

**MINISTRE DES ENSEIGNEMENTS SUPERIEURS,
DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE
ET DE L'INNOVATION**

UNIVERSITE SAINT THOMAS D'AQUIN

**INSTITUT DE FORMATION ET DE RECHERCHE INTERDISCIPLINAIRES
EN SCIENCES DE LA SANTÉ ET DE L'ÉDUCATION (IFRISSE)**

09 BP 311 Ouagadougou 09, Burkina Faso

Tel: +226 70 11 33 02 / +226 25 40 75 41

BURKINA FASO

Unité- Progrès- Justice

Mémoire de fin d'études

PERCEPTIONS DES PATIENTS HYPERTENDUS ET OBSERVANCE THERAPEUTIQUE : ANALYSE DES DETERMINANTS PSYCHOSOCIAUX INFLUENÇANT LE SUIVI DU TRAITEMENT

Présenté par :

Ousséni SEBGO

en vue de l'obtention du diplôme de Master 2 en science infirmière option

Management des services et de la sécurité des patients

Directeur de mémoire

Dr N. Valentin YAMEOGO

Médecin cardiologue

Maitre Assistant à l'Université OUAGA I

Pr Joseph KI-ZERBO

Co-directeur de mémoire

M. N. Gustave NANA

Ms Psy. MPH

Consultant en santé publique

Année académique

2015-2017

DEDICACES

Je dédie ce travail à :

- Mes enfants: Fadel Hermann, Sidi Mohamed Boris, Aïda Gloria, Steeve Yassine. Ce travail est le vôtre. Ma bataille quotidienne est de faire de vous des hommes et femme de demain qui auraient souffert moins que moi et qui réussiraient mieux que moi. Seul, le travail paye, et déjà, je crois que vous avez compris de par vos résultats scolaires très appréciables dont vous avez tous su faire montre jusque-là. Que Dieu vous guide et vous protège !
- Mon épouse Wendgougou Amélie Marie Esthelle. Merci d'avoir consentie les difficultés engendrées au cours de ces deux (2) ans de formation
- Feu mon père qui nous a quitté, il y a déjà vingt-cinq (25) ans, c'était ce 1^{er} décembre 1991. Beaucoup d'années semblent déjà passées mais tu restes toujours près de nous tellement ta mémoire reste vivace en nous. Tu nous as enseigné l'humilité, l'amour du prochain et la persévérance dans le travail. Ce travail est le fruit de tes conseils d'en temps. Repose en paix !
- Ma mère qui m'a tout donné et qui a souffert pour moi
- Mes frères, sœurs et cousins pour votre solidarité légendaire !
- Mes promotionnaires et amies de classe, en souvenir des moments agréables d'apprentissages mais aussi difficiles d'études
- Tous ceux qui souffrent en particulier les patients hypertendus
- Tous ceux qui se battent pour un monde juste.

REMERCIEMENTS

Mes remerciements vont à :

- Au Directeur de l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Santé (IFRIS), le Dr Dieudonné SOUBEIGA, pour l'opportunité que vous nous avez offerte en créant sur votre initiative ce master en science infirmière qui va sans doute revaloriser l'image de la profession infirmière au Burkina Faso.
- Au Coordonnateur du service pédagogique de l'Institut de Formation et de Recherche Interdisciplinaires en Santé, le Dr Georges ROUAMBA, pour l'accompagnement dans la recherche et les appuis conseils constants. Votre humilité a fait de vous que vous êtes resté le même et aucune distance et barrière ne se sont présentées en nous malgré l'écart considérable qui nous sépare maintenant (élève et Maître) ; doublé d'une sagesse, d'une bonté et du sérieux que vous incarnez, cet écart n'a pas su effacer notre amitié longue de plus de trente ans déjà ! (nous étions au cours des années 1992-1995 !).
- A mon Directeur de mémoire, le Dr N. Valentin YAMEOGO, Médecin cardiologue, Maître-Assistant à l'Université OUAGA I Professeur Joseph KIZERBO. Nous avons été marqués par votre esprit d'humilité et de serviabilité qui caractérise les grands Hommes. Vous êtes un monument en matière de recherche, vous qui comptabilisez près d'une centaine de publications. J'ai eu au départ une peur de ne pas pouvoir être encadré par une aussi grosse bibliothèque de la recherche, mais j'ai été très vite agréablement surpris par votre disponibilité, votre modestie et votre volonté de m'accompagner. Je me rappelle encore de cette phrase très humble que vous avez prononcée « moi aussi, j'apprends quelque chose de vous ». Cette phrase est d'une grande sagesse, sinon que j'avais de la peine à croire que « les ténèbres » que je suis en matière de recherche, puissent éclairer la lumière » que vous incarnez !
- A mon Co-Directeur de mémoire, Mr N. Gustave NANA. J'ai été séduit par votre rigueur et le sérieux dans tout ce que vous entreprenez. Déjà, votre cours de recherche qualitative avec la délicatesse et le professionnalisme dont vous avez su faire montre, m'a beaucoup inspiré. Quoique sceptique au départ pour de telles études (devis qualitatifs), j'ai compris vite par la suite que le nombre

ne pouvait pas tout expliquer, en d'autres termes, que les recherches quantitatives ne pouvaient pas elles seules expliquer les phénomènes. « Il faudrait creuser en profondeur, droit et étroit », comme vous aimez le dire, pour diagnostiquer les causes explicatives profondes des phénomènes étudiés. En effet, pour ce qui est du phénomène de l'observance thérapeutique dont des milliers d'études quantitatives ont été faits et dont on pense connaître les causes du phénomène et qu'on récite comme une leçon de l'école primaire, c'est totalement une erreur ! Il y a des pans non explorés en profondeur ce qui fait que le phénomène persiste d'où l'intérêt de la recherche qualitative pour mieux comprendre.

- Au Pr Patrice ZABSONRE et à toute son équipe du service de cardiologie pour l'accueil chaleureux et l'amabilité dont ils ont tous su faire montre en acceptant que j'investigue dans leur service. Je m'en voudrais de passer sous silence sans citer les médecins en spécialisation de cardiologie (DES) Dr SYA, Dr TIEMTORE, la Surveillante d'unité de soins Mme Josiane OUBDA et tous les autres collaborateurs du service qui ont été d'un appui inestimable dans ce travail de recherche.
- A tout ce personnel d'encadrement pétris de qualité et d'expériences diverses en particulier ceux de l'Université de Montréal au Canada qui nous ont émerveillé dans l'encadrement et je citerai sans être exhaustif, Pr Robert BILTERYS, Pr Eric TCHOUAKET, Pr Jérôme Le Page Gauvin, Dr Franklin Bouba DJOURDEBBÉ et nous n'oublierons pas ces enseignants et personnalités de renommés au pays qui ont sacrifié de leurs temps précieux pour nous instruire et là également sans être exhaustif, nous citerons Dr Hamidou KONE, enseignant chercheur à l'IFORD de Yaoundé, Dr Amédée Prosper DJIGUIMDE, ancien Ministre de la santé du Burkina Faso, Dr Djénéba OUEDRAOGO, ancienne secrétaire Générale du ministère de la santé du Burkina Faso, Mr Claude CONGO, Directeur des ressources humaines du ministère de la santé, Dr Augustin ZONGO, Dr Félicité NANA, Dr S Pierre YAMEOGO, Dr Abdoulaye SO, Mr T. Issouf TASSEMBEDO, Mr Alfred ZANZE, Mme Zoé Aubierge OUANGRE.

- - Mr Nicolas KIEMA, Coordonnateur au service des étudiants et ses collaborateurs du service
- A tous mes promotionnaires et amis de classe et je citerais en particulier Mr Ousmane NANA, Mr Yacouba PADFADNAM avec qui nous avons sillonné les artères de OUAGA pour les travaux de groupe.

RESUME

L'HTA est un « tueur silencieux » responsable d'une crise de santé publique mondiale. Au Burkina, sa prévalence globale est de 17 % selon le rapport de l'enquête STEP 2013. (Rapport Enquête STEP BF, 2013). Les études conduites à Bobo-Dioulasso et à Ouagadougou relèvent toutes une faible observance (environ 12 %) au traitement antihypertenseur. Cette situation de mauvaise observance conduit les patients à de retour fréquents à l'hospitalisation.

Cette étude avait pour objectif d'appréhender les perceptions des patients hypertendus de leur séjour à l'hôpital et d'identifier les déterminants psychosociaux qui constituent des obstacles à l'observance thérapeutique.

Par un devis phénoménologique, des entretiens semi-structurés ont été réalisés auprès des patients ; en outre, un questionnaire adapté inspiré du modèle d'évaluation de l'observance de Xavier Girerd a été utilisé pour évaluer l'observance et une grille d'observation pour apprécier les pratiques professionnelles.

Les résultats présentent les perceptions de huit (8) patients atteints d'HTA. Ils montrent que les conditions sociodémographiques, le vécu des patients notamment la précarité sociale, l'insuffisance de la dynamique familiale, le soutien social étaient des facteurs déterminants à l'observance thérapeutique.

La quasi-totalité (sept sur huit) des patients percevaient l'hypertension comme une pathologie chronique dont les coûts des médicaments leur sont inaccessibles financièrement. Toutefois, un (1) patient ayant des moyens financiers et un niveau intellectuel élevé arrive à interrompre son traitement parce qu'il trouve que les médicaments sont devenus comme un poison pour son organisme, son sang serait dilué et il craint d'avoir des effets secondaires.

L'observation des pratiques professionnelles révèle un manque d'empathie, de compassion et peu d'aide envers les patients et une absence d'éducation thérapeutiques.

Ces résultats permettent de formuler des recommandations à l'endroit des patients, à la communauté, au système de santé et aux professionnels de santé pour l'amélioration de la pratique clinique et la formation en sciences infirmières.

Mots clés : patients, perceptions ; hypertension artérielle, observance ;

ABSTRACT

Hypertension is a "silent killer" responsible for a global public health crisis. In Burkina Faso, its prevalence is around 17 % according to the report of the STEP 2013. (STEP BF Survey Report, 2013). Studies in Bobo-Dioulasso and Ouagadougou all show low adherence (about 12%) to antihypertensive therapy. This situation of poor compliance leads patients to frequent return to hospitalization.

This study aimed to understand the perceptions of hypertensive patients during their stay in the hospital and to identify the psychosocial determinants that constitute obstacles to adherence.

Through a phenomenological estimate, semi-structured interviews were conducted with the patients; in addition, an adapted questionnaire based on Xavier Girerd's model of adherence assessment was used to assess adherence and an observation grid to assess professional practices.

The results present the perceptions of eight (8) patients with hypertension. They show that socio-demographic conditions, patients' experiences, in particular social precariousness, inadequate family dynamics and social support were the determining factors in adherence.

Almost all (seven out of eight) of the patients perceived blood pressure as a chronic condition whose cost of drugs is financially inaccessible to them. However, one (1) patient with financial means and a high intellectual level is able to interrupt his treatment because he finds that the drugs have become a poison to his body, his blood is diluted and he fears to have effects secondary.

The observation of professional practices reveals a lack of empathy, compassion and little help to patients and a lack of therapeutic education.

These findings provide recommendations to patients, the community, the health system and health professionals for improved clinical practice and nursing education.

Keywords: patients, perceptions; hypertension, adherence;

TABLES DES MATIERES

DEDICACES	I
REMERCIEMENTS	II
RESUME	V
LISTE DES ABREVIATIONS.....	IX
TABLEAU	IX
INTRODUCTION	1
CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE	3
1.1 Problématique	3
1.2 Questions de recherche, objectifs et propositions théoriques	5
CHAPITRE II : RECENSION DES ECRITS	7
2.1.1 L'hypertension artérielle (HTA) : prévalence et traitement	7
2.1.2 Les différentes définitions et construits autour de l'observance thérapeutique.....	9
2.1.3 Les déterminants psychosociaux et l'observance au traitement	11
CHAPITRE III : CADRE CONCEPTUEL	14
3.1 Définition des concepts.....	14
3.3 Définition opérationnelle des variables	15
3.4 Cadre conceptuel.....	16
4.1 Cadre physique.....	18
a) Brèves données générales sur le Burkina Faso.....	18
b) Le Centre hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO	19
4.2 Le service de cardiologie	20
CHAPITRE V : METHODOLOGIE DE L'ETUDE.....	23
5.1 Type et devis de l'étude	23
5.2 Population d'étude	23
5.3 Méthodes d'échantillonnage	23
5.4 Techniques et outils / instruments de collecte des données.....	25
5.5 Déroulement de la collecte.....	26
5.6 Traitement et analyse des données.....	26
5.7 Considérations éthiques	27
5.8 Difficultés rencontrées	27
CHAPITRE VI : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS.....	28
6.1 Caractéristiques sociodémographiques des patients enquêtés	29
6.2. Connaissances de la maladie et du traitement médicamenteux	30
6.3. Perceptions des patients des conditions de séjour à l'hôpital	33
6.4 Représentations sociales	35
6.5 Perceptions de l'accessibilité financière aux médicaments	36
6.7 L'observance thérapeutique	39
6.8 Observation des pratiques professionnelles	40
CHAPITRE VII: LA DISCUSSION ET SYNTHESE DES RESULTATS.....	42
7.1 Discussion des résultats	42
7.1.1 Les caractéristiques sociodémographiques	42
7.1.2 Discussion des résultats selon l'accessibilité financière aux médicaments.....	43
7.1.3 Discussion des résultats selon le motif d'hospitalisation évoquée	43
7.1.4 Discussion des résultats selon les conseils éducationnels reçus	43
7.1.5 Discussion des résultats selon les conditions de séjour à l'hôpital.....	43

7.2 Synthèse des résultats	44
7.2.1 Principales conclusions	44
7.2.2 Les principaux enseignements	45
7.2.3 Vérification des propositions théoriques	46
7.3 Notre apport par rapport aux résultats des études antérieures	47
7.4 Limites de l'étude	48
CHAPITRE VIII: SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS	49
8.2 À l'endroit des professionnels de santé	49
8.3 À l'endroit des patients	49
8.4 À l'endroit du système de santé	49
8.5 À l'entourage et à la communauté :	50
CONCLUSION	51
BIBLIOGRAPHIE	52
ANNEXES	i
1 Note d'information du participant	i
2 Formulaire de consentement éclairé	ii
3 Fiche de collecte des données	ii
3.1 Recueil des données sociodémographiques	ii
3.2 Grille d'entretien avec les patients.....	iv
3.3 Grille d'observation des pratiques professionnelles	viii
4 Test d'évaluation de l'observance thérapeutique.....	ix
4. Mots clés couramment prononcés par thèmes d'investigation	x
5 Accord du comité d'éthique pour la santé et autorisation d'enquête.....	xi

LISTE DES ABREVIATIONS

AVC: Accident vasculaire cérébral

CHU-YO: Centre hospitalier Universitaire Yalgado OURDRAOGO

CMA: Centre médical avec antenne chirurgicale

DG: Directeur Général

EICVM: Enquête intégrale sur les conditions de vie des ménages

HTA: Hypertension artérielle

INSD: Institut National de la Statistique et de la démographie

MPCS: modèle de prédiction des comportements de santé

OMS: Organisation Mondiale de la Santé

PEC: Prise en charge

PAD: Pression Artérielle Diastolique

PAS: Pression Artérielle Systolique

PIB: Produit Interieur Brut

PNDS: Programme national de développement sanitaire

PNUD: Programme des nations unies pour le développement

TABLEAU

Tableau : Comparaison du motif d'hospitalisation évoquée dans le discours patient et diagnostic de certitude posé par le personnel soignant

INTRODUCTION

Les études de ces deux dernières décennies font apparaître que les maladies cardiovasculaires et plus particulièrement l'hypertension artérielle (HTA), qui figurent longtemps considérées comme l'apanage des pays développés, sont aujourd'hui un réel et important problème de santé publique dans les pays en développement et notamment en Afrique en raison d'une occidentalisation trop accrue et rapidement stressante. (YAMEOGO, A. A, 1997)

De nos jours cette conception serait dépassée car il n'y aurait plus de doute que l'HTA frappe aussi bien les pays en voie de développement que les pays développés.

