écrits, que c'est parce qu'ils altèrent la qualité de vie de ces individus, notamment parce qu'ils nuisent à leurs capacités fonctionnelles, à leur productivité ou à leur sentiment de bien-être (Williams, 1998), que les effets secondaires affectent l'observance aux traitements (Morris & Schultz, 1993).

La quantité de médicaments à prendre paraît aussi intervenir. Une participante âgée est d'avis qu'elle a toujours pris une trop grande quantité de médicaments. Cette participante se sent ainsi justifiée de ne prendre qu'une dose partielle de son médicament, refusant catégoriquement de prendre deux médicaments par jour, malgré les mises en garde de son médecin. Une certaine dissonance paraît ici intervenir entre, d'une part, une information médicale ambiante largement rendue publique, soit les nombreuses controverses entourant la surconsommation de médicaments, particulièrement chez les personnes âgées (Santé Québec, 1987, 1995) et d'autre part, l'obligation de prendre un médicament, comme le recommandent les autorités médicales. Or, indépendamment du caractère dissonant de l'information reçue, il est clair que le seul fait de prendre une grande quantité de médicaments puisse poser des difficultés et influencer sur la prise d'un médicament quel qu'il soit. La complexité du régime thérapeutique, soit le nombre de médicaments consommés quotidiennement et l'administration du même médicament en plusieurs doses quotidiennes, est d'ailleurs retenue par maints auteurs comme un déterminant de l'inobservance aux traitements (Allen, 1998; Chockalingam et al., 1998; Conrad, 1985; Feldman et al., 1998; Klein, 1988; Leenen et al., 1997; Luscher & Vetter, 1982; Mancia, 1995; Morgan et al., 1986; Sanson-Fisher & Clover, 1995; Yasin, 1998).

Notons que d'autres participants-es, au même moment qu'ils ou elles font état de leurs propres expériences médicamenteuses difficiles, évoquent les expériences médicamenteuses difficiles chez leurs proches et dans l'entourage, ces expériences paraissant avoir un impact sur leur prise du médicament antihypertenseur. Dans leur étude, Hershey et al. (1980) observent que les expériences négatives vécues par les autres ont un plus grand impact chez les individus percevant qu'ils ont un certain contrôle sur leur santé comparativement à ceux qui perçoivent qu'ils ont moins de contrôle, les premiers étant moins observants à leurs traitements. Le désir de prendre contrôle sur la

maladie ou la santé pourrait ainsi expliquer la prise irrégulière du médicament. Hayes-Bautista (1976) estime en effet qu'un désir de contrôle sur la maladie puisse motiver des individus à prendre moins de médicaments que recommandé. L'auteur conçoit que pour exercer ce contrôle, l'individu utilisera différentes tactiques, telle la diminution de la dose, dans le but, par exemple, de réduire les effets néfastes du médicament. Il est donc possible de penser que la prise irrégulière du médicament antihypertenseur puisse être l'expression d'un désir chez ces « résistants-es » d'exercer un contrôle sur leur santé en modifiant la prise du médicament par rapport à ce qui est recommandé, compte tenu de leur méfiance à l'endroit du médicament.

L'idée de pouvoir prendre contrôle sur la maladie et la santé paraît être d'autant plus essentielle chez les « résistants-es », que ceux-ci et celles-ci mettent particulièrement à jour leur propre manière de faire et de voir les questions de santé et qu'ils ou elles témoignent du fait qu'ils ou elles agissent en conséquence. En fait, ces individus paraissent clairement reconnaître leur propre légitimité (Britten, 1996). Chez ces participants-es, l'autonomie paraît être une valeur fondamentale, impliquant, semble-t-il, une certaine indépendance par rapport à l'univers médical, le pouvoir et l'autorité qui lui est associé. Elle semble aussi faire appel à la possibilité de décider de ses soins de santé, de son libre arbitre et sans sollicitation extérieure. Or, ces participants-es paraissent associer à la santé idéale, le fait de pouvoir faire les choses selon leur propre volonté (Crawford, 1984) et adhèrent ainsi comme les « réticents-es » à une perspective fataliste de la santé (Crawford, 1984; Davison et al., 1992; Pill & Scott, 1985).

Ils ou elles ne sont pas également particulièrement inquiets et inquiètes face à la maladie/santé et face à l'HTA, en particulier, ou ne se sentent pas en danger immédiat et reconnaissent peu ainsi la légitimité de la maladie (Britten, 1996). Cummings et al. (1982) observent une tendance chez les individus qui cessent de prendre leur médicament antihypertenseur, à considérer leur problème d'HTA comme étant moins sérieux comparativement aux individus qui continuent à le prendre. La gravité perçue de l'HTA peut donc expliquer, partiellement, la prise irrégulière du médicament chez ces participants-es.

Or, la valeur d'autonomie qui est centrale dans le discours chez ces participants-es permet sans doute de comprendre leur scepticisme à l'égard de l'information médicale. Certains-es des « résistants-es » cherchent à se renseigner et se disent critiques face à l'information médicale reçue et ambiante. C'est en lisant qu'un médicament antihypertenseur, soit un diurétique, pouvait occasionner des problèmes aux reins, qu'une participante a cessé de le prendre sans l'accord de son médecin. Un participant considère, pour sa part, que l'information médicale est beaucoup trop contradictoire et se sent frustré de ne pas recevoir de réponses de la part des médecins lorsqu'il les questionne. Chez ces individus, l'information médicale paraît ainsi tenir un certain rôle, contrairement aux « inconditionnels-les » et aux « réticents-es », alors que l'information médicale est peu recherchée chez certains-es qui ont peur de l'HTA (Fallsberg, 1991; Morris & Schultz, 1993). Il faut noter, à ce sujet, que l'information médicale est retenue comme dimension explicative de l'inobservance aux traitements (Allen, 1998; Chockalingam et al., 1998; Kjellgren et al., 1995; Kyngäs & Lahdenperä, 1999; Yasin, 1998). Les chercheurs souligneront l'importance de fournir avec clarté, des instructions précises, appropriées et en quantité suffisante aux individus (Conrad, 1985; Garrity, 1981; Ménard & Chatellier, 1995; Morgan et al., 1986; Redhler et al., 1980). Les études ne mettent pas cependant en relief les contradictions entourant l'information médicale reçue et ambiante. Ce dernier aspect est important dans la mesure où les publics en général témoignent d'un certain scepticisme à l'endroit de l'information médicale, d'une part, parce qu'ils sont amenés, dans leur quotidien, à mettre en doute cette information, à partir de l'observation routinière et de la discussion de cas de maladies et de décès dans leur réseau personnel. Ils ont alors certaines notions de ce qui peut rendre un individu « candidat » à certaines maladies, soit avoir une compréhension du risque tel que défini par les experts à un niveau populationnel et, au même moment, avoir une compréhension de ce que la vie, la santé et les décès peuvent défier les prédictions sur un plan individuel (Hunt & Emslie, 2001). C'est ce qu'indiquent les « résistants-es », les observations que ceux-ci et celles-ci font dans leur milieu de vie naturel, paraissant motiver leur prise irrégulière du médicament. De plus, il est possible de penser que la présence simultanée de différentes rationalités ou manière de voir concurrentes, provenant de sources officielles, des médias, du système légal, etc., puisse miner la confiance des publics (Lupton, 1995), sans

compter que les publics disposent aujourd'hui de connaissances médicales élargies, à cause de leur plus grande propension à lire et à écrire et de l'informatisation de données médicales (diagnostic et traitement) (Backett, Davison, & Mullen, 1994; Hunt & Emslie, 2001; Kelleher, Gabe, & Williams, 1994). L'ensemble de ces aspects paraissent rendre difficile un certain alignement des publics avec la version médicale officielle (Lupton, 1994), ce qui crée ainsi un espace de résistance.

Ce scepticisme paraît enfin se traduire par le fait ces participants-es s'opposent ouvertement à ce que leur propose leur médecin. Un participant a refusé catégoriquement de prendre le médicament antidépresseur que son médecin lui avait prescrit. Une interviewée précise qu'il lui arrive de se « chicaner » et de s'opposer à ce que lui recommande son médecin. Élément significatif, une participante, qui reçoit des prestations d'aide sociale,*se dit particulièrement méfiante à l'endroit des médecins, quel qu'ils soient. Rappelons que cette participante a souvent changé de médecins traitants et se dit particulièrement nerveuse en présence d'un médecin, évoquant un traumatisme médical qu'elle a vécu étant jeune. Or, seul le témoignage de cette participante permet d'envisager que les caractéristiques socio-économiques puissent être une dimension significative de l'inobservance aux traitements. En effet, notre étude ne met pas particulièrement en relief des distinctions selon les caractéristiques d'âge, de sexe et le statut socio-économique sur le plan de l'inobservance aux traitements. Cette participante qui reçoit des prestations d'aide sociale et paraissait particulièrement démunie au moment de l'entrevue, éprouve des difficultés relationnelles importantes avec les médecins et une méfiance importante à l'égard de la médecine et du médicament, thème qu'elle évoque, à répétition, en cours d'entrevue. Précisons que cette méfiance ne se présente pas de façon aussi tangible chez les autres résistants-es. Nous aurions plutôt tendance à les considérer comme étant « critiques » et non pas méfiants-es à l'égard de la médecine et du médicament. Nous vous invitons ici à consulter trois tableaux (Annexe 2) décrivant la distribution selon l'âge, le sexe, la durée d'utilisation du médicament antihypertenseur, le niveau de formation et l'occupation pour chaque catégorie d'utilisateurs et utilisatrices. L'étude conduite par Gregg, DeHaven, Meires, Kane et Gullison (2001) est, à ce sujet, intéressante. Les auteurs ont interrogé 24 individus, hommes et femmes, de statuts socio-économiques défavorisés à propos de leur inobservance aux traitements médicamenteux,

en général. Un thème commun chez l'ensemble des participants-es est la peur qu'ils ou elles ressentent à l'endroit des médecins, en général, et de ce que ceux-ci peuvent leur dire. Certains-es rapportent à quel point ils ou elles se sentent nerveux et nerveuses lors d'une consultation médicale et se demandent pour quelle raison. Les auteurs concluent que la peur est une dimension significative dans l'explication de l'inobservance aux traitements chez ces participants-es et ajoutent que la dimension est à tous le moins absente dans les écrits (Greeg et al., 2001). Les écrits recensés indiquent néanmoins que la valeur la qualité de la relation médecin-patient, le ton affectif de la relation de même que la sympathie dont témoigne le médecin à l'égard du patient, sont retenus comme dimensions explicatives de l'inobservance aux traitements (Bartlett et al., 1984; Conrad, 1985; Ménard & Chatellier, 1995; Morgan et al., 1986; Redhler et al., 1980; Stanton, 1987; Stone, 1979).

5.4 STRESS ET AUTRES STRATÉGIES DE PRISE EN CHARGE DE L'HTA COMME APPROCHE GLOBALE DE SOINS

Nous avons vu que le stress est un thème récurrent dans les discours d'une forte majorité de participants-es, ce que mettent en évidence d'autres études qualitatives conduites dans ce domaine (Blumhagen, 1980; Greenfield et al., 1988; Heurtin-Robers & Reisen, 1990), mais documentent peu la littérature médicale en relation avec l'HTA.

À travers leur histoire personnelle, plusieurs participants-es font part de liens entre le stress et l'HTA. Ceux-ci, qu'ils soient hommes ou femmes, de niveaux de scolarité ou d'occupation variés, se représentent le stress comme un facteur antécédent ou concomitant à l'annonce de leur diagnostic d'HTA. Ces participants-es reconstituent en effet des événements et des situations ayant généré un stress, lesquels sont, à leurs yeux, antécédents ou immédiats à la maladie. Également, la plupart ont eu le temps d'observer dans quelle(s) circonstance(s) stressantes, leur pression artérielle a tendance à monter ou baisser. De façon générale, ces participants-es considèrent que le stress conduit à l'HTA. Ils ou elles pensent souffrir d'HTA parce qu'ils ou elles sont stressés-es au travail ou dans leur vie privée et considèrent que le fait d'être stressés-es rend difficile le contrôle de la maladie.

Or, ses représentations du lien entre le stress et l'HTA trouvent écho dans les écrits. En effet, ceux-ci reconnaissent que le stress contribue à l'élévation de la pression artérielle ou est lié à l'HTA (Beilin, 1997; Dressler, 1999; Gerber & Haberstein, 1999; Hamet, 1996, 1998; Light et al., 1999; OMS, 1999; Spence et al., 1999), en conjonction avec d'autres facteurs, tels les composantes génétiques, les antécédents familiaux, les habitudes de vie et les mécanismes de contrôle cardiovasculaires (Beilin, 1997; Hamet, 1996, 1998; OMS, 1996; Petrella, 1999). Malgré tout, les rapports officiels et les consensus d'experts ont, à travers les années, ou bien éludé l'aspect du stress ou bien, en ont peu tenu compte comme facteurs de risque associés à l'HTA (Frohlich, 1993; SBSC, 1989).

Par contre, les recommandations canadiennes récentes retiennent la gestion du stress comme stratégie de prise en charge de l'HTA (Spence et al., 1999). Ce dernier aspect est important et est mis en lumière par les participants-es de notre étude qui, à répétition, expriment le fait qu'ils ou elles cherchent à gérer leur stress. La gestion du stress impliquera généralement une prise de contrôle sur soi et face à un environnement apparaissant hostile. Les participants-es disent alors essayer de réagir différemment face à certaines contraintes du travail ou de la vie, tentent de s'éloigner des sources de stress ou de changer certains aspects de leur vie qui leur paraissent contraignants. C'est aussi vers un changement immédiat et profond sur le plan des valeurs et du mode de vie que se tournent certains-es en vue d'agir face au stress. D'autres feront de l'exercice physique ou accompliront certaines activités physiques (*e.g.* menuiserie, marche), mesure reconnue comme ayant pour effet de favoriser l'abaissement des valeurs tensionnelles (Cléroux et al., 1999; Labarthe & Corella, 1998; OMS, 1996, 1999; Reusser & Carron, 1992). Il faut noter ici que, de façon étonnante, les propriétés relaxantes de l'exercice physique ne sont pas retenues, dans le cadre des recommandations canadiennes récentes, comme stratégies de gestion du stress. Les experts recommanderont une intervention favorisant une prise de conscience par les individus atteints d'HTA, des stressseurs et de leur réponse à ces stressseurs, une évaluation des événements difficiles de leur vie et la gestion de leurs émotions (Spence et al., 1999).

Élément intéressant également, nulle part, on ne fait mention d'une « rupture d'un sentiment de contrôle » (Corin, 1994) et l'importance d'une action à ce niveau comme mesure de gestion du stress. Ce sentiment est pourtant présent dans les discours des participants-es. Ceux-ci et celles-ci disent en effet se sentir coincés-es, soulignent l'impossibilité qu'ils ou elles ont de répondre aux demandes familiales, de l'employeur, de la clientèle ou du manque de marge de manœuvre qu'ils ou elles ressentent, que ce soit au travail ou dans la vie privée. L'impression générale est que, tant le contexte de travail que de la vie privée, exercent des pressions sur les cadres intermédiaires, les professionnels, les personnels de bureau, les femmes au foyer, etc. de l'étude. Aucun corps d'emploi ne paraît ici être à l'abri du stress et, tant le stress au travail que de la vie privée paraît intervenir.

Or, dans l'étude des problèmes de santé, la notion de contrôle a été abondamment décrite par des chercheurs issus de disciplines variées. La plupart des études ont traditionnellement considéré cet aspect d'un point de vue strictement individuel, éludant le fait qu'il puisse être le produit de l'environnement (Syme, 1989), ce que, pourtant, met bien en évidence notre étude. En effet, l'impression générale que l'on tire des propos chez les participants-es, est que le sentiment de perte de contrôle dont ils ou elles font part, n'est pas indépendant du fait qu'ils ou elles se trouvent dans une impasse, se sentent immobilisés-es par de fortes exigences, des situations contraignantes au travail ou dans la vie privée pour lesquelles ils ou elles ressentent qu'ils ou elles ont peu de marge de manœuvre. À ce sujet, certaines études s'intéressant au stress occupationnel, rapportent que les travailleurs qui vivent une impasse au travail, soit de fortes exigences et peu de latitude pour rencontrer ces exigences, ont des taux élevés de mortalité par maladies coronariennes (Karasek et al., 1981; Theorell, 1989). Le stress vécu au travail et le sentiment de perte de contrôle ressenti par les travailleurs paraît d'ailleurs être une réalité tangible au Canada. D'après l'Enquête nationale sur la santé de la population (ENSP, 1994-1995), deux travailleurs sur 10 disent éprouver des tensions et des contraintes au travail. Ces travailleurs occupent des emplois qui leur donnent l'impression d'être débordés, d'être soumis à des demandes contradictoires et d'avoir peu de latitude pour contrôler le rythme de leur travail ou décider de la façon d'exécuter leur tâche (Wilkins & Beaudet, 1998).

Dans ce même sens, Brunner et Marmot (1999) avancent que les effets du stress peuvent être bénéfiques lorsque l'individu est soumis à des situations qui lui permettent de mobiliser ses énergies. Selon les auteurs, les études ne font que commencer à reconnaître que certaines circonstances contraignantes au plan psychologique et social, puissent, à long terme, endommager la santé des individus. Ce qui nous amène à souligner l'importance de la durée, laquelle est particulièrement mise en relief dans le cadre de notre étude, le stress étant situé dans un espace-temps. Dans le premier cas, est présente l'idée d'un stress momentané, associé à des événements qui surgissent tout à coup dans la vie de l'individu, au travail ou dans la sphère privée, ou qui se produisent au cours d'une période bien définie. Des crises aiguës (*e.g.* décès d'un proche) et des épreuves de la vie bien circonscrites, des événements précipitants ou transitoires dans le temps auront, aux yeux de participants-es, pour effet de déclencher l'HTA. Dans le second cas, l'HTA sera représentée comme une maladie qui s'installe progressivement, à cause du cumul d'un stress vécu depuis de longues années, notamment des pressions constantes au travail, des difficultés relationnelles persistantes depuis de longues années. Alors que ces deux réalités sont nettement mises en évidence dans notre étude, il faut préciser que les études, si elles reconnaissent l'impact d'un stress de courte durée sur l'élévation temporaire de la pression artérielle, interrogent l'effet durable d'un stress de longue durée sur la pression artérielle, ce lien étant encore peu démontré (Chockalingam et al., 1998; OMS, 1996).

