

UNIVERSITE DE STRASBOURG
FACULTE DE MEDECINE DE STRASBOURG

ANNEE : 2020

N° : 44

THESE

PRESENTEE POUR LE DIPLOME DE
DOCTEUR EN MEDECINE

Diplôme d'État
Mention Médecine Générale

PAR

ARMBRUSTER Kathia

Née le 3 septembre 1991 à Sélestat

Les déterminants de l'observance des règles hygiéno-diététiques
dans le traitement de l'hypertension artérielle

Président du jury : Pr Thomas VOGEL

Directeur de thèse : Dr Michel MANTO



1
FACULTÉ DE MÉDECINE
(U.F.R. des Sciences Médicales)

- **Président de l'Université** M. DENEKEN Michel
- **Doyen de la Faculté** M. SIBILIA Jean
- **Assesseur du Doyen (13.01.10 et 08.02.11)** M. GOICHOT Bernard
- **Doyens honoraires :** (1976-1983) M. DORNER Marc
- (1983-1989) M. MANTZ Jean-Marie
- (1989-1994) M. VINCENDON Guy
- (1994-2001) M. GERLINGER Pierre
- (3.10.01-7.02.11) M. LUCES Bertrand
- **Chargé de mission auprès du Doyen** M. VICENTE Gilbert
- **Responsable Administratif** M. LE REST François

Edition MARS 2018
Année universitaire 2017-2018

**HOPITAUX UNIVERSITAIRES
DE STRASBOURG (HUS)**

Directeur général :
M. GAUTIER Christophe



A1 - PROFESSEUR TITULAIRE DU COLLEGE DE FRANCE

MANDEL Jean-Louis Chaire "Génétique humaine" (à compter du 01.11.2003)

A2 - MEMBRE SENIOR A L'INSTITUT UNIVERSITAIRE DE FRANCE (I.U.F.)

BAHRAM Séiamak Immunologie biologique (01.10.2013 au 31.09.2018)
DOLLFUS Héléne Génétique clinique (01.10.2014 au 31.09.2019)

A3 - PROFESSEUR(E)S DES UNIVERSITÉS - PRATICIENS HOSPITALIERS (PU-PH)

PO191

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
ADAM Philippe P0001	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
AKLADIOS Cherif P0191	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique/ HP	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
ANDRES Emmanuel P0002	NRP6 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques / HC	53.01 Option : médecine Interne
ANHEIM Mathieu P0003	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou-CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
ARNAUD Laurent P0186	NRP6 NCS	• Pôle MIRNED - Service de Rhumatologie / Hôpital de Hautepierre	50.01 Rhumatologie
BACHELLIER Philippe P0004	RP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Serv. de chirurgie générale, hépatique et endocrinienne et Transplantation / HP	53.02 Chirurgie générale
BAHRAM Seiamak P0005	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil Institut d'Hématologie et d'Immunologie / Hôpital Civil / Faculté	47.03 Immunologie (option biologique)
BALDAUF Jean-Jacques P0006	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale Option : Gynécologie-Obstétrique
BAUMERT Thomas P0007	NRP6 CU	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Unité d'Hépatologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / NHC	52.01 Gastro-entérologie ; hépatologie Option : hépatologie
Mme BEAU-FALLER Michèle M0007 / P0170	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire (option biologique)
BEAUJEU Rémy P0008	NRP6 Resp	• Pôle d'Imagerie - CME / Activités transversales • Unité de Neuroradiologie interventionnelle / Hôpital de Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
BECMEUR François P0009	RP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile
BERNA Fabrice P0192	NRP6 NCS	• Pôle de Psychiatrie, Santé mentale et Addictologie - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes ; Addictologie Option : Psychiatrie d'Adultes
BERTSCHY Gilles P0013	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie II / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
BIERRY Guillaume P0178	NRP6 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie II - Neuroradiologie-imagerie ostéoarticulaire-Pédiatrie / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et Imagerie médicale (option clinique)
BILBAULT Pascal P0014	NRP6 CS	• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service des Urgences médico-chirurgicales Adultes / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation ; Médecine d'urgence Option : médecine d'urgence
BODIN Frédéric P0187	NRP6 NCS	• Pôle de Chirurgie Maxillo-faciale, morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Chirurgie Plastique, Reconstructrice et Esthétique ; Brûlologie
Mme BOEHM-BURGER Nelly P0016	NCS	• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
BONNOMET François P0017	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie orthopédique et de Traumatologie / HP	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
BOURCIER Tristan P0018	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophthalmologie / SMO - Service d'Ophthalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
BOURGIN Patrice P0020	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme BRIGAND Cécile P0022	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NHC = Nouvel Hôpital Civil HC = Hôpital Civil HP = Hôpital de Hautepierre PTM = Plateau technique de microbiologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
BRUANT-RODIER Catherine P0023	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / Hôpital Civil	50.04 Option : chirurgie plastique, reconstructrice et esthétique
Mme CAILLARD-OHLMANN Sophie P0171	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales-Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie-Transplantation / NHC	52.03 Néphrologie
CANDOLFI Emanno P0025	RP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
CASTELAIN Vincent P0027	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital Hautepierre	48.02 Réanimation
CHAKFE Nabîl P0029	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire / Option : chirurgie vasculaire
CHARLES Yann-Philippe M0113 / P0172	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Chirurgie B / HC	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme CHARLOUX Anne P0028	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
Mme CHARPIOT Anne P0030	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
CHAUVIN Michel P0040	NRP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
CHELLY Jameledine P0173	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
Mme CHENARD-NEU Marie- Pierre P0041	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Hautepierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques (option biologique)
CLAVERT Philippe P0044	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service d'Orthopédie / CCOM d'Ilkirch	42.01 Anatomie (option clinique, orthopédie traumatologique)
COLLANGE Olivier P0193	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence (option Anesthésiologie-Réanimation - Type clinique)
CRIBIER Bernard P0045	NRP6 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Demato-Vénérologie
DANION Jean-Marie P0046	NRP6 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie 1 / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
Mme DANION-GRILLIAT Anne P0047 (1) (6)	S/nb Cons	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service Psychothérapeutique pour Enfants et Adolescents / HC et Hôpital de l'Elsau	49.04 Pédopsychiatrie
de BLAY de GAIX Frédéric P0048	RP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
DEBRY Christian P0049	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
de SEZE Jérôme P0057	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
DIEMUNSCH Pierre P0051	RP6 CS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie-Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
Mme DOLLFUS-WALTMANN Hélène P0054	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Génétique Médicale / Hôpital de Hautepierre	47.04 Génétique (type clinique)
DUCLOS Bernard P0055	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
DUFOUR Patrick (5) (7) P0056	S/nb Cons	• Centre Régional de Lutte contre le cancer Paul Strauss (convention)	47.02 Option : Cancérologie clinique
EHLINGER Matthieu P0188	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Service de Chirurgie Orthopédique et de Traumatologie/Hôpital de Hautepierre	50.02 Chirurgie Orthopédique et Traumatologique
Mme ENTZ-WERLE Natacha P0059	NRP6 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme FACCA Sybille P0179	NRP6 NCS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de la Main et des Nerfs périphériques / CCOM Ilkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme FAFI-KREMER Samira P0060	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire (Institut) de Virologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène Hospitalière Option Bactériologie-Virologie biologique
FALCOZ Pierre-Emmanuel P0052	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
GANGI Afshin P0062	RP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie A interventionnelle / Nouvel Hôpital Civil	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
GAUCHER David P0063	NRP6 NCS	• Pôle des Spécialités Médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
GENY Bernard P0064	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
GICQUEL Philippe P0065	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Pédiatrique / Hôpital Hautepierre	54.02 Chirurgie infantile