Au Burkina Faso, il n'existe pas de projet spécifique de lutte contre l'hypertension artérielle. Elle s'intègre dans un vaste programme de lutte contre les maladies non transmissibles (PNLMNT) 2014-2018. (Ministère de la santé – Burkina Faso, PNLMNT, 2013)

Au centre hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO (CHU-YO), il n'existe aucun système d'assurance maladie, aucun système de partage de coûts, aucune mutuelle de santé : les patients doivent tout se prendre en charge sur le plan financier, les médicaments, examens, frais d'hospitalisation et transport. Or au regard de la ligne de pauvreté de 82 672 FCFA par personne et par an, on observe que 46,4% de la population burkinabé vit en dessous du seuil de pauvreté selon les rapports de l'institut national de la statistique et de la démographie (INSD). (INSD, 2003, p. 11).

Il existe une politique d'assurance maladie publique universelle au Burkina Faso, mais son opérationnalisation tarde à se faire. C'est contraire dans certains pays du Nord Amérique, comme au Québec où « tout le monde doit appartenir à un régime d'assurance médicaments. Selon une étude de NANA N. Gustave (2014), « il existe deux types de régimes d'assurance : public et privé. Le régime public d'assurance est celui administré par la Régie de l'Assurance Maladie du Québec ».

Dès lors la prise en charge des patients hypertendus, l'observance thérapeutique en rapport avec les médicaments hypertenseurs se posent avec acuité. L'insuffisance dans le suivi des prescriptions médicales conduit les patients hypertendus à des complications et à des rechutes fréquentes occasionnant leur hospitalisation. Nous avons voulu à travers cette étude, savoir les perceptions de ces patients et mieux

appréhender certains déterminants notamment d'ordre psychosociaux qui expliqueraient le non suivi des prescriptions médicamenteuses.

Le présent travail s'articulera autour des chapitres suivants :

Chapitre I : Problématique de l'étude

Chapitre II : Recension des écrits

Chapitre III ; Cadre conceptuel

Chapitre IV: Présentation du milieu de l'étude

Chapitre V : Méthodologie de l'étude

Chapitre VI : Présentation et analyse des résultats

Chapitre VII : Discussion et synthèse des résultats

Chapitre VIII : Recommandations

CHAPITRE I : PROBLEMATIQUE DE L'ETUDE

1.1 Problématique

«La notion d'observance est apparue dans les services de santé français au début des années 1980. Elle est devenue, en quelques années, une des préoccupations centrales des praticiens ayant à soigner des patients sur une longue durée » (Adam-Vézina, 2010, p. 11). Pour définir ce concept au contour vaste, plusieurs terminologies sont utilisées : compliance, adhérence, concordance, observance ou respect. Dès lors, il se pose la question de comment mesurer un phénomène dont la définition n'est pas clarifiée. La notion d'observance est différemment perçue par le prestataire et par le patient. Ainsi, à la question de savoir quelles sont les raisons des récidives, rechutes et retours d'hospitalisation des patients souffrant d'hypertension artérielle malgré leur prise en charge, « le prestataire soulignera que les patients sont non observant vis-à-vis des conseils et prescriptions hygiéno-diététiques les concernant » (Sarradon-Eck, Egrot, Blanc, & Faure, 2008) tandis qu'à contrario, quand on pose la même question au patient, il vous répondra dans le langage populaire:« *Pourtant j'ai observé le traitement* ».

Dans leur pratique quotidienne au service de cardiologie du centre hospitalier universitaire Yalgado OUEDRAOGO, les professionnels de santé (médecins, infirmiers) seraient confrontés aux admissions des patients hypertendus pour plusieurs raisons dont la non observance aux prescriptions.

Nous assistons à une controverse sur les raisons qui expliquent les rechutes, les admissions des patients pour des complications.

La présente étude vise alors à expliciter le sens que le patient et son entourage donnent de l'observance et à identifier les facteurs psychosociaux qui constitueraient des obstacles à l'observance thérapeutique.

Elle vise en outre à analyser les relations patients/professionnels de santé lors de leur séjour à l'hôpital afin de voir s'il existe une corrélation entre pratiques professionnelles et non-observance des patients.

La présente étude est une étude qualitative exploratoire; « *L'approche qualitative choisie s'inscrit dans une perspective qui s'intéresse à l'expérience vécue par les personnes et à la signification qu'elle attribue à un phénomène* ». (Creswell, 2009). Elle cherche à comprendre en profondeur certains pans inexplicés du phénomène et se veut originale et novatrice dans le contexte des soins de santé au Burkina Faso.

En effet, la plupart des études que nous avons parcourues sur l'observance thérapeutique telles que celles de Doulogou (2015), YAMEOGO N. V. (2013) et de Bouda (2013) étaient des études uniquement quantitatives avec ses méthodes et outils propres d'analyse ; à l'opposé peu de recherches qualitatives pouvant explorer en profondeur le phénomène n'ont pas été réalisées au Burkina Faso.

Pour illustrer la différence d'approche entre méthodes qualitatives et méthodes quantitatives, nous reprenons l'assertion donnée par Borgès Da Silva G. (2001) et citée par Thiam (2012). « *L'approche quantitative vérifie une hypothèse à travers un décompte forcément réducteur (positivisme). L'approche qualitative recherche une hypothèse ou aboutit à une classification qui pourra ensuite être explorée par l'approche quantitative (constructivisme)* » (Thiam, 2012, p. 97).

Nous pensons ainsi que la recherche la plus pertinente au regard du phénomène de l'observance afin de connaître en profondeur les obstacles est celle de la recherche qualitative. En effet, en se basant sur les questions théoriques et méthodologiques par exemple, Pires constate que : « *La procédure quantitative a l'avantage d'être plus rigoureuse, mais court le risque d'être moins pertinente, tandis que la procédure qualitative serait plus pertinente, au prix toutefois d'un manque de rigueur*». (Pires, 1997, p. 11).

L'hypertension artérielle constitue un problème de santé publique. C'est un tueur silencieux et l'observance du traitement pose toujours un réel problème. Plusieurs études quantitatives semblent s'être penchées sur le phénomène et comme une leçon d'école primaire, on croit savoir les facteurs explicatifs de la non observance aux médicaments hypertenseurs. Mais, erreur ! La plupart de ces études n'explorent pas en profondeur le phénomène. C'est la raison pour laquelle, à travers cette étude

qualitative, nous tenterons d'explorer en profondeur certains pans du phénomène mal explorés et comprendre notamment comment le vécu et les perceptions des patients hypertendus de leur séjour à l'hôpital et les pratiques des professionnels de la santé constitueraient des obstacles à l'observance au traitement.

1.2 Questions de recherche, objectifs et propositions théoriques

a) Question de recherche

Comment les perceptions des patients hypertendus de leur séjour à l'hôpital et les pratiques des professionnels de la santé déterminent-t-ils l'observance au traitement ?

b) But de l'étude

La présente étude a pour but de contribuer à l'observance du traitement et à la bonne prise en charge des patients hypertendus.

c) Objectifs de la recherche

Objectif général

Appréhender les perceptions des patients hypertendus de leur séjour à l'hôpital et identifier les déterminants psychosociaux qui constituent des obstacles à l'observance thérapeutique.

Objectifs spécifiques :

- 1) Décrire les conditions de séjour des patients hypertendus au cours de leur séjour au service de cardiologie du CHU-YO.
- 2) Décrire les conditions de vie des patients hypertendus au cours de leur séjour au service de cardiologie du CHU-YO.
- 3) Apprécier les connaissances, attitudes, comportements des patients lors de leur séjour au service de cardiologie du CHU-YO.

- 4) Décrire les conseils reçus par les patients hypertendus lors de leur séjour au service de cardiologie du CHU-YO
- 5) Apprécier la relation soignants-soignés au service de cardiologie du CHU-YO.

d) Propositions théoriques

- Les conditions de séjour à l'hôpital des patients hypertendus déterminent l'observance thérapeutique.
- Les conditions de vie telles que la dynamique familiale, le soutien social et le revenu des patients hypertendus déterminent l'observance thérapeutique
- Les connaissances, les attitudes et les comportements des patients hypertendus déterminent l'observance thérapeutique.
- Les conseils reçus par les patients hypertendus au cours de leur séjour à l'hôpital déterminent l'observance thérapeutique
- La qualité de relation soignants-soignés détermine l'observance thérapeutique ou le suivi de l'ordonnance

CHAPITRE II : RECENSION DES ECRITS

Nous allons dans ce chapitre consacré les écrits sur l'hypertension artérielle et l'observance au traitement antihypertenseur. Dans un premier temps faire un état des lieux de la littérature concernant la maladie hypertensive et son traitement dans le monde et au Burkina Faso, puis dans un second temps faire la revue des différentes définitions et construits autour du phénomène de l'observance thérapeutique du patient hypertendu et les facteurs psychosociaux qui limiteraient l'observance au traitement.

2.1.1 L'hypertension artérielle (HTA) : prévalence et traitement

De nombreux auteurs ont traité de l'hypertension artérielle et du niveau de l'observance thérapeutique notamment de par le monde. Ces études ont permis d'évaluer la prévalence et le niveau d'observance des patients hypertendus et d'identifier des facteurs pouvant être associés à la non observance.

a) Dans le monde

Dans le monde, plus d'un (1) adulte sur trois (3) souffre d'hypertension artérielle; un état pathologique à l'origine de la moitié d'environ des décès dus aux accidents vasculaires cérébraux et aux cardiopathies et responsable d'environ 9,4 millions de morts chaque année. 31% des adultes dans la Région OMS des Amériques avaient de l'hypertension artérielle en 1980, contre 18% en 2014. .(OMS, 2017). L'hypertension artérielle est une maladie qui atteint 20 % de la population canadienne. En effet, près de six millions de Canadiens sont atteints d'hypertension artérielle (HTA). (ANNE-MARIE LECLERC, 2013, p. 2)

Pour ce qui est de l'observance au traitement antihypertenseur, en Europe plus précisément en France, Girerd et all. ont mené une étude sur l'évaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire mis au point et utilisé dans un service spécialisé. Dans cette étude citée par (Bouda, 2013, p. 19) , « 10 % des patients avaient une mauvaise observance, 24 % un minime problème d'observance et 66 % ».

b) En Afrique

Dans la Région OMS de l'Afrique, on estime que plus de 30% des adultes dans de nombreux pays ont de l'hypertension artérielle et cette proportion augmente. En plus, la valeur moyenne de la pression artérielle dans les populations de cette région est beaucoup plus élevée que la moyenne mondiale. (OMS, 2017). En effet, plusieurs études ont été menées dans les pays africains afin de déterminer la prévalence de l'HTA. La majorité des études montrent une prévalence comprise entre 20 et 33 % dans la population adulte africaine âgée d'au moins 18 ans.(Doulougou, 2015a, p. 25) . 60 % des personnes hypertendues en Afrique ne bénéficient d'aucun médicament. En rapportant alors le nombre de personnes hypertendues traitées sur uniquement les personnes détectées, les proportions varient entre 50 % et 70 %. Ces proportions sont meilleures, mais démontrent que des personnes connues hypertendues ne sont pas sous traitement et sont susceptibles de toutes les complications liées à l'HTA. (Doulougou, 2015b, p. 32)

c) Au Burkina Faso

Au Burkina, selon le rapport de l'enquête nationale sur la prévalence des principaux facteurs de risques communs aux maladies non transmissibles au Burkina Faso en 2013, (Rapport Enquête STEP BF, 2013) , « *Au sein de la population de 25 à 64 ans la prévalence globale de l'HTA était de 17,6 %* ». Des études de la prévalence en population ont été réalisées par plusieurs auteurs parmi lesquels, (Niakara, 2003) et (Doulougou, 2015a) qui retrouvaient respectivement 23% et 18.6%. Cependant, « *L' HTA, très fréquente en milieu urbain Ouest africaine, est mal connue des populations concernées* ». (Niakara, 2003).

En outre, le rapport STEP 2013 note une insuffisance dans la prise en charge de l'HTA. En effet, selon ce rapport, « Parmi les hypertendus connus et sous traitement antihypertenseur, seulement 38,8% avaient une tension artérielle contrôlée contre 61,2% avec une HTA non encore contrôlée » (Rapport Enquête STEP BF, 2013, p. 70)

2.1.2 Les différentes définitions et construits autour de l'observance thérapeutique

2.1.2.1 La définition médicale de l'observance

Sur le plan médical, l'observance thérapeutique chez le sujet hypertendu peut se définir comme le respect du degré de concordance entre le comportement du patient avec la prescription ou les recommandations médicales. On fait alors référence à un seuil, un niveau au-dessus duquel, le malade est dit observant. Ce niveau est généralement de 80%. C'est ainsi que les études réalisées en Afrique et en particulier au Burkina trouvent que le niveau d'observance est faible. En effet, en Afrique de l'Ouest, « deux études réalisées en Côte d'Ivoire respectivement par Adoubi et al. (2006), sur 332 patients hypertendus et Konin et al. (2007) sur 200 patients ont trouvé un taux respectif de 19,6%, 12,5% ». (Bouda, 2013, p. 19). Au Burkina, on retrouve un niveau d'observance de 12.72%. Ils arrivent à la conclusion que « un problème d'observance du traitement était noté chez 87.27 % des patients et 28.36 % de nos malades étaient des mauvais observant »..(Ibid 2013, p. 58).

2.1.2.2 La définition religieuse de l'observance

Du point de vue de la religion, il s'agirait alors d'une « obéissance inconditionnelle à une règle, à une prescription, édictée par une autorité ». (Thiam, 2012, p. 81).