Par ailleurs, en plus de mettre à jour l'importance, aux yeux des participants-es, de la gestion du stress comme stratégie de prise en charge de l'HTA, les données indiquent clairement que chez l'ensemble des participants-es, la prise de la pression artérielle et la modification d'habitudes de vie, occupent aussi une part importante. Sur ce point, la prise de la pression artérielle est considérée dans les écrits comme un incitatif à l'observance aux traitements (Chockalingam et al., 1998; Edmonds et al., 1985; Feldman et al., 1998; Haynes et al., 1976; Nelson et al., 1978; Nessman et al., 1980), alors qu'elle doit normalement favoriser la participation active de l'individu dans ses soins (Nelson et al., 1978). Or, dans le cadre de notre étude, aucun lien n'a pu clairement être établi entre la prise de la pression artérielle et l'observance aux traitements, la mesure étant privilégiée, tant chez les « inconditionnels-les » et les « réticents-es », que chez les

« résistants-es ». Plusieurs participants-es font prendre leur pression artérielle en pharmacie, en milieu de travail ou lors de visites médicales. Chez certains-es, le niveau tensionnel sert d'indicateur, leur permettant d'évaluer dans quelle mesure leur HTA est bel et bien normalisée et permet, en quelque sorte, de surveiller l'évolution de l'HTA. Un certain nombre de participants-es se sont aussi munis-es d'un tensiomètre, mesure reconnue par les autorités médicales, en ce qu'elle produit des renseignements additionnels, utiles pour le traitement et le diagnostic de l'HTA (Feldman et al., 1999; Pickering, 1995). La mesure n'est pas cependant bénéfique chez tous, comme l'indiquent les participants-es de notre étude, ayant parfois un effet anxiogène, ce que souligne Freis (1999). L'auteur admet que certains individus puissent se sentir irrités ou inquiets en voyant que leur pression artérielle a tendance à fluctuer et conçoit qu'il est préférable que ces mêmes individus ne prennent pas eux-mêmes leur tension artérielle.

Quant à la modification des habitudes de vie, autre stratégie évoquée par les participants-es, elle paraît clairement avoir une utilité préventive, servant à faire baisser la pression artérielle ou aidant à prévenir l'aggravation de la maladie, ce rôle étant mis en lumière dans les écrits (Carew et al., 1999; Zellner & Sudhir, 1996). De façon précise, les participants-es indiquent qu'ils ou elles essaient d'agir sur leur alimentation, en essayant de diminuer leur consommation de sel, mesure évoquée à répétition et particulièrement soulignée dans les écrits (Freis, 1999; Hamet et al., 1998; Reusser & Carron, 1992). Les participants-es cherchent aussi à diminuer leur consommation de gras et d'alcool (Beilin et al., 1995; Campbell, Ashley et al., 1999; Fodor, 1994; Newschaffer et al., 1998; Reusser & Carron, 1992), à perdre du poids (Cutler et al., 1995; Freis, 1999; Reusser & Carron, 1992) et à faire de l'exercice physique ou des activités physiques (Cléroux et al., 1999; Labarthe & Corrella, 1998; Reusser & Carron, 1992).

L'ensemble de ces mesures sont retenues comme stratégies préventives de prise en charge de l'HTA (Beilin et al., 1995; Labarthe & Corrella, 1998). Il est clair alors que les participants-es incorporent à leur propre répertoire de connaissances, les savoirs issus de l'expertise médicale (Davison et al., 1991). Or, comme le proposent Davison et al. (1991), ces connaissances sont réinterprétées à la lumière de l'expérience de vie quotidienne. C'est ce qu'indiquent en effet des participants-es qui déplorent le fait que la

modification d'habitudes de vie implique de nouvelles habitudes qui doivent être maintenues à vie, ce qui leur paraît difficile. Certains souligneront qu'il est difficile de se défaire d'habitudes de vie bien ancrées (Grueninger, 1995), soit de se soumettre à un régime alimentaire strict sur une longue période. D'autres indiqueront qu'il faut se sentir prêt intérieurement pour modifier certaines habitudes de vie.

Or, les écrits mettent bien en lumière les difficultés entourant la modification de certaines habitudes de vie. Allen (1998) considère notamment que la réduction du poids chez les personnes obèses ne serait efficace qu'à court terme, la plupart des individus retrouvant leur poids initial après quelques années. La diminution de la consommation en sel serait aussi un objectif difficile à atteindre, impliquant une consommation quotidienne de sel à des quantités inférieures à 5 grammes (Korhonen et al., 1999). Ainsi, les auteurs font voir à quel point la modification de certaines habitudes de vie peut être un objectif difficile à atteindre pour les individus. Il faut également ajouter que certaines contraintes objectives rendent illusoire l'application de mesures préventives à un niveau individuel. Certains avancent, à ce sujet, que la diminution de la consommation de sel est d'autant plus difficile à atteindre que les chercheurs estiment que 75 à 85 % du sodium ingéré quotidiennement est présent dans les aliments préparés (Elliot et al., 1996). Comme le soulignent Papillon et Vanasse (1999), l'instauration de politiques publiques relatives aux aliments préparés paraissent, dans ce cas, beaucoup plus appropriées que la modification, à elle seule, d'habitudes de vie à un niveau individuel.

Certaines expériences personnelles et sociales paraissent aussi avoir des influences directes sur les comportements des individus. C'est ce qu'indiquent les propos tenus par un participant, qui, rappelons-le, est enseignant et subit un stress intense au travail. Ce dernier associe sa consommation d'alcool à un moment de détente qu'il s'accorde durant la journée, notamment au moment du dîner et trouve difficile de se défaire de cette habitude compte tenu du stress qu'il vit. Le témoignage d'une autre participante, isolée et soumise à un stress alors qu'elle doit constamment surveiller sa fille qui est malade, indique bien également que le fait de fumer n'est pas indépendant d'un contexte de vie quotidienne. À ce sujet, des chercheurs entrevoyent que le stress puisse provoquer des changements de comportements et dans les habitudes de vie, soit

inciter les individus à fumer, à consommer de l'alcool et à effectuer ou non des exercices physiques (Rosenman, 1986; Statistique Canada, 2001). Stewart et al. (1996) établissent d'ailleurs un parallèle entre le fait de fumer chez les femmes de leur étude et la pauvreté et l'isolement dans lesquels elles sont plongées. Le fait de fumer paraît être, dans ce cas, un moyen dont se dotent leurs participantes pour gérer le stress de la vie quotidienne de même que la peur, l'anxiété et la colère. Il paraît être aussi utilisé comme gratification et pour le plaisir. Ce dernier aspect est important et est souligné par certains-es participants-es qui paraissent tirer un plus grand plaisir et une plus grande satisfaction, à mettre en pratique d'autres façons de faire que celles proposées par les autorités médicales (Lupton, 1994). Forts de ces observations, les habitudes de vie paraissent, en somme, se présenter comme des choix parmi un ensemble d'alternatives dont dispose l'individu compte tenu de circonstances socio-économiques ou conditions sociales et contextuelles (Frohlich & Potvin, 1999; Milio, 1981).

5.5 LA DURÉE COMME ÉLÉMENT ESSENTIEL À LA COMPRÉHENSION DE L'INOBSERVANCE AUX TRAITEMENTS

L'intérêt de l'étude est enfin d'avoir pu tracer l'expérience médicamenteuse chez les participants-es à travers une durée variée depuis l'annonce du diagnostic et conséquemment, d'avoir pu rendre compte de changements en regard de la prise du médicament antihypertenseur chez plusieurs des participants-es. L'étude indique en effet que, chez un certain nombre d'individus, la prise du médicament antihypertenseur se modifie au cours de l'épisode de soins, prenant des formes diversifiées. Elle montre que certains individus ont été plus susceptibles de prendre le médicament antihypertenseur de façon irrégulière, au début, au moment où ils ont commencé à le prendre. Chez d'autres par contre, le mode d'utilisation du médicament demeure relativement stable depuis l'annonce du diagnostic et ce, quelle que soit la durée. L'étude permet ainsi d'entrevoir la manière dont est perçue et s'élabore, à travers le temps, la prise du médicament antihypertenseur chez les participants-es.

L'on y voit que la durée n'a pas un effet uniforme chez tous et toutes et que certaines conditions d'ensemble jouent en faveur ou non de la prise du médicament

antihypertenseur. Au même moment cependant, la durée paraît avoir un certain impact, en ce qu'elle permet aux individus de vivre certaines expériences ou de mettre au défi leurs propres conceptions. Rappelons qu'un participant qui persiste, depuis 25 ans, à prendre son médicament de façon irrégulière, rapporte, au moment de l'entrevue, avoir commencé à le prendre de façon régulière depuis qu'il côtoie des personnes ayant été victimes d'un accident cardiovasculaire (ACV). Également, une participante qui prend, depuis un an, son médicament antihypertenseur de façon régulière, mentionne, au moment de l'entrevue, avoir débuté à s'interroger sur la pertinence de prendre le médicament. Or, les études retiennent que la durée puisse être une dimension explicative de l'inobservance aux traitements médicamenteux antihypertenseurs (Juncos, 1990; Hershey et al., 1980; Meyer et al., 1985; Richardson et al., 1993; Rizzo & Simons, 1997; Vaur et al., 1999). Elles laissent apparaître deux tendances, rendant compte d'une plus grande susceptibilité, tant à long terme qu'à court terme, d'être inobservants à leurs traitements chez les individus atteints d'HTA (Caro, Salas, Speckman, Raggio, & Jackson, 1999; Juncos, 1990; Meyer et al., 1985; Monane et al., 1997; Richardson et al., 1993; Vaur et al., 1999). Juncos (1990) observe que moins de 20 % des individus atteints d'HTA de son étude, sont demeurés sous traitement après 5 ans. D'autres considèrent que près de 15 à 40 % des personnes atteintes d'HTA, décideraient, dans un délai relativement court (en deçà d'une année), de cesser définitivement de prendre leur médicament antihypertenseur (Cumming et al., 1982; Lip & Beevers, 1997; Waeber et al., 1997; Williams, 1998). Meyer et al. (1985) obtiennent des résultats opposés. Les individus de leur étude, traités depuis trois mois, perçoivent que le traitement a un effet bénéfique sur certains symptômes préalablement ressentis et se disent observants à leur traitement, contrairement à d'autres diagnostiqués et traités depuis moins de deux mois, qui ont été plus susceptibles de cesser leur traitement. Richardson et al. (1993) observent, pour leur part, que les individus les plus inobservants de leur étude, ont été les jeunes adultes qui commençaient à prendre le médicament antihypertenseur.

Notre étude met en lumière ces deux réalités, lesquelles ne sont pas, semble-t-il, irréconciliables. Un certain nombre de participants-es témoignent en effet d'une prise irrégulière du médicament, au début, seulement lorsqu'ils ou elles commencent à prendre leur médicament, contrairement à d'autres, chez qui la prise irrégulière du médicament se

maintient avec le temps. Notre étude permet ainsi de voir que la durée peut éventuellement permettre de cerner l'intensité de l'inobservance aux traitements chez les individus atteints d'HTA.

5.6 LIMITES DE L'ÉTUDE

En ayant recours à l'échantillonnage théorique et donc, à travers la diversification de l'échantillon sur le plan de l'expérience médicamenteuse, notre étude a, sans aucun doute, permis de cerner les facettes importantes de l'inobservance aux traitements chez les personnes atteintes d'HTA, y dégageant de grandes logiques d'inobservance. Or, c'est au plan théorique que nous prétendons avoir couvert l'expérience générale des personnes atteintes d'HTA en regard de leur prise irrégulière du médicament antihypertenseur. En effet, sur ce plan, il est possible d'avancer que les personnes qui sont généralement assidues dans la prise de leur médicament que nous avons qualifié « inconditionnelles » posséderont certains traits caractéristiques (*e.g.* peur des conséquences de l'HTA non contrôlée, présence de rituels, soutien des proches) qui seront distincts des personnes que nous avons qualifié « réticentes » (*e.g.* représentation initiale de l'HTA et du médicament) et « résistantes » (*e.g.* part importante occupée par les convictions). Toutefois, nous sommes d'avis que nous aurions dû explorer davantage la prise irrégulière du médicament chez les résistants, hommes et femmes de milieux socio-économiques défavorisés, car il semble que nous obtenons, sur ce point, une saturation partielle. Ce sont les observations issues du témoignage d'une participante qui reçoit des prestations d'aide sociale qui nous amènent à tirer cette conclusion. Le mode d'utilisation du médicament chez cette participante est d'ailleurs singulier alors qu'elle dit oublier de prendre son médicament, plusieurs fois par semaine, depuis 1 an qu'elle prend le médicament. Nous croyons ainsi qu'il aurait été bon d'interroger d'autres participants-es présentant des caractéristiques similaires à cette participante de manière à pouvoir éventuellement dégager les dimensions centrales explicatives de leur prise irrégulière du médicament.

La difficulté à bien identifier les personnes qui présentent des difficultés importantes sur le plan de leur prise médicament antihypertenseur constitue par ailleurs

une autre limite à notre étude. En effet, sur les cinq individus que nous ont fourni les médecins des cliniques médicales privées et du CLSC Côte-des-Neiges (qui devaient normalement présenter des difficultés importantes quant à la prise de leur médicament antihypertenseur), seulement deux individus ont, en définitive, été situés dans la catégorie des « résistants-es ». Il est possible ici de penser que ce qui paraît être particulièrement difficile pour le professionnel de la santé quant à la prise du médicament antihypertenseur, peut très bien ne pas l'être, dans les faits. Dans l'éventualité où une étude semblable était de nouveau conduite, il serait donc opportun de bien formuler ce que nous entendons par « difficultés importantes » en fournissant, des exemples de difficultés potentielles. Il faut ajouter que nous sommes à même de constater que les individus qui présentent des difficultés importantes sur le plan de la prise du médicament antihypertenseur, paraissent particulièrement susceptibles de refuser de participer à une étude telle que la nôtre. Nous avons pu en effet observer que des individus qui avaient cessé de prendre leur médicament recrutés via l'étude UMA, refusaient catégoriquement de participer à notre étude.

Fort heureusement cependant, nous avons eu l'opportunité de recruter nos participants-es par l'entremise de l'étude UMA et ce, à partir d'un score d'inobservance aux traitements que les individus obtenaient. Cet accès facile et immédiat a été avantageux et se prêtait bien à une étude telle que la nôtre puisqu'en ayant facilement accès à nos participants-es via cette étude, nous étions en mesure d'explorer une gamme d'expériences et de diversifier l'échantillon en fonction de situations d'inobservance et de certaines caractéristiques d'âge et de sexe. Par contre, nous croyons, avec le recul, qu'il aurait été bon de connaître les scores obtenus par chacun-e des participants-es de manière à pouvoir comparer nos propres résultats avec ceux obtenus dans le cadre de l'étude UMA. Cela aurait permis d'alimenter la discussion, soit de valider nos résultats ou de les invalider. Il faut également souligner qu'une forte majorité de nos participants-es, soit 22 individus, ont été recrutés via l'étude UMA et que nous avons situé un grand nombre de ces individus (13) dans la catégorie des « inconditionnels-les », contre neuf autres qui se répartissent parmi les « réticents-es » et les « résistants-es ». Ainsi, bien que l'échelle utilisée par Grégoire et al. (1992) présente une bonne spécificité (0,79) et une sensibilité

relative (0,44), il s'avère qu'elle ne permet pas de cerner l'inobservance aux traitements sur le plan de l'intensité.

En dernier lieu, les résultats obtenus dans le cadre de l'étude UMA ont permis de voir l'impact différentiel de trois classes de médicaments antihypertenseurs et leurs effets secondaires, sur l'inobservance aux traitements (Grégoire et al., soumis). Forts de ces résultats et à la lumière des écrits, nous sommes d'avis que nous aurions dû, systématiquement, consigner le nom du médicament antihypertenseur consommé par le ou la participant-e de façon à pouvoir explorer le lien entre le type de médicament prescrit et l'inobservance aux traitements. Également, il aurait été avantageux d'obtenir, de façon systématique, des informations sur le niveau tensionnel actuel des participants-es, ce qui aurait permis d'explorer leurs perceptions quant à la sévérité de leur HTA et de comparer ces perceptions à la sévérité estimée sur la base du niveau tensionnel. Enfin, nous aurions dû prendre soin de consigner, en détails, l'ensemble des activités de prise en charge du patient ou de la patiente par le ou la professionnel-le de la santé, en l'occurrence le médecin traitant (*e.g.* procédure employée pour poser le diagnostic, suivi du ou de la patient-e) de manière à pouvoir véritablement explorer le lien entre sa pratique et l'inobservance aux traitements.

CONCLUSION

L'étude avait pour but d'explorer les logiques sous-jacentes à l'inobservance médicamenteuse du point de vue de la personne hypertendue. L'approche qualitative utilisée a permis de saisir ce phénomène de l'inobservance médicamenteuse dans toute sa complexité et sa diversité. En soi, cet apport est significatif puisqu'encore à ce jour, peu d'études qualitatives conduites en santé publique ont cherché à dégager le sens des actions de santé des individus selon une perspective éémique. Notre étude permet de voir à quel point l'approche est prometteuse et peut être riche d'enseignements, alors qu'elle permet d'interroger tant les discours, les pratiques que la recherche dans ce domaine.