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
GOICHOT Bernard P0066	RP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et de nutrition / HP	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
Mme GONZALEZ Maria P0067	NRP0 CS	• Pôle de Santé publique et santé au travail - Service de Pathologie Professionnelle et Médecine du Travail / HC	46.02 Médecine et santé au travail Travail
GOTTENBERG Jacques-Eric P0068	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
GRUCKER Daniel (1) P0069	S/nb	• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes in vitro / NHC - Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
HANNEDOUCHE Thierry P0071	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Dialyse / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
HANSMANN Yves P0072	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03 Option : Maladies infectieuses
HERBRECHT Raoul P0074	RP0 NCS	• Pôle d'Oncolo-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôp. Hautepierre	47.01 Hématologie ; Transfusion
HIRSCH Edouard P0075	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
HOCHBERGER Jürgen P0076 (Disponibilité 30.04.18)	NRP0 CU	• Pôle Hépatodigestif de l'Hôpital Civil - Unité de Gastro-Entérologie - Service d'Hépatogastro-Entérologie / Nouvel Hôpital Civil	52.01 Option : Gastro-entérologie
IMPERIALE Alessio P0194	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Hautepierre	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
ISNER-HOROBETI Marie-Eve P0189		• Pôle de l'Appareil Locomoteur - Institut Universitaire de Réadaptation / Clémenceau	49.05 Médecine Physique et Réadaptation
JAULHAC Benoit P0078	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Méd.	45.01 Option : Bactériologie -virologie (biologique)
Mme JEANDIDIER Nathalie P0079	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, diabète et nutrition / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KAHN Jean-Luc P0080	NRP0 CS NCS	• Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine • Pôle de chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, chirurgie maxillo-faciale, morphologie et dermatologie - Serv. de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / FAC - Service de Chirurgie Maxillo-faciale et réparatrice / HC	42.01 Anatomie (option clinique, chirurgie maxillo-faciale et stomatologie)
KALTENBACH Georges P0081	RP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Médecine Interne - Gériatrie / Hôpital de la Robertsau	53.01 Option : gériatrie et biologie du vieillissement
KEMPF Jean-François P0083	RP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main-CCOM / Ilkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
Mme KESSLER Laurence P0084	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service d'Endocrinologie, Diabète, Nutrition et Addictologie / Méd. B / HC	54.04 Endocrinologie, diabète et maladies métaboliques
KESSLER Romain P0085	NRP0 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
KINDO Michel P0195	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
KOPFERSCHMITT Jacques P0086	NRP0 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service d'Urgences médico-chirurgicales adultes/Nouvel Hôpital Civil	48.04 Thérapeutique (option clinique)
Mme KORGANOW Anne-Sophie P0087	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
KREMER Stéphane M0038 / P0174	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service Imagerie 2 - Neuroradio Ostéoarticulaire - Pédiatrie / HP	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
KRETZ Jean Georges (1) (8) P0088	S/nb Cons	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Chirurgie vasculaire ; médecine vasculaire (option chirurgie vasculaire)
KUHN Pierre P0175	NRP0 NCS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Néonatalogie et Réanimation néonatale (Pédiatrie II) / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
KURTZ Jean-Emmanuel P0089	NRP0 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Service d'hématologie et d'Oncologie / Hôpital Hautepierre	47.02 Option : Cancérologie (clinique)
LANG Hervé P0090	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
LANGER Bruno P0091	RP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale ; option gynécologie-Obstétrique
LAUGEL Vincent P0092	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie 1 / Hôpital Hautepierre	54.01 Pédiatrie
LE MINOR Jean-Marie P0190	NRP0 NCS	• Pôle d'Imagerie - Institut d'Anatomie Normale / Faculté de Médecine - Service de Neuroradiologie, d'imagerie Ostéoarticulaire et interventionnelle/ Hôpital de Hautepierre	42.01 Anatomie
LIPSKER Dan P0093	NRP0 NCS	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-vénérologie