2.1.2.3 La définition culturelle de l'observance

Notons d'abord que la littérature décrit la maladie comme une agression et a sa part du social ou de la culture.

En effet, toute maladie a sa part de social, alors que pendant longtemps, la maladie comme la santé ont relevé d'une évidence exclusivement organique et du seul registre d'interprétation médicale.

L'interprétation et le traitement de la maladie remplissent une fonction de contrôle social pour régler les conflits et imposer le respect de leurs normes.

Le rôle social que remplit l'institution divinatoire, chargée d'élaborer le diagnostic de la maladie (révéler les causes du malheur, de la maladie ou de la mort) (Turner, 1968).

Si alors la maladie est vue alors comme une transgression, son observance pose problème. Il faut donc se référer à la cause et demander réparation. Selon une étude de Alain Epelboin et Sylvie, (1983) au Sénégal, certaines maladies peuvent dus à des personnes ou choses maléfiques (elles sont alors appelées « maladies des méchants »), d'autres peuvent être des « maladies héritées » ou des « maladies recherchées ».

Au Burkina Faso, la maladie hypertensive surtout lorsque surviennent les complications telles que les accidents vasculaires cérébraux, elle s'apparente à un mauvais sort ou due à des génies. Ces croyances d'ordre culturel limitent de ce fait l'observance au traitement thérapeutique.

2.1.2.3 Les construits et terminologies autour de l'observance

Plusieurs définitions ont été apportées au concept de l'observance qui elle-même renferme plusieurs terminologies : compliance; adhérence ; adhésion ; concordance ; alliance thérapeutique. D'autres concepts sont utilisés pour traduire la non observance : il s'agit du non contrôle. Les hypertensions artérielles non contrôlées posent ainsi la question de l'observance thérapeutique des personnes hypertendues. En effet, dans un article (YAMEOGO N. V. et al, 2013) ont évalué la proportion d'HTA non contrôlée chez les hypertendus suivis en ambulatoire et recherché les facteurs associés à ce mauvais contrôle ; ils arrivent à la conclusion que « Plus de la moitié des hypertendus dans notre étude étaient mal contrôlés par le traitement antihypertenseur».

2.1.2.4 Les perceptions des patients

Dans une étude exploratrice intitulé « Exploration des perceptions des patients et des généralistes pour comprendre les obstacles à une prise en charge efficace de l'hypertension », Heymann A, and all ont établi que malgré même un remboursement à 100 % des médicaments antihypertenseurs en Israël, l'observance est faible, même chez les patients à haut risque cardiovasculaire : Une étude exploratoire s'avérait alors nécessaire pour tenter de comprendre les représentations des patients sur l'HTA et leurs comportements vis-à-vis des médicaments.

De cette étude, il ressort que :

- les patients percevaient l'HTA comme un risque non permanent en réaction au stress plutôt que comme une maladie à part entière
- les patients ont des représentations sur l'HTA que les médecins considèrent comme des obstacles à la bonne prise en charge de ce facteur de risque cardiovasculaire.

2.1.3 Les déterminants psychosociaux et l'observance au traitement

2.1.3.1 Connaissances et attitudes des patients

P. Zabsonré et collaborateurs ont évalué la perception et la connaissance des facteurs de risque cardiovasculaire par la population burkinabé et leur gestion par les professionnels de santé. Ils déclaraient que « L'HTA et les autres facteurs de risque cardiovasculaire (FRCV) ne sont pas connus de toute la population burkinabé et sont insuffisamment pris en charge par les professionnels de santé » (P. ZAPSONRE et al., 2002, p. 1). Plusieurs autres études ont décrit les perceptions des patients de la maladie hypertensive ; parmi elles, l'étude de (Zerbo et al., 2009) dans laquelle les auteurs déclarent que « les patients ont une expérience subjective du risque, qu'elle soit liée à la maladie hypertensive ou au médicament » ;

2.1.3.2 Education thérapeutique du patient hypertendu

Un des enjeux majeurs de l'éducation thérapeutique du patient hypertendu est le degré de l'appropriation, de l'acceptation et de l'observance des informations et

conseils hygiéno-diététiques reçus par le personnel soignant afin de mieux gérer sa maladie. Dans un contexte marqué par l'absence de couverture d'une assurance maladie universelle, et de pauvreté généralisée, il se pose un réel problème de l'observance du traitement médicamenteux par les patients hypertendus. Les concepts d'éducation thérapeutique et de l'observance thérapeutique révèlent alors plusieurs dimensions à prendre en compte. (Sarradon-Eck et al., 2008) déclarent que « les termes d'observance et d'éducation thérapeutique sont employés malgré un effort des soignants pour intégrer celui d'éducation thérapeutique ».

« La question de l'éducation thérapeutique fait appel, malgré l'utilisation des deux notions de manière synonymique, à l'idée du soutien à l'observance et aussi d'une transformation de comportements « inadaptés » avec la maladie : tabagisme, consommation excessive d'alcool, relations sexuelles non protégées ». (Adam-Vézina, 2010, p. 97).

Lors des entretiens réalisés avec le personnel de cardiologie, il ressort que l'éducation thérapeutique du patient hypertendu n'est pas structuré et formalisé dans le dit service ; cependant, ils abordent les aspects suivants lors des séances d'information et d'éducation et de communication du patient :

- le respect des prescriptions médicales
- le respect des mesures hygiéno-diététiques
- le respect des rendez-vous pour le contrôle lors des sorties
- la prise régulière de la tension artérielle.

2.1.2.3 La relation soignant-soigné

Le soignant est défini par le dictionnaire Larousse comme « une personne qui donne des soins à une autre » et le soigné comme « une personne recevant des soins ». La relation soigné-soignant est définie comme « une rencontre singulière et imprévisible qui a le plus souvent le corps pour objet et qui met en présence deux sujets en position fondamentalement asymétrique et inégale, l'un doté d'un savoir et savoir-faire, et l'autre en souffrance et en questionnement ». (Manson A, 2013, p. 19). « La qualité de la relation patient-soignant représente un facteur d'influence primordial de l'adhésion au traitement médicamenteux » ; (Baudrant-Boga, 2012, p. 22).

2.1.2.4 Les représentations sociales

Les représentations sociales peuvent être définies comme des univers d'opinions relatifs à divers aspects de notre environnement (Moscovici, 1964).

Elles dépendent du contexte dans lequel, elles sont élaborées et correspondent à une forme de connaissance, socialement élaborée, et partagée concourant à la construction d'une réalité commune (Jodelet & Moscovici, 1989) .

Appliquée à la maladie chronique notamment la maladie hypertensive, plusieurs croyances, opinions, construits sont faits autour de cette pathologie. Les patients perçoivent mal les traitements à vie. Ils n'acceptent pas les traitements au long cours de la médecine moderne. C'est ainsi qu'ils font le plus recours alors aux tradipraticiens qui leur propose des traitements 'miracles' qui sont sensés guérir leurs maladies.

Les maladies chroniques peuvent être classées soient comme 'des maladies de Dieu', soient 'des maladies des méchants', soient 'des maladies recherchées', soient 'des maladies des génies.

CHAPITRE III : CADRE CONCEPTUEL

3.1 Définition des concepts

L'hypertension artérielle : Nous avons emprunter la définition de l'OMS de l'hypertension artérielle qui stipule qu'il s'agit d'une élévation pathologique de la pression artérielle, supérieure ou égale à 140 mmHg pour la pression artérielle systolique (PAS) et/ou supérieure ou égale à 90 mmHg pour la pression artérielle diastolique (PAD). (OMS, 2017)

L'observance thérapeutique : L'observance thérapeutique se définit comme les capacités du consultant, tant intellectuelles, psychologiques, physiques que sociales à se mobiliser pour améliorer sa santé et son mieux-être. Le sujet doit alors se positionner face aux prescriptions thérapeutiques afin de s'approprier au mieux la possibilité de se soigner. L'attention portée aux capacités du consultant par le soignant est nécessaire pour assurer l'observance thérapeutique. « L'observance peut aussi être représentée par un processus cognitif et de motivation comprenant un ensemble d'attitudes et d'intentions envers le régime thérapeutique recommandé ou prescrit ». (Houle, 2011, p. 69)

La perception : C'est un processus par lequel un individu choisit, organise et interprète des éléments d'informations externes pour construire une image cohérente du monde qui l'entoure. Pour la psychologie, la perception est la fonction qui permet à l'organisme de recevoir, d'élaborer et d'interpréter l'information que vient de l'entourage par le biais des sens.

Les facteurs psychologiques sont des éléments dont un individu dispose au sujet d'une question relative à la santé pour encourager ou décourager sa décision de modifier son comportement. Ils concernent les connaissances, les perceptions, les croyances, les attitudes, etc..

3.3 Définition opérationnelle des variables

a) Variable dépendante :

Notre variable dépendante est l'observance thérapeutique du patient hypertendu.

b) Variables indépendantes :

Les variables **indépendantes** sont les facteurs psychosociaux qui déterminent l'observance thérapeutique :

Ce sont :

1. *les caractéristiques sociodémographiques* : (âge, sexe, situation matrimoniale), le vécu des patients notamment les conditions de séjour, les conditions de vie, la dynamique familiale, le soutien social et le niveau de revenu.
2. les connaissances, attitudes des patients hypertendus
3. les perceptions individuelles des patients hypertendus de l'HTA : motivation personnel, oubli ; croyances relatives à la maladie
4. les antécédents familiaux d'hypertension, les habitudes de vie et facteurs de risques (consommation d'alcool, de tabac, cigarettes, sel, cola)
5. L'environnement social et du milieu de soin, la qualité de la relation soignant-soigné

3.4 Cadre conceptuel

Nous avons bâti notre cadre en s'inspirant du modèle de prédiction des comportements de santé (MPCS) qui est « un modèle intégratif entre une approche axée sur les croyances de santé et une autre sur la théorie d'apprentissage social. ». (Article d'encyclopédie, 2017). Nous nous sommes inspiré également de des théories sociales cognitives de (Bandura, 1993). Selon le modèle de prédiction des comportements de santé (MPCS), cinq facteurs influencent l'observance. Ce modèle met en avant la prépondérance de l'ancrage psychosocial (la culture, les normes...) venant colorer les attitudes et les comportements de santé

1. Les facteurs de modification : variables sociodémographiques (Age, sexe), soutien social, dynamique familiale,
2. Les perceptions individuelles : perception relative à sa maladie, au traitement, motivation personnel, oubli, perception de la gravité de la maladie
3. La perception des obstacles aux comportements de santé
4. Les signaux d'action : symptômes, fatigues,
5. La probabilité d'adoption des comportements de santé

De ces modèles, nous pouvons regrouper selon trois domaines explicatifs de l'observance :

1. Les caractéristiques sociodémographiques des patients (âge, sexe, situation matrimoniale), le vécu des patients notamment la précarité sociale, le faible revenu, la discrimination ; Les croyances vis-à-vis des traitements et des soins
2. La qualité de la relation soignant-soigné
3. L'importance de l'environnement : l'environnement social du milieu de soin ; le langage professionnel, médical porteur d'obstacle ; l'absence d'entretiens motivationnelles qui favoriserait le contact social avec les patients.

Le schéma qui suit, inspiré de ce modèle, décrit quelques déterminants psychosociaux influençant l'observance thérapeutique des patients hypertendus.

Représentation de quelques déterminants psychosociaux influençant l'observance thérapeutique des patients hypertendus.

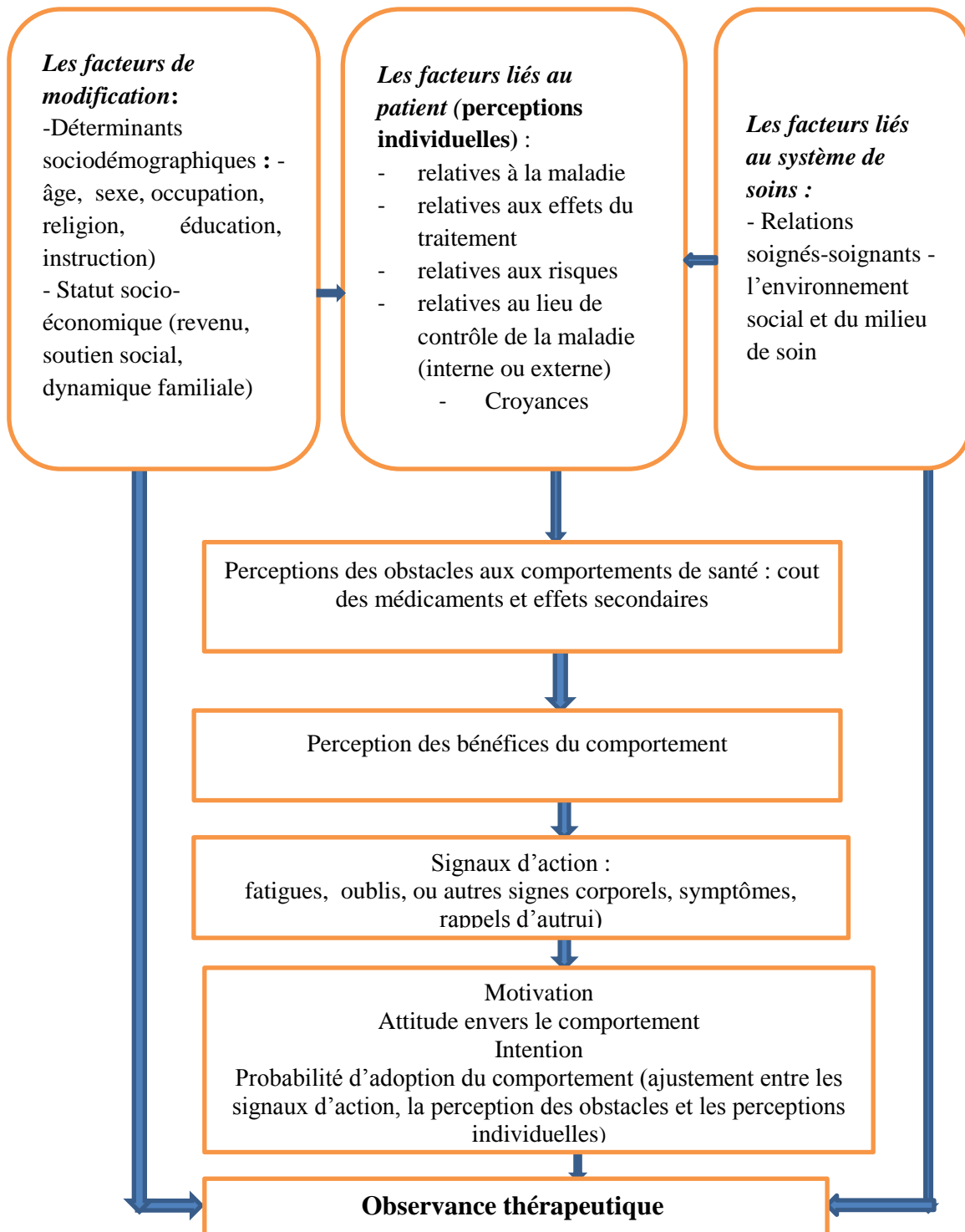


Figure I: Représentation de quelques déterminants psychosociaux influençant l'observance au traitement (Adapté du modèle de prédiction des comportements de santé (MPCS) et de la théorie sociale cognitive de de (Bandura, 1993))

CHAPITRE IV : PRESENTATION DU MILIEU DE L'ETUDE

4.1 Cadre physique

a) Brèves données générales sur le Burkina Faso

Le Burkina Faso, pays sahélien enclavé est situé au cœur de l'Afrique occidentale et couvre une superficie de 274200 km². Il est limité par six (6) pays :

- *au Nord et à l'Ouest par le Mali*
- *au Sud par la Côte D'Ivoire, le Ghana, le Togo et le Bénin*
- *à l'Est par le Niger*

Les projections de l'institut National de la démographie (INSD) estimaient la population à 19 632 147 habitants en 2017. (INSD, 2009). Elle se composait de 51.7 % de femmes et était caractérisée par sa jeunesse. L'âge moyen de la population était de 22 ans. Cette population était composée de 48 % de personnes de moins de 15 ans, 49% de personnes de 15-64 ans et 3% de personnes 65 ans et plus. L'espérance de vie à la naissance était de 56,7 ans en 2006. (Ouattara, 2009).