Plusieurs aspects sont portés à notre attention. Dans un premier temps, l'étude permet de nuancer la problématique d'inobservance médicamenteuse chez les hypertendus-es telle que généralement présentée dans les écrits. En révélant l'intentionnalité chez les participants-es, l'étude permet d'appréhender l'inobservance aux traitements de façon moins normative que le fait souvent la perspective traditionnelle. Alors qu'il ne se plie pas aux directives médicales reçues, l'individu est considéré fautif et c'est vers lui que doivent se tourner les interventions en vue de modifier ses comportements. Or, notre étude laisse clairement apparaître que, chez plusieurs participants-es, l'inobservance n'est pas l'expression d'une opposition ferme aux directives médicales reçues. Des éléments de contexte (contraintes matérielles, stress de la vie quotidienne) de même que certaines contraintes liées à la prise du médicament antihypertenseur (effets secondaires, inefficacité à stabiliser la pression artérielle) viennent très souvent expliquer le report, l'oubli ou la cessation temporaire de la prise du médicament antihypertenseur. Dès lors, ce sont des contextes de vie et le dispositif technique qu'est le médicament, qui constituent les barrières principales à la prise du médicament antihypertenseur. Ces contextes sont bien réels dans l'esprit des participants-es. Certains-es ont fait la démonstration qu'ils ou elles ont dû, en raison de contraintes financières et malgré les meilleures intentions, cesser de prendre leur médicament ou reporter le renouvellement de leur prescription. Les écrits soulèvent abondamment la question des coûts des médicaments comme facteur défavorable à l'observance

médicamenteuse. Une intervention en santé publique paraît ici s'imposer en vue de lever les barrières économiques, particulièrement chez les populations les plus démunies.

Autres éléments significatifs, les effets secondaires et l'inefficacité du médicament à stabiliser la pression artérielle, se présentent comme des obstacles significatifs à la prise du médicament antihypertenseur. Bien que des avancées importantes aient été réalisées, ayant eu pour effet de diminuer la toxicité des médicaments antihypertenseurs et d'augmenter leur efficacité, il semble que le problème demeure toujours important. C'est, à notre avis, non pas l'individu hypertendu mais le professionnel de la santé, lui-même, qui doit alors être interpellé. Or, une difficulté pour le médecin traitant paraît être de devoir composer avec un arsenal thérapeutique important. Ce dernier doit être à mesure d'utiliser le bon médicament antihypertenseur, très souvent en combinaison avec d'autres médicaments antihypertenseurs et autres médicaments, en présence ou non d'effets secondaires, parfois avec succès, parfois sans succès. A l'échelle nationale, des mécanismes devraient, selon nous, être instaurés pour bien informer les médecins traitants à propos des médicaments et leurs propriétés et s'assurer que les médicaments les moins dispendieux et les plus appropriés soient prescrits et accessibles aux populations. En outre, les associations canadiennes et québécoises de l'hypertension artérielle pourraient fort bien tenir ce rôle de même que les gouvernements en instaurant des organismes ou des structures de surveillance des médicaments, ce qui n'est pas le cas actuellement.

Il faut ajouter que les études ont traditionnellement conceptualisé l'inobservance aux traitements de façon dichotomique, les individus étant simplement considérés inobservants ou non. Notre étude laisse apparaître que l'inobservance aux traitements peut prendre plusieurs formes, au fil du temps, se traduisant par des modes diversifiés d'utilisation irrégulière du médicament antihypertenseur. Elle permet ainsi de considérer l'inobservance aux traitements comme un processus dynamique et potentiellement évolutif et surtout, comme un phénomène qui varie en intensité, ce que mettent peu à jour les études actuelles. Au plan scientifique, ces résultats nous amènent à penser qu'il serait bon de développer des échelles de mesure qui permettraient d'estimer l'inobservance aux

traitements médicamenteux antihypertenseurs, dans un espace-temps, en tenant compte de la durée, tout en mettant à jour la diversité des modes d'utilisation de la prise irrégulière du médicament. Une telle échelle permettrait d'obtenir une idée beaucoup plus riche et nuancée de la prise irrégulière du médicament chez les hypertendus-es.

Le stress comme représentation de l'HTA est un autre aspect incontournable de l'étude et qui retient notre attention. En effet, notre étude a permis de voir, qu'en amont au problème d'HTA, le stress se présente comme une dimension significative aux yeux des participants-es. Plusieurs ont conceptualisé le stress comme un facteur déclenchant ou contributif à la maladie. Plusieurs, à l'aide d'exemples, ont fait la démonstration que le stress agissait sur leur pression artérielle, la faisant monter ou descendre selon la situation dans laquelle ils se trouvaient. Or, un coup d'œil aux recommandations canadiennes et américaines récentes et plus anciennes, permet de voir que l'aspect du stress est généralement situé en dernier lieu et même est complètement éludé, comme facteur de risque associé à l'HTA. Certaines études issues de l'anthropologie médicale ont pourtant démontré une association entre le niveau de pression artérielle élevé et le stress. Plusieurs études ont aussi montré des niveaux de pression artérielle élevé chez les travailleurs en raison d'un stress au travail, sans compter que d'autres études ont montré que le stress pouvait agir indirectement sur la pression artérielle, en raison de son impact sur les habitudes de vie. Des chercheurs ont en effet avancé que les individus, en situation de stress, pouvaient avoir tendance à fumer, à boire ou à manger plus qu'ils ne le devraient. À notre avis, l'aspect du stress mérite qu'on lui accorde une place beaucoup plus importante que celle, secondaire, qui lui est accordée actuellement à l'intérieur des recommandations canadiennes.

Il faut préciser que le stress est difficile à mesurer. Les études, qui foisonnent sur le sujet, ont tenté de l'appréhender de diverses façons. Il semble que l'on aurait tout à gagner à approfondir l'analyse du stress dans le cadre d'études qualitatives, ce qui permettrait de développer des indicateurs beaucoup plus précis de mesures du stress chez les hypertendus-es.

D'autre part, il faut rappeler que l'approche qualitative utilisée dans le cadre de cette étude devait permettre de rendre compte de la consistance et de la cohérence derrière la prise irrégulière du médicament antihypertenseur. Cet objectif a, selon nous, été atteint et l'apport théorique de l'étude est, sur ce plan, important. L'étude permet de regrouper les participants-es, qualifiés-es "inconditionnels-es, réticents-es et résistants-es", autour de traits caractéristiques, notamment par rapport à une certaine philosophie de vie, une conception générale de la santé/maladie et de la médecine orthodoxe et de mettre en lien certaines dimensions significatives (contextes de vie, représentation de l'HTA et du médicament, contraintes liées au médicament) à la compréhension de l'inobservance médicamenteuse. Fort de ces résultats, le professionnel serait ainsi à même de juger, d'une part, dans quelle mesure l'individu qu'il rencontre en consultation, se situe dans l'une ou l'autre de ces catégories et d'autre part, quels seraient les éléments de discussion les plus susceptibles de le préoccuper ou de l'intéresser. Par exemple, le professionnel jugeant que l'individu peut être situé dans la catégorie des "inconditionnels", peut, afin de l'aider dans la prise de son médicament, lui recommander de mettre en place des rituels ou de mettre à profit le soutien de ses proches. Il peut également le rendre sensible à l'impact potentiel du changement dans la routine quotidienne ou du stress quotidien, sur la prise du médicament antihypertenseur. Également, en ayant en tête que des individus, qualifiés "réticents", peuvent éprouver des difficultés initiales d'ajustement face à l'HTA et au médicament, lorsqu'ils commencent à prendre leur médicament, ce même professionnel pourrait être soucieux de faire d'emblée un suivi plus étroit auprès de tous ses patients auprès desquels il initie un traitement. Il pourrait avoir en tête que ces individus sont alors susceptibles de cesser de prendre le médicament antihypertenseur avec la survenue d'effets secondaires ou encore, présager qu'ils puissent avoir tendance à vouloir tester le diagnostic ou le médicament en le prenant de façon irrégulière. Ce même médecin pourrait être soucieux de bien expliquer l'importance de prendre le médicament indépendamment du fait que l'individu ne ressent aucun symptôme et qu'il se sent bien. Le professionnel pourrait enfin être attentif à l'individu qui prend un médicament antihypertenseur depuis un certain temps et qui persiste à le prendre de façon irrégulière. Il pourrait discuter avec lui de ses convictions par rapport à l'HTA et au médicament, notamment par rapport aux effets néfastes du médicament, à la façon dont l'individu gère

sa maladie, de sa perception de l'information médicale reçue ou ambiante. Il pourrait être sensible au fait que cet individu a pu être témoin, dans son entourage, d'expériences négatives en rapport avec la prise d'un médicament ou face à d'autres directives médicales reçues et discuter de cet aspect avec lui. Au plan scientifique, ces éléments théoriques devraient faire l'objet d'une attention particulière et être bonifiés dans le cadre d'autres études destinées à des hypertendus-es ou des personnes souffrant d'autres pathologies afin de proposer de nouvelles pistes d'intervention.

Enfin, l'étude a montré que, chez les "inconditionnels-es", le soutien des proches est une dimension significative à l'observance médicamenteuse alors qu'il paraît beaucoup moins présent chez les "réticents-es et résistants-es". Or, l'apport particulier de professionnels de la santé, en l'occurrence l'infirmière, nous semble ici déterminant, comme mesure d'appoint chez les personnes bénéficiant peu ou pas d'un tel soutien dans la prise en charge de la maladie. Certaines études ont montré la contribution significative de l'infirmière à l'observance médicamenteuse, notamment en raison de sa plus grande accessibilité aux patients comparativement au médecin traitant. Des interventions et des programmes de soutien multidisciplinaires devraient, à notre avis, être mis en place, lesquels devraient particulièrement valoriser ce rôle.

Pour conclure, précisons que l'accent mis actuellement sur le transfert des connaissances tend à submerger les publics d'information sur la santé, information dont la pertinence et l'applicabilité n'est pas toujours évidente aux yeux des individus. Or, s'il existe des domaines de connaissances en médecine qui ont fait leur preuve, établissant de façon relativement certaine le risque entraîné par certaines pathologies sur la morbidité et la mortalité, dans l'esprit de la personne aux prises avec un problème de santé, il en est généralement autrement. Notre étude en fait une démonstration éloquent. Elle montre que, chez les participants-es, le risque est interprété différemment et participe de plusieurs logiques ou rationalités contextualisées. Aussi, notre étude permet-elle de repositionner le concept d'inobservance médicamenteuse et de voir que ce qui est alors en jeu pour l'individu, est un processus décisionnel dans lequel ce dernier évalue et gère

le risque pour sa santé, sa perception du risque étant fortement déterminée par le contexte global (personnel, social, économique) dans lequel il évolue.

En continuité aux résultats obtenus dans le cadre de la thèse, il paraît essentiel de conduire d'autres études qui viseraient à explorer plus en profondeur la notion de risque dans le domaine de la santé, la façon dont il est perçu et la façon dont les individus le gère. La perception du risque, soit l'analyse approfondie de la perspective des populations sur le risque, est un domaine encore peu documenté et articulé en santé. Ce domaine d'études paraît être une avenue de recherche prometteuse en santé publique, à l'heure où l'on s'intéresse à comprendre les conduites des populations à partir d'une perspective éémique et où l'on reconnaît l'importance du transfert des connaissances auprès des publics. Toutefois, ce transfert des connaissances paraît vain, s'il ne conduit pas à de nouvelles façons de faire auprès d'individus ou de populations concernées à partir de leur propre perspective du risque, à travers l'analyse approfondie des savoirs profanes et de la circulation des savoirs.

Le travail en interdisciplinarité paraît ici de première importance. Des équipes de chercheurs de disciplines variées devraient, selon nous, être mises sur pied. De façon idéale, des chercheurs issus des sciences médicales (médecine, nursing) ayant une bonne connaissance des avancées scientifiques et des controverses entourant une pathologie donnée pourraient travailler étroitement avec d'autres chercheurs issus des sciences humaines et sociales. Tous et chacun pourraient apporter un éclairage sur le problème de santé à l'étude et son transfert auprès des populations.

RÉFÉRENCES

- Aballea, F. (1987). *Le besoin de santé, les déterminants sociaux de la consommation*. France : Presses Universitaires de France.
- Adams, S. Pill, R., & Jones, A. (1997). Medication, chronic illness and identity : The perspective of people with asthma. *Social Science and Medicine*, 45(2), 189-201.
- Allen, H. (1998). Promoting compliance with antihypertensive medication. *British Journal of Nursing*, 7(20), 1252-1258.
- Arluke, A. (1980). Judging drugs: Patients' conceptions of therapeutic efficacy in the treatment of arthritis. *Human Organization*, 39(1), 84-88
- Backett, K., Davison, C., & Mullen, K. (1994). Lay evaluation of health and healthy lifestyles: Evidence from three studies. *British Journal of General Practice*, 44(383) 277-80.
- Baird, P.A. (1994). The role of genetics in population health. Dans R.G. Evans, M.L. Barer, & T.R. Marmor, *Why are some people healthy and others not? The determinants of health populations* (pp. 133-159). USA: Theodore R. Marmor.
- Balazovjech, I. & Hnilica, P. (1993). Compliance with antihypertensive treatment in consultation rooms for hypertensive patients. *Journal of Human Hypertension*, 7, 581-83.
- Bardin, L. (1977). *L'analyse de contenu*. Paris: Presses universitaires de France.
- Barofsky, I (1978). Compliance, adherence and the therapeutic alliance: Steps in the development of self-care. *Social Science and Medicine*, 12, 369-376.
- Bartlett, E.E., Grayson, M., Barker, R., Levine, D.M., Golden, A., & Libber, S. (1984). The effect of physician communications skills on patient satisfaction: Recall, and adherence. *Journal of Chronic Disease*, 37 (9/10), 755-764.

- Beilin, L.J. (1997). Stress, coping, lifestyle and hypertension: A paradigm for research, prevention and non-pharmacological management of hypertension. *Clinical Experimental Hypertension*, 19(5-6), 739-52.
- Black, H.R. (1999). Will better-tolerated antihypertensive agents improve blood pressure control? JNC V revisited. *American Journal of Hypertension*, 12 (12 Pt. 3), 225S-230S.
- Bloom, J.R., Syme, J., Pendergrass, S., Robinson, R.G., Gay, M., & Stroud, F.M. (1987). Improving hypertension control through tailoring : A pilot study using selective assignment of patients to treatment approaches. *Patient Education and Counselling*, 10, 39-51.
- Blumhagen, D. (1980). Hypertension: A folk illness with a medical name. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 4, 197-227.
- Bouchard, P. (1993). Cultures méthodologiques et valeurs en recherche qualitative. *Revue de l'Association pour la recherche qualitative*, 8, 9-27.
- Bourassa, M.G., Gurne, O., Bangdiwala, S.L., Ghali, J.K., Young, J.B., Rousseau, M. et al. (1993). Natural history and patterns of current practice in heart failure. *Journal of the American College of Cardiology*, 22, 14A-19A.
- Bozzini, L., Renaud, M., Gaucher, D., & Llambias-Wolf, J. (1981). *Médecine et société: les années 80*. Montréal: Editions Saint-Martin.
- Braunwald, E. (1984). Thirty-five years of progress in cardiovascular research. *Circulation*, 70 (Suppl. 3), 8-25.
- Breslow, L. (1990). The future of public health: Prospects in the United States for 1990s. *Annual Review of Public Health*, 11, 1-28.
- Britten, N. (1994). Patients' ideas about medicines: A qualitative study in a general practice population. *British Journal of General Practice*, 44, 465-68.

- Britten, N. (1996). Lay views of drugs and medicines : Orthodox and unorthodox accounts. Dans S. J. Williams & M. Calnan. *Modern medicine: Lay perspectives and experiences* (pp. 48-73). London : UCL Press Ltd.
- Brunner, E. & Marmot, M. (1999). Social organization, stress and health. Dans M. Marmot & R. G. Wilkinson. *Social determinants of health* (pp. 17-41). Oxford, NY : Oxford Press.
- Bulpitt, C.J., Dollery, C.T., & Carne, S. (1976). Change in symptoms of hypertensive patients after referral to hospital clinic. *British Heart Journal*, 38, 121-8.
- Bury, M. (1994). Health promotion and lay epidemiology : A sociological view. *Health Care Analysis*, 2, 23-30.
- Campbell, N.R. & Chockalingam, A. (1995). Prevention and control of high BP: Challenges and opportunities. *Canadian Medical Association Journal*, 152(12), 1969-70.
- Campbell, N.R.C., Ashley, M.J., Carruthers, S.G., Lacourcière, Y., & McKay, D.W. (1999). Recommendations on alcohol consumption. *Canadian Medical Association*, 160 (Suppl.9), S13-S20.
- Campbell, N.R.C., Burgess, E., Taylor, G., Wilson, E., Cléroux, J., Fodor, G. et al. (1999). Lifestyle changes to prevent and control hypertension: Do they work ? A summary of the Canadian Consensus Conference. *Canadian Medical Association Journal*, 160(9), 1341-43.
- Carew, M., Molnar-Szakacs, H., & Walsh, P. (1999). L'hypertension artérielle au Canada. *Le Médecin de Famille Canadien*, 45, 1766-9.
- Caro, J.J., Jackson, J., Speckman, J. et al. (1997). Compliance as a function of initial choice of antihypertensive drug. *American Journal of Hypertension*, 10, 141 A.