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
LIVERNEAUX Philippe P0094	NRP6 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie de la main - CCOM / Illkirch	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
MARESCAUX Christian (5) P0097	NRP6 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
MARK Manuel P0098	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique, Cytologie et Histologie quantitative / Hôpital de Hautepierre	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MARTIN Thierry P0099	NRP6 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne et d'Immunologie Clinique / NHC	47.03 Immunologie (option clinique)
MASSARD Gilbert P0100	NRP6 NCS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Chirurgie Thoracique / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
Mme MATHELIN Carole P0101	NRP6 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Unité de Sénologie - Hôpital Civil	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie Médicale
MAUVIEUX Laurent P0102	NRP6 CS	• Pôle d'Onco-Hématologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Hautepierre - Institut d'Hématologie / Faculté de Médecine	47.01 Hématologie ; Transfusion Option Hématologie Biologique
MAZZUCOTELLI Jean-Philippe P0103	RP6 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie Cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	51.03 Chirurgie thoracique et cardio-vasculaire
MERTES Paul-Michel P0104	NRP6 CS	• Pôle d'Anesthésiologie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation chirurgicale / Nouvel Hôpital Civil	48.01 Option : Anesthésiologie-Réanimation (type mixte)
MEYER Nicolas P0105	NRP6 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil - Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / Hôpital Civil	46.04 Biostatistiques, Informatique Médicale et Technologies de Communication (option biologique)
MEZIANI Ferhat P0106	NRP6 NCS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation Médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
MONASSIER Laurent P0107	NRP6 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Unité de Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
MOREL Olivier P0108	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
MOULIN Bruno P0109	NRP6 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Néphrologie - Transplantation / Nouvel Hôpital Civil	52.03 Néphrologie
MUTTER Didier P0111	RP6 CS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service de Chirurgie Digestive / NHC	52.02 Chirurgie digestive
NAMER Izzie Jacques P0112	NRP6 CS	• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / Hautepierre / NHC	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
NISAND Israël P0113	NRP6 CS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; gynécologie médicale: option gynécologie-Obstétrique
NOEL Georges P0114	NCS	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer Paul Strauss (par convention) - Département de radiothérapie	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option Radiothérapie biologique
OHLMANN Patrick P0115	NRP6 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme PAILLARD Catherine P0180	NRP6 CS	• Pôle médico-chirurgicale de Pédiatrie - Service de Pédiatrie III / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
Mme PERRETTA Silvana P0117	NRP6 NCS	• Pôle Hépato-digestif de l'Hôpital Civil - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	52.02 Chirurgie digestive
PESSAUX Patrick P0118	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Urgence, de Chirurgie Générale et Endocrinienne / NHC	53.02 Chirurgie Générale
PETIT Thierry P0119	CDp	• Centre Régional de Lutte Contre le Cancer - Paul Strauss (par convention) - Département de médecine oncologique	47.02 Cancérologie ; Radiothérapie Option : Cancérologie Clinique
POTTECHER Julien P0181	NRP6 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésie et de Réanimation Chirurgicale / Hôpital de Hautepierre	48.01 Anesthésiologie-réanimation ; Médecine d'urgence (option clinique)
PRADIGNAC Alain P0123	NRP6 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine interne et nutrition / HP	44.04 Nutrition
PROUST François P0182	NRP6 CS	• Pôle Tête et Cou - Service de Neurochirurgie / Hôpital de Hautepierre	49.02 Neurochirurgie
Mme QUOIX Elisabeth P0124	NRP6 CS	• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Pneumologie / Nouvel Hôpital Civil	51.01 Pneumologie
Pr RAUL Jean-Sébastien P0125	NRP6 CS	• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et NHC - Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03 Médecine Légale et droit de la santé
REIMUND Jean-Marie P0126	NRP6 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépto-Gastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Option : Gastro-entérologie
Pr RICCI Roméo P0127	NRP6 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
ROHR Serge P0128	NRP6 CS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme ROSSIGNOL-BERNARD Sylvie P0196	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Hautepierre	54.01 Pédiatrie
ROUL Gérard P0129	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Cardiologie / Nouvel Hôpital Civil	51.02 Cardiologie
Mme ROY Catherine P0140	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Serv. d'Imagerie B - Imagerie viscérale et cardio-vasculaire / NHC	43.02 Radiologie et imagerie médicale (opt clinique)
SAUDER Philippe P0142	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02 Réanimation
SAUER Arnaud P0183	NRP0 NCS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
SAULEAU Erik-André P0184	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Laboratoire de Biostatistiques / Hôpital Civil • Biostatistiques et Informatique / Faculté de médecine / HC	46.04 Biostatistiques, Informatique médicale et Technologies de Communication (option biologique)
SAUSSINE Christian P0143	RP0 CS	• Pôle d'Urologie, Morphologie et Dermatologie - Service de Chirurgie Urologique / Nouvel Hôpital Civil	52.04 Urologie
SCHNEIDER Francis P0144	RP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Service de Réanimation médicale / Hôpital de Hautepierre	48.02 Réanimation
Mme SCHRÖDER Carmen P0185	NRP0 CS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie pour Enfants et Adolescents / Hôpital Civil	49.04 Pédopsychiatrie ; Addictologie
SCHULTZ Philippe P0145	NRP0 NCS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Serv. d'Oto-rhino-laryngologie et de Chirurgie cervico-faciale / HP	55.01 Oto-rhino-laryngologie
SERFATY Lawrence P0197	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service d'Hépatogastro-Entérologie et d'Assistance Nutritive / HP	52.01 Gastro-entérologie ; Hépatologie ; Addictologie Option : Hépatologie
SIBILIA Jean P0146	NRP0 CS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital Hautepierre	50.01 Rhumatologie
Mme SPEEG-SCHATZ Claude P0147	RP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service d'Ophtalmologie / Nouvel Hôpital Civil	55.02 Ophtalmologie
Mme STEIB Annick P0148	RP0 NCS	• Pôle d'Anesthésie / Réanimations chirurgicales / SAMU-SMUR - Service d'Anesthésiologie-Réanimation Chirurgicale / NHC	48.01 Anesthésiologie-réanimation (option clinique)
STEIB Jean-Paul P0149	NRP0 CS	• Pôle de l'Appareil locomoteur - Service de Chirurgie du rachis / Hôpital Civil	50.02 Chirurgie orthopédique et traumatologique
STEPHAN Dominique P0150	NRP0 CS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service des Maladies vasculaires - HTA - Pharmacologie clinique / Nouvel Hôpital Civil	51.04 Option : Médecine vasculaire
THAVEAU Fabien P0152	NRP0 NCS	• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie vasculaire et de transplantation rénale / NHC	51.04 Option : Chirurgie vasculaire
Mme TRANCHANT Christine P0153	NRP0 CS	• Pôle Tête et Cou - CETD - Service de Neurologie / Hôpital de Hautepierre	49.01 Neurologie
VEILLON Francis P0155	NRP0 CS	• Pôle d'Imagerie - Service d'Imagerie 1 - Imagerie viscérale, ORL et mammaire / Hôpital Hautepierre	43.02 Radiologie et imagerie médicale (option clinique)
VELTEN Michel P0156	NRP0 NCS	• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Département de Santé Publique / Secteur 3 - Epidémiologie et Economie de la Santé / Hôpital Civil • Laboratoire d'Epidémiologie et de santé publique / HC / Fac de Médecine • Centre de Lutte contre le Cancer Paul Strauss - Serv. Epidémiologie et de biostatistiques	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
VETTER Denis P0157	NRP0 NCS	• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Médecine Interne, Diabète et Maladies métaboliques/HC	52.01 Option : Gastro-entérologie
VIDAILHET Pierre P0158	NRP0 NCS	• Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	49.03 Psychiatrie d'adultes
VIVILLE Stéphane P0159	NRP0 NCS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Pathologies tropicales / Fac. de Médecine	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
VOGEL Thomas P0160	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de soins de suite et réadaptations gériatriques / Hôpital de la Robertsau	51.01 Option : Gériatrie et biologie du vieillissement
WATTIEZ Amaud P0161 (Dispo 31.07.2019)	NRP0 NCS	• Pôle de Gynécologie-Obstétrique - Service de Gynécologie-Obstétrique / Hôpital de Hautepierre	54.03 Gynécologie-Obstétrique ; Gynécologie médicale / Opt Gynécologie-Obstétrique
WEBER Jean-Christophe Pierre P0162	NRP0 CS	• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Médecine Interne / Nouvel Hôpital Civil	53.01 Option : Médecine Interne
WOLF Philippe P0164	NRP0 NCS	• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie Générale et de Transplantations multiorganes / HP - Coordonnateur des activités de prélèvements et transplantations des HU	53.02 Chirurgie générale
Mme WOLFRAM-GABEL (5) Renée P0165	S/nb	• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Morphologie appliquée à la chirurgie et à l'imagerie / Faculté • Institut d'Anatomie Normale / Hôpital Civil	42.01 Anatomie (option biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
----------------	-----	--	--

HC : Hôpital Civil - HP : Hôpital de Haute-pierre - NHC : Nouvel Hôpital Civil
 * : CS (Chef de service) ou NCS (Non Chef de service hospitalier) Cspi : Chef de service par intérim CSp : Chef de service provisoire (un an)
 CU : Chef d'unité fonctionnelle
 Pô : Pôle RPô (Responsable de Pôle) ou NRPô (Non Responsable de Pôle)
 Cons. : Consultanat hospitalier (poursuite des fonctions hospitalières sans chefferie de service) Dir : Directeur
 (1) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2018 (7) Consultant hospitalier (pour un an) éventuellement renouvelable --> 31.08.2017
 (3) (8) Consultant hospitalier (pour une 2ème année) --> 31.08.2017
 (5) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2019 (9) Consultant hospitalier (pour une 3ème année) --> 31.08.2017
 (6) En surnombre universitaire jusqu'au 31.08.2017

A4 - PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES

HABERSETZER François	CS	Pôle Hépato-digestif 4190 Service de Gastro-Entérologie - NHC	52.01 Gastro-Entérologie
----------------------	----	--	--------------------------