Le Burkina Faso a mis en œuvre une politique de décentralisation administrative qui a été formalisée par la loi N°003/93/ADP du 07 mai 1993. Le territoire national est alors divisé en collectivités locales dotées de personnalités morales et d'autonomie financière.

Dans le secteur de la santé, la décentralisation technique est marquée par la création de 13 régions sanitaires avec 70 districts sanitaires.

L'économie est essentiellement basée sur une agriculture de subsistance, un élevage de type traditionnel et les ressources minières notamment l'exploitation de l'or.

Le Burkina Faso est dit pays en développement dont environ 45 % de la population vit en dessous du seuil absolu de pauvreté estimé à environ 110 euro par adulte et par an, selon les estimations du PNUD.

b) Le Centre hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO

Le Centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo (CHUYO), a été choisi comme milieu d'étude.

Créé en 1958 grâce à un financement du gouvernement français et de l'Etat Burkinabé, le CHU YO a officiellement ouvert ses portes au public le 11 décembre 1961. Premier grand hôpital du pays de l'après indépendance, il est toujours demeuré comme l'hôpital de référence et de dernier recours du BURKINA FASO. Depuis sa création et dans le souci de répondre aux besoins de la population, notamment celle de la ville de Ouagadougou en soins de santé de qualité, l'hôpital YALGADO a connu plusieurs statuts dans son évolution, tandis que le domaine de ses activités s'est largement et progressivement accru et diversifié

Centre hospitalier universitaire de référence, le CHU-YO poursuit trois (3) missions principales :

- Missions de Soins
- Missions d'Enseignement
- Mission de Recherche

1) Missions de Soins

- Assurer la prise en charge des urgences.
- Assurer l'accueil en priorité des malades évacués sanitaires ou de leur trouver un lieu de soins adapté pour leur état.
- Assurer le traitement et la surveillance des malades, des blessés et des femmes enceintes.
- Assurer l'organisation et la prise en charge des transports sanitaires.
- Assurer l'élaboration et la mise en œuvre du plan de secours en cas de catastrophe.
- Assurer la maintenance des infrastructures et des équipements.

2) Missions d'Enseignement

- Assurer l'enseignement universitaire et post-universitaire.

- Assurer la formation initiale et continue du personnel de santé

3) Mission de Recherche

- Assurer la recherche médicale, odontologique et pharmaceutique
- Assurer la recherche.

Situé au Centre Est de la ville, le Centre hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO est un complexe hospitalier universitaire regroupant plusieurs départements et services (médecine, chirurgie, gynécologie, pédiatrie, etc). Il regroupe en son sein :

- ✓ des services administratifs
- ✓ des services médico-techniques
- ✓ des services de maintenance
- ✓ des services de restauration.

C'est au sein de cette structure gigantesque que sont formés les élèves infirmiers/sage femmes d'Etat de l'école nationale de santé publique, les étudiants en médecine, les médecins en spécialisation (DES), etc.

Centre de référence, l'hôpital reçoit tous les malades de toutes les couches sociales et de toutes les pathologies. Ces dernières décennies, de nouvelles unités ont vues le jour : l'hôpital du jour, l'hémodialyse, scannographie, unité de soin intensif en cardiologie

Source : Plan d'action 2017 du CHU-YO et (CHU-YO, BF, 2017)

4.2 Le service de cardiologie

Le service de cardiologie est le service dans lequel nous avons proprement dit réalisé l'enquête.

Description du service

Le service de cardiologie est un des services d'hospitalisation du département de médecine du Centre hospitalier Universitaire Yalgado OUEDRAOGO. Il existe un autre pavillon de cardiologie, le service de consultation externe de cardiologie.

Le service de cardiologie est dirigé par Pr Patrice ZABSONRE, médecin cardiologue, professeur titulaire. Il succède à Dr B. Joseph OUANDAOGO, un des premiers médecins cardiologues Burkinabé, qui a longtemps dirigé le service.

Le service de cardiologie comprend :

- une unité de consultation externe
- une unité de soins intensifs
- une salle de formation pour les DES
- des bureaux de consultations pour médecins
- un (1) bureau pour la surveillance d'unité de soins
- une (1) salle de garde
- des salles d'hospitalisations
- une (1) salle de toilette pour le personnel

Le personnel

Le service comprend les effectifs suivants :

- Sept (7) médecins cardiologues
- Quinze (15) infirmiers
- Cinq (5) personnels de soutien.
- Des stagiaires dont les DES (médecins en spécialisation)

L'organisation du service

Les prestations du service sont assurées tous les jours ouvrables de 7 heures à 12 heures et de 15 heures à 17 heures. Il existe des services de permanence et de garde assurés respectivement de 12 heures à 15 heures et de 17 heures à 7 heures.

Pour les Week-end et les jours fériés, la permanence est assurée de 8 heures à 10 heures et la garde de 10 heures à 7 heures.

C1. Le planning des actes de services infirmiers :

La visite du jour est assurée par l'infirmier qui revient de garde. La visite du week-end reste une organisation interne de l'équipe du week-end.

La préparation des examens de laboratoire

L'infirmier de permanence prépare les tubes de prélèvements et met les malades à jeun pendant les soins de quinze (15) heures.

L'infirmier de garde vérifie la présence effective des billets d'hospitalisations, ordonne les bulletins, met les malades à jeun à 17 heures et fait les prélèvements le matin.

Installation des nouveaux malades :

Pour toute nouvelle admission, l'infirmier de la salle ou de permanence veille à l'installation correcte du malade, établit une fiche de température, fait établir le billet d'hospitalisation, informe sur la collecte quotidienne des urines pour la diurèse, fait les prélèvements pour le bilan systématique

- C2. La tarification des actes :

Les prestations du service sont payantes conformément à la politique de gestion financière de l'institution. Les frais de consultation sont de 2000 FCFA en consultation médecin. Les frais d'hospitalisation sont en fonction de la catégorie de la chambre demandée et de la durée de séjour. Il existe trois (3) catégories de chambres :

La première catégorie coute 4500 FCFA par jour, la 2eme catégorie coute 2000 FCFA par jour et la troisième catégorie coute 1000 FCFA par jour.

Par décision n°2003/226/ms/CHU-YO portant tarification de certains actes du service de cardiologie, les tarifs des actes spécialisés sont fixés comme suivent :

1. Enregistrement Holter : 50000 FCFA
2. Exploration électrophysiologie : 150000 FCFA sans Prise en charge (sans assurance) et 200000 FCA avec Prise en charge.
3. Pose de Pace maker :
 - Avec pile à 1 chambre : 1200000 FCFA ;
 - Avec pile à 2 chambres : 1400000 FCFA.

Ces tarifs ne prennent pas en compte le cout des kits opératoires

CHAPITRE V : METHODOLOGIE DE L'ETUDE

Nous aborderons dans ce chapitre, le type et devis de recherche, la population d'étude, l'échantillonnage, les instruments et collecte des données, les considérations éthiques et les critères de rigueur.

5.1 Type et devis de l'étude

Notre recherche est une recherche qualitative exploratoire et s'inscrit dans une démarche phénoménologique. Elle vise à décrire une situation sociale circonscrite ou explorer certaines questions (recherche exploratoire) afin de dégager l'essence du phénomène à l'étude tel que certains individus l'ont vécu (Savoie-Zajc, 2006) et mieux le comprendre.

Cela nous permettra d'accéder aux significations de l'observance à travers le contexte du séjour hospitalier.

5.2 Population d'étude

La population de l'étude est composée des patients hypertendus admis dans le service de cardiologie ; nous avons retenu les patients souffrant d'hypertension artérielle ou victimes de complications hypertensives (cardiopathies hypertensives, accidents vasculaires cérébraux, hémipariés).

5.3 Méthodes d'échantillonnage

Du type d'échantillonnage et de la stratégie du recrutement :

C'est un échantillonnage non probabiliste en l'occurrence un échantillonnage de type raisonné et ce sont les patients hypertendus qui ont accepté participer à l'étude qui ont été retenus.

Pour la stratégie de recrutement, nous avons utilisé la grille d'évaluation de Xavier Girerd pour sélectionner les patients non observant. Ainsi, les patients devraient répondre aux critères d'inclusions suivantes : être âgés de dix-huit (18) ans révolu, déjà sous traitement hypertenseur depuis au moins six (6) mois, suivis en interne,

capables de répondre aux questions et dont l'évaluation a montré qu'ils sont non observant. Nous avons utilisé le test d'évaluation de Xavier Girerd pour apprécier l'observance thérapeutique des patients. Six (6) questions (conférez grille ci-dessous) qui leur ont été posées.

En outre, pour la sélection des patients dans les salles, nous avons eu à faire face à deux décisions : la diversification interne (non visible), la diversification externe (ce qui est visible, se voit à l'œil nu) et la saturation c'est-à-dire jusqu'à ce que les nouvelles données collectées n'apportent plus de sens, plus d'informations nouvelles. (Savoie-Zajc, 2006).

Du type d'enquête :

Nous avons choisi de réaliser l'enquête par entretien, En effet, contrairement à l'enquête par questionnaire qui privilégie la « représentativité statistique », l'enquête par entretien vise quant à elle la « significativité sociale » (Bardin, 2001).

Du la taille de l'échantillon :

La taille de l'échantillon est perçue différemment selon que l'on est dans une démarche quantitative ou dans une démarche qualitative. En effet, du fait qu'il est toujours difficile, voire impossible, de travailler sur une population entière, le chercheur choisit un nombre limité d'individus qui va lui permettre de tirer des conclusions applicables à la population entière à l'intérieur de laquelle le choix a été fait (De Landsheere, 1979). Dans les recherches qualitatives, la taille de l'échantillon est fonction de la durée de l'interview et de la faisabilité. Et les grandes études ne portent pas sur plus de 50 à 60 personnes (Britten, 1995 repris par Borgès Da silva, 2001). La taille varie entre 12 et 60, la moyenne étant autour de 30 selon le chercheur américain Alan Bryman ; cependant, nous avons choisi au départ un échantillon théorique de 12 patients hypertendus à interviewer. Mais, en utilisant le principe de la saturation, notre échantillon s'est limité à huit (8) car au-delà, les informations collectés se répétaient et n'apportaient plus de nouveau sens à notre avis.

5.4 Techniques et outils / instruments de collecte des données

a) Techniques de collecte des données

Les techniques suivantes ont été utilisées :

1. des entretiens ouverts non directifs avec les patients souffrant d'hypertension artérielle.

Dans la pratique, des entretiens semi-directifs ont été utilisés, lorsque le patient n'arrivait pas à comprendre notre question. Ainsi, nous le guidions, sans pour autant l'influencer, afin qu'il puisse répondre. Cette technique offrait pour nous une flexibilité et « s'est avérée être une opportunité pour nous, d'entrer en relation avec l'enquêté et de stimuler sa participation active » (Fortin & Gagnon, 2016)

2. Une évaluation du niveau de l'observance thérapeutique des patients hypertendus à l'aide de la grille d'évaluation de l'observance thérapeutique de Xavier Girerd.
3. une observation directe de la pratique des professionnels de santé à l'aide d'une grille d'évaluation afin d'apprécier la relation d'aide-soignant-soigné.
4. une revue documentaire (registre d'hospitalisation, ordonnances médicales, examens de laboratoire, de radiologie, d'échocardiographies, etc.).

b) Instruments de collecte des données

Nous avons réalisé, conformément aux techniques, un guide d'entretien ouvert avec les patients, une grille d'évaluation de l'observance et une grille d'observation des pratiques professionnelles.

c) Validation des instruments

Les instruments ont été soumis à l'appréciation de notre directeur et de notre codirecteur de mémoire. Compte tenu de leur expérience en la matière, ils ont eu la responsabilité d'examiner le contenu et la forme de nos instruments afin d'apporter des critiques et des suggestions ; ce qui nous a guidés dans la formulation de nos questions

de manière appropriée. Par ailleurs un pré-test des instruments a eu lieu dans le service de consultation externe de cardiologie auprès de deux (2) patients et a duré une journée. Les réalités sont presque les mêmes et les patients ont à peu près les mêmes caractéristiques. A l'issue de ce pré-test nous avons revu la formulation de certaines questions et réduit le nombre questions Nous avons remarqué que la grille initiale était très longue et les questions étaient semi directives.

5.5 Déroulement de la collecte

Sous l'accord du Directeur de mémoire et en attendant les décisions administratives, nous avons réalisé l'enquête du 11 mai au 3 juin 2017 au niveau du service de cardiologie hospitalisation. Les périodes d'après-midi, lors des permanences ou les périodes de gardes ont été les périodes privilégiées pour l'enquête. Il s'agit d'une période relativement calme où l'on peut réaliser un entretien auprès du lit du patient

5.6 Traitement et analyse des données

Le traitement et l'analyse des données ont été faits de la manière suivante : une retranscription des informations collectées auprès des patients, une affectation de codes à chaque patient puis nous avons procédé à une analyse par thèmes avec la création des liens entre thèmes et sous-thèmes. Ainsi, pour ce qui est du discours des patients, le traitement a été manuel. L'analyse du verbatim des patients s'est faite en procédant par thème et nous sommes arrivés à identifier les termes couramment assortis par thématique.