- Caro, J.J., Salas, M., Speckman, J.L., Raggio, G., & Jackson, J.D. (1999). Persistence with treatment for hypertension in actual practice. *Canadian Medical Association Journal*, 160(1), 31-7.
- Carruthers, S.G., Larochelle, P., Haynes, R.B., Petrasovits, A., & Schiffrin, E.L. (1993). Report of the Canadian Hypertension Society Consensus Conference. 1. Introduction. *Canadian Medical Association Journal*, 149(3), 289-93.
- Charolles, M. & PetitJean, A. (1992). *L'activité résumante. Le résumé de texte: aspects didactiques*. Université de Metz.
- Chockalingam, A., Bacher, M., Campbell, N., Cutler, H., Drover, A., Feldman, et al. (1998). Adherence to management of high blood pressure: Recommendations of the Canadian Coalition for High Blood Pressure Prevention and Control. *Canadian Journal of Public Health*, 89(5), I-5-I-7.
- Chubon, S.J. (1989). Personal descriptions of compliance by rural southern blacks : An exploratory study. *Journal of Compliance in Health care*, 4(1), 23-38.
- Chrisman, N. (1977). The health seeking process: An approach to the natural history of illness. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 1, 351-378.
- Christenson, D.B. (1978). Drug-taking compliance : A review and synthesis. *Health Services Research*, 6, 171-187.
- Cléroux, J., Feldman, R.D., Petrella, R.J. (1999). Recommendations on physical exercise training. *Canadian Medical Association*, 160 (Suppl. 9), S21-28.
- Collin, J. & Belliveau, D. (1994). *Histoire de la pharmacie au Québec: volume commémoratif publié à l'occasion des fêtes du 75^e anniversaire de la Faculté de pharmacie de l'Université de Montréal*. Montréal: Musée de la pharmacie du Québec.

- Collins, R., Peto, R., MacMahon, S., Hebert, P., Fiebach, N.H., Eberlein, K.A. et al. (1990). Blood pressure, stroke and coronary heart disease. Part. 2. Short-term reductions in blood pressure : Overview of randomised drug trials in their epidemiological context. *Lancet*, 335, 827-838.
- Conrad, P. (1985). The meaning of medications: Another look at compliance. *Social Science and Medicine*, 20(1), 29-37.
- Coons, S.J., Sheahan, S.I., Martin, M.S., Hendricks, J., Robbins, C.A., & Johnson, J.A. (1994). Predictors of medication noncompliance in a sample of older adults. *Clinical Therapeutic*, 16, 110-117.
- Corin, E. (1994). The social and cultural matrix of health and disease. Dans R.G. Evans, M.L. Barer, & T.R. Marmor. *Why are some people healthy and others not ? The determinants of health populations* (pp. 93-132). USA: Theodore R. Marmor.
- Cramer, J.A. & Scheyer, R.H. (1990). Compliance declines between clinic visits. *Archives of Internal Medicines*, 150, 1509-1510.
- Crawford, R. (1984). A cultural account of health : Control, release, and the social body. Dans J.B. McKinlay. *Issues in the political economy of health care*. (pp.60-103). NY : Tavistock.
- Crew, D.E. & Williams, S.R. (1999). Molecular aspects of blood pressure regulation. *Human Biology*, 71(4), 475-503.
- Cumming, K.M., Kirscht, J.P., Binder, L.R., & Godley, A.J. (1982). Determinants of drug maintenance among hypertensive persons in inner city Detroit. *Public Health Reports*, 97(2), 99-106.
- Davis, M. (1968). Variations in patient compliance with doctor's advice : An empirical analysis of patterns of communication. *American Journal of Public Health*, 58, 272.

- Davison, C., Davey Smith, G., & Frankel, S. (1991). Lay epidemiology and the prevention paradox : The implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health and illness*, 13(1), 1-19.
- Davison, C., Frankel, S., & Smith, G.D. (1992). To hell with tomorrow : Coronary heart disease risk and the ethnography of fatalism. Dans S. Scott, G. Williams, S. Platt, & H. Thomas. *Private risks and public dangers. Exploration in sociology No. 43.* (pp. 95-111). Aldershot, Brookfield, USA, Hong Kong, Singapore, Sydney: Avebury.
- Deccache, A. (1994). *La compliance des patients aux traitements des maladies chroniques: approche éducative globale.* Thèse de doctorat en santé publique, Université catholique de Louvain, France.
- Degoulet, P., Ménard, J., Vu, H.-A., Golmard, J »L », Devries, C., Chatellier, G. et al. (1983). Factors predictive of attendance at clinic and blood pressure control in hypertensive patients. *British Medical Journal*, 287, 88-93.
- Deslauriers, J.P. (1991). *Recherche qualitative: Guide pratique.* Montréal: Chenelière/McGrawHill.
- Desrosiers, G. (1996). Evolution des concepts et pratiques modernes en santé publique: 1945-1992. *Ruptures: Revue transdisciplinaire en santé*, 3(1), 18-28.
- Donnovan, J.L. et Blake, D.R. (1992). Patient non-compliance: Deviance or reasoned decision-making ? *Social Science and Medicine*, 34(5), 507-13.
- Dressler, W.W., Grell G.A., Gallagher, P.N. Jr, & Viteri, F.E. (1992). Social factors mediating social class differences in BP in a Jamaican community. *Social Science and Medicine*, 35(10), 1233-44.
- Dressler, W.W., Bindon, J.R., & Gilliland, M.J. (1996). Sociocultural and behavioral influences on health status among Mississippi Choctaw. *Medical Anthropology*, 17(2), 165-80.

- Dressler, W.W. (1999). Modernization, stress and blood pressure: New directions in research. *Human Biology*, 71(4), 583-605.
- Dubois, M. & Wilson, T.W. (1997). Losartan: A new antihypertensive drug. *Canadian Nurse*, 93(6): 31-4.
- Dupuis, J.P. & Karsenty, S. (1974). *L'invasion pharmaceutique*. Paris : Editions du Seuil.
- Dwyer, T. & Pierce, J.P. (1984). Blood pressure, occupation and lifestyle. *Medical Journal of Australia*, 140(13), 754-5.
- Evans, R.G. (1994). Introduction. Dans R.G. Evans, M.L. Barer, & T.R Marmor. *Why are some people healthy and others not ? The determinants of health populations*. (pp. 3-26). USA: Theodore R. Marmor.
- Fallsberg, M. (1991). *Reflections on medicines and medication : A qualitative analysis among people on long-term drug regimens*. Thèse de doctorat, Department of Education and Psychology (Dissertations No. 31), Sweden : Linköping university.
- Feldman, R., Bacher, M., Campbell, N., Drover, A., & Chockalingam, A. (1998). Adherence to pharmacologic management of hypertension. *Canadian Journal of Public Health*. 89 (Suppl. 1), 16-18.
- Feldman, R.D., Campbell, N.R.C., Larochelle, P. (1999). Clinical problem solving based on the 1999. Canadian recommendations for the management of hypertension. *Canadian Medical Association Journal*, 161(12), SF21-SF25.
- Feldman, R.D., Campbell, N.R.C., Larochelle, P., Bolli, P., Burgess, E.D., Carruthers, G. et al. (1999). Recommendation de 1999 pour le traitement de l'hypertension artérielle au Canada, *Canadian Medical Association Journal*, 161(12), SF1-20.
- Fisher, R.C. (1992). Patient education and compliance: A pharmacist's perspective. *Patient Education and Counselling*, 19, 261-271.

- Fondation des maladies du coeur du Canada (1999). *Le nouveau visage des maladies cardiovasculaires et des accidents vasculaires cérébraux au Canada 2000. Collection Laboratoire de lutte contre la maladie*. Statistique Canada : Institut Canadien d'Information sur la Santé, Société Canadienne de Cardiologie, Canadian Stroke Society.
- Fishman, T. (1995). The 90-second intervention: A patient compliance mediated technique to improve and control hypertension. *Public Health Reports*, 110(2), 173-177.
- Fodor, J.G. (1994). Hypertension control: Historic perspectives - 25 years of progress in Canada and around the world. *Canadian Journal of Public Health*, (Suppl. 2), S7-S8.
- Francis, C.K. (1991). Hypertension, cardiac disease, and compliance in minority patients. *American Journal of Medicine*, 91(1A), 29S-36S.
- Freis, E. (1995). Historical development of antihypertensive treatment. Dans J. Largah & B. Brenner. *Hypertension: pathophysiology, diagnostic and management*, (pp-2741-51). N-Y: Raven press.
- Freis, E.D. (1999). Improving treatment effectiveness in hypertension. *Archives of Internal Medicine*, 159, 2517-2521.
- Frohlich, E.D. (1993). The JNC-V: Consensus recommendations for the treatment of hypertension. *Drug Therapy*, June, 23-56.
- Frohlich, K & Potvin, L. (1999). Collective lifestyles as the target for health promotion. *Canadian Journal of Public Health*, 90 (Supplé1), S11-14.
- Garrity, T.F. (1981). Medical Compliance and the Clinician-Patient Relationship:Review. *Social Science and Medicine*, (15E), 215-222.

- Geertsen, H.R., Gray, R.M., & Ward, J.R. (1973). Patient non-compliance within the context of seeking medical care for arthritis. *Journal of Chronic Disease*, 26, 689-98.
- Genest, J. (1998). *Un idéal, une vie. Propos recueillis par Bruno Baillargeon*. Québec: Les Presses de l'Université Laval.
- Gerber, L.M. & Haberstein, R.A. (1999). Blood pressure: Genetic and environmental influences. *Human Biology*, 71(4), 467-73.
- Gilbert, A., Luszcz, M., & Owen, N. (1993). Medication use and its correlates among the elderly. *Australian Journal of Public Health*, 17(1), 18-22.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. (1967). *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. Chicago: Aldine.
- Golub, E S. (1994). *"Pasteur" and the Authority of science. The limits of medicine: How science shapes our hope for the car*. Chicago & London: The University of Chicago Press.
- Goulet, D. & Paradis, A. (1992). *Trois siècles d'histoire médicale au Québec: Chronologies des institutions et des pratiques (1639-1939)*. Montréal: VLB Editeur.
- Graves, J.W. (2000). Management of difficult to control hypertension. *Mayo clinics Proceedings*, 75, 278-284.
- Greenfield, S.F., Borkan, J., & Yodanis, Y. (1988). Health beliefs and hypertension: A case-control study in a Moroccan jewish community in Israel. *Culture medicine and Psychiatry*, 11, 79-95.
- Gregg, A.C., DeHaven, M., Meires, J., Kane, A., & Gullison, G. (2001). Perspectives on adherence to recommended health behavior among low-income patients. *Health Promotion Practice*, 2(2), 162-171.

- Grégoire, J.-P. (1990). *La mesure de l'observance du traitement médicamenteux de l'hypertension artérielle*. Thèse doctorale, Département d'administration de la santé, Université de Montréal.
- Grégoire, J.-P., Guibert, R., Archambault, A., & Contandriopoulos, A.-P. (1992). Medication compliance in a family practice, *Canadian Family Physician*, 38, 2333-2337.
- Grégoire, J.-P., Moisan, J., Guibert, R., Ciampi, A., & Milot, A. (1995). *Use of medication in hypertension (UMH) : The impact of side effects on compliance to drug treatment*. Manuscrit d'un protocole de recherche. Unité de pharmacoépidémiologie et Département de médecine de l'université Laval à Québec, Département de médecine familiale et d'épidémiologie et biostatistique de l'Université McGill.
- Grégoire, J.-P., Moisan, J., Guibert, R., Milot, A., & Ciampi, A. (soumis). Tolerability of losartan, angiotensin converting enzyme inhibitors and calcium channel blockers in current clinical practice.
- Gross, F., Pisa, Z., Strasser, T., & Zanchetti, A. (1986). *Prise en charge de l'hypertension artérielle: Guide pratique à l'usage des médecins et du personnel paramédical*. Genève: Organisation Mondiale de la Santé, OMS.
- Grueninger, U.J. (1995). Arterial hypertension: Lessons from patient education. *Patient Education and Counselling*, 26, 37-55.
- Guba, E.G. & Lincoln, Y.S. (1994). Competing paradigms in qualitative research. Dans N.K. Denzin & Y.S. Lincoln, *Handbook of qualitative research*. (pp. 105-117). Thousand Oaks: Sage.
- Hagan, L. & Proulx, S. (1996). L'éducation pour la santé : le temps d'agir. *L'infirmière du Québec*, 44-52.
- Halberstein, R.A. (1999). Blood pressure in caribbean. *Human Biology*, 71(4), 659-84.

- Hamet, P. (1996). Environmentally regulated genes of hypertension. *Clinical and Experimental Hypertension*, 18(3-4), 267-78.
- Hamet, P., Pausova, Z., Adarichev, V., Adaricheva, K., & Tremblay, J. (1998). Hypertension: Genes and environment. *Journal of Hypertension*, 16(4), 397-418.
- Harlos, J. & Heidland, A. (1994). Hypertension as cause and consequence of renal disease in the 19th century. *American Journal of Nephrology*, 14(4-6), 436-42.
- Hart, J.T. (1993). *Hypertension: Community control of high blood pressure* (3^e ed.) Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Hasford, J. (1992). Compliance and the benefit/risk relationship of antihypertensive treatment. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 20(Suppl. 6), S30-S34.
- Hayes-Bautista, D.E. (1976). Modifying the treatment: Patient compliance, patient control and medical care. *Social Science and Medicine*, 10, 233-238.
- Haynes, R.B., Sackett, D.L., Gibson, E.D., Taylor, D.W., Hackett, B.C., Roberts, R.S. et al. (1976). Improvement in medication compliance in uncontrolled hypertension. *Lancet*, 1, 1265-68.
- Haynes, R.B. (1979). Determinants of compliance: The disease and the mechanics of treatment. Dans R.B. Haynes, D.W. Taylor, D.L. Sackett (1979). *Compliance in health care*. (pp. 49-62). Baltimore and London: The Johns hopkins university press.
- Haynes, R.B., Wang, E., Da Mota Gomes, M (1987) A critical review of interventions to improve compliance with prescribed medications. *Patient Education and Counselling*, 10, 155-166.
- Hershey, J.C., Morton, J.B., Davis, J.B., & Reichgott, M.J. (1980). Patient compliance with antihypertensive medication. *American Journal of Public health*, 70, 1081-9.

- Heurtin-Roberts, S. et Reisen, E. (1990). Health beliefs, compliance - hypertension. *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 39(40), 701-4.
- Heurtin-Roberts, S. et Reisen, E. (1992). The relation of culturally influenced lay models of hypertension to compliance with treatment. *American Journal of Hypertension*, 5, 787-792.
- Huberman, A.M. et Miles, M.B. (1991). *Analyse des données qualitatives: Recueil de nouvelles méthodes*. Traduit de l'anglais par C. De Backer & V. Lamongie. Belgique: De Boeck-Wesmael.
- Hulka, B., Cassel, J., Kupper, L., & Burdette, J. (1976). Communication, compliance and concordance between physicians and patients with prescribed medication. *American Journal of Public Health*, 66(9),
- Hunt, K. & Emslie, C. (2001). Commentary: The prevention paradox in lay epidemiology- Rose revisited. *International Journal of Epidemiology*, 30, 442-446.
- Isselbacher, K.T., Adams, R.D., Brawnwald, E., Petersdorf, R.G., & Wilson, J.D. (1980). *Harrison's principles of internal medicine* (9th ed.). New York: McGraw-Hill.
- Jern, S., Hansson, I., & Hedner, T. (1997). Unsatisfactory blood pressure control-patient's neglect or doctor's hesitation? *Blood Pressure*, 6(6), 324-5.
- JNC VI (1997). The Joint National Committee on Prevention, Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. The sixth report of the Joint National Committee on Prevention, Detection Evaluation and Treatment of High Blood Pressure. *Archives of Internal Medicine*, 157, 2413-46.
- Joffres, M.R., Hamet, P., Rabkin, S.W., Gelskey, D., Hogan, K., & Fodor, G.(1992). Prevalence, control and awareness of high blood pressure among Canadian adults. *Canadian Medical Association*, 146(11), 1997-2005.

- Joffres, M.R., Ghadirian, P., Fodor, G., Petrasovits, A., Chockalingam, A., & Hamet, P. (1997). Awareness, treatment and control of hypertension in Canada. *American Journal of Hypertension*, 10, 1097-1102.
- Joffres, M.R., Hamet, P., McLean, D.R., L'Italien, G.J., & Fodor, G. (2001). Distribution of blood pressure and hypertension in Canada and the United States. *American Journal of Hypertension*, 14, 1099-1105.
- Jouve, A. & Tassy, J. (1974). *Epidémiologie de l'hypertension artérielle*. France: Laboratoire Merck Sharp et Dohme.
- Juncos, L.I. (1990). Patient compliance and angiotensin converting enzyme inhibitors in hypertension. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 15 (Suppl.3), S22-S25.
- Kannel, W.B., Castelli, W.P., McNamara, P.M., McKee, P.A., & Feinleb, M. (1972). Role of blood pressure in the development of congestive heart failure. The Framingham study. *The New England of Medicine*, 287 (16), 781-7.
- Karasek, R., Baker, D., Marxer, F., Ahlbom, A., & Theorell, T. (1981). Job decision latitude, job demands, and cardiovascular disease: A prospective study of Swedish men. *American Journal of Public Health*, 71(7), 694-704.
- Kaufman, J.S., Owoaje, E.E., Rotimi, C.N., & Cooper, R.S. (1999). Blood pressure change in Africa: Case study from Nigeria. *Human Biology*, 71(4), 641-57
- Kelleher, D., Gabe, J., & Williams, G. (1994). Understanding medical dominance in the modern world. Dans J.Gabe, D. Kelleher & G. Williams. *Challenging Medicine*. (pp. XXI-XXIX). London & NY : Routledge.
- King, J.B. (1986). The impact of patients perceptions of high blood pressure on attendance at screening : An extension of the health belief model. *Social Science and Medicine*, 16, 1079-91.
- Kirscht, J.P. & Rosenstock, I.M. (1977). Patient adherence to antihypertensive regimens. *Journal of Community Health*, 3, 115-124.