MO112 B1 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS (MCU-PH)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités	
AGIN Arnaud M0001		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et Médecine nucléaire
Mme ANTAL Maria Cristina M0003		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Haute-pierre • Faculté de Médecine / Institut d'Histologie	42.02	Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme ANTONI Delphine M0109		• Centre de lutte contre le cancer Paul Strauss	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie
ARGEMI Xavier M0112		• Pôle de Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service des Maladies infectieuses et tropicales / Nouvel Hôpital Civil	45.03	Maladies infectieuses ; Maladies tropicales Option : Maladies infectieuses
Mme BARNIG Cindy M0110		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations Fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
Mme BARTH Heidi M0005 (Dispo → 31.12.2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / Hôpital Civil	45.01	Bactériologie - <u>Virologie</u> (Option biologique)
Mme BIANCALANA Valérie M0008		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic Génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
BLONDET Cytille M0091		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire/Hôpital de Haute-pierre	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
BONNEMAINS Laurent M0099		• Pôle d'activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Chirurgie cardio-vasculaire / Nouvel Hôpital Civil	54.01	Pédiatrie
BOUSIGES Olivier M0092		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
CARAPITO Raphaël M0113		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03	Immunologie
CERALINE Jocelyn M0012		• Pôle d'Oncologie et d'Hématologie - Service d'Oncologie et d'Hématologie / HP	47.02	Cancérologie ; Radiothérapie (option biologique)
CHOQUET Philippe M0014		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
COLLONGUES Nicolas M0016		• Pôle Tête et Cou-CETD - Centre d'Investigation Clinique / NHC et HP	49.01	Neurologie
DALI-YOUCHEF Ahmed Nassim M0017		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et Biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme de MARTINO Sylvie M0018		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Bactériologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01	Bactériologie-virologie Option bactériologie-virologie biologique
Mme DEPIENNE Christel M0100 (Dispo → 15.08.18)	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Cytogénétique / HP	47.04	Génétique
DEVYSS Didier M0019		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
DOLLÉ Pascal M0021		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme ENACHE Irina M0024		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02	Physiologie
FILISSETTI Denis M0025		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Faculté	45.02	Parasitologie et mycologie (option biologique)
FOUCHER Jack M0027		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Psychiatrie et de santé mentale - Service de Psychiatrie I / Hôpital Civil	44.02	Physiologie (option clinique)
GUERIN Eric M0032		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03	Biologie cellulaire (option biologique)
Mme HELMS Julie M0114		• Pôle d'Urgences / Réanimations médicales / CAP - Service de Réanimation médicale / Nouvel Hôpital Civil	48.02	Réanimation ; Médecine d'urgence Option : Réanimation
HUBELE Fabrice M0033		• Pôle d'Imagerie - Service de Biophysique et de Médecine nucléaire / HP et NHC	43.01	Biophysique et médecine nucléaire
Mme JACAMON-FARRUGIA Audrey M0034		• Pôle de Biologie - Service de Médecine Légale, Consultation d'Urgences médico-judiciaires et Laboratoire de Toxicologie / Faculté et HC • Institut de Médecine Légale / Faculté de Médecine	46.03	Médecine Légale et droit de la santé
JEGU Jérémie M0101		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Santé Publique / Hôpital Civil	46.01	Epidémiologie, Economie de la santé et Prévention (option biologique)
JEHL François M0035		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01	Option : Bactériologie-virologie (biologique)
KASTNER Philippe M0089		• Pôle de Biologie - Laboratoire de diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04	Génétique (option biologique)
Mme KEMMEL Véronique M0036		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire
Mme LAMOUR Valérie M0040		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.01	Biochimie et biologie moléculaire

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme LANNES Béatrice M0041		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine • Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
LAVAUX Thomas M0042		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et de Biologie moléculaire / HP	44.03 Biologie cellulaire
LAVIGNE Thierry M0043	CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service d'Hygiène hospitalière et de médecine préventive / PTM et HUS - Equipe opérationnelle d'Hygiène	46.01 Epidémiologie, économie de la santé et prévention (option biologique)
Mme LEJAY Anne M0102		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (Biologique)
LENORMAND Cédric M0103		• Pôle de Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Service de Dermatologie / Hôpital Civil	50.03 Dermato-Vénérologie
LEPILLER Quentin M0104 (Diplo → 31/08/2018)		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Virologie / PTM HUS et Faculté de Médecine	45.01 Bactériologie-Virologie ; Hygiène hospitalière (Biologique)
Mme LETSCHER-BRU Valérie M0045		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
LHERMITTE Benoît M0115		• Pôle de Biologie - Service de Pathologie / Hôpital de Haute-pierre	42.03 Anatomie et cytologie pathologiques
Mme LONSDORFER-WOLF Evelyne M0090		• Institut de Physiologie Appliquée - Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie
LUTZ Jean-Christophe M0046		• Pôle de Chirurgie plastique reconstructrice et esthétique, Chirurgie maxillo-faciale, Morphologie et Dermatologie - Serv. de Chirurgie Maxillo-faciale, plastique reconstructrice et esthétique/HC	55.03 Chirurgie maxillo-faciale et stomatologie
MEYER Alain M0093		• Institut de Physiologie / Faculté de Médecine • Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option biologique)
MIGUET Laurent M0047		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie biologique / Hôpital de Haute-pierre et NHC	44.03 Biologie cellulaire (type mixte : biologique)
Mme MOUTOU Céline ép. GUNTHER M0049	CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic préimplantatoire / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
MULLER Jean M0050		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / Nouvel Hôpital Civil	47.04 Génétique (option biologique)
NOLL Eric M0111		• Pôle d'Anesthésie Réanimation Chirurgicale SAMU-SMUR - Service Anesthésiologie et de Réanimation Chirurgicale - Hôpital Haute-pierre	48.01 Anesthésiologie-Réanimation ; Médecine d'urgence
Mme NOURRY Nathalie M0011		• Pôle de Santé publique et Santé au travail - Service de Pathologie professionnelle et de Médecine du travail - HC	46.02 Médecine et Santé au Travail (option clinique)
PELACCIA Thierry M0051		• Pôle d'Anesthésie / Réanimation chirurgicales / SAMU-SMUR - Service SAMU/SMUR	48.02 Réanimation et anesthésiologie Option : Médecine d'urgences
PENCREACH Erwan M0052		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil	44.01 Biochimie et biologie moléculaire
PFÄFF Alexander M0053		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS	45.02 Parasitologie et mycologie
Mme PITON Amélie M0094		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Diagnostic génétique / NHC	47.04 Génétique (option biologique)
PREVOST Gilles M0057		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
Mme RADOSAVLJEVIC Mirjana M0058		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
Mme REIX Nathalie M0095		• Pôle de Biologie - Labo. d'Explorations fonctionnelles par les isotopes / NHC • Institut de Physique biologique / Faculté de Médecine	43.01 Biophysique et médecine nucléaire
RIEDEL Philippe M0059		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)
ROGUE Patrick (cf. A2) M0060		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biochimie et biologie moléculaire / NHC	44.01 Biochimie et biologie moléculaire (option biologique)
ROMAIN Benoît M0061		• Pôle des Pathologies digestives, hépatiques et de la transplantation - Service de Chirurgie générale et Digestive / HP	53.02 Chirurgie générale
Mme RUPPERT Elisabeth M0106		• Pôle Tête et Cou - Service de Neurologie - Unité de Pathologie du Sommeil / Hôpital Civil	49.01 Neurologie
Mme SABOU Alina M0096		• Pôle de Biologie - Laboratoire de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS • Institut de Parasitologie / Faculté de Médecine	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme SAMAMA Brigitte M0062		• Institut d'Histologie / Faculté de Médecine	42.02 Histologie, Embryologie et Cytogénétique (option biologique)
Mme SCHNEIDER Anne M0107		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie pédiatrique / Hôpital de Haute-pierre	54.02 Chirurgie Infantile
SCHRAMM Frédéric M0068		• Pôle de Biologie - Institut (Laboratoire) de Bactériologie / PTM HUS et Faculté	45.01 Option : Bactériologie-virologie (biologique)

NOM et Prénoms	CS*	Services Hospitaliers ou Institut / Localisation	Sous-section du Conseil National des Universités
Mme SORDET Christelle M0069		• Pôle de Médecine Interne, Rhumatologie, Nutrition, Endocrinologie, Diabétologie (MIRNED) - Service de Rhumatologie / Hôpital de Haute-pierre	50.01 Rhumatologie
TALHA Samy M0070		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et explorations fonctionnelles / NHC	44.02 Physiologie (option clinique)
Mme TALON Isabelle M0039		• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Chirurgie Infantile / Hôpital Haute-pierre	54.02 Chirurgie infantile
TELETIN Marius M0071		• Pôle de Biologie - Service de Biologie de la Reproduction / CMCO Schiltigheim	54.05 Biologie et médecine du développement et de la reproduction (option biologique)
Mme URING-LAMBERT Béatrice M0073		• Institut d'Immunologie / HC • Pôle de Biologie - Laboratoire d'Immunologie biologique / Nouvel Hôpital Civil	47.03 Immunologie (option biologique)
VALLAT Laurent M0074		• Pôle de Biologie - Laboratoire d'Hématologie Biologique - Hôpital de Haute-pierre	Hématologie : Transfusion Option Hématologie Biologique
Mme VILLARD Odile M0076		• Pôle de Biologie - Labo. de Parasitologie et de Mycologie médicale / PTM HUS et Fac	45.02 Parasitologie et mycologie (option biologique)
Mme WOLF Michèle M0010		• Chargé de mission - Administration générale - Direction de la Qualité / Hôpital Civil	48.03 Option : Pharmacologie fondamentale
Mme ZALOSZYC Ariane ép. MARCANTONI M0116		• Pôle Médico-Chirurgical de Pédiatrie - Service de Pédiatrie I / Hôpital de Haute-pierre	54.01 Pédiatrie
ZOLL Joffrey M0077		• Pôle de Pathologie thoracique - Service de Physiologie et d'Explorations fonctionnelles / HC	44.02 Physiologie (option clinique)