-Critères de rigueur et de scientificité :

Pour respecter les critères de rigueur et de scientificité, un certain nombre de précautions ont été prises pour assurer la crédibilité. La crédibilité consiste à s'assurer de la justesse et de la pertinence du lien établi entre les observations empiriques et leur interprétation en considérant la subjectivité humaine ainsi que l'influence du contexte naturel (Poupart & Groupe de Recherche Interdisciplinaire sur les Méthodes

Qualitatives, 1997). Les stratégies qui ont été utilisées afin d'assurer la crédibilité sont l'élaboration d'un journal de bord, le pré-test du questionnaire auprès du service de cardiologie externe, la validation des données recueillies lors des entretiens au cours du pré-test. Ce pré-test a concerné deux (2) patients. Le deuxième élément de rigueur a consisté en la transférabilité, qui consiste à rapporter les limites du transfert des résultats de recherche dans des contextes similaires, a été assurée par la description détaillée du contexte social, temporel et spatial à l'étude (Poupart & Groupe de Recherche Interdisciplinaire sur les Méthodes Qualitatives, 1997).

Nous allons en outre utiliser la triangulation : il s'agira pour nous d'observer les pratiques professionnelles sur le terrain, confronter les déclarations des patients, leur vécu avec notre vécu, nos constants réels quant à la mise en œuvre de certaines pratiques afin de faire une analyse objective plus poussée.

5.7 Considérations éthiques

Nous avons soumis et obtenu l'autorisation du comité d'éthique pour la recherche en santé, qui en sa délibération N° 2017-6-076 du 7 juin 2017, a marqué son avis favorable. Durant l'étude le respect de l'anonymat des enquêtés et la confidentialité des informations recueillies ont été assurés ; Nous avons également demandé et obtenu le consentement éclairé des enquêtés avant tout entretien; les objectifs de l'étude ont été présentés au début des entretiens.

Une demande d'autorisation d'enquête a été adressée au DG du CHU-YO et nous avons obtenu l'accord du Directeur Général pour la collecte des données dans son institution.

5.8 Difficultés rencontrées

Bien que nous ayons choisi des périodes relativement calmes (permanence, garde), nous avons été confrontés aux visites des patients qui ont parfois perturbé les enregistrements. Outre les visites, le personnel est appelé de fois à administrer un soin, qui donne des informations sur des examens à réaliser ce jour ou le lendemain, etc. L'absence d'un appareil de qualité a porté un coup à la qualité de l'enregistrement.

CHAPITRE VI : PRESENTATION ET ANALYSE DES RESULTATS

Suite à l'analyse des données, nous sommes parvenus aux résultats suivants que nous proposons de présenter comme suit :

Dans un premier temps, les caractéristiques socio démographiques des patients enquêtés puis suivront la présentation des résultats et l'analyse des résultats selon les axes suivants :

Les connaissances, attitudes et pratiques des patients hypertendus

Les conditions de séjour à l'hôpital des patients hypertendus

Les représentations sociales de la maladie hypertensive

Les conseils éducationnels reçus et cités par les patients hypertendus

L'accessibilité financière aux médicaments et aux examens

Les difficultés du suivi de l'ordonnance, perçues par les patients

Les difficultés du suivi de l'ordonnance perçue par le professionnel de santé

Les pratiques professionnelles

6.1 Caractéristiques sociodémographiques des patients enquêtés

L'étude a concerné huit (8) patients hypertendus. Selon le profil des participants :

1) La majorité des participants est de sexe masculin (cinq hommes contre trois femmes).

2) L'âge moyen des participants est de 50 ans avec des extrêmes allant de 33 à 60 ans.

En effet, le nombre de patients selon la tranche d'âge est le suivant :

✓ 18-34 ans (2 patients)

✓ 35-54ans (1 patient)

✓ 55 ans et plus (5 patients)

3) La quasi-totalité (sept sur huit) des patients interviewés vivent avec un(e) conjoint (e).

4) La moitié des familles vivent sous le régime de la polygamie.

5) Trois (3) patients sur quatre sont de religion musulmane ; le reste (2) est de la religion chrétienne (1 catholique et 1 protestant)

6) Seule deux (2) patients sont des fonctionnaires en activité, disposant de revenus réguliers

7) Trois (3) patients sur huit (8) n'ont aucun niveau d'instruction et un (1) seul a le niveau supérieur.

8) Trois (3) patients sur huit (8) ont un revenu mensuel inférieur à 50 000 FCFA et aucun ne bénéficie d'une prise en charge maladie.

9) A la question de savoir, qui prend en charge les soins :

✓ 5 personnes disent se procurer les soins par eux-mêmes

✓ 1 personne dit se prendre en charge par ses enfants

✓ 2 personnes disent se prendre en charge par leurs conjoints

✓ Aucune personne n'est prise en charge par l'Etat ou par une assurance.

10) Du lieu de résidence :

✓ Cinq (5) patients habitent à Ouagadougou

✓ Trois (3) patients habitent en dehors de Ouagadougou.

6.2. Connaissances de la maladie et du traitement médicamenteux

6.2.1 Connaissances des raisons de l'hospitalisation par les patients

Dans leurs discours :

- 3 personnes disent qu'ils sont hospitalisés pour un '**mal au cœur**'. En effet, le patient OF, pour exemple, dit: « *C'est mon cœur qui fait mal* ».

Cette expression 'mon cœur fait mal' est le plus couramment utilisé dans nos services de cardiologies ; elle traduit la douleur, la souffrance. Au-delà d'une simple hypertension artérielle, elle peut traduire toute une insuffisance cardiaque. (Sylvie Laflam, 2017)

- Une (1) personne dit qu'il est hospitalisé pour 'tension' pour traduire l'hypertension artérielle. Ainsi, le patient (MS) dit : « *Je suis hospitalisé de suite de maladie. Je souffre de **tension*** ».
- Une (1) personne dit qu'elle souffrait de « maux de tête » pour traduire les céphalées dans l'hypertension artérielle. En effet, le patient (OA) dit : « *On m'a hospitalisé parce que je ne me sentais pas ; j'avais des **maux de tête**. J'ai été dans un CSPS et donc on m'a soigné là-bas. Quand ça n'allait pas, on m'a dit de venir ici. En dehors des maux de tête, je ne sens rien ; maintenant ça va* ».
- Deux (2) personnes disent être hospitalisées pour une « **thrombose** ».
- Une (1) personne dit avoir fait une **embolie**. En effet, le patient (MO) dit: « *Suite à un mal de poitrine, je suis allé en consultation, de la consultation, on m'a fait faire des examens et à l'issue on m'a amené ici. On dit que c'est **une embolie pulmonaire*** ».

Comparé au diagnostic posé par le personnel soignant, **les patients semblent avoir une connaissance des raisons qui les ont conduits à l'hospitalisation**. Il s'agit pour la plupart de complications hypertensives : toutefois, dans les discours des patients, **l'hypertension à la base de leurs complications n'est pas immédiatement évoquée**. Ce n'est que lorsque l'on leur demande de parler d'avantage en leur demandant s'ils ont une hypertension artérielle, que les patients évoquent en effet leur hypertension et en parlent.

Nous tirons la conclusion que, les patients ne perçoivent pas le risque et ne savent pas que l’HTA est à la base des complications cardio-vasculaires qui ont occasionné leur admission à l’hôpital ou quand ils perçoivent, ils semblent minimiser.

C’est ainsi que le patient MT, en banalisant l’HTA essentielle dira : « Avant ça, c’était juste la tension ».

La revue documentaire des dossiers patients donne les informations contenues dans le tableau suivant :

Tableau : Comparaison du motif d’hospitalisation évoquée dans le discours patient et diagnostic de certitude posé par le personnel soignant

N° patient	Code patient	motif hospitalisation évoquée par le patient	Diagnostic posé par le personnel soignant
1	OF	mal au cœur	Pré éclampsie + HTA
2	MM	thrombose	Thrombose veineuse + HTA
3	MS	tension	Cardiopathie hypertensive
4	MO	embolie	embolie pulmonaire’ + HTA
5	PZ	thrombose	Thrombose veineuse + HTA
6	oa	maux de tête	Pré éclampsie + HTA
7	MT	mal au cœur	Cardiopathie hypertensive
8	SB	mal au cœur	embolie pulmonaire’ + HTA

On constate des écarts entre le motif d’hospitalisation évoquée par les patients et les diagnostics posés par le personnel soignant. Cependant, les déclarations des patients, dans leur majorité, se rapportent aux symptômes des pathologies qu’elles ont. Le mot « tension » évoqué par les patients, ne traduit pas forcément une hypertension artérielle ; Pour le patient, que la tension baisse ou que la tension monte, c’est la tension.

6.2.2 Connaissances des traitements reçus par les patients

Les patients méconnaissent certains soins ; mais, il ressort dans leurs discours, les injections d’anticoagulants au niveau de l’abdomen, les perfusions, les prescriptions

médicamenteuses à avaler (Loxen, aldomet, atarax), les prises de sang pour les examens de laboratoire, les examens de radiologie, des examens du cœur pour parler d'électrocardiogramme (ECG), d'écho et de scanner.

Dans leurs discours :

- Huit patients ont évoqué dans leur discours, avoir reçu comme traitement, une prescription médicamenteuse ;
- Quatre patients ont évoqué dans leur discours, avoir reçu comme traitement, une perfusion ;
- Huit patients ont évoqué dans leur discours, avoir reçu comme traitement, un prélèvement de sang ;
- Sept patients ont évoqué dans leur discours, avoir reçu comme traitement, des médicaments par voie orale ;
- Quatre patients ont évoqué dans leur discours, avoir fait des examens de radiologie;
- Quatre patients ont évoqué dans leur discours, avoir fait des examens du cœur (échographie).

Ainsi, de la connaissance des traitements reçus, les prescriptions médicamenteuses, les prélèvements de sang, les médicaments par voie orale (comprimés) ressortent le plus dans le verbatim des patients. C'est ainsi que le patient (OF) dit : « Je ne connais pas les traitements, mais les médicaments (en comprimés) sont là ; je peux vous les apporter. On m'administré en outre des injections ». Quant au patient (OA, il dit : « Voici les médicaments qu'on m'a prescrits. Loxen et aldomet en comprimés. Avant cela, c'était des perfusions. En outre, on m'a prescrit de l'Atarax ½ comprimé le soir ».

6.3. Perceptions des patients des conditions de séjour à l'hôpital

6.3.1 Perceptions des patients des conditions de séjour à l'hôpital

Les conditions de séjour sont difficiles et ne semblent pas faciliter le suivi des soins.

Des raisons évoquées justifiant les conditions de séjour difficile :

- Huit patients citent les pannes de brasseurs d'air ;
- Deux citent le manque de personnel
- Quatre citent le manque d'intimité
- Quatre citent le manque de sanitaires
- Huit citent le manque de moyens financiers
- Sept citent le manque des difficultés de réalisation de certains examens.

En effet, des conditions de séjour difficiles, tous les patients mentionnent les **pannes des brasseurs d'air** qui leur contraignent à acheter des ventilateurs personnels. Toutefois, du fait que les patients sont toujours sur leurs lits d'hôpital, ils se gardent de décrier les conditions mauvaises. Les témoignages suivants des patients en disent long sur les conditions de séjour : En effet, le patient (PZ), soulignera ceci : « Les ventilos ne donnent pas ; j'étais obligé de payer ça. J'ai trouvé un personnel impeccable, très dévoué » ; Quant au patient (MM), il : « *Les conditions sont bonnes ; mais il y a certaines difficultés que je me dis, c'est dû au manque du personnel et au manque de moyens* ». Ce dernier semble un peu satisfait, mais accuse l'insuffisance de personnel et de moyens divers.

Un autre problème est soulevé par les patients : le manque d'intimité. En effet, les patients se partagent les salles à quatre, six voire souvent plus, et ils font les besoins au vus des autres. Il n'existe pas de sanitaires pour les patients à l'intérieur du service. Et quand, ils veulent faire les toilettes, le patient (SB) nous confie ceci : « *Il n'y a pas d'intimité ; mais on a payé des 'cotbas' où on fait nos urines. On a payé des*

couvertures pour se cacher un peu. Les toilettes, si c'est la nuit, c'est facile. Tout le monde dort et on peut faire les besoins tranquille ».

6.3.2 Perceptions des patients des soins qui leur sont offerts et de l'HTA

Dans leur discours, trois (3) patients disent être satisfaits de la qualité des soins tandis que le reste (cinq) a eu des réponses mitigés ; ils ne déclarent pas ouvertement leur insatisfaction, quand il s'agit d'apprécier la qualité des soins offerts.

Quelques patients interviewés (trois sur huit) ont une bonne perception des soins qui leurs sont offerts. Ils qualifient les soins de très spécialisés ; certains trouvent que les soins sont acceptables mais peuvent être améliorés. *« Les soins sont de bonne qualité. Parfois, les perfusions sautent et sont hors veine et ça fait mal. Dès lors qu'on appelle les infirmiers, ils viennent remplacer. Ils ne s'énervent pas ; les gens que j'ai croisés ici sont comme ça »,* dit le patient (OA).

Les patients perçoivent la maladie hypertensive comme une pathologie chronique gênante nécessitant un traitement à vie et des mesures hygiéno-diététiques difficiles à suivre le contexte de pauvreté. Ils trouvent que la maladie hypertensive est très grave surtout de par sa complication redoutable qu'est l'accident vasculaire cérébral. Pour eux, il existe plusieurs sortes de tensions : *« une tension qui « tue le corps » et une autre qui ne tue pas ».*

6.4 Représentations sociales

La maladie hypertensive est mal perçue par la société. Elle n'arrive pas à comprendre qu'elle soit chronique ; aussi, certaines personnes semblent apporter des solutions miracles ; d'abord les religieux qui pensent que l'on peut guérir par la prière. Le patient (PZ), Pasteur évangéliste, très anxieux, nous pose la question au cours de l'interview : « *Il paraîtrait que les médicaments qu'ils prescrivent, dès lors on commence à prendre les médicaments, on ne peut plus arrêter. Cela fait ma hantise* ».

A ce niveau, nous faisons une halte pour rassurer le patient sur l'état de sa maladie et lui prodiguer des conseils sans trop perturber, engendrer des biais au questionnaire, en lui disant ceci : « *L'hypertension n'est pas une pathologie à craindre : A un certain âge, on fait soit une HTA, un diabète, etc. C'est ce qu'on appelle des maladies métaboliques. Ce n'est pas un problème. Les agents de santé sont là pour vous conseiller sur comment vivre avec la maladie. C'est peut-être parce que les médicaments coutent chers et sont à vie que ça pose problème ; je me garde toutefois de me limiter à ce commentaire pour juste vous rassurer, de risque de biaiser mon questionnaire* ».