- Kjellgren, K.I., Ahlner, J., & Säljö, R. (1995). Taking antihypertensive medication - controlling or co-operating with patients? *International Journal of Cardiology*, 47, 257-68
- Kjellgren, K.I., Svensson, S., Ahlner, J., & Saljo, R. (1997). Hypertensive patients' knowledge of high blood pressure. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 15(4), 188-92.
- Klein, L.E. (1988). Compliance and blood pressure control. *Hypertension*, 11(3 Pt.2), 1161-4.
- Kleinman, A. (1980). *Patients and healers in the context of culture : An exploration of the borderland between anthropology medicine and psychiatry*, Berkeley: University of California Press.
- Korhonen, M.H., Litmanen, H., Rauramaa, R., Vaisanen, S.B., Niskanen, L. et al (1999). Adherence to the salt restriction diet among people with mildly elevated blood pressure. *European Journal of Clinical Nutrition*, 53(11), 880-5.
- Kruse, W. & Weber, E. (1990). Dynamics of drug regimen compliance - it's assessment by microprocessor- based technology. *European Journal of Clinical Pharmacy*, 38, 561-5.
- Kulkarni, S., O'Farrell, I., Erasi, M., & Kochar, MS. (1998). Stress and hypertension. *WMJ*, 97(11), 34-8.
- Kvale, S. (1995). The social construction of validity. *Qualitative Quarterly*, 1, 19-40.
- Kyngäs, H. & Lahdenperä, T. (1999). Compliance of patients with hypertension and associated factors. *Journal of Advanced Nursing*, 29(4), 832-39.
- Labarthe, D.R. & Rocella, E.J. (1998). High blood pressure. Dans dans R.C. Brownson, P.L. Remington, & J.R. Davis (1998). *Chronic disease epidemiology and control* (pp. 261-278) (2^e ed.). USA: American Journal of Public Health.

- Lalonde, M. (1974). *Nouvelle perspective de la santé des canadiens: Un document de travail*. Canada: Ministère de la santé et du bien-être social.
- Laperrière, A (1997). La théorisation ancrée (*grounded theory*) : démarche analytique et comparaison avec d'autres approches apparentées. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer, & A.P. Pires. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal, Paris, Casablanca : Gaetan Morin éditeur (pp.309-333).
- Laperrière, A. (1998). *Les méthodes qualitatives en recherche sociale : problématique et enjeux*. Actes de Colloque du Conseil Québécois de la Recherche Sociale. Rimouski, 17 mai 1998.
- Last, J.M. (1987). *The scope, goals, and methods of public health. Public health and human ecology*. USA: Appleton & Lange.
- Leenen, F.H.H., Wilson, T.W., Bolli, P., Larochelle, P., Myers, M., Handa, S.P. et al. (1997). Patterns of compliance with once versus twice daily antihypertensive drug therapy in primary care: a randomized clinical trial using electronic monitoring. *Canadian Journal of Cardiology*, 13(10), 914-1159.
- Leukflens, H.G. & Urquhart, J. (1994). Variability in patterns of drug usage. *Journal of Pharmacy and Pharmacology*, 46 (Suppl. 1): 433-437.
- Levasseur, M. & Goulet, L. (1998). *Problèmes de santé. La santé et le bien-être : enquête sociale et de santé* (2ed.). Québec : les Publications du Québec.
- Leventhal, H., Zimmerman, R., & Gutman, M (1984). Compliance: A self-regulation perspective. dans W. Doyle. *Handbook of behavioral medicine*. (pp. 369-436). N-Y, London: The Guilford press.
- Levine, M. & Fodor, G. (1990). High Blood Pressure and the Human Body dans R. B. Haynes & F.H.H. Leenen. *Down with high blood pressure*. (pp. 11-29). Toronto, Montréal: Grovesnor House Press Inc.

- Light, K.C., Gildler, S.S., Sherwood, A., Bragdon, E.E., Brownley, K.A., West, S.G. et al. (1999). High stress responsivity predicts later blood pressure only in combination with positive family history and high life stress. *American Health Association*, 33(6), 1458-1477.
- Lip, G.H. & Beevers, G. (1997). Doctors, Nurses, Pharmacists and patients - the rational evaluation and choice in hypertension (REACH) Survey of hypertension care delivery. *Blood Pressure*, 6(Suppl. 1), 6-10.
- Lupton, D. (1994). *Everything in moderation : Responses to news media coverage of the cholesterol controversy*. Presented at the British Sociology Association Medical Sociology group 26th annual conference, York, England, September.
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health: public health and regulated body*. London, Thousands Oaks, New Delhi: Sage publications.
- Luscher, T.F. & Vetter, W. (1982). Adherence to medication. *Journal of Human Hypertension*, (4 suppl.), 1:43-6.
- Mace, G. (1988). *Guide d'élaboration d'un projet de recherche*. Québec : Presses de l'Université Laval.
- MacInnes, A. & Milburn, K. (1994). Belief systems and social circumstances influencing the health choices of people in Lochaber. *Health Education Journal*, 53, 58-72.
- Mancia, G. (1995). Improving the management of hypertension in clinical practice. *Journal of Human Hypertension*, 9, S29-31.
- Mancia, G., Cattaneo, B.M., Omboni, S., & Grassi, G. (1998). Clinical benefits of a consistent reduction in BP. *Journal of Hypertension*, Suppl. 16(6), S35-S9.
- Marmot, M.G. (1985). Psychosocial factors and blood pressure. Epidemiology and hypertension. Dans C.J. Bulpitt. *Handbook of Hypertension, Volume 6*. (pp. 89-103). London, U.K. Elsevier : Amsterdam, New-York, Oxford.

- Marmot, M. & Wilkinson, R.G. (1999). *Social determinants of health*. London: Oxford University Press.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et la promotion de la santé*. Montréal, Paris, Casablanca: Gaëtan Morin Editeur.
- McAlister, F.A., Campbell, N.R.C., Zarnke, K., Levine, M., & Graham, I.D. (2001). The management of hypertension in Canada : A review of current guidelines, their shortcomings and implications for the future. *Canadian Medical Association*, 164(4), S17-S22.
- McClellan, W.M., Hall, W.D., Brogan, D., Miles, C., Wilber, J.A. (1988). Continuity of care in hypertension. *Archives of Internal Medicine*, 148, 525-8.
- McElnay, J.C. McCallion, C.R., Al-Deagi, F., & Scott, M. (1997). Self-reported medication non-compliance in the elderly. *Journal of Clinical Pharmacology*, 53, 171-178.
- McKenney, J.M., Munroe, W.P., & Wright, J.T. (1992). Impact of an electronic medication compliance aid on long-term blood pressure control. *Journal of Clinical Pharmacology*, 32, 277-283.
- McNay, L. (1992). *Foucault and feminism : Power, gender and the self*. Cambridge : Polity Press.
- McQueen, D.V. & Celentano, D.D. (1982). Social factors in the etiology of multiple outcomes: the case of BP and alcohol consumption patterns. *Social Science and Medicine*, 16(4), 397-418.
- Meagher, F., O'Brien, E., & O'Malley, K. (1985). Compliance in elderly hypertensive. *Journal of Hypertension*, Suppl. 3(1), 41-3.
- Meredith, P.A. & Elliott, H.L. (1994). Therapeutic coverage: reducing the risks of partial compliance. *British Journal of Clinical Practice*, (Suppl. P), 13-17

- Messerli, F.H. (1995). Occasional notes: Those day 50 years ago. *The New England Journal of Medicine*, 332 (15), 1038-9.
- Meyer, D., Leventhal, H., & Gutmann, M. (1985). Common-sense models of illness: the example of hypertension. *Health Psychology*, 4, 115-35.
- Milburn, K. (1996). The importance of lay theorising for health promotion research and practice. *Health Promotion International*, 11(1), 41-46.
- Milio, N. (1981). *Promoting health through public policy*. Philadelphia: Davis.
- Monane, M., Bohn, R.L., Gurwitz, J.H., Glynn, R.J., Levin, R., & Avorn, J. (1997). The effects of initial drug choice and comorbidity on antihypertensive therapy compliance. Results from a population-based study in the elderly. *American Journal of Hypertension*, 7(1), 697-704.
- Montagne, M. (1992). The promotion of medication for personal and social problems. *The Journal of Drug Issues*, 22(2), 389-405.
- Morgan, D.L. & Spanish, M.T. (1985). Social interaction and the cognitive organisation of health-relevant knowledge. *Sociology of Health and Illness*, 7, 401-22.
- Morgan, M. (1996). Perceptions and use of antihypertensive drugs among cultural groups. Dans S. J. Williams & M. Calnan. *Modern medicine : Lay perspectives and experiences*. (pp. 95-115). London : UCL Press Ltd.
- Morgan, M. & Watkins, C.J. (1988). Managing hypertension: Beliefs and responses to medication among cultural groups. *Sociology of Health and Illness*, 10, 561-77.
- Morgan, T.O., Nowson, C., Murphy, J., & Snowden, R. (1986). Compliance and the elderly hypertensive. *Drugs*, 31(Suppl.4), 174-183.
- Morisky, D.E., Levine, D.M., Green, L.W., Shapiro, S, Russell, P., & Smith, C.R.(1983). Five-year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *American Journal of Public Health*, 73(2), 153-162.

- Morisky, D.E., Green, L.W., & Levine, D.M. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence, *Medical Care*, 24(1), 67-74.
- Morrell, R.W., Park, D.C., Kidder, D.P., & Martin, M. (1997). Adherence to antihypertensive medications across the life span. *The Gerontologist*, 37(5), 609-19.
- Morris, S.L. & Schultz, R.M. (1993). Medication compliance: The patients' perspective, *Clinical Therapeutics*, 15(3), 593-606.
- Muchielli, A. (1994). *Les méthodes qualitatives*, Paris : PUF, Que sais-je ?
- Nelson, E.C., Stason, W.B., Neutra, R.R., H.S. Solomon, & McArdle, P.J. (1978). Impact of patient perceptions on compliance with treatment of hypertension. *Medical Care*, 16, 893-906.
- Nessman, D.G., Carnahan, J.E., & Nugent, C.A. (1980). Increasing compliance: Patient-operated hypertension groups. *Archives of Internal Medicine*, 140, 1427-30.
- Newschaffer, C.J., Brownson, C.A., & Dusenbury, L.J. (1998). Cardiovascular Disease. dans Brownson, R.C., Remington, P.L., & Davis, J.R. (1998). *Chronic disease epidemiology and control* (2nd ed.). (pp. 297-334). USA: American Journal of Public Health.
- Nitchter M. & Vuckovic, N. (1994). Agenda for an anthropology of pharmaceutical practice, *Social Science and Medicine*, 39(11), 1509-1525.
- Norman, T.O., Marconi, K.M., Schezel, G.W., Shechter, M.A., & Stolley, P.D. (1985). Beliefs, social normative influences, and compliance with antihypertensive medication. *American Journal of Preventive Medicine*, 1(3), 10-7.
- Nuland, S. B. (1989). *Les héros de la médecine*. Traduit de l'américain par D. Authier & J. Lahana. Paris: Presses de la renaissance.

- Ohkubo, T. Imai, Y., & Tsuji, I. (1997). Prediction of mortality by ambulatory blood pressure monitoring versus screening blood pressure measurements: A pilot study in Ohasama. *Journal of Hypertension*, 15, 357-64.
- Oliveria, S.A., Lapuerta, P., McCarthy, B.D., L'Italien, G.J., Berlowitz, D.R., & Asch, S.M. (2002). Physician-related barriers to the effective management of uncontrolled hypertension. *American Medical Association*, 162, 413-420.
- Organisation Mondiale de la Santé (1959). *Hypertension et cardiopathie coronarienne: classification et critères pour les études épidémiologiques*. Premier rapport du comité d'experts des maladies cardiovasculaires et de l'hypertension artérielle. Genève (Série de rapports techniques, No. 168).
- Organisation Mondiale de la Santé (1962). *Hypertension artérielle et cardiopathies ischémiques: prévention*. Rapport d'un comité d'experts. Genève (Série de rapports techniques, No. 231).
- Organisation Mondiale de la Santé (1978). *L'hypertension artérielle*. Rapport d'un comité OMS d'experts. Genève (Série de rapports techniques, No. 628).
- Organisation Mondiale de la Santé (1996a). *Épidémiologie et prévention des maladies cardiovasculaires chez les personnes âgées*. Rapport d'un groupe d'étude de l'OMS. Genève (Série de rapports techniques, No. 853).
- Organisation Mondiale de la Santé (1996b). *La lutte contre l'hypertension artérielle*. Rapport du comité OMS d'experts. Genève (Série de rapports techniques. 862).
- Page, I.H. (1976). *Hypertension: a strange case of neglect*. *JAMA*, 235(8): 809-10.
- Page, I.H. (1988). Hypertension Research, A memoir 1920-1960: The discovery of angiotensin. August, *Hypertension*, 16(2), 199-200.
- Pailé, P. (1994). L'analyse par théorisation ancrée. *Cahiers de recherche sociologique*, 23, 147-181.

- Papillon, M.-J. & Vanasse, A. (1999). L'apport alimentaire en sodium : le temps est venu pour une intervention en santé publique. *Revue Canadienne de Santé Publique*, 90(6), 392-394.
- Park, D.C. (1994). Self-regulation and control of rheumatic disorders. *International Review of Health Psychology*, 3, 189-217.
- Patel, C. (1997). Stress management and hypertension. *Acta physiological Scandinavia*, Suppl., 640, 155-7.
- Patton, M.Q. (1990). *Qualitative evaluation and research methods*. Newbury Park: Sage.
- Penebaker, J., Watson, D. (1988). Blood pressure estimation and beliefs among normotensives and hypertensives. *Health Psychology*, 7, 309-28.
- Petrella, R.J. (1999). La prise en charge de l'hypertension par un meilleur mode de vie. *Le Médecin de Famille Canadien*, 45, 1760-5.
- Pickering, T.G. (1995). White coat hypertension: described more than 250 years ago. *American Journal of Hypertension*, 8, 437-8.
- Pickering, T.G. (1997). The effects of environmental and lifestyle factors on blood pressure and the intermediary role of the sympathetic nervous system. *Journal of Human Hypertension*, Suppl. 1, S9-S18.
- Pill, R. & Scott, N.C.H. (1985). Choice or chance : Further evidence on ideas of illness and responsibility for health. *Social Science and Medicine*, 20(10), 981-991.
- Pires, A. P. (1997). Épistémologie et théorie : de quelques enjeux épistémologiques d'une méthodologie générale pour les sciences sociales. Dans Jean Poupart, J.-P. Deslauriers, Lionel-Henri Groulx et al. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp.3-52). Montréal, Paris, Casablanca : Gaetan Morin éditeur.

- Playe, J.F. & Keeley, P. (1998). Non-compliance and professional power. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 304-311.
- Popay, J., Rogers, A. & Williams, G. (1998). Rationale and standards for the systematic review of qualitative literature in health services research. *Qualitative Health Research*, 8(3), 341-51.
- Poupart, J. (1997). Approches et techniques de recherche. L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques. Dans J. Poupart, L.-H. Groulx, J.-P. Deslauriers, A. Laperrière, R. Mayer, & A.P. Pires. *La recherche qualitative : enjeux épistémologiques et méthodologiques*. (pp.173-206). Montréal, Paris, Casablanca : Gaetan Morin éditeur.
- Pourtois, J.-P. & Desmet, H. (1989). Pour une recherche qualitative et néanmoins scientifique, *Réseaux*, 55-56-57, 13-35.
- Rehder, T.L., McCoy, L.K., Blackwell, B., Whitehead, W, & Robinson, A. (1980). Improving medication compliance by counseling and special prescription container. *American Journal of Hospital Pharmacy*, 37, 379-385.
- Reubi, F. (1980). *L'hypertension artérielle*. Québec: Les Editions la Presse, Ltée. 173 pages.
- Reusser, M.E. & Carron, D.A. (1992). Traitement hygiéno-diététique de l'hypertension. Dans A. Fournier. *Hypertension artérielle*. (pp. 457-496). Paris: Hermann, Editions des sciences et des arts.
- Richardson, M.A., Simons-Morton, B., & Annegers, J.F. (1993). Effect of perceived barriers on compliance with antihypertensive medication. *Health Education Quarterly*, 20(4), 489-503.
- Rizzo, J.A. & Simons, R. (1997). Variations in compliance among hypertensive patients by drug class: implications for health care costs. *Clinical Therapeutics*, 19(6), 1446-1457.

- Rose, G.A. 1. Hypertension in the community. Dans C.J. Bulpitt. Handbook of Hypertension. Dans W. H. Birkenhager et J.L. Reid. *Vol. 6, Epidemiology of Hypertension*. (pp. 1-14). Amsterdam, New York, Oxford: Elsevier.
- Rosen, G. (1958). *A history of public health*. N-Y: MD Publications inc.
- Rosenman, R.H. (1986). The impact of anxiety on the cardiovascular system. *Psychosomatics*, 26 (11, Suppl.), 6-15.
- Rosenstock, I.M. (1974). Historical origins of the Health Belief Model. *Health Education Monographs*, 2, 328-335.
- Rudd, P. (1995). Clinicians and patients with hypertension: Unsettled issues about compliance. *American Heart Journal*, 130(3), 572-579.
- Rutan, G.H., McDonald, R.H., & Kuller, L.H. (1989). A historical perspective of elevated systolic vs diastolic blood pressure from an epidemiological and clinical trial viewpoint. *Journal of Clinical Epidemiology*, 42(7), 663-73.
- Salzman, C. (1995). Medication compliance in the elderly. *Journal of Clinical Psychiatry*, 56(Suppl. 1), 18-23.
- Sanson-Fisher R.W. & Clover K. (1995). Compliance in the treatment of hypertension. A need for action. *American Journal of Hypertension*, 8(10 Pt 2), 82S-88S.
- Santé et Bien-être social Canada (1986). *Prévention et contrôle de l'hypertension artérielle au Canada*. Rapport d'un groupe de travail fédéral-provincial. Préparé pour le Comité consultatif fédéral-provincial sur la prévention et le contrôle de l'hypertension artérielle.
- Santé et Bien-être social Canada (SBSC) (1989). *Principaux résultats de l'étude sur l'hypertension artérielle au Canada*. Ministre de l'Approvisionnement et services Canada.