B2 - PROFESSEURS DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Pr BONAHO Christian	P0166	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des sciences et des techniques
Mme la Pr RASMUSSEN Anne	P0186	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B3 - MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES (monoappartenant)

Mr KESSEL Nils		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mr LANDRE Lionel		ICUBE-UMR 7357 - Equipe IMIS / Faculté de Médecine	69. Neurosciences
Mme THOMAS Marion		Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques
Mme SCARFONE Marianna	M0082	Département d'Histoire de la Médecine / Faculté de Médecine	72. Epistémologie - Histoire des Sciences et des techniques

B4 - MAITRE DE CONFERENCE DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE

Mme CHAMBE Juliette	M0108	Département de Médecine générale / Faculté de Médecine	53.03 Médecine générale (01.09.15)
---------------------	-------	--	------------------------------------

C - ENSEIGNANTS ASSOCIES DE MEDECINE GENERALE
C1 - PROFESSEURS ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Pr Ass. GRIES Jean-Luc	M0084	Médecine générale (01.09.2017)
Pr Ass. KOPP Michel	P0167	Médecine générale (depuis le 01.09.2001, renouvelé jusqu'au 31.08.2016)
Pr Ass. LEVEQUE Michel	P0168	Médecine générale (depuis le 01.09.2000 ; renouvelé jusqu'au 31.08.2018)

C2 - MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE - TITULAIRE

Dre CHAMBE Juliette	M0108	53.03 Médecine générale (01.09.2015)
---------------------	-------	--------------------------------------

C3 - MAITRES DE CONFERENCES ASSOCIES DES UNIVERSITES DE M. G. (mi-temps)

Dre BERTHOU anne	M0109	Médecine générale (01.09.2015 au 31.08.2018)
Dr BREITWILLER-DUMAS Claire		Médecine générale (01.09.2016 au 31.08.2019)
Dr GUILLOU Philippe	M0089	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr HILD Philippe	M0090	Médecine générale (01.11.2013 au 31.08.2016)
Dr ROUGERIE Fabien	M0097	Médecine générale (01.09.2014 au 31.08.2017)

D - ENSEIGNANTS DE LANGUES ETRANGERES
D1 - PROFESSEUR AGREGE, PRAG et PRCE DE LANGUES

Mme ACKER-KESSLER Pia	M0085	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.03)
Mme CANDAS Peggy	M0086	Professeure agrégée d'Anglais (depuis le 01.09.99)
Mme SIEBENBOUR Marie-Noëlle	M0087	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.11)
Mme JUNGER Nicole	M0088	Professeure certifiée d'Anglais (depuis 01.09.09)
Mme MARTEN Susanne	M0098	Professeure certifiée d'Allemand (depuis 01.09.14)

E - PRATICIENS HOSPITALIERS - CHEFS DE SERVICE NON UNIVERSITAIRES

Dr ASTRUC Dominique	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Serv. de Néonatalogie et de Réanimation néonatale (Pédiatrie 2) / Hôpital de Hautepierre
Dr ASTRUC Dominique (par intérim)	NRP0 CS	• Pôle médico-chirurgical de Pédiatrie - Service de Réanimation pédiatrique spécialisée et de surveillance continue / Hôpital de Hautepierre
Dr CALVEL Laurent	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - Service de Soins Palliatifs / NHC et Hôpital de Hautepierre
Dr DELPLANCQ Hervé	NRP0 CS	- SAMU-SMUR
Dr GARBIN Olivier	CS	- Service de Gynécologie-Obstétrique / CMCO Schiltigheim
Dre GAUGLER Elise	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - UCSA- Centre d'addictologie / Nouvel Hôpital Civil
Dre GERARD Bénédicte	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Département de génétique / Nouvel Hôpital Civil
Mme GOURIEUX Bénédicte	RP0 CS	• Pôle de Pharmacie-pharmacologie - Service de Pharmacie-Stérilisation / Nouvel Hôpital Civil
Dr KARCHER Patrick	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Service de Soins de suite de Longue Durée et d'hébergement gériatrique / EHPAD / Hôpital de la Robertsau
Pr LESSINGER Jean-Marc	NRP0 CS	• Pôle de Biologie - Laboratoire de Biologie et biologie moléculaire / Nouvel Hôpital Civil + Hautepierre
Mme Dre LICHTBLAU Isabelle	NRP0 Resp	• Pôle de Biologie - Laboratoire de biologie de la reproduction / CMCO de Schiltigheim
Mme Dre MARTIN-HUNYADI Catherine	NRP0 CS	• Pôle de Gériatrie - Secteur Evaluation / Hôpital de la Robertsau
Dr NISAND Gabriel	RP0 CS	• Pôle de Santé Publique et Santé au travail - Service de Santé Publique - DIM / Hôpital Civil
Dr REY David	NRP0 CS	• Pôle Spécialités médicales - Ophtalmologie / SMO - «Le trait d'union» - Centre de soins de l'infection par le VIH / Nouvel Hôpital Civil
Dr TCHOMAKOV Dimitar	NRP0 CS	• Pôle Médico-chirurgical de Pédiatrie - Service des Urgences Médico-Chirurgicales pédiatriques - HP
Mme Dre TEBACHER-ALT Martine	NRP0 NCS Resp	• Pôle d'Activité médico-chirurgicale Cardio-vasculaire - Service de Maladies vasculaires et Hypertension - Centre de pharmacovigilance / Nouvel Hôpital Civil
Mme Dre TOURNOUD Christine	NRP0 CS	• Pôle Urgences - Réanimations médicales / Centre antipoison - Centre Antipoison-Toxicovigilance / Nouvel Hôpital Civil

F1 - PROFESSEURS ÉMÉRITES

- o **de droit et à vie** (membre de l'Institut)
 - CHAMBON Pierre (Biochimie et biologie moléculaire)
- o **pour trois ans (1er septembre 2015 au 31 août 2018)**
 - BERTHEL Marc (Gériatrie)
 - BURSZTEJN Claude (Pédo-psychiatrie)
 - HASSELMANN Michel (Réanimation médicale)
 - POTTECHER Thierry (Anesthésie-Réanimation)
- o **pour trois ans (1er septembre 2016 au 31 août 2019)**
 - BOUSQUET Pascal
 - PINGET Michel
- o **pour trois ans (1er septembre 2017 au 31 août 2020)**
 - BELLOCO Jean-Pierre (Anatomie Cytologie pathologique)
 - CHRISTMANN Daniel (Maladies Infectieuses et tropicales)
 - MULLER André (Thérapeutique)

F2 - PROFESSEUR des UNIVERSITES ASSOCIE (mi-temps)