Le patient, toujours stressé, s'arrête et pose la question de savoir si la médecine permet de guérir de l'hypertension. La réponse sera alors nuancée et une fois encore, nous tentons de rassurer le patient au cas la pathologie est telle qu'il faut absolument la traiter à vie. A la fin de l'entretien, il émet les vœux en formulant comme suivent : « *Je pense restituer ce que j'ai connu aux fidèles de mon église. Si Dieu me donne les moyens, j'initierai des projets afin de sensibiliser les fidèles sur la maladie* ».

6.5 Perceptions de l'accessibilité financière aux médicaments

6.5.1 Accessibilité financière aux médicaments prescrits au cours de la maladie hypertensive

- 5 personnes disent se procurer les soins par eux-mêmes
- 1 personne dit se prendre en charge par ses enfants
- 2 personnes disent se prendre en charge par leurs conjoints
- Aucune personne n'est prise en charge par l'Etat ou par une assurance.

Dans leur discours, parlant des médicaments, le patient (OF), 33 ans, ménagère, mère de trois (3) enfants dit : « *Je dois me procurer moi-même les médicaments prescrits, je ne bénéficie pas d'une assurance santé. Les médicaments prescrits à ce jour s'élèvent à plus de vingt mille (20000) FCFA* ».

Cette mère d'enfant vit en concubinage avec un homme, lui-même absent de la cellule familiale, parti pour un travail précaire à Léo, ville situé à plus de 100 Km de la capitale ou vit sa femme. Elle souligne : « *Je vends du jus, du 'Ganmakougoui et cela peut me rapporter environ 15 000 FCFA par mois* ».

Quant au patient (MT), un ancien agent municipal, 67 ans, à la retraite, il dit : « *Tous les médicaments s'achètent. Pour le cout, à moins que vous prenez toutes les ordonnances et faire l'estimation ; autrement, dit je trouve que c'est beaucoup* ». Il souligne en plus que :

« *Les médicaments prescrits, il y en a eu en perfusion comme en comprimés actuellement* ».

6.5.2 De la nature et de l'accessibilité financière aux examens réalisés au cours de la maladie hypertensive

De la nature des examens réalisés, dans leurs discours :

- Huit évoquent avoir réalisé des examens de sang ;
- Quatre évoquent avoir réalisé des examens de radiologie ;
- cinq évoquent avoir réalisé une échographie ;

- deux évoquent avoir réalisé un scanner ;
- deux évoquent avoir réalisé l'INR.

En effet, dans leurs discours, les patients font ressortir plusieurs types d'examens réalisés, les difficultés quant à la réalisation, la subvention de certains examens faits à l'interne et émettent des suggestions. Ainsi, le patient (MT) dit : « *Pour les examens, on a fait tout : On a fait les examens du cœur (échographie).jusqu'aux examens de sang ; ma fille ici assise doit aller prendre des résultats d'examens récemment faits au laboratoire* ».

De l'accessibilité financière des examens, presque tous les patients évoquent des difficultés dans leurs discours ; ils sont, pour la plupart des examens, inaccessibles : Ainsi, nous souligne le patient (MO :

« *Pour les examens, avec les fiches d'hospitalisations, il y a un rabais. Mais, hein hein hein, (sourire avec grincement de dent), ça dépend du type d'examen. Si vous rentrez dans les imageries, franchement, c'est cher ; alors que, avec nos maux, ça ne demande que ça* ».

il ajoute :

« *On va vous demander une échographie, une radio, le scanner, etc.. Pour le coût de l'écho, ça dépend de où vous l'avez fait. J'ai pris le bulletin, mais je n'ai pas encore fait* ».

6.6 Conseils éducationnels reçus et cités par les interviewés

En demandant aux interviewés de parler des conseils éducatifs reçus, il ressort des entretiens que les conseils sont d'ordre hygiéno-diététiques :

En effet :

- Sept patients ont retenu comme conseil et cité dans leurs discours la diminution voire la suppression du sel dans l'alimentation ;
- cinq patients ont retenu comme conseil et cité dans leurs discours la diminution voire la suppression de l'alcool ou du thé ;
- deux patients ont retenu comme conseil et cité dans leurs discours l'interdiction de faire des efforts physiques intenses ;
- deux patients ont retenu comme conseil et cité dans leurs discours la prescription des efforts physiques modérés ;
- six patients ont retenu comme conseil et cité dans leurs discours respect des prescriptions médicales.

Ainsi, il se dégage que la quasi-totalité **des patients a retenu les conseils relatifs à la diminution / suppression du sel dans l'alimentation**. Cependant, en substitution, **certains interviewés propose d'autres « sels' dits tolérés »** : ainsi, le patient dit : *« On m'a d'abord demandé si je buvais ou si je fumais. On m'a dit de diminuer à consommer le sel. Ce n'est pas facile, mais c'est supportable. Si non que sans sel là, c'est dure. »* ; Il poursuit en disant ceci : *« J'ai compris dit qu'il y a du sel en pharmacie ! Si on prend ce sel, sa passe. S'il n'y a pas le sel en pharmacie, il y a aussi le sel africain, gros comme un caillou, avec ça, ça passe »*'.

Le patient veut parler du sel gemme lorsqu'il parle du sel africain; C'est alors que nous exclamons en lui demandant les preuves de ce qu'il avance. Là il continue en ces mots : *« ce sont nos parents qui nous ont dit cela »*.

6.7 L'observance thérapeutique

Il ressort des entretiens que nous avons eus avec les patients, que tous les patients avaient observé une rupture thérapeutique, ce qui a engendré leurs complications et admission au service de cardiologie. La quasi-totalité des patients attribuent cette rupture au manque de moyens financiers. La mauvaise observance thérapeutique a été la principale cause de l'hospitalisation. Nous avons recueilli les opinions des patients eux-mes, sur ce pourquoi, ils n'observent pas les conseils thérapeutiques.

Voici quelques témoignages : En effet, le patient (MT) nous confie à ce sujet : « *J'ai fait des examens et j'ai été suivi au CMA de Pissy, au Centre Médical Saint Camille mais pas confié à un médecin fixe ou du reste avec le manque de ressources financières* » et renchérit en disant ceci : « *Le suivi a été très irrégulier. Les soins sont une question d'argent alors que je n'en ai pas ; On m'avait prescrit beaucoup de médicaments, que ce soit à Centre médical Source de vie ou à Saint Camille* ».

La contrainte financière et la disponibilité des soins, semble dans cet témoignage, une non observance au suivi du traitement. Par contre, nous avons rencontré, ce patient, intellectuel et disposant d'assez de moyens financiers, chez qui « curieusement », on constate des ruptures thérapeutiques. Il justifiera par le fait qu'il estime que « *tout mon sang est empoisonné de médicaments, il est même dilué et je crains les effets secondaires* ». La barrière financière, ne semble pas alors, constituer un obstacle à l'observance thérapeutique. Aussi, lors des interviews, les patients nous ont confié qu'ils leur est très difficile de prendre leur traitement à l'heure habituelle ; ils prennent toujours soit en retard, ce qu'ils attribuent comme 'moindre mal' ou carrément ils oubli de prendre. Enfin, certains patients estiment qu'ils ont beaucoup de médicaments à prendre ; la plupart des patients développent des cardiopathies hypertensives et leur traitement ne se résume pas aux médicaments hypertenseurs.

En résumé, il ressort donc du verbatim, d'autres causes qui sous-tendent les ruptures :

- Les patients font la ronde des médecins, parcourent plusieurs centres de santé, pensant trouver une solution miracle à leur maladie.
- Les patients ne se confient pas à un médecin fixe pour le suivi.
- Les patients trouvent beaucoup les médicaments qui leur sont prescrits.
- Les patients trouvent que les médicaments sont des poisons pour l'organisme.

6.8 Observation des pratiques professionnelles

Nous avons dans le cadre d'une triangulation, pour faire une comparaison entre les déclarations des patients et notre observation personnelle de la pratique professionnelle, noté les constats suivants ;

- De la prise en charge des patients hypertendus :

En rappel, la prise en charge du patient hypertendu se fait selon deux (2) volets : le traitement pharmacologique et l'éducation thérapeutique. Dans le cadre de la présente étude, notre objectif était d'évaluer l'éducation thérapeutique : est-ce qu'elle se fait dans le service de cardiologie du CHU-Yalgado OUEDRAOGO, par quels acteurs et comment.

Durant notre séjour dans le service, nous n'avons pas assisté à des séances d'éducatives formelles, spécifiques, isolés, faites à l'endroit des patients comme le recommandent certaines stratégies. (Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé, 2000). L'éducation thérapeutique du patient devrait permettre aux patients d'acquérir et de conserver les capacités et Compétences qui les aident à vivre de manière optimale leur vie avec leur maladie. Il s'agit, par conséquent, d'un « Processus permanent, intégré dans les soins, et centré sur le patient ». (Nicolas Postel-Vinay, 2000)

Les conseils thérapeutiques sont justes donnés au cours des visites ce qui ne favorisent pas l'appropriation par les malades. L'éducation thérapeutique, que nous attendions, devrait comprendre un ensemble d'activités y compris le soutien psychosocial conçu pour rendre les patients informés de leurs maladies, des soins, de l'organisation du service et des procédures hospitalières. Certains professionnels de santé affirment qu'ils font l'éducation thérapeutique et trouvent que c'est une très bonne chose, mais en observant, on se rend compte qu'il s'agit des conseils donnés aux patients de manière individuelle, très isolée. Le personnel infirmier devrait jouer un rôle capital dans la réalisation de cette activité qui devrait permettre au patient d'accepter sa maladie, de suivre rigoureusement les prescriptions et d'éviter les rechutes. Certains infirmiers vont jusqu'à ignorer qu'il s'agit de leur rôle. Ainsi, en leur posant la question, de pourquoi, ils ne réalisent pas l'éducation thérapeutique, un professionnel

nous déclare tout simplement, comme s'il ignorait que cela relève de sa prérogative, que : « Le personnel infirmier n'est pas impliqué ».

- De la relation soignant-soigné et de l'empathie aux patients

La qualité de la relation soignant-soigné est essentielle pour garantir au patient un suivi de sa maladie ; l'équipe soignante en est consciente. La plupart des patients interviewés disent être satisfaits de leur relation avec le personnel ; cependant, du fait de leur séjour en milieu hospitalier, certaines déclarations sont faites par complaisance ou peur malgré le fait que l'enquêteur ait garanti la confidentialité des informations collectées.

L'étude révèle que le personnel infirmier n'identifie pas les besoins fondamentaux perturbés chez les patients ; il n'existe de dossier de soin du patient, ni de plan de soins. Les besoins des patients sont de ce fait non satisfaits. L'intimité des patients est à peine respectée. Il n'existe pas d'isoloir ou de sanitaires pour les malades lorsque ceux-ci veulent faire leur besoin (uriner, déféquer).

Il y a peu de l'empathie vers les malades. En effet, les professionnels de santé ne prennent pas suffisamment le temps pour aider le malade et à accepter sa maladie. Les activités curatives de soins prennent le pas sur les activités d'éducation du malade. On constate fort heureusement que les patients bénéficient d'un soutien de sa famille mais seulement la dynamique familiale est fonction de chaque patient.

CHAPITRE VII: LA DISCUSSION ET SYNTHÈSE DES RESULTATS

7.1 Discussion des résultats

7.1.1 Les caractéristiques sociodémographiques

a) caractéristiques selon le sexe

- ✓ En rappel, l'étude a concerné huit (8) patients hypertendus. Selon le profil des participants, la majorité des participants est de sexe masculin (5/8), soit plus de 60%. Ces résultats corroborent avec la plupart des études dont celle de *Anne-Marie Leclerc, A.-M. (2013)* qui déclare que « *Les hommes sont moins observants* ».

En effet, les hommes sont plus exposés aux facteurs de risque : consommation d'alcool, de tabac, de thé et fréquentent moins les structures sanitaires que les femmes ; ce qui fait des hommes moins observants que les femmes.

b) caractéristiques selon l'âge

L'âge moyen des participants est de 50 ans avec des extrêmes allant de 33 à 60 ans.

En effet, l'incidence de l'HTA augmente avec l'âge, atteignant une personne sur eux après l'âge de soixante-cinq (65) ans. (Anne-Marie Leclerc, 2013, p. 6).

On constate que, plus on avance en âge, et moins la mémoire est bonne, ce qui fait qu'on devient moins observant. Ces résultats corroborent ceux de Zabsonré qui attestent que les cardiopathies et notamment le facteur de risque qu'est l'HTA surviennent chez le sujet autour de 40-60 ans.

c) caractéristiques selon le revenu

Dans notre étude, (3/8) des patients a un revenu mensuel inférieur à 50 000 FCFA et aucun ne bénéficie d'une prise en charge maladie. On comprend alors que *la majorité des patients n'arrivent pas à se procurer les médicaments parce que leurs revenus ne leur permettent. Cela se comprend aussi dans la mesure où la plupart des patients ne disposent pas d'assurance maladie et doivent tout se prendre en charge.*

7.1.2 Discussion des résultats selon l'accessibilité financière aux médicaments

Les résultats de l'enquête montrent que la quasi-totalité des participants à l'étude éprouvent des difficultés pour acquérir les médicaments et les différents examens. Cela est liée au fait que la plupart des patients n'ont pas un revenu mensuel qui leur permettent d'acquérir les soins. Ils vivent dans une pauvreté souvent extrême et dépendent d'un tiers pour les soins. Ces résultats corroborent avec la plupart des études explicatives de la non observance ; cependant, la singularité de notre étude, montre qu'il y a aussi des patients, qui, bien que pouvant se procurer les médicaments, refusent à un moment donné, parce qu'ils estiment que leur sang est emprisonné, est devenu du médicament.

7.1.3 Discussion des résultats selon le motif d'hospitalisation évoquée

Il y a beaucoup d'idées préconçues qui sont faites autour la maladie hypertensive. Les patients accordent peu d'attention à l'HTA isolé ; ils prennent au sérieux leurs maladies que lorsque surviennent certaines complications. La complication la plus redoutée étant l'AVC où ils trouvent que c'est une personne à moitié morte. Presque la totalité des patients ont évoqués comme motif d'hospitalisation, autre que l'HTA. Les motifs évoqués sont proches des complications hypertensives dans lesquels ils vivent et qui ont occasionné leur admission.

7.1.4 Discussion des résultats selon les conseils éducationnels reçus

Les patients ont reçus quelques conseils du personnel soignant et qu'ils ont retenu. L'un des conseils le plus retenu est le régime peu sodé mais certains patients contournent en consommant soit du sel gemme soit du sel iodé en se disant que c'est du sel toléré. Cette situation est aggravée du fait qu'il y a peu ou presque pas de séances d'éducation thérapeutique à l'endroit des patients. Hypertendus.

7.1.5 Discussion des résultats selon les conditions de séjour à l'hôpital

Les conditions de séjour peuvent être qualifiés de lamentable au CHU Yalgado OUEDRAOGO. Pendant tout le long de notre enquête, aucun brasseur d'air n'était

fonctionnel dans les chambres hors catégories. Les malades, même les plus démunies, étaient obligés de se procurer un ventilateur, pour supporter cette chaleur chaude des mois de Mai. On note par ailleurs, des difficultés de réalisation de certains examens en interne.