- Santé Québec (1987). *Et la santé, ça va ? Rapport de l'Enquête Santé Québec, Tome 1*. Ministère de la Santé et des Services sociaux Québec : Les Publications du Québec.
- Santé Québec (1995). *Et la santé, ça va en 1992-1993 ? Rapport de l'Enquête sociale et de santé 1992-1993, Vol. 1*, Montréal : Ministère de la santé et des Services sociaux, Gouvernement du Québec.
- Schwandt, T.A. (1994). Constructivist, interpretivist approaches to human inquiry. Dans N.K. Denzin et Y.S. Lincoln. *Handbook of qualitative research*. (pp. 106-117). Thousand Oaks, London, New Delhi: Sage publications.
- Schmieder, R.E., Rockstroh, J.K., & Messerli, F.H. (1991). Antihypertensive therapy. To stop or not to stop ? *JAMA*, 265(12), 1566-1571.
- Schulman, N.B. (1979). Active patient orientation and outcomes in hypertensive treatment : Application of a socio-organizational perspective. *Medical Care*, 17(3), 267-280.
- Sharkness, C.M. & Snow, D.A. (1992). The patient's view of hypertension and compliance. *American Journal of Preventive Medicine*, 8(3), 141-6.
- Shea, S. (1994). Hypertension Control. *American Journal of Public Health*, 84 (11),1725-1727.
- Sheps, S.G. & Dart, R.A. (1998). New guidelines for prevention, detection, evaluation, and treatment of hypertension. JNC VI. *CHEST*, 113(2), 263-5.
- Spence, D., Barnett, P.A., Linden, W., Ramsden, V., Taenzer, P. (1999). Recommendations on stress management. *Canadian Medical Association*, 160 (9 Suppl.). S46-50.
- Shulman, N.B., Martinez, B., Brogan, D, Carr, A.A., & Miles C.G. (1986). Financial cost as an obstacle to hypertension therapy. *American Journal of Public Health*, 76(9), 1105-1108.

- Stacey, M. (1994). The power of lay knowledge : A personal view. Dans J. Popay & G. Williams. *Researching the people's health*. (pp. 85-98). London and New-York : Routledge.
- Stanton, A.L. (1987). Determinants of adherence to medical regimens by hypertensive patients. *Journal of Behavioral Medicine*, 10, 377-394.
- Statistique Canada (1998). *Aperçu de l'Enquête nationale sur la santé de la population 1996-1997*. Catalogue no. 82-567.
- Statistique Canada (2001). Rapports sur la santé. La santé de la population canadienne. Rapport annuel 2001. *Institut Canadien d'information sur la santé*, 12(3), 23-36.
- Steiner, J.F., Fihn, S.D., Blair, B., & Inui, T.S. (1991). Appropriate reductions in compliance among well-controlled hypertensives patients. *Journal of Clinical Epidemiology*, 44, 1361-1371.
- Stevenson, D.R. (1999). Blood pressure and age in cross-cultural perspective. *Human Biology*, 71(4), 529-51.
- Stewart, M. (1987). The validity of an interview to assess a patient's drug taking. *American Journal of Preventive Medicine*, 3, 95-100.
- Stewart, M.J., Brosky, G., Gillis, A., Jackson, S., Johnson, G., Kirkland, S. et al. (1996). Disadvantaged women and smoking. *Canadian Journal of Public Health*, 87(4), 257-60.
- Stimson, G.V. (1972). Obeying the doctor's orders: A view from the other side. *Social Science and Medicine*, 8, 97-104.
- Stockwell, D.H., Madhavan, S., Cohen, H., Gibson, G., Alderman, M.H. (1994). The determinants of hypertension awareness, treatment, and control: an insured population. *American Journal of Public Health*, 84(11), 1768-1773.

- Stone, G.C. (1979). Patient compliance and the role of the expert. *Journal of Sociological Issues*, 35(1), 34-59.
- Svarstard, B.L. (1986). Patient-practitioner relationships and compliance with prescribed medical regimens. Dans L. Aiken & D. Mechanic. *Applications of social science to clinical medicine and health policy*. (pp. 438-459). New-Brusnwick, N.J.: Rutgers University Press.
- Syme, S.L. (1989). Control and health : a personal perspective. Dans A. Steptoe & A. Appels. *Stress, personal control and health*. (pp. 3-18). Chichester, N-Y, Brisbane, Toronto, Singapore : John Wiley & Sons.
- Theorell, T. (1989). Personal control at work and health : A review of epidemiological studies in Sweden. Dans A. Steptoe & A. Appels. *Stress, personal control and health*. (p. 48). Chichester, N-Y, Brisbane, Toronto, Singapore : John Wiley & Sons.
- Trostle, J.A. (1988). Medical compliance as an ideology. *Social Science and Medicine*, 27(12), 1299-1308.
- Van der Maren, J.-M. (1996). *Méthodes de recherche pour l'éducation: Education et formation, Fondements*, Québec: Les presses de l'Université de Montréal.
- Vaur, L., Vaisse, B., Genes, N., Elkik, F., Lerand, C., & Poggi, L. (1999). Use of electronic pill boxes to assess risk of poor treatment compliance: results of a large-scale trial. *American Journal of Hypertension*, 12 (4 Pt 1), 374-80.
- Vertes, V., Tobias, L., Galvin, S. (1991). Historical reflections on hypertension. *Primary Care; Clinics in Office Practice*, 18(3), 471-82.
- Waeber, R., Brunner, H.R., & Metry, JM (1997). Compliance with antihypertensive treatment: implications for practice. *Blood Pressure*, 6(6), 326-31.
- Weber, M.A. (1998). Strategies for improving blood pressure control. *American Journal of Hypertension*, 11(7), 897-99.

- Weingarten, M.A. & Cannon, B.S. (1988). Age as major factor affecting adherence to medication for hypertension in general practice population. *Family Practice*, 5(4), 294-6.
- Whelton, P. K. (1994). Epidemiology of hypertension. *The Lancet*, 344, 101-106
- White, K.L.(1991). Changing paradigms. Healing the schism: epidemiology, medicine and public's health. New-York, London, Paris: Springer-Verlag.
- WHO Regional Publications (1993). *Assessing hypertension control and management: Hypertension Management Audit Project: a Who/WHL study*. Who Regional Publications, Europeans Series, No.47.
- WHO (1999). Guidelines for the management of hypertension. World Health Organization – International Society of Hypertension. *Journal of Hypertension*, 17, 151-183.
- Wilkins, K. & Beudet, M.P. (1998). Le stress au travail et la santé. *Rapport sur la santé, Statistique Canada*, 10(3), pp.49-62.
- Williams, D.R. (1998). Assessing patient wellness: New perspective on quality of life and compliance. *American Journal of Hypertension*, 11 (11Pt 2), 186S-191S.
- Williams, G. & Popay, J. (1994). Researching the people's health : Dilemmas and opportunities for social scientists. Dans J. Popay & G. Williams. *Researching the people's health*. (pp. 85-98). London and New-York : Routledge.
- Wright, A.L. & Morgan, W.J. (1990). On the creation of problem patients. *Social Science and Medicine*, 30,951-59.
- Yasin, S. (1998). Detecting and improving compliance: is concordance the solution ? *Australian Family Physician*, 27(4), 255-60.
- Zellner, C. & Sudhir, K. (1996). Lifestyle modifications for hypertension. The many benefits are worth the effort. *Postgraduate Medicine*, 100(4), 75-9, 83.

ANNEXE 1

INFORMATION AUX PARTICIPANTS-ES

TITRE DE L'ÉTUDE : *La perception de la régularité dans la prise médicamenteuse chez des femmes et des hommes hypertendus-es*

Nom des chercheurs et chercheure : Rémi Guibert (chercheur principal), Louise Vandelac (co-chercheure), Jean-Pierre Grégoire (co-chercheur)

1. **OBJECTIF DE L'ÉTUDE :** Comprendre les motifs entourant la prise irrégulière du médicament antihypertenseur, les logiques sous-jacentes et les alternatives adoptées par des femmes et des hommes hypertendus-es face à leurs médicaments antihypertenseurs.
2. **DÉROULEMENT DE L'ÉTUDE:** Nous voulons interroger des femmes et des hommes, qui comme vous, souffrent d'hypertension artérielle et consomment un médicament antihypertenseur. Votre participation consiste en une entrevue d'une durée d'environ 1 heure à 1 heure,30 avec une agente de recherche (Michelle Proulx). Cette entrevue se déroulera à votre domicile ou dans un autre lieu, selon votre convenance. Nous assurerons votre transport si nécessaire.
3. **AVANTAGES ET INCONVÉNIENTS RELIÉS À VOTRE PARTICIPATION :** Votre participation à cette étude ne comporte aucun désavantage, n'affectera ni les services ni les soins que vous recevez. Les renseignements que vous et les autres participants-es nous fournirez contribueront dans le futur à l'amélioration de la prise médicamenteuse chez les personnes souffrant d'hypertension artérielle.
4. **PARTICIPATION VOLONTAIRE ET DROIT DE RETRAIT :** Votre participation à l'entrevue est volontaire. Vous êtes libre de refuser de participer à l'étude et de vous retirer en tout temps.
5. **CONFIDENTIALITÉ :** Tous les renseignements que vous nous fournirez lors de l'entrevue demeureront strictement confidentiels. Afin de préserver l'anonymat, au moment de l'entrevue, un numéro d'identification remplacera votre nom. Seuls les membres de l'équipe auront accès aux informations que vous nous aurez fournies. À la fin de l'étude, ces informations seront totalement détruites.
6. **QUESTIONS AU SUJET DE L'ÉTUDE :** Si vous avez des questions au sujet de cette étude, n'hésitez pas à contacter Michelle Proulx, coordonnatrice du projet au 343-6185 (Université de Montréal), Rémi Guibert, Louise Vandelac au 987-3000, poste 4307.

**LA PERCEPTION DE LA PRISE MÉDICAMENTEUSE IRRÉGULIÈRE CHEZ
DES FEMMES ET DES HOMMES HYPERTENDUS-ES**

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

La nature et le déroulement de cette étude, les avantages et les inconvénients que comporte ma participation ainsi que le caractère confidentiel des informations que je fournirai dans cette étude m'ont été expliqués.

J'ai eu l'occasion de poser toutes les questions et de recevoir des réponses satisfaisantes.

J'accepte volontairement de participer à cette étude. Je reconnais avoir reçu un exemplaire de ce formulaire de consentement portant sur mon acceptation.

_____	_____	_____
Nom, prénom	Signature de la participante	Date

(Signer également en lettres moulées)

_____	_____	_____
Nom, prénom	Signature de l'agente de recherche	Date

(Signer également en lettres moulées)

_____	_____	_____
Nom, prénom	Signature du chercheur principal	Date

(Signer également en lettres moulées)

ANNEXE 2

**DISTRIBUTION PAR CATÉGORIE D'UTILISATEURS SELON LE
SEXE, L'ÂGE, LA DURÉE D'UTILISATION DU MÉDICAMENT
ANTIHYPERTENSEUR ET LE NIVEAU DE FORMATION ET L'OCCUPATION**

Inconditionnels-les

Sexe	Âge	Durée	NSE et occupation
F	40 ans	10 ans	Pas complété primaire, ménagère
F	40 ans	12 ans	Primaire pas complété, ménagère
F	42 ans	1 an	Universitaire, enseignante
F	45 ans	1 an	Collégial, travailleuse sociale
F	55 ans	2 ans	Collégial, secrétaire retraîtée
F	56 ans	3 ans	Primaire pas complété, travailleuse manuelle, CSST
F	63 ans	1 an	Secondaire complété, Conseillère à l'emploi

Sexe	Âge	Durée	NSE et occupation
F	64 ans	1 an	Primaire pas complété, ménagère
F	66 ans	4 ans	Primaire Ménagère
H	44 ans	24 ans	Secondaire pas complété, concierge
H	51 ans	10 ans	Universitaire, homme d'affaires
H	53 ans	1 an	Secondaire complété, Contremaître
H	59 ans	4 ans	Universitaire, Comptabilité
H	60 ans	5 ans	Primaire complété, Pompier

Réticents-es

Sexe	Âge	Durée	NSE et occupation
F	60 ans	10 ans	Secondaire pas complété, préposée aux bénéficiaires, retraitée
F	49 ans	2 ans	Collégial, Cadre supérieur
F	56 ans	4 ans	Secondaire, travail de bureau, retraitée
H	67 ans	37 ans	Primaire complété, Contremaître, retraité
H	70 ans	6 ans	Primaire pas complété, travailleur manuel, retraité
H	63 ans	1 an	Primaire pas complété, travailleur manuel, retraité
H	56 ans	2 ans	Primaire pas complété, travailleur manuel

Résistants-es

Sexe	Âge	Durée	NSE et occupation
F	47 ans	2 ans	Secondaire pas complété, bien-être social
F	68 ans	24 ans	Primaire complété, travailleuse manuelle, retraitée
F	70 ans	6 ans	Primaire complété, restauration, retraitée
H	45 ans	4 ans	Universitaire, propriétaire d'un commerce
H	54 ans	14 ans	Universitaire, comptable, chômeur
H	54 ans	8 ans	Primaire complété, anciennement contremaître, maintenant travailleur autonome

ANNEXE 3

ENTREVUE # 25

Q : Pour débiter l'entrevue, j'aimerais connaître un peu votre contexte de vie. On essaie toujours un peu de comprendre, de situer les gens dans leur contexte, pour commencer. Alors pourriez-vous me parler de vous un peu, de votre vie ici à Beauport ? Depuis quand vivez-vous ici ?

R : Ici, à Beauport, depuis '86. Ça fait 13 ans.

Q : Est-ce que vous êtes natif de Beauport ?

R : Non. De Québec.

Q : De Québec. Votre épouse, est-ce qu'elle est native... ?

R : Elle est native de Québec aussi.

Q : Qu'est-ce qui a fait que vous avez décidé de déménager ici ?

R : Bien, j'ai acheté une propriété. J'ai acheté une propriété en '80... en '86.

Q : À Beauport, à Québec, est-ce que vous habitiez dans une propriété ou ?

R : J'avais une propriété que j'avais achetée. J'en avais plusieurs. J'avais plusieurs propriétés à Québec.

Q : Là, vous avez finalement décidé de vous installer ici.

R : Oui oui. C'était des propriétés à revenus. Des maisons à trois, à logements, là... sur trois étages, des triplex.

Q : Comment est-ce que vous trouvez ça vivre ici ?

R : Bien c'était plus... simple, c'est un peu comme à la campagne. À Québec, je demeurais dans Limoilou. J'ai demeuré dans Limoilou une bonne partie... j'ai demeuré une quarantaine d'années. Quarante-cinq ans à peu près dans Limoilou. Ça fait que... Non, quarante-deux, quarante-deux ans dans Limoilou. Fait qu'il y avait plus de proximité. Dans les maisons en rangées, trois logements, c'est... quartier assez populaire. Ça fait qu'ici, c'est plus, c'est plus tranquille.

Q : C'est plus la campagne... Est-ce que vous avez de la famille qui habite à Québec ?

R : Oui.

Q : Vos parents, tout ça.

R : Mes parents sont décédés.

Q : Est-ce que vous êtes natif de Québec ?

R : Oui oui, oui oui.

Q : Est-ce que vous avez plusieurs frères et sœurs ou ?

R : J'ai quatre frères, quatre sœurs... j'ai un frère qui est décédé de l'angine, du cœur.
Une crise de cœur.

Q : Récemment ou ?

R : Oh non, ça fait déjà une bonne... ça fait une dizaine d'années, à peu près. Y avait 40... y avait 45 ans.

Q : Est-ce que vous avez eu d'autres personnes dans votre famille qui a eu un problème de santé grave ou ?

R : J'ai ma mère qui est décédée du cancer, à 72 ans.

Q : Votre père ?

R : Mon père est décédé dans un accident d'automobile, y était en parfaite santé.

Q : Jeune ?

R : Oh, 58 ans.

Q : Ah mon Dieu, oui, ça c'est jeune. Puis parmi vos enfants, est-ce que tout le monde est en bonne santé ?

R : En bonne santé. Les deux, mes deux gars puis ma fille aussi sont en très bonne santé.
Puis mes petits enfants aussi...

Q : Oh vous avez des petits-enfants.

R : J'en ai quatre, quatre petits-enfants, puis les petits-enfants sont en très bonne santé aussi.

Q : Est-ce qu'ils demeurent dans le coin aussi ?

R : Non. Mes petits-enfants demeurent à... ma fille avec les petits-enfants demeurent à Sainte-Hélène de Kamouraska. Puis, mon gars, mon plus vieux est revenu ici, il demeure ici à la maison.

Q : Comme ça vous fréquentez vos enfants... ?

R : Oui oui, oui oui.

Q : Votre famille immédiate, tout ça, vos frères et sœurs, est-ce que vous les fréquentez ?

R : Oui oui, on se voit, mais on se voit beaucoup moins, parce que depuis que ma mère est décédée, on se voit moins.