M. SOLER Luc CNU-31 IRCAD (01.09.2009 - 30.09.2012 / renouvelé 01.10.2012-30.09.2015-30.09.2018)

F3 - PROFESSEURS CONVENTIONNÉS* DE L'UNIVERSITE

Dr BRAUN Jean-Jacques	ORL (2012-2013 / 2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr CALVEL Laurent	Soins palliatifs (2016-2017 / 2017-2018)
Pr CHARRON Dominique	Université Paris Diderot (2016-2017)
Mme GUI Yali	(Shaanxi/Chine) (2016-2017)
Mme Dre GRAS-VINCENDON Agnès	Pédopsychiatrie (2013-2014 / 2014-2015 / 2015-2016)
Dr JENNY Jean-Yves	Chirurgie orthopédique (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Mme KIEFFER Brigitte	IGBMC (2014-2015 / 2015-2016 / 2016-2017)
Dr KINTZ Pascal	Médecine Légale (2016-2017 / 2017-2018)
Dr LAND Walter G.	Immunologie (2013-2014 à 2015-2016 / 2016-2017)
Dr LANG Jean-Philippe	Psychiatrie (2015-2016 / 2016-2017)
Dr LECOCQ Jehan	IURC - Clémenceau (2016-2017 / 2017-2018)
Dr REIS Jacques	Neurologie (2017-2018)
Pr REN Guo Sheng	(Chongqing / Chine) / Oncologie (2014-2015 à 2016-2017)
Dr RICCO Jean-Baptiste	CHU Poitiers (2017-2018)
Dr SALVAT Eric	Centre d'Evaluation et de Traitement de la Douleur (2016-2017 / 2017-2018)

(* 4 années au maximum)

G1 - PROFESSEURS HONORAIRES

ADLOFF Michel (Chirurgie digestive) / 01.09.94	KURTZ Daniel (Neurologie) / 01.09.98
BABIN Serge (Orthopédie et Traumatologie) / 01.09.01	LANG Gabriel (Orthopédie et traumatologie) / 01.10.98
BAREISS Pierre (Cardiologie) / 01.09.12	LANG Jean-Marie (Hématologie clinique) / 01.09.2011
BATZENSCHLAGER André (Anatomie Pathologique) / 01.10.95	LEVY Jean-Marc (Pédiatrie) / 01.10.95
BAUMANN René (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.10	LONSDORFER Jean (Physiologie) / 01.09.10
BERGERAT Jean-Pierre (Cancérologie) / 01.01.16	LUTZ Patrick (Pédiatrie) / 01.09.16
BIENTZ Michel (Hygiène) / 01.09.2004	MAILLOT Claude (Anatomie normale) / 01.09.03
BLICKLE Jean-Frédéric (Médecine Interne) / 15.10.2017	MAITRE Michel (Biochimie et biol. moléculaire) / 01.09.13
BLOCH Pierre (Radiologie) / 01.10.95	MANDEL Jean-Louis (Génétique) / 01.09.16
BOURJAT Pierre (Radiologie) / 01.09.03	MANGIN Patrice (Médecine Légale) / 01.12.14
BRECHENMACHER Claude (Cardiologie) / 01.07.99	MANTZ Jean-Marie (Réanimation médicale) / 01.10.94
BRETTES Jean-Philippe (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.10	MARESCAUX Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.16
BROGARD Jean-Marie (Médecine interne) / 01.09.02	MARK Jean-Joseph (Biochimie et biologie cellulaire) / 01.09.99
BUCHHEIT Femand (Neurochirurgie) / 01.10.99	MESSER Jean (Pédiatrie) / 01.09.07
BURCHARD Cuy (Pneumologie) / 01.10.96	MEYER Christian (Chirurgie générale) / 01.09.13
CANTINEAU Alain (Médecine et Santé au travail) / 01.09.15	MEYER Pierre (Biostatistiques, informatique méd.) / 01.09.10
CAZENAVE Jean-Pierre (Hématologie) / 01.09.15	MINCK Raymond (Bactériologie) / 01.10.93
CHAMPY Maxime (Stomatologie) / 01.10.95	MONTEIL Henri (Bactériologie) / 01.09.2011
CINQUALBRE Jacques (Chirurgie générale) / 01.10.12	MOSSARD Jean-Marie (Cardiologie) / 01.09.2009
CLAVERT Jean-Michel (Chirurgie infantile) / 31.10.16	OUDET Pierre (Biologie cellulaire) / 01.09.13
COLLARD Maurice (Neurologie) / 01.09.00	PASQUALI Jean-Louis (Immunologie clinique) / 01.09.15
CONRAUX Claude (Oto-Rhino-Laryngologie) / 01.09.98	PATRIS Michel (Psychiatrie) / 01.09.15
CONSTANTINESCO André (Biophysique et médecine nucléaire) / 01.09.11	Mme PAULI Gabriëlle (Pneumologie) / 01.09.2011
DIETEMANN Jean-Louis (Radiologie) / 01.09.17	REYS Philippe (Chirurgie générale) / 01.09.98
DOFFOEL Michel (Gastroentérologie) / 01.09.17	RITTER Jean (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.02
DORNER Marc (Médecine Interne) / 01.10.87	ROEGEL Emile (Pneumologie) / 01.04.90
DUPEYRON Jean-Pierre (Anesthésiologie-Réa.Chir.) / 01.09.13	RUMPLER Yves (Biol. développement) / 01.09.10
EISENMANN Bernard (Chirurgie cardio-vasculaire) / 01.04.10	SANDNER Guy (Physiologie) / 01.09.14
FABRE Michel (Cytologie et histologie) / 01.09.02	SAUVAGE Paul (Chirurgie infantile) / 01.09.04
FISCHBACH Michel (Pédiatrie) / 01.10.2016	SCHAFF Georges (Physiologie) / 01.10.95
FLAMENT Jacques (Ophtalmologie) / 01.09.2009	SCHLAEDER Guy (Gynécologie-Obstétrique) / 01.09.01
GAY Gérard (Hépatogastro-entérologie) / 01.09.13	SCHLIENGER Jean-Louis (Médecine Interne) / 01.08.11
GERLINGER Pierre (Biol. de la Reproduction) / 01.09.04	SCHRAUB Simon (Radiothérapie) / 01.09.12
GRENIER Jacques (Chirurgie digestive) / 01.09.97	SCHWARTZ Jean (Pharmacologie) / 01.10.87
GROSSHANS Edouard (Dermatologie) / 01.09.03	SICK Henri (Anatomie Normale) / 01.09.06
GUT Jean-Pierre (Virologie) / 01.09.14	STIERLE Jean-Luc (ORL) / 01.09.10
HAUPTMANN Georges (Hématologie biologique) / 01.09.06	STOLL Claude (Génétique) / 01.09.2009
HEID Ernest (Dermatologie) / 01.09.04	STOLL-KELLER Françoise (Virologie) / 01.09.15
IMBS Jean-Louis (Pharmacologie) / 01.09.2009	STORCK Daniel (Médecine interne) / 01.09.03
IMLER Marc (Médecine interne) / 01.09.98	TEMPE Jean-Daniel (Réanimation médicale) / 01.09.06
JACQMIN Didier (Urologie) / 09.08.17	TONGIO Jean (Radiologie) / 01.09.02
JAECK Daniel (Chirurgie générale) / 01.09.11	TREISSER Alain (Gynécologie-Obstétrique) / 24.03.08
JAEGER Jean-Henri (Chirurgie orthopédique) / 01.09.2011	VAUTRAVERS Philippe (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.16
JESEL Michel (Médecine physique et réadaptation) / 01.09.04	VETTER Jean-Marie (Anatomie pathologique) / 01.09.13
KEHR Pierre (Chirurgie orthopédique) / 01.09.06	VINCENDON Guy (Biochimie) / 01.09.08
KEMPF François (Radiologie) / 12.10.87	WALTER Paul (Anatomie Pathologique) / 01.09.09
KEMPF Ivan (Chirurgie orthopédique) / 01.09.97	WEITZENBLUM Emmanuel (Pneumologie) / 01.09.11
KEMPF Jules (Biologie cellulaire) / 01.10.95	WIHLM Jean-Marie (Chirurgie thoracique) / 01.09.13
KIRN André (Virologie) / 01.09.99	WILK Astrid (Chirurgie maxillo-faciale) / 01.09.15
KREMER Michel (Parasitologie) / 01.05.98	WILLARD Daniel (Pédiatrie) / 01.09.96
KRIEGER Jean (Neurologie) / 01.01.07	WITZ JEAN-Paul (Chirurgie thoracique) / 01.10.90
KUNTZ Jean-Louis (Rhumatologie) / 01.09.08	
KUNTZMANN Francis (Gériatrie) / 01.09.07	