7.2 Synthèse des résultats

Au regard de ce qui précède, les principales conclusions auxquelles nous parvenons sont ;

7.2.1 Principales conclusions

1. Les conditions de vie de séjour des patients hypertendus sont difficiles et ne facilitent pas le suivi du traitement : mauvais cadre, absence de brasseurs, de sanitaires, absence de box, absence d'intimité, manque de repos, inaccessibilité financière aux soins et des difficultés de réalisation de certains examens en interne ...
2. Les conditions sociodémographiques, le vécu des patients notamment la précarité sociale, l'insuffisance dans la dynamique familiale, le soutien social et l'inaccessibilité financière aux soins sont des obstacles au suivi du traitement
3. Les patients ont une méconnaissance de l'HTA et ne perçoivent pas suffisamment le risque, du reste, ils le perçoivent qu'au stade complications. Aussi, certaines croyances erronées et représentations sociales fausses de la maladie sont des obstacles au suivi du traitement
4. L'absence de séances d'éducation thérapeutique formelle organisées par le personnel infirmier à l'endroit des patients hypertendus, l'insuffisance des conseils thérapeutiques reçus,
5. L'insuffisance dans la qualité de la relation soigné-soigné marquée par l'insuffisance dans l'empathie, la non satisfaction des besoins du malade et l'insuffisance dans la relations d'aide

Des résultats de cette étude, nous pouvons affirmer que pour réussir dans le traitement de l'hypertension artérielle, il faut tenir compte de la perception du patient et c'est ce que nous avons voulu comprendre à travers cette étude.

Quand on donne l'information au cours du traitement, on pense que le patient a compris le traitement, mais en réalité, dans le cas de l'hypertension artérielle le patient n'a pas compris; soit parce qu'il n'a pas les connaissances nécessaires ou soit parce que l'information est trop technique. Les patients ne comprenaient pas l'information médicale ou certains patients refusaient d'être malades. On s'est rendu compte que, dans notre contexte africain, on peut respecter des prescriptions courtes, mais pour les traitements longs, l'observance pose problème.

L'étude nous a permis alors de tirer les enseignements suivants :

7.2.2 Les principaux enseignements

1^{er} enseignement : La prise en charge du patient hypertendu ne doit pas se résumer en la prescription médicale : il faut insister sur les conseils hygiéno-diététiques ;

2^{eme} enseignement : ce que le patient entend par 'tension' ne veut pas forcément dire hypertension artérielle. Pour lui, que la tension baisse ou que la tension monte, c'est la tension. Il y a des risques que ce type de message soit véhiculé dans la population générale.

3^{eme} enseignement : le traitement traditionnel : les patients sont convaincus que les médicaments sont fabriqués ailleurs alors que nous avons la possibilité qu'acquérir avec la pharmacopée Pourquoi on n'utilise pas la tradithérapie pour les soigner ? Parce qu'ils sont convaincus que la tradithérapie permet de leur guérir très rapidement contrairement aux médicaments occidentaux.

4^{eme} enseignement : La notion de chronicité n'est pas très acceptée par la population générale et en particulier des patients. Les maladies chroniques existent et on doit vivre avec sa maladie. On constitue avec sa maladie chronique, un couple vivant de tous les jours ; on peut vivre à l'aise, sans complication avec sa maladie chronique.

7.2.3 Vérification des propositions théoriques

Ces résultats corroborent avec nos propositions théoriques à savoir que :

1. *Les conditions de séjour déterminent l'observance thérapeutique*
2. *les conditions de vie (soutien social, dynamique familiale, niveau de revenu) déterminent l'observance thérapeutique*
3. *les connaissances, les attitudes et les comportements des patients hypertendus déterminent l'observance thérapeutique*
4. *les conseils reçus à l'hôpital déterminent l'observance thérapeutique*
5. *La qualité de relation soignants-soignés déterminent l'observance thérapeutique*

7.3 Notre apport par rapport aux résultats des études antérieures

La plupart des recherches qui étaient orientées dans le domaine de l'observance, surtout au Burkina Faso, étaient des études quantitatives.

Cette étude qui se veut qualitative vient explorer un domaine dont les conclusions de recherche s'avéraient évidentes. En effet, beaucoup sont ces thèses qui, en première hypothèse, donne comme justificatif au manque de l'observance, l'inaccessibilité financière. Certes, si cette hypothèse est vérifiée pour le plus grand nombre de malades, elles ne permettent pas de comprendre que même les patients financièrement 'assis' soient non observant. Cette recherche a permis de comprendre que même des intellectuelles, sur la base d'une notice, refusent d'observer le traitement tel que le médecin préconise, parce qu'ils ont peur des effets secondaires. Ce travail permet de savoir que certaines personnes refusent de prendre les médicaments, parce qu'elles trouvent qu'elles sont une charge pour leurs enfants ou que pour elles, c'est une honte d'aller demander.

Ce travail permet de comprendre que les patients n'ont pas de médecin fixe et qu'ils font la ronde de structures en structures. Le patient 'MT' nous dira que : « J'ai fait des examens et j'ai été suivi au CMA de Pissy, au Centre Médical Saint Camille mais pas confié à un médecin fixe ou du reste avec le manque de ressources financières, le suivi a été très irrégulier »

Pour ce qui est de certaines caractéristiques sociodémographiques, pour ce qui est du sexe, les hommes semblent le plus non observant. Ce résultat même si ils sont en accord avec les études menées par (ANNE-MARIE LECLERC, 2013) où elle trouve que les hommes sont moins observant que les femmes.

Pour l'âge, nos participants étaient de la moyenne d'âge 50 ans. C'est autour de cet âge, en effet, que se développent la plupart des maladies non transmissibles dont l'hypertension artérielle. Notre étude a mis en exergue l'insuffisance dans l'accueil, l'empathie, la relation d'aide et dans la communication à l'endroit des patients hypertendus. Il n'existe pas de séances d'éducation formelles faites en destination des malades hypertendus, d'où notre recommandation forte de mettre en place un modèle de soin centré sur le patient qui accorde une place importante à l'éducation

thérapeutique du patient hypertendu afin d'améliorer le suivi des prescriptions à l'hôpital et plus tard à domicile.

7.4 Limites de l'étude

La taille de l'échantillon soit huit (8) patients peut être jugée faible ; ce qui, comme toute étude qualitative, ne permet pas la généralisation des résultats de l'étude. Nous n'avons pas atteint l'échantillon théorique (12) des patients car à un moment donné, nous estimions avoir atteint la saturation du fait des mêmes informations qui revenaient. Une étude quantitative, prenant en compte les perceptions des professionnels de santé sur le sujet peut être nécessaires et complémentaire à la présente.

Le recrutement des participants s'est fait de manière raisonnée ce qui expose l'étude à un biais de sélection.

CHAPITRE VIII: SUGGESTIONS ET RECOMMANDATIONS

Au regard des résultats de l'étude, nous faisons les suggestions suivantes :

8.2 À l'endroit des professionnels de santé

- Assurer la sensibilisation à large échelle sur l'HTA, ses facteurs de risques, ses complications et sa prévention
- Prendre en compte le statut socioéconomique du patient dans la délivrance de l'ordonnance médicale.
- Assurer l'éducation thérapeutique aux patients par l'organisation des séances spécifiques.;

8.3 À l'endroit des patients

- S'informer sur leurs pathologies : être ouvert avec son médecin traitant et Informer le personnel médical en cas de difficulté de ravitaillement liées aux ressources financières
- Respecter les prescriptions médicamenteuses et non médicamenteuses
- Respecter les rendez-vous de contrôle et de réalisation des bilans
- Créer une association ou un cadre de concertation afin de se pencher sur le problème de l'hypertension artérielle.

8.4 À l'endroit du système de santé

- Permettre la réalisation des bilans HTA dans sa totalité au CHU-YO
- Doter le service de matériel adéquat de façon pérenne (moniteurs ECG, sondes d'ETO)
- Assurer la couverture maladie universelle
- Améliorer la disponibilité des médicaments antihypertenseurs et si possible leur subvention par l'Etat pour aider les patients ou en réduisant le cout des molécules utilisées ans la prise en charge
- Introduire le volet éducation thérapeutique dans les projets d'établissements des hôpitaux.
- Introduire le volet éducation thérapeutique dans les programmes de formation initiale et continue du personnel soignant (médecins, infirmiers).

- Organiser une enquête nationale pour déterminer la prévalence exacte de l'hypertension artérielle.

8.5 À l'entourage et à la communauté :

- S'impliquer dans la prise en charge des patients (financièrement, soutien psychologique).
- Renforcer la dynamique familiale autour des patients hypertendus.

CONCLUSION

Au regard de cette étude, ils se dégagent un certain nombre de résultats :

- Les conditions de séjour des patients hypertendus au service de cardiologie du CHU-YO. sont des plus difficiles et cela ne favorisent pas la qualité des soins : salles non confortables, absence de box, absence d'intimité, manque de repos pour les malades, difficultés de réalisation de certains examens en interne, manque de moyens financiers prolongeant le séjour. La maladie chronique est mal perçue par le patient du fait que le traitement est à vie et les mesures hygiéno-diététiques difficiles à suivre dans un contexte de pauvreté et d'absence de couverture maladie universelle. La quasi-totalité des patients hypertendus ont connu une rupture thérapeutique qui a occasionné des complications hypertensives et leur admission à l'hôpital ; Il n'existe pratiquement pas de séances d'éducation thérapeutique formelles faites à l'endroit des patients hospitalisés. Un état de fait qui ne favorise pas l'appropriation des conseils thérapeutiques partiels et partiels reçus au cours de la visite médicale.
- Les relations soignants-soignés sont marquées par le mauvais accueil, l'absence d'empathie, peu de relation d'aide et une insuffisance dans la communication centrée sur le patient.

Ainsi, les perceptions individuelles des patients, les conditions de vie et de séjour, le niveau de connaissances, leurs attitudes, leurs représentations de la maladie hypertensive, l'insuffisance des conseils éducatifs reçus à l'hôpital, les pratiques professionnels, la relation soignants-soignés déterminent la non observance thérapeutique ou le non suivi de l'ordonnance et confirment ainsi nos propositions théoriques.

L'HTA apparaît comme un fardeau qui pèse sur l'ensemble des patients et d'une manière générale sur l'ensemble du système de santé. Le modèle actuel de soin au patient ne favorise pas l'appropriation des conseils reçus. Nous proposons de ce fait un modèle de soin centré sur le patient qui accorde une place importante à l'éducation thérapeutique du patient hypertendu qui améliore le suivi des prescriptions à l'hôpital et plus tard à domicile..

BIBLIOGRAPHIE

- Adam-Vézina, E. (2010).** Projet de recherche sur l'observance: Analyse des savoirs, rapport.
- Agence Nationale d'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (2000).** Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. rapport.
- Anne-Marie Leclerc, A.-M. (2013).** L'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle.
- Bandura, A. (1993).** La théorie sociale cognitive.
- Baudrant-Boga, M. (2012).** Penser autrement l'observance médicamenteuse : d'une posture injonctive à une alliance thérapeutique entre le patient et le soignant – Concepts et déterminants. *Annales Pharmaceutiques Françaises*, 70(1), 15-25.
- Bouda, C. (2013).** Etude de l'observance thérapeutique des malades suivis en ambulatoire.
- CHU-YO, BF. (2017).** Missions du Centre Hospitalier Yalgado Ouédraogo (CHUYO). Repéré à chuyobf.org
- Cisse, M. (1998).** Morbidité hypertensive dans les services de médecine interne et de cardiologie du centre hospitalier national yalgado Ouédraogo (CHU· YO). université de ouagadougou; mémoire
- Creswell, J. W. (2009).** Research design: qualitative, quantitative, and mixed methods approaches (3rd ed). Thousand Oaks, Calif : Sage Publications.
- Doulougou, B. (2015).** Hypertension artérielle dans la population adulte du Burkina Faso: prévalence, détection, traitement et contrôle. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12306>
- Doulougou, B. (2015).** Hypertension artérielle dans la population adulte du Burkina Faso: prévalence, détection, traitement et contrôle. Repéré à <https://papyrus.bib.umontreal.ca/xmlui/handle/1866/12306>
- Fortin, M.-F., & Gagnon, J. (2016).** *Fondements et étapes du processus de recherche: méthodes quantitatives et qualitatives*. Houle, J. (2011). *Approche socio-cognitive en réadaptation cardiaque: effets sur l'observance à l'activité physique, les facteurs de risque et la qualité de vie*. Citeseer. Repéré à
- INSD. (2003).** Burkina Faso: La pauvreté en 2003. Rapport
- Le dico des définitions. (2011). Définition de la perception. Repéré à <http://detectportal.firefox.com/success.txt>
- Manson A. (2013).** L'alliance thérapeutique dans les soins à domicile de longue durée. Repéré à <http://www.infirmiers.com/pdf/tfe-amandine-manson-salome-rauxet.pdf>

Ministère de la santé – Burkina Faso, Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles. (2013). Plan Stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 2014-2018.pdf.

Nana N. Gustave. (2014). Facteurs socioéconomiques associés à l’usage des médicaments psychotropes.

Niakara, A. et all. (2003). Connaissances d’une population urbaine sur l’hypertension artérielle. *Bull Soc Pathol Exot*, 96(3), 219–222.

Nicolas Postel-Vinay. (2000). Education des patients hypertendus, rapport.

OMS. (2017). OMS | Questions-réponses l’hypertension artérielle. *WHO*. Repéré à <http://www.who.int/features/qa/82/fr/index.html>

Zapsonre P. et all (2002). Connaissance et perception des facteurs de risque cardiovasculaire en Afrique subsaharienne
Identification and perception of cardiovascular risk factors in Burkina Faso
. *Archives des maladies du coeur et des vaisseaux*, 95(1), 23-28.

Pires, A. (1997). Échantillonnage et recherche qualitative: essai théorique et méthodologique. *La recherche qualitative. Enjeux épistémologiques et méthodologiques*, 113–169.

Poupart, J. et all. (1997). *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal : Morin.

Rapport d’enquête STEP BF. (2013). Enquete nationale sur les principaux facteurs de risque des MNT.

Sarradon-Eck, A., et all. (2008). Approche anthropologique des déterminants de l’observance dans le traitement de l’hypertension artérielle. *Pratiques et Organisation des Soins*, 39(1), 3–12.

Savoie-Zajc, L. (2006). Comment peut-on construire un échantillonnage scientifiquement valide? *Recherches qualitatives*, 99–111.