Q : Vous avez moins l'occasion.

R : On se voit aux Fêtes, là.

Q : Si on regarde maintenant les services de santé, est-ce que vous avez utilisé souvent les services de santé dans votre vie ?

Q : Vous avez pas été hospitalisé ou ?

R : J'ai été hospitalisé, mais j'ai été hospitalisé... juste... une fois, là. Seulement qu'une fois, pour une opération, une chirurgie plastique, j'avais 18 ans. C'était pour me faire une chirurgie plastique pour les oreilles. Après ça, je ne suis jamais retourné pour une hospitalisation. Je suis allé pour des examens. Des examens pour le... des électrocardiogrammes, des électroencéphalogrammes, puis tous les examens de routine. Pour le cholestérol, le cœur, le... tout, les poumons...

Q : C'était des examens référés par les médecins ?

R : Oui oui, ouï oui.

Q : Avez-vous toujours le même médecin ?

R : Le même médecin depuis 13 ans, depuis que je suis ici que j'ai le même médecin. J'ai pris un médecin en arrivant à Beauport. J'ai changé de médecin, avant ça j'en avais un autre dans Limoilou.

Q : Est-ce que vous le voyez souvent ?

R : Bof! Deux, je fais deux... peut-être deux visites par année, là, pour les examens. Examens de routine puis pour vérification de la tension artérielle...

Q : Ça, c'est un examen qui est exigé par votre médecin, tout ça, c'est... ?

R : Non, c'est moi, c'est... Bien, il est exigé, il me demande d'y aller une fois par année, là. Mais j'y vais habituellement, depuis l'âge de 40, 40 ans que j'y vais au moins une fois par année. Puis que... à 45 ans, là j'y allais plutôt peut-être deux fois par année, pour faire des prises de sang, faire... puis faire un suivi.

Q : Donc, environ une fois par année pour l'examen de routine et maintenant, parlez-moi de votre travail. Comment est-ce que votre carrière a évolué, tout ça, depuis le début ?

R : Depuis le début... j'ai fait différentes, différentes choses. J'ai été 15 ans dans les hôpitaux. J'étais chef-comptable puis directeur des finances. Après ça, j'ai fait un burnout. Ça fait que j'ai été obligé de laisser. C'est là que l'hypertension a commencé, c'est quand j'ai commencé à faire, je faisais de l'hypertension, parce que je cumulais à ce moment-là trois fonctions. Et puis je travaillais peut-être une centaine d'heures par semaine. J'avais pas, ça faisait cinq ans que j'avais pas pris de vacances comme telle. Fait que lorsque je suis parti, on me devait mes vacances des

cinq dernières années, six mois de vacances, en plus des congés, des autres congés que j'avais pas pris. Ça fait qu'à ce moment-là, c'est là qu'est, c'est de là qu'est venue l'hypertension... un glaucome, hypertension. Alors, j'ai pris ma santé en mains. Les employeurs, ça faisait pas leur affaire, ça fait que là ils ont fermé le poste. Étant donné que j'étais cadre, cadre intermédiaire qui faisait un poste de cadre supérieur, j'étais entre deux chaises, ils ont enlevé les deux chaises. Ça fait que c'est ça qui est arrivé. Fait qu'après, bien là je suis parti à mon compte. Parti à mon compte pour acheter une tabagie, un dépanneur, puis j'ai fait de l'immobilier. J'ai fait de l'immobilier, j'ai fait de l'assurances, j'ai fait de la vente d'automobiles. Et puis, je suis retourné dans les hôpitaux travailler un an et demi comme technicien, technicien en administration aux soins infirmiers. Là, à ce moment-là, j'étais responsable des budgets pour les soins infirmiers, pour rencontrer tous les responsables des chefs de services, tout leur expliquer. Expliquer le budget puis le contrôle, le contrôle budgétaire. Pour les postes. Après, j'ai été dans les OSBL, là, pour m'occuper du Patro, au Patro (Rockamadour!), comme coordonnateur des programmes d'employabilité. Et puis en même temps gérer les programmes... coordonnateur aussi... c'était une corporation intermédiaire de travail. Et puis après, j'ai fait ça un an, puis après je suis retourné, j'ai repris un six mois d'études pour apprendre l'anglais, immersion anglaise, là je suis retourné comme adjoint-administratif pour la communauté (Agapek) qui est pour les œuvres... pour un OSBL. Fait que là je m'occupe, là je m'occupais de remplacer la directrice-générale qui avait une friperie, un atelier, un atelier rose, atelier d'artisanat, friperie et comptoir alimentaire. Puis tous les systèmes au complet puis les programmes, les programmes d'employabilité avec ça. Et puis le counselling pour les gens qui venaient faire de la réinsertion sociale.. J'ai fait ça un an et un peu plus. Puis là, je viens d'arrêter parce qu'il y a des coupures de budget, on n'a plus de fonds pour fonctionner. Fait que momentanément, là, je suis en chômage... Je vais faire une réorientation, je vais voir ce que je vais faire. Si je reprends un commerce à mon compte ou si je fais autre chose. Pour l'instant, je prends une période de repos.

Q : Mais vous en avez fait beaucoup de choses!

R : Ouais. Puis à travers ça, j'avais tous les organismes... de bienfaisance dont je m'occupais. Comme là, j'étais un Chevalier-de-Colomb. Fait qu'en arrivant ici à Beauport, ça fait neuf ans, neuf ans que je fais partie des Chevaliers-de-Colomb de Beauport. Mais notre conseil fête son dixième anniversaire, c'est moi qui est Grand Chevalier. C'est moi qui est responsable de ces choses... C'est pour ça que je m'en vais après la, après l'entrevue, je m'en vais pour une corvée... au domaine de la Fraternité. Ça fait que même sur le chômage, ça m'enlève, ça me donne pas de temps de repos, je peux pas rien faire, j'ai encore énormément de...

Q : Vous disiez que c'est à partir du moment où vous avez fait votre burnout que vous avez eu le diagnostic d'hypertension ?

R : Dans le temps où je l'ai fait. Quand j'ai fait mon burn-out, je faisais de l'hypertension.

Q : Est-ce que vous le saviez ?

R : Je le savais... je faisais du glaucome aussi. Fait que le glaucome qui venait... À ce moment-là, mon glaucome, ils ne comprennent pas ça, c'est qu'ils m'avaient donné des gouttes, ils ont arrêté les gouttes. Et puis la tension dans l'œil est retombée, mais la tension dans l'œil, selon moi, était reliée avec l'hypertension, puis... tout cas. Fait qu'en me prenant en mains, pis en changeant mes habitudes de vie, mais pas tant... Mes habitudes de vie, pas tellement les habitudes de vie comme plutôt la façon de prendre les choses. Parce que... c'est tout dans la façon de prendre les choses, de dire que, là, à ce moment-là, de contrôler ce qu'on peut contrôler, puis ce qu'on peut pas, qui relève pas de notre contrôle, de le laisser aller. Ça fait que ça, à ce moment-là, c'est ce qui est plus difficile. Puis c'est de prendre, de se pacifier. Parce que j'ai fait beaucoup sur le plan spirituel, à ce moment-là, pour moi c'est très important. Ça fait qu'à ce moment-là, de mettre la spiritualité à la bonne place, puis de dire : bon, on arrête, puis on fait confiance en la divine providence... on laisse aller les choses, puis là, à ce moment-là, si on prenait... on verrait que la tension tombe d'un coup sec.

Q : Qu'est-ce qui vous fait dire ça ?

R : Je le sens.

Q : Vous le sentez comment ?

R : Les médecins disent qu'on peut pas le sentir, mais on le sent, parce qu'on sent un bien-être puis on sent tout de suite une relaxation... Quand on vient hypertendu, on vient tendu, on vient sur les nerfs ou on vient stressé un peu. À la minute qu'on laisse tomber... le contrôle, qu'on contrôle notre stress puis notre hypertension, ça descend tout seul, automatiquement... j'en ai discuté avec le médecin, il dit qu'on peut pas le savoir, mais on peut le constater, parce qu'en rentrant, en prenant la première... la première tension, après avoir attendu des fois, puis être sur les nerfs, puis être nerveux un peu à cause que ça nous retarde... sur le, sur l'entrevue. En attendant dans le bureau. On arrête, là, (soupir), je me recalme, reprends une deuxième fois, puis c'est correct... On aime pas bien ça attendre, puis c'est toujours, c'est toujours stressant. Là, au premier contact, en prenant la tension, elle est élevée. On la reprend. Il dit : « Bon, calme-toi un peu, on va attendre ». Il la reprend après, puis elle redescend. (interruption)

Q : Pour revenir à ce qu'on discutait, est-ce que vous saviez avant de faire votre burn-out que vous aviez un diagnostic d'hypertension ?

R : Non. Je l'ai su après, c'est... En faisant, quand j'ai fait mon burn-out, à ce moment-là, je voyais que ça filait pas, mais j'avais pas de diagnostic d'hypertension. De la tension... au contraire, parce qu'à 40... c'est dans la quarantaine que j'ai commencé à faire de l'hypertension, parce que je faisais toujours de la basse pression. J'étais plutôt porté à faire de la basse pression. À 35 ans, quand le médecin prenait ma tension, il disait : « Est basse ». Elle était basse. Et puis là, c'était le contraire, là... à quarante ans, j'ai arrêté de fumer. En arrêtant de fumer, bien là... La tension était

élevée. Ils ont dit : « Ç'a pas de rapport ». Ça avait pas de rapport avec la chose, mais le fait que si je devais arrêter de fumer, peut-être la tension tombait, mais non, ça s'est maintenu. Ça fait que j'étais un gros fumeur dans ce temps-là, puis je prenais énormément de café. Et puis j'ai cessé, pas le café complètement, mais j'ai modéré énormément le café et puis j'ai cessé, j'ai arrêté de fumer, ça va faire une dizaine d'années.

Q : Puis... à ce moment-là, le médecin vous a examiné, vous étiez en burn-out, puis il vous a dit : « Bon, vous faites de l'hypertension ? » Est-ce qu'il vous a prescrit des médicaments tout de suite ?

R : Non.

Q : Qu'est-ce qu'il vous a dit, qu'est-ce que... ?

R : Ah il me disait rien. Le médecin, il s'occupait de rien. Y... C'est un autre médecin, quand je suis arrivé ici à Beauport, c'est un autre médecin qui, un moment donné, il dit : « Si on peut pas le contrôler, si ça peut pas se contrôler, en cessant de... ». Là, j'ai cessé le sel, j'ai cessé le sucre, j'ai arrêté de prendre du sucre du sel, et puis... c'est... c'est ça qui est arrivé, en prenant, en baissant ça, ça devait être contrôlé. Mais ça marchait pas, il a décidé de me donner des médicaments. Puis après quand j'ai arrêté tout seul, la tension s'était restabilisée. Et puis après, elle était plutôt portée à être haute lorsque je ne prenais pas les médicaments. Mais en reprenant les médicaments, elle est devenue normale. Bon, bien un petit peu, elle va être borderline, comme on dit.

Q : Alors donc, si je comprends bien, au début, vous avez eu votre diagnostic, puis on ne vous a pas prescrit de médicaments tout de suite. Pendant combien de temps, ça ?

R : [...] Cinq ans, cinq-six ans.

Q : Qu'est-ce que ça vous faisait de savoir que vous faisiez de l'hypertension, puis de prendre des médicaments ?

R : Mais moi à ce moment-là, j'ai relié ça au burnout... le fait d'être stressé, au stress puis tout ça. Puis là, le contrôle, là, j'ai commencé à prendre le contrôle, puis à faire, faire attention. La pression était haute, là. Mais le fait de la contrôler, d'être capable de se calmer un peu, puis de faire tomber le stress, tout, ça peut aider.

Q : O.K. Fait que donc, c'est ça, pendant un certain nombre d'années, vous n'avez pas pris de médicaments, mais votre pression demeurait haute quand même ?

R : Oui oui, elle était haute. Puis, le moment où j'ai commencé à faire plus attention, puis à surveiller, c'est quand mon frère est décédé d'un infarctus... d'une crise d'angine, il a fait un infarctus puis il est décédé. Là, ça m'a amené à faire attention. Ça faisait déjà cinq ans que le médecin avait diagnostiqué que je faisais de l'hypertension, que j'avais une tendance à faire de l'hypertension. Puis là j'ai fait attention puis j'ai surveillé.

Q : Mais vous preniez pas de médicaments ?

R : Non non. Pour les médicaments, il m'avait donné des médicaments pour le cholestérol. Parce qu'il disait que c'était à cause du cholestérol. Le cholestérol, là, fait le contraire. Ce qui est arrivé, c'est que ça donné une dégradation musculaire avec le médicament qu'il m'avait donné. Et puis là le médicament qu'il m'avait prescrit pour le cholestérol là, je le prenais pratiquement pas, j'en prenais un de temps en temps. Et puis j'ai arrêté ça. Et puis c'était plus dangereux que d'autres choses, c'était de la cochonnerie.

Q : Qu'est-ce qui a fait que vous avez commencé à prendre le médicament antihypertenseur ?

R : C'est qu'un moment donné, le médecin m'a prescrit le médicament pour l'hypertension, pour voir qu'est-ce que ça ferait. Puis là ça, là, ç'a donné de l'effet.

Q : Ça c'est votre nouveau médecin ici qui...

R : Oui oui, oui oui.

Q : Lui, il a dit : « On va te prescrire des médicaments ? »

R : Oui oui. C'est lui qui m'a prescrit les médicaments pour l'hypertension puis pour le cholestérol aussi. Puis le cholestérol, il a vu par la suite que ça se pouvait pas. Il que j'avais la goutte et puis tout... Je ne ressentais pas. Y avait, y avait une détérioration musculaire qui se faisait. Ça fait que c'est pas...

Q : Est-ce que vous avez arrêté de prendre vos médicaments un moment donné ?

R : Oui. J'ai arrêté un bon bout de temps... Bien j'ai arrêté peut-être un trois-quatre mois. Et puis à ce moment-là, la tension était pas... se maintenait pas trop haute, puis là, des fois, elle a avait tendance à remonter, ça fait qu'il disait : « Prends pas de chances ». Parce que je l'ai fait un mois. T'sé, des fois un mois, je sautais un mois ou quand la prescription était finie, dès fois je décidais de ne pas la reprendre tout de suite, je pouvais attendre une semaine, deux semaines, puis c'est pas, c'est pas grave, ma pression montait pas trop trop, là. Il dit : « C'est préférable de les prendre ».

Q : Quand vous avez cessé comme ça, est-ce que c'est une décision que vous avez prise avec votre médecin ou bien si...

R : Non non, non non, c'est pas...

Q : Vous avez décidé ça tout seul.

R : La prescription était finie... Avant de la faire renouveler, j'ai pris du temps avant d'avoir le rendez-vous, ça pris un mois et demi avant d'avoir mon rendez-vous. Là, le médecin m'a dit : « Donne-moi un coup de fil, puis on va renouveler tout de suite. Attends pas d'avoir un rendez-vous pour renouveler ». Mais moi, les médicaments,

c'est... j'en prends pratiquement pas. Je déteste prendre des médicaments, ça fait que... Les seuls médicaments que je prends, j'ai celle-là, Zestril pour l'hypertension et l'Aspirine. Pas du Tylénol, là, je prends de l'Aspirine. C'est de l'Aspirine que je prends, et puis... de préférence. Et puis pour l'hypertension, il paraît que c'est bon aussi. Puis c'est vrai, je l'ai... Je prenais pas mon Zestril, mais je prenais de l'Aspirine puis j'essayais d'agir sur le stress et puis ça baissait le, ça baissait la tension... parce j'aime pas ça les médicaments, quand j'en ai pris pour... Parce que j'appelle ça de la cochonnerie. Je me suis chicané avec les médecins pour ça. Ils m'ont donné, justement quand j'ai fait mon burn-out, il m'avait prescrit... quelque chose, comment... (?) ...des médicaments, puis je les ai pas pris. Je les ai pas pris, puis le médecin, on s'est chicané tous les deux. Je les avais jetés dans la poubelle, puis : je les prends pas tes... tes médicaments. Puis là, je les ai pris un peu, mais pas... Moi, j'aime mieux les choses naturelles. Tu te prends en main, puis t'as tout. D'abord, ce que... ce que je pense là-dessus, moi, c'est qu'on a tout dans nous-mêmes pour être capable de se guérir soi-même. On peut se guérir. Comme là, je prends le Zestril, tout ça, mais on peut se guérir entièrement de n'importe quoi en faisant la paix puis en prenant des... On est bien mieux d'aller prendre une bonne marche, d'être en contact avec la nature puis... avec l'univers. De se mettre en contact avec l'univers, on va se guérir. Tandis que prendre des médicaments ou d'autres choses, à ce moment-là, on va s'empoisonner, puis... Prends de quoi pour le diététique. On va prendre tout ce qui a de diététique, là. C'est prouvé que c'est de la cochonnerie. On dit : on va prendre l'Aspartame pour remplacer le sucre, pour mettre ça dans notre liqueur ou dans d'autre chose. On se met du... on se met du cancer. Du... la Pam qu'on prend, on prend du Pam pour remplacer, à cause du beurre pour le cholestérol. Ben ça, je l'ai vu, ma mère, ma mère elle a fait, ces affaires-là, elle a fait attention à son cholestérol, elle faisait attention à son hypertension, puis elle a suivi tout, tous ces régimes-là. Puis elle a eu un beau cancer. Fait que je me suis dit : moi, de ça, j'en prends pas de ça. J'aime mieux prendre... Pis mon frère faisait de l'hypertension, il faisait de l'hypertension, du cholestérol. Ça fait qu'il faisait attention, il prenait de la margarine, il prenait d'autres choses. Il a tout arrêté ça, il s'est remis à prendre du beurre et puis de prendre, y a dit : « Là, fini les niaiseries ». Son cholestérol a remonté, mais c'est le bon cholestérol qui a monté, donc ça fait baisser le mauvais. Ça fait que là, il va mieux de même. Puis il fait attention à tout, il mange pas de viande, être végétarien, puis... Là, quand il prend de la viande, il prend du beurre, puis c'est mieux de même. Ça fait que c'est pas...