Légende des adresses :

FAC : Faculté de Médecine : 4, rue Kirschleger - F - 67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.68.85.35.20 - Fax : 03.68.85.35.18 ou 03.68.85.34.67

HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG (HUS) :

- NHC : **Nouvel Hôpital Civil** : 1, place de l'Hôpital - BP 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03 69 55 07 08

- HC : **Hôpital Civil** : 1, Place de l'Hôpital - B.P. 426 - F - 67091 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.67.68

- HP : **Hôpital de Hautepierre** : Avenue Molière - B.P. 49 - F - 67098 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.12.80.00

- **Hôpital de La Robertsau** : 83, rue Himmerich - F - 67015 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.11.55.11

- **Hôpital de l'Elsau** : 15, rue Cranach - 67200 Strasbourg - Tél. : 03.88.11.67.68

CMCO - Centre Médico-Chirurgical et Obstétrical : 19, rue Louis Pasteur - BP 120 - Schiltigheim - F - 67303 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.62.83.00

C.C.O.M. - Centre de Chirurgie Orthopédique et de la Main : 10, avenue Baumann - B. P. 96 - F - 67403 Illkirch Graffenstaden Cedex - Tél. : 03.88.55.20.00

E.F.S. : Etablissement Français du Sang - Alsace : 10, rue Spielmann - BP N°36 - 67065 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.21.25.25

Centre Régional de Lutte contre le cancer "Paul Strauss" - 3, rue de la Porte de l'Hôpital - F-67085 Strasbourg Cedex - Tél. : 03.88.25.24.24

IURC - Institut Universitaire de Réadaptation Clemenceau - CHU de Strasbourg et UGECAM (Union pour la Gestion des Etablissements des Caisses d'Assurance Maladie) - 45 boulevard Clemenceau - 67082 Strasbourg Cedex

RESPONSABLE DE LA BIBLIOTHÈQUE DE MÉDECINE ET ODONTOLOGIE ET DU DÉPARTEMENT SCIENCES, TECHNIQUES ET SANTÉ DU SERVICE COMMUN DE DOCUMENTATION DE L'UNIVERSITÉ DE STRASBOURG

Monsieur Olivier DIVE, Conservateur

**LA FACULTÉ A ARRÊTÉ QUE LES OPINIONS ÉMISES DANS LES DISSERTATIONS
QUI LUI SONT PRÉSENTÉES DOIVENT ÊTRE CONSIDÉRÉES COMME PROPRES
À LEURS AUTEURS ET QU'ELLE N'ENTEND NI LES APPROUVER, NI LES IMPROUVER**

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes chers condisciples, je promets et je jure au nom de l'Être suprême d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail.

Admise à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe.

Ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Respectueuse et reconnaissante envers mes maîtres je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis restée fidèle à mes promesses. Que je sois couverte d'opprobre et méprisée de mes confrères si j'y manque.

REMERCIEMENTS

Je tiens à remercier mon directeur de thèse le Dr Michel MANTO de m'avoir accompagné dans la réalisation de cette étude. Je te remercie d'avoir eu un intérêt profond pour ce sujet et ce fut un réel plaisir de travailler avec toi.

Merci au Pr Thomas VOGEL de présider le jury ainsi qu'aux Pr ANDRES, Pr STEPHAN et Dr COGITORE d'avoir accepté de juger mon travail. Recevez mes sincères remerciements et le témoignage de ma profonde considération.

Un grand merci à toutes les personnes qui m'ont accordé de leurs temps lors des entretiens et sans qui ce travail n'aurait pas pu être possible. Je vous remercie pour la gentillesse dont vous m'avez témoignée.

Je remercie également Claire et Denise pour leurs judicieux conseils et précieuses relectures.

À mes parents, qui ont toujours été présents pour moi. Vous avez été d'un soutien sans faille tout au long de ces longues années d'études. Je ne peux vous exprimer à quel point je vous en suis reconnaissante.

À Yannick, je te remercie d'être à mes côtés au quotidien.

SOMMAIRE

1	INTRODUCTION	18
2	MATERIEL ET METHODE	24
2.1	LE TYPE D'ETUDE	24
2.2	LA POPULATION ETUDIEE	25
2.3	LES ENTRETIENS	26
2.4	L'ANALYSE DES ENTRETIENS	27
2.5	LA DEMOGRAPHIE DES PATIENTS	27
3	RESULTATS	29
3.1	LES NOTIONS ATTENDUES	29
3.1.1	<i>La connaissance de l'hypertension artérielle et des règles hygiéno-diététiques</i>	30
3.1.2	<i>Les sources d'information</i>	32
3.1.3	<i>La modification des habitudes de vie</i>	34
3.1.4	<i>La place du sport</i>	35
3.1.5	<i>Les motivations pour suivre les RHD</i>	37
3.1.6	<i>Les difficultés personnelles pour l'application des RHD</i>	41
3.2	LES NOTIONS INATTENDUES	44
3.2.1	<i>L'impact du médecin généraliste</i>	44
3.2.2	<i>L'hypertension artérielle vue par les patients</i>	45
3.2.3	<i>La sous-estimation de la dangerosité de l'HTA</i>	46
3.2.4	<i>L'influence de la pression sociale</i>	47
3.2.5	<i>L'image de soi</i>	47
3.2.6	<i>La place des nouvelles technologies</i>	48
3.2.7	<i>Le traitement pharmacologique</i>	49
3.2.8	<i>La perception des règles hygiéno-diététiques</i>	50
3.2.9	<i>Le besoin d'accompagnement</i>	50
3.3	LES REPRESENTATIONS DES PATIENTS	53
3.3.1	<i>Le manque d'outils de suivi pour l'hypertension artérielle</i>	53
3.3.2	<i>La connaissance des conséquences de l'HTA par son expérience personnelle</i>	55
3.3.3	<i>La perception du traitement médicamenteux</i>	57
3.3.4	<i>La perte de poids</i>	59
3.3.5	<i>L'activité physique</i>	60
3.3.6	<i>Le manque de temps et l'activité professionnelle</i>	61
3.3.7	<i>L'éducation</i>	62
3.3.8	<i>L'importance du lien avec les professionnels de santé</i>	63
3.3.9	<i>Le patient, acteur de sa santé</i>	64
4	DISCUSSION	65
4.1	LA CONNAISSANCE DES REGLES HYGIENO-DIETETIQUES	65
4.2	L'ACTIVITE PHYSIQUE	66
4.3	L'ALIMENTATION	67
4.4	LES AUTRES RAISONS POUR LESQUELLES LES PATIENTS NE SUIVENT PAS LES RHD	68
4.5	LES RAISONS POUR LESQUELLES LES PATIENTS VONT ADHERER AUX RHD	70
5	FORCES ET LIMITES DE L'ETUDE	73
5.1	LES FORCES	73
5.2	LES LIMITES	74

6	CONCLUSION	75
7	ANNEXES	79
7.1	ANNEXE 1 : FREQUENCE DE MESURE DE LA PRESSION ARTERIELLE (4).....	79
7.2	ANNEXE 2 : STRATEGIE THERAPEUTIQUE POUR LE TRAITEMENT DE L'HYPERTENSION ARTERIELLE (4).....	79
7.3	ANNEXE 3 : RECOMMANDATIONS EUROPEENNES EN CE QUI CONCERNE LES MODIFICATIONS DES HABITUDES DE VIE DES PATIENTS HYPERTENDUS (4).....	80
7.4	ANNEXE 4 : LETTRE AUX MEDECINS.....	81
7.5	ANNEXE 5 : LETTRE AUX PATIENTS.....	82
7.6	ANNEXE 6 : EXEMPLE DU CODAGE, EXTRAIT DE L'ENTRETIEN DU PATIENT 1.....	83
7.7	ANNEXE 7 : EXEMPLE DU CARNET DE SUIVI, EXTRAIT DU MEMO DU PATIENT 1.....	83
7.8	ANNEXE 8 : PLAQUETTE D'INFORMATION A DESTINATION DES PATIENTS.....	84
8	BIBLIOGRAPHIE	85

Liste des tableaux et figures :

Tableau 1	démographie des patients	28
Figure 1	répartition de l'âge des patients	29
Figure 2	Connaissance des RHD	30
Figure 3	Modification du mode de vie après l'annonce du diagnostic	34
Figure 4	Raisons pour lesquelles le patient va suivre les RHD	37
Figure 5	Raisons pour lesquelles le patient ne va pas suivre les RHD	41
Figure 6	Schéma de synthèse : causes de la mauvaise observance des RHD	69
Figure 7	Schéma de synthèse : motivations pour suivre les RHD	72

ABREVIATIONS

ATCD : antécédents

AVC : Accident Vasculaire Cérébral

DFG : Débit de Filtration Glomérulaire

ESC : European Society of Cardiology

FDRCV : facteurs de risque cardiovasculaire

HAS : Haute Autorité de Santé

HTA : Hypertension Artérielle

HUS : Hôpitaux Universitaire de Strasbourg

IDM : Infarctus Du Myocarde

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

PA : Pression Artérielle

PAD : Pression Artérielle Diastolique

PAS : Pression Artérielle Systolique

RHD : Règles Hygiéno-Diététiques

1 Introduction

L'hypertension artérielle est l'un des principaux facteurs de risque cardiovasculaire, comme démontré par l'étude FRAMINGAM (1). Elle entraîne des anomalies structurales des artères, ce qui a pour conséquence d'augmenter le risque d'accident vasculaire cérébral, de cardiopathie, d'artériopathie des membres inférieurs et d'insuffisance rénale chronique, ainsi que de troubles visuels.

L'étude Esteban (2), réalisée par Santé publique France entre 2014 et 2016 a permis d'estimer la prévalence de l'HTA à 30,6 % chez les adultes de 18 à 74 ans résidant en France métropolitaine.

Selon l'INSERM, les maladies cardiovasculaires sont responsables de 147 000 décès en 2004 en France soit 29% de la mortalité globale. Elles sont la première cause de mortalité chez la femme (31,7 pour 10 000) et la deuxième cause chez l'homme (26,4 pour 10 000), derrière les cancers (34,5 pour 10 000).

Chaque année en France, près d'un million de nouveaux patients sont traités de novo pour l'hypertension artérielle. Cela représente environ 15 à 20 nouveaux patients par médecin généraliste (3).

L'HTA est définie par l'ESC, pour les adultes comme pour les enfants et les adolescents, comme une mesure de la TA comprenant une PA systolique ≥ 140 mm Hg et/ou PA diastolique ≥ 90 mm Hg mesurée en consultation et persistante dans le temps. (4)

Afin de confirmer le diagnostic d'HTA il est actuellement fortement recommandé de mesurer la PA en dehors du cabinet médical, au domicile du patient, par automesure tensionnelle ou par mesure ambulatoire de la PA. Le diagnostic d'hypertension artérielle est alors permis pour les mesures suivantes : une PAS \geq 135 mmHg ou PAD \geq 85 mmHg en ce qui concerne l'automesure tensionnelle et une PAS \geq 130 mmHg ou une PAD \geq 80 mmHg pour la moyenne sur 24 heures de la mesure ambulatoire. (4)

De plus, si la TA se situe dans la limite haute des normes, il convient d'éliminer une hypertension artérielle masquée en mesurant la pression artérielle en dehors du cabinet, soit par automesure tensionnelle, soit en effectuant une mesure ambulatoire de la pression artérielle (Annexe 1).

Lors de la découverte d'une hypertension artérielle, il faut rechercher une atteinte des organes cibles liées à l'hypertension artérielle ainsi que les autres FDRCV. Pour cela, il convient de réaliser un examen clinique et une prise de sang comprenant un ionogramme sanguin, une glycémie à jeun, une mesure de la créatininémie avec calcul du DFG et un bilan lipidique. Ceci sera complété par la recherche d'une protéinurie et un électrocardiogramme de repos.

Il convient également de rechercher les causes d'hypertension artérielle secondaire les plus fréquentes qui sont : toxiques ou médicamenteuses, le syndrome d'apnée du sommeil, l'hyperaldostéronisme primaire, les maladies entraînant une altération du parenchyme rénal, l'hypertension réno-vasculaire ainsi qu'une dysthyroïdie.

Le diagnostic d'hypertension artérielle donne lieu à une consultation d'annonce. Lors de celle-ci, le médecin traitant va délivrer des informations en précisant le caractère chronique de la maladie, l'évolution possible, les complications à plus ou moins long terme, le suivi et le traitement envisagé.

Après ces explications, il recueillera le ressenti du patient par rapport à la maladie et aux traitements. Puis, il n'hésitera pas à revenir sur des points qui ne sont pas totalement compris ou sur lesquels le patient a des interrogations.

Par la suite, lors des consultations de suivi, il faut se renseigner sur l'observance du traitement et encourager sa continuation.

Les recommandations actuelles (3) sont, lors d'une suspicion d'HTA non symptomatique, de débiter par des mesures hygiéno-diététiques pour une période de 3 mois après laquelle le patient consultera à nouveau son médecin traitant pour suivre l'évolution et renforcer l'adhérence thérapeutique. Une nouvelle période de trois mois est ensuite proposée au patient.

Après 6 mois d'échec de mesures hygiéno-diététiques bien conduites, un traitement médicamenteux est alors introduit. Les mesures hygiéno-diététiques ne doivent cependant pas être interrompues pour autant, mais poursuivies en parallèle du traitement pharmaceutique.

Les recommandations européennes soulignent toutefois l'importance de débiter un traitement médicament immédiatement après le diagnostic si le patient est à haut risque cardio vasculaire. (Annexe 2)

Les règles hygiéno-diététiques dans le cadre de l'hypertension artérielle sont les suivantes :

- réduire de la consommation de sel : maximum 6 à 8 g de sel par jour d'après l'ANSES (5), cependant les recommandations européennes préconisent de limiter la quantité de sel à 5 g par jour (Annexe 3)
- pratiquer une activité physique régulière : 30 minutes par jour, 5 jours par semaine pour les adultes et de limiter la sédentarité (6)
- réduction du poids en cas de surcharge pondérale (IMC >25)
- diminuer la consommation d'alcool : pas plus de 2 verres par jour, 10 verres d'alcool en moyenne par semaine, avec des jours dans la semaine sans prise de boisson alcoolisée (7)
- privilégier la consommation de fruits et de légumes : PNS 5 fruits et légumes par jour
- interrompre une intoxication tabagique

Ces règles, désormais communément admises, se basent sur des études récentes à grande échelle.

Ainsi nous retrouvons :

En diminuant l'apport sodique journalier, un patient hypertendu peut diminuer sa pression systolique jusqu'à 8 mm Hg. (8). Néanmoins, il n'y a pas de réduction significative de la mortalité cardiovasculaire, que ce soit pour les patients normotendus ou hypertendus (9).

En 2019, l'INSERM a réalisé une expertise collective sur l'intérêt de la pratique sportive dans le cadre des maladies chroniques (10). Ce rapport souligne l'intérêt de l'activité physique à la fois dans le but d'améliorer la pathologie médicale et, de manière plus globale sur la qualité de vie. Il prône l'intégration de la pratique sportive dans le parcours de soin de ces patients afin de prévenir les complications de leurs pathologies et les limitations fonctionnelles qui accompagnent le déconditionnement à l'effort. Le rapport insiste également sur le fait qu'il est important de trouver un sport adapté aux