Sylvie Laflam. (2017). J’ai mal au cœur - insuffisance cardiaque. article

Thiam, Y. (2012). Comprendre le vécu et les ressentis des patients chroniques à la suite d’un [programme] d’éducation thérapeutique en court séjour: le cas des patients cardiovasculaires du CHU Clermont-Ferrand. Université d’Auvergne-Clermont-Ferrand I. Repéré à <https://tel.archives-ouvertes.fr/tel-01165179/>

Yaméogo, A. A. (1997). Etude du profil épidémiologique, clinique et évolutif de l’hypertension artérielle en milieu hospitalier de Bobo-Dioulasso. beep.ird.

Yaméogo N. V. et al. (2013). Facteurs associés à un mauvais contrôle de la pression artérielle chez les hypertendus noirs africains : étude transversale de 456 hypertendus burkinabé.

/data/revues/00033928/v62i1/S0003392812000625/. Repéré à <http://www.em-consulte.com/en/article/788155>

Yaméogo N. V., et al. (2014). Caractéristiques épidémiocliniques de l'hypertension artérielle résistante du sujet noir africain. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie*, 63(2), 83-88. <https://doi.org/10.1016/j.ancard.2014.01.002>

Zerbo, R., et al. (2009). Approche socio-anthropologique de la dynamisation du réseau d'acteurs de prise en charge des malades tuberculeux au Burkina Faso. *Global Health Promotion*, 16(1), 72-80. <https://doi.org/10.1177/1757975908100756>

ANNEXES

1 Note d'information du participant

NOTE D'INFORMATION DU PARTICIPANT

Madame / Monsieur

Dans le cadre de mon mémoire de fin d'études, je voudrais m'entretenir avec vous sur une étude sur le vécu et les perceptions des patients hypertendus admis au service de cardiologie du CHU-Yalgado OUEDRAOGO.

Veillez lire attentivement la fiche d'enquête afin de prendre connaissance des informations qui expliquent cette enquête

Des conditions de participation ?

Vous êtes invité à participer à l'étude. Cette participation est libre et volontaire

Y a-t-il des risques à participer ?

Non ; Il n'y a pas de risque aucune à participer à cette étude. Nous avons juste besoin de vos avis.

Y a-t-il des bénéfices à participer à cette étude ?

Il n'y a pas de bénéfice directe en participant à l'étude, mais nous vous rassurons que votre contribution pourrait apporter un plus à la recherche et à la lutte contre la maladie.

Les déclarations seront-elles confidentielles ?

Oui, vos propos seront tenus confidentiels et ne seront pas divulgués conformément au secret médical.

Si vous avez d'autres questions d'éclaircissements ?

N'hésitez pas à demander des explications sur des informations qui ne sont pas claires. Merci d'avance pour votre contribution. Nous sollicitons votre accord et votre consentement éclairé.

Je reste à votre disposition pour vous donner tout complément d'information que vous jugeriez nécessaire.

Signé : L'enquêteur

.....

.....

2 Formulaire de consentement éclairé

FORMULAIRE DE CONSENTEMENT ECLAIRE

Je soussigné(e),

Madame,

Mademoiselle,

Monsieur

.....

Certifie avoir pris connaissance de la fiche d'enquête sur le vécu et les perceptions des patients hypertendus à la suite d'une réadmission au service de cardiologie du CHU-Yalgado OUEDRAOGO» qui sera réalisé par Mr Ousséni SEBGO, étudiant en Master II sciences infirmières option Management des services et de la sécurité des patients à l'IFRIS /USTA Saaba et sous la direction de Docteur N. Valentin YAMEOGO, Cardiologue, Maitre-Assistant à l'Université OUAGA I Professeur Joseph KI-ZERBO, Directeur de Mémoire et ce, après avoir reçu les explications. Le.....Signature (précédée de la mention "lu et approuvé")

3 Fiche de collecte des données

FICHE DE COLLECTE DES DONNEES : Enquête sur les perceptions des patients hypertendus à la suite d'une admission au CHU-Yalgado OUEDRAOGO et l'observance thérapeutique.

Fiche n°: [.....] ;

Date d'enquête : [.....]

3.1 Recueil des données sociodémographiques

A. RECUEIL DES DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES

- A1. ETAT CIVIL

1) Quel âge avez-vous ? [.....].

2) Sexe : Masculin [.....] ; Féminin [.....].

3) Quelle activité professionnelle exercez-vous ? :

Cultivateur : [.....] ; commerçant : [.....] ; Etudiant : [.....]

Fonctionnaire en activité : [.....] Fonctionnaire à la retraite : [.....]

4) Quelle est votre situation matrimoniale ? :

Célibataire : [.....] ; marié(e) [.....] ; Veuf (ve) : [.....] ; concubinage : [.....] ; divorcé(e) : [.....] ; séparé(e) : [.....] ;

5) Sous quel régime matrimonial vivez-vous ? : nombre d'enfants [.....] ;

Monogamie : [.....] ; Polygamie : [.....] Nombre d'épouses : [.....]. Nombre de coépouses : [.....]

- 6) Vous êtes de quelle confession religieuse ? Musulmane [....] :
Chrétienne [....].Animiste [....].
- 7) Quel est votre niveau de scolarisation ? :
Sans niveau ; [....] ; Primaire: [....] ; Secondaire: [....] Supérieur: [....].
- 8) Quel est votre niveau de revenu par mois ? :
- Revenu mensuel personnel : [.....] ;Revenu mensuel du ménage : [.....] ;
 - Revenu par rapport au SMIG X * SMIG
- 9) Qui prend en charge vos soins ?
- Vous-même : [....] ; vos enfants: [....] ; votre conjoint (e) : [....]
 - L'Etat: [....] ; Un service (préciser) : [....]
- 10) Dans quelle ville habitez-vous ?:
- Ouagadougou : [....] , Autres (préciser) : [....]
- A2. ANTECEDENTS
- 11) Est-ce que vous savez que vous souffrez d'une hypertension artérielle (HTA) ?
Oui [] Non [] ; Ne sait pas [] :
- 12) Pouvez-vous nous préciser depuis quand, ça dure ? : Ancienneté en mois : _
- 13) Est-ce que votre HTA est suivie régulièrement ? :
- Oui [] Non [] ; Ne sait pas []
- 14) Existe-t-il des complications ? : Oui [] Non [] ; Ne sait pas []
Si oui, lesquelles ? Depuis combien de temps ? []
- 15) Existe-t-il une HTA familiale ? Oui [] Non [] ; Ne sait pas []
Pouvez-vous nous préciser le lien de parenté dans le cas d'une HTA familiale

AUTRES FACTEURS DE RISQUE : Nous allons vous demander si vous présentez les facteurs de risques que je vais énumérer.

- 16) DIABETE: Oui [] Non [] ; Ne sait pas []
- 17) TABAGISME : Oui [] Non [] Ancienneté en mois: _
- 18) Consommation d'alcool ; Oui [] ; Non [] ; Ancienneté en mois _
- 19) Obésité : Personnelle [] ; familiale [].
- 20) Hyper uricémie : Oui [] ; Non [] ; Ne sait pas [].

B. ENTRETIENS

3.2 Grille d'entretien avec les patients

B1. GRILLE D'ENTRETIEN AVEC LES PATIENTS

THEME 1 : CONNAISSANCES DE LA MALADIE ET DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX.

1. Pouvez-vous nous parler des raisons de votre hospitalisation ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

2. Pouvez-vous spécifier ces raisons ?

.....
.....
.....
.....
.....

3. Quelles connaissances avez-vous sur votre traitement ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

4. Parlez-moi d'autres soins que vous recevez durant cette hospitalisation ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....

THEME 2 : PERCEPTIONS ET REPRESENTATIONS SOCIALES PAR RAPPORT A LA MALADIE

5. Décrivez-moi les conditions de votre séjour à l'hôpital

.....
.....
.....
.....
.....
.....

6. Quelles appréciations avez-vous de ces conditions sur vos soins ?

.....
.....
.....
.....
.....

7. Quelles sont vos perceptions sur les soins qui sont offerts ?

.....
.....
.....
.....
.....

8. Pouvez-vous nous donner votre appréciation de ces soins ou pouvez-vous nous en dire plus sur ce que vous pensez de ces soins?

.....
.....
.....
.....
.....

THEME 3 : ACCESSIBILITE FINANCIERE AUX MEDICAMENTS ET AUX EXAMENS COMPLEMENTAIRES PRESCRITS

9. Parlez-moi de vos médicaments prescrits : Pouvez-vous en dire plus sur comment vous vous procurez ces médicaments ??

.....
.....
.....
.....
.....

10. Et les examens que vous avez faits, qu'en pensez-vous ?

.....
.....
.....
.....
.....

11. Si vous devez parler de chacun de ces examens que direz-vous ?

.....
.....
.....
.....
.....

**THEME 4 : COMPREHENSION DES CONSEILS EDUCATIFS REÇUS
PENDANT L'HOSPITALISATION**

12. Parlez-moi des conseils qu'on vous a recommandé au regard de votre maladie ?

.....
.....
.....
.....
.....

13. Qu'en pensez-vous ?

.....
.....
.....
.....

.....
.....
.....

THEME 5 : RELATION SOIGNANT-SOIGNE

14. Que pensez-vous des relations entre vous et le(s) soignants parlez-moi de vos attentes par rapport à ces relations ?

.....
.....
.....
.....
.....

15. que pensez-vous des relations entre soignants et soignés en général ?

.....
.....
.....
.....
.....

16. Parlez-moi des effets des relations que les soignants entretiennent avec vous sur la conduite de votre traitement ?

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Merci pour votre contribution et prompt rétablissement à vous !

3.3 Grille d'observation des pratiques professionnelles

C. OBSERVATION

GRILLE D'OBSERVATION DES PRATIQUES PROFESSIONNELLES

Date de la séance d'observation :

Emplacement du site :

Acteurs observés ;

Durée de l'observation :

Eléments observés	observations
Activité informative	
Activité éducative	
Durée des activités	
Contenu des activités	
Que fait le patient	
Que fait l'intervenant	
Echanges intervenant - patient	
Expression des attentes par patient et intervenant	
Attitudes des intervenants	
Attitudes des patients	

Autres

observations :

.....

.....

.....

Notes réflexives de l'observateur :

4 Test d'évaluation de l'observance thérapeutique

Figure : Test d'évaluation de l'observance de Xavier Girerd

Test d'évaluation de l'observance	Oui	Non
1. Ce matin avez-vous oublié de prendre votre médicament ?		
2. Depuis la dernière consultation, avez-vous été en panne de médicament ?		
3. Vous est-il arrivé de prendre votre traitement avec retard par rapport à l'heure habituelle ?		
4. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, votre mémoire vous fait défaut ?		
5. Vous est-il arrivé de ne pas prendre votre traitement parce que certains jours, vous avez l'impression que votre traitement vous fait plus de mal que de bien ?		
6. Pensez-vous que vous avez trop de comprimés à prendre ?		
Total des OUI :		
Interprétation du test		
Total des OUI = 0 Bonne observance		
Total des OUI = 1 ou 2 Minime problème d'observance		
Total des OUI \geq 3 Mauvaise observance		

4. Mots clés couramment prononcés par thèmes d'investigation

Domaines d'investigation	Mots clés prononcés
THEME 1 : CONNAISSANCES DE LA MALADIE ET DU TRAITEMENT MEDICAMENTEUX	<ul style="list-style-type: none"> - Mal au cœur - 'Tension' - Alcool - Sel - Mort d'une partie du corps - Médicaments de la tension - comprimés - perfusion - Maux de tête - Énervement - Stress
THEME 2 : PERCEPTIONS ET REPRESENTATIONS SOCIALES PAR RAPPORT A LA MALADIE	<ul style="list-style-type: none"> - grave - tue le corps - Les conditions de séjour - Les ventilos - Nourriture de l'hôpital - soins
THEME 3 : ACCESSIBILITE FINANCIERE AUX MEDICAMENTS ET AUX EXAMENS COMPLEMENTAIRES PRESCRITS	<ul style="list-style-type: none"> - chers - rupture - mes parents - mes enfants - laboratoire - dépenses - écho - radio - scanner - retraité
THEME 4 : COMPREHENSION DES CONSEILS EDUCATIFS REÇUS PENDANT L'HOSPITALISATION	<ul style="list-style-type: none"> - pas d'effort physique - Sel - Alcool - Gout - Docteurs - infirmiers
THEME 5 : RELATION SOIGNANT-SOIGNE	<ul style="list-style-type: none"> - Relation - Ecoute - Aide - conseils

5 Accord du comité d'éthique pour la santé et autorisation d'enquête

MINISTERE DE LA SANTE ----- MINISTERE DES ENSEIGNEMENTS SUPERIEURS, DE LA RECHERCHE SCIENTIFIQUE ET DE L'INNOVATION ----- COMITE D'ETHIQUE POUR LA RECHERCHE EN SANTE	BURKINA FASO ----- Unité – Progrès –Justice
--	---

DELIBERATION N° 2017-6-076

1. TITRE DE LA RECHERCHE
« Perceptions des patients hypertendus admis à l'hôpital et observance thérapeutique :
analyse des déterminants psychosociaux » : Cas du CHU- Yalgado OUEDRAOGO.

2. REFERENCE DU PROTOCOLE
Version d'avril 2017

3. DOCUMENTATION
Protocole de recherche
Reçu de paiement

4. REFERENCE DU DEMANDEUR
Investigateur principal: SEBGO Ousséni

5. SITE DE LA RECHERCHE
Burkina Faso

6. DATE DE LA DELIBERATION
07 juin 2017

7. ELEMENTS EXAMINES

- Conception scientifique et conduite de la recherche ;
- Soins et protection des participants à la recherche ;
- Protection de la confidentialité des données du participant à la recherche ;
- Processus de consentement éclairé ;
- Budget de la recherche ;
- CVs

8. OBSERVATIONS

- améliorer le contenu de la note d'information en intégrant les objectifs de l'étude et la procédure de recrutement des participants.
- la méthodologie ne correspond pas à celle d'une étude qualitative ; de l'avis du comité il s'agira d'une étude mixte de type qualitative et quantitative.



"Votre santé, notre raison d'être"

N° 0639 /MS/SG/CHU-YO/DG

Ouagadougou, le 07 JUIN 2017

Le Directeur Général

A

Monsieur SEBGO Ousséni
Institut de Formation et de la
Recherche Interdisciplinaires en
Santé (IFRIS)
Tél : 70 28 24 46

Objet : Réponse à votre demande d'autorisation
de collecte de données.

Monsieur,

Suite à votre lettre relative à la demande de collecte des données dans le cadre de votre mémoire en Master de recherche en Sciences Infirmières Option Management des services et de la sécurité des patients dont le thème est « **Perceptions des patients hypertendus admis à l'hôpital et observance thérapeutique** » : Analyse des déterminants psychosociaux, je donne mon accord pour ladite demande.

Veillez recevoir, **Monsieur**, l'assurance de mes salutations distinguées.

B. Robert SANGARE
Officier de l'Ordre national