Q : Actuellement, vous prenez vos médicaments... est-ce que vous les prenez régulièrement ?

R : Oui oui. Le Zestril, oui... en fin de semaine passée, j'ai sauté une journée. Et...

Q : Sinon, vous les prenez, comment vous les prenez les médicaments ?

R : C'est une pilule le matin.

Q : Le matin. Il y a des gens qui nous disent qu'ils oublient ou... ?

R : Non non, j'oublie (pas). J'ai un pilulier. Tous les jours sont marqués. Ceux, le Zestril, tous les jours de la semaine sont faits. On les reçoit pour un mois, tous les jours de marqué dessus.

Q : Ça fait combien de temps que vous êtes fidèle comme ça ?

R : Ça fait deux mois, deux mois, trois mois.

Q : Qu'est-ce qui a fait que ç'a changé comme ça tout d'un coup ?

R : Bien c'est que là, j'ai eu à m'occuper d'Agapek, j'ai eu à m'occuper des personnes qui ont un traumatisme, qui ont eu des traumatismes crâniens. Eh puis à ce moment-là, j'ai vu les dommages que ç'a causé, ça fait que je me suis dit : je veux pas prendre de chances, de faire un ACV ou... ou un traumatisme crânien qui est relié pas mal, au point de vue des conséquences, là. Ça fait que c'est ça que j'ai... j'ai dit : je veux pas prendre de, je veux pas prendre de chances.

Q : Est-ce que vous la mesurez souvent votre tension ? Pour savoir ?

R : Là, ça fait un bout de temps que je l'ai pas prise, là. Mais... je la prenais, quand je vais à la pharmacie, il y a l'appareil à la pharmacie, je la prends. Je fais un test de temps en temps.

Q : Donc, si je comprends bien, vous êtes contre les pilules, vous trouvez que c'est mieux de se soigner, de se guérir par soi-même, mais dans ce cas-ci, vous prenez pas de chances ?

R : Non non, là, je prends pas de... Bien, je prends pas de chances, c'est pas... C'est prouvé. Parce que là, c'est prouvé que... c'est prouvé que ça maintient la tension plus basse. Puis si je prenais pas ça, bien je prendrais l'Aspirine. Puis l'Aspirine... y avait été prouvé avec les études qui ont été faites aux États-Unis puis ici que des gens qui prenaient une Aspirine, même juste une Aspirine de bébé, à tous les jours, la tension était plus basse.

Q : Puis comment ça se fait que vous faites pas ça, plutôt que de prendre le médicament ?

R : Bien j'ai pris celui-là, c'est celui-là qui a été prescrit, puis dont les effets étaient bons aussi... Puis le Zestril, à ce moment-là, tous ceux que je connais, puis il y en a qui en prennent, puis différents... différents dosages, là.

Q : Est-ce que vous considérez que la dose que vous prenez est forte ?

R : Non.

Q : Non. Pourquoi ? Qu'est-ce que vous...

R : Non, je pense que c'est du 5, 5 milligrammes. C'est la plus faible, c'est la première.

Q : Puis en terme de gravité, par rapport à l'hypertension, sur une échelle, disons, de 0 à 10, alors qu'à 0, ça serait un problème pas grave, puis à 10, un problème grave, où est-ce que vous le situez le problème d'hypertension ?

R : [...] Bien, d'après moi, je pourrais le situer à 5, peut-être. Si on regarde de 0 à 10. Parce que je calcule pas qu'il est grave au point de vue, parce que... il peut être grave, mais avec le contrôle, là, le contrôle qui est fait. Je le sais... il est ciblé comme il faut. Le mal est ciblé, puis je sais ce que j'ai. Ça fait que quand j'ai quelque chose ou qu'y arrive des événements assez spéciaux, là, à ce moment-là, je me prends, je prends en mains, puis je prends mon contrôle pour baisser, pour pas faire monter ma tension, pis... Ça fait que je fais attention à ça. Ça fait que c'est plutôt un... c'est plutôt un système d'alarme. Un système d'alarme à me prendre en mains, puis peut-être éviter de faire des bêtises aussi, puis... comme gestionnaire. Parce que là, comme je regarde pour les Chevaliers puis pour les groupes dont je fais partie. Parce que je fais beaucoup de bénévolat, puis j'ai affaire à beaucoup de monde. Bien, à ce moment-là, s'il y a trop de tension... Je dois me reprendre en mains, puis réfléchir, puis écouter, changer ma façon d'être. Plutôt que d'être très vif puis très brusque, puis dire : bien là, là... On est très, peut-être soupe au lait, mais on dit : woups! On va réfléchir, on va écouter, on va prendre ça, puis on se calme. Puis en se calmant, bien là, la pression montera pas. C'est ce que je remarque, pas en mesurant, c'est en le sentant, tout simplement, que quand... C'est que quand on regarde la tension, à ce moment-là, moi, c'est aux tempes, là je le sens, je sens le... le flux sanguin puis tout ça, ça fait que... (?). Ça fait qu'il y a des points dans notre corps qu'on le sent, on le sent dans le cou, on le sent... à plusieurs places. Et quand ils font des, les sportifs, quand ils font du sport, ils prennent leur tension dans le cou. Bon bien là, c'est la même chose, on le sent nous-autres. Puis ça, je suis assez sensible à ça. Quand je sens que... qu'on sent une chaleur, comme on dit, bon bien là... on va se calmer un peu.

Q : Est-ce que vous êtes capable d'identifier des situations où vous êtes plus... susceptible de...

R : Oui oui, c'est, c'est, ça s'identifie très très facilement... comme je vous disais tout à l'heure, quand on va arriver soit dans une rencontre ou dans des... si je vais à une rencontre... politique ou autre et puis là, à ce moment-là, les gens font... y a des discussions qui sont assez... assez... assez fortes, là, bien là, à ce moment-là... T'as des prises de becs, bien là ça peut, ça peut monter, des divergeances d'opinion. Ça fait que là, à ce moment-là, c'est tout ça que... On sent que ça peut monter, que la tension peut monter, fait que je tiens plutôt à me calmer, à prendre d'autres moyens. Par exemple, quand il y a un accident ou on apprend, comme ma femme a eu un... a eu un accident dernièrement. Bien là, à ce moment-là, ç'a été... on peut sentir que la tension peut monter parce que c'est un choc. Quand on a un choc, on a quelque chose... là, tu peux pas contrôler la situation. Ça fait que plus tu essaies de contrôler la situation pour te stresser, là la tension va monter. Tu dis : wow! On va essayer de se contrôler, puis de... de prendre ça plus, plus aisé... ce qu'on n'a pas le contrôle là-dessus, puis qu'on peut pas changer, bien on le laisse aller.

Q : Qui est-ce qui vous a parlé de ça, qu'il fallait faire ça par rapport à l'hypertension ?

R : Bien c'est en général. C'est... si on regarde, c'est depuis... ça fait peut-être une trentaine... ça va faire bien proche quarante ans que je fais du bénévolat, que je rencontre différents gens. Puis j'ai suivi énormément, je suis allé à des conférences, puis la relation d'aide et puis la croissance personnelle. Et puis les philosophies puis les techniques de différentes personnes mises ensemble, à ce moment-là, on voit ce que ça peut donner. Je me suis fait une idée face aux gens qui ont eu des crises d'ACV. Ils se sont repris en mains en prenant moins des choses à cœur. Parce que le contrôle qu'on a, on a le contrôle sur quoi ? Sur nous autres. On n'a pas le contrôle sur les événements, on n'a pas le contrôle sur rien d'autre. Fait que si on est capable de se contrôler... on contrôle notre santé, on contrôle tout.

Q : Vous avez l'air d'avoir lu sur l'hypertension, avez-vous lu là-dessus ?

R : Sur l'hypertension ? Moi je lis pas beaucoup. Je lis en diagonale. Je ne lis pas beaucoup, je peux pas dire que je vais prendre une thèse puis je vais passer à travers pour voir ce que c'est. Je prends, en général, là, là-dessus. Et puis... Je vais prendre l'information dans les conférences, je vais en prendre à la télévision, je vais en prendre par des personnes qui ont des expériences de vie face à ça. Et puis des personnes aussi, parce que j'ai travaillé beaucoup avec des personnes, des ex-drogés puis des alcooliques puis tout ça, ça fait qu'à ce moment-là... Des gens qui ont des épreuves puis des choses comme ça. Ça fait qu'en faisant de la relation d'aide, puis en faisant de l'écoute, bien là on voit ce qui... ce qui a fait qu'ils ont réussi à passer à travers.

Q : L'hypertension, comment est-ce que vous voyez que ça se passe à l'intérieur du corps ? C'est quoi que vous comprenez dans l'hypertension ?

R : Bien, bon l'hypertension à travers du corps, ce qui... ce qu'ils mentionnent, pour la plupart, c'est qu'avec les artères puis avec le gras qui s'accumulait. Le gras par la cigarette, par l'alimentation, faisait que ça bouchait. Là, à ce moment-là, c'est qu'il fallait... ça mettait plus de pression pour passer. Ça fait que c'est pour ça moi que j'avais pris de l'Aspirine et surtout le stress... C'est que si on se met sur le stress, pour aller plus vite, bien là tout va monter plus vite. Puis si on réfléchit plus, bien ça monte au cerveau beaucoup plus vite. Parce que là, si on va oxygéner le cerveau, et qu'en oxygénant le cerveau, bien le sang va aller plus vite, ça fait que l'hypertension va monter. Donc, le stress est salubre, l'hypertension est salubre aussi. On en a besoin. Mais c'est qu'un moment donné, faut... si on sent qu'il y a trop de pression à certaines places, bien là faut la refaire baisser.

Q : Si vous comparez avec... vous avez déjà eu un autre problème de santé dans votre vie ou des choses qui vous... où vous avez été témoin de gens qui ont déjà eu un problème de santé. Si vous comparez la prise de médicaments, dans le cas de l'hypertension, à un autre problème de santé, qu'est-ce que vous auriez à dire là-dessus ?

R : Là, ça dépend...

Q : Avez-vous déjà eu à prendre un autre médicament ? Dans d'autres circonstances, pour un autre...

R : Non. On me recommandait les médicaments pour justement le cholestérol. Bon. C'est là que j'ai eu la preuve que la prise de médicaments, pour certaines choses, peut être de la cochonnerie. Parce que là, c'est la détérioration musculaire qui est arrivée. Et puis en prenant ça, au lieu de soigner le, soigner pour dégraisser... Si on veut dégraisser, bien là on brise ailleurs. C'est qu'un moment donné, il y a des articulations, comme de l'arthrose. De l'arthrose, ça fait longtemps que, peut-être l'âge de 15 ans, 15-16 ans, que les médecins pouvaient dire, bien... Parce que je faisais des soins chiropratiques. J'ai eu des soins chiropratiques. Ils disaient... bien de l'arthrose, c'était de l'arthrose que je faisais puis tout ça. « Y a rien à faire, y dit, on t'opérera ». Puis des fois dire de souder deux-trois disques ensemble à travers tout ça, j'ai dit : non. Ça fait que je vais voir mon chiro, puis je vais chez le chiro régulièrement. Ça fait que là, à ce moment-là, si la colonne vertébrale est en ordre, puis tout est en ordre, bien là, ça passe. Puis après ça, il y a la pensée, au point de vue... point de vue spiritualité, faut que t'aies une vie saine. Les deux mis ensemble, c'est ça qui est à... Puis la preuve a été là que le chiro me soignait ce que... Puis c'est ça que le médecin comprenait pas, qu'avec les pilules que j'avais, puis avec les résultats sanguins que, il disait que j'avais pas telle ou telle douleurs. Je les avais pas parce que le chiro m'avait fait une manipulation, puis il avait arrangé pour que ça circule comme il faut pareil. Parce que normalement, il diagnostiquait la goutte. Suite aux prises de médicaments pour le cholestérol. Ça fait que c'est vrai que ça, c'est vrai que ça... ça faisait mal... les médicaments, je vais prendre des fois plutôt des produits naturels ou des choses, mais pas de... La médication je suis très, très sceptique face à ça.

Q : Attendez là, je ne veux pas vous retarder. Je veux juste voir si... Bon. Ça ça va. Bien je pense qu'on a pas mal fait le tour. Est-ce que vous auriez des choses en dernier à me dire sur... Qu'est-ce que vous auriez à conseiller par rapport à l'information ?

R : Sur l'hypertension, il y a une chose à conseiller, c'est entendu qu'il faut... Au point de vue, moi, c'est voir plutôt versus l'hypertension et l'ACV, qu'est-ce que ça peut provoquer. Parce qu'on fait de l'hypertension, très bien. Mais quand on va voir le médecin, il dit : « Tu fais de l'hypertension » point. Mais qu'est-ce qui peut en arriver... Les conséquences si on contrôle pas l'hypertension... bien j'aimerais que ça soit expliqué, que ça soit clair. Parce que c'est pas clair, là... je trouve que c'est pas clair. Qu'ils disent : « Tu fais de l'hypertension, c'est dangereux ». C'est dangereux à quoi ? Pourquoi ? C'est moi, en voyant, en rencontrant les gens qui ont fait des ACV ou qui ont fait des... qui me fait une idée. T'sé, mon médecin dit : « il y a un risque d'ACV ». C'est vrai. Oui, mais c'est quoi, ça donne quoi ? Ça fait que le risque d'ACV... T'sé, puis avec les abréviations de tout, aujourd'hui. Ça fait qu'on va dire, les gens face à ça sont ignorants, et puis les gens aiment pas passer pour ignorants, donc ils le diront pas. Ils le diront pas, puis ils verront pas ce qui en est. Ça fait qu'à ce moment-là, il y a des choses à contrôler qui devraient être mieux expliquées...

Moi, c'est ce que j'ai fait, les dernières années, avec différentes personnes. Là j'ai eu à leur expliquer les choses. Parce que les gens ne savaient pas. Je me dis... écoute, c'est ça. « Ah, bien il dit, O.K. Je ne savais pas ». Ils ne savaient pas ce qui était arrivé. Des gens qui ont eu des traumatismes crâniens, en bas âge, comprenaient pas la façon dont ils réagissaient aujourd'hui. Il y a des choses qu'ils n'étaient pas capables de faire, puis des affaires qui leur arrivaient, ils ne comprenaient pas pourquoi. Puis là, quand ils ont découvert qu'ils avaient fait un traumatisme crânien à cinq-six ans, qu'ils en avaient fait plusieurs... Bien là, ils ont dit : « Ah, c'est vrai ». Là, ils ont vu qu'ils étaient normal. Ce qui leur arrivait de ne pas être comme les autres. C'est des choses comme ça, de vulgariser les choses plus avec le médecin ou plus avec la publicité. Si on veut publiciser, dire, aujourd'hui dire mettons : vers tel ou tel âge ça peut arriver... Parce que moi, à 35 ans, je faisais de la basse pression... c'était toujours de la basse pression, ma pression était toujours très basse. Puis j'arrive à 42 ans, je fais de l'hypertension. J'étais en train de perdre un œil, je faisais du glaucome, puis je perdais connaissance. Je conduisais ma voiture, tout à coup woup, je perdais connaissance. Ça fait que c'était grave. Fait que là, c'est quoi... voir les conséquences, qu'est-ce qui peut arriver puis qu'est-ce qu'on peut ressentir. Puis à ce moment-là, faut faire attention, ne plus prendre de sucre, de sel, pas prendre de, quelque chose, puis un moment t'as besoin de... de sucre aussi. Parce que le diabète ou d'autre chose, des fois, ça peut être relié. Anciennement, ils disaient aux diabétiques : « Tu ne prends plus de sucre du tout ». Aujourd'hui, ils ont commencé à changer leur méthode, là faut qu'ils en prennent. Ça fait que c'est ça. Ça fait que des fois on a de quoi, ça peut être de l'hypertension ou ça peut être... T'sé, ça peut pas être juste une chose. C'est l'ensemble. Ça fait que des fois ça peut être un bonbon qu'on a besoin parce que... Ho! Puis le sucre va être arrivé puis la tension va se restabiliser. Ça fait qu'on est... on est des apprentis-sorciers dans ce domaine-là... C'est comme notre voiture. Faut checker l'huile, faut checker les pneus, faut tout checker.

Q : C'est ça. Par rapport au pharmacien, est-ce que vous avez toujours le même pharmacien ?

R : ... avec les pharmaciens comme tel. Bien ici, c'est une grosse pharmacie, et puis... non. C'est arrivé juste une fois où je suis allé, mais pour une personne dont je m'occupais. Parce que là je lui avais dit pour ses médicaments qu'il oubliait, pour avoir les, le pourquoi. Mais ils ne m'ont pas parlé. Comme quand j'avais pris les... les médicaments pour... Quand surtout, ce qui est presque réellement déplorable, puis plus que déplorable, c'est... pas pour dire criminel, là. La première fois qu'on donne une prescription, à ce moment-là, le pharmacien devrait se faire un devoir de voir le patient lorsque c'est sa première prescription, pour lui expliquer tout, dire : « Bon bien là, les, c'est ça, puis tu peux avoir tel ou tel effets secondaires »

Q : Bon, avez-vous d'autres commentaires à formuler, je sais que vous êtes pressé ?

R : Non ça va pour moi....

Q : Bien c'est beau. Je vous remercie pour le temps que vous m'avez donné. Vous allez pouvoir aller vaquer à vos occupations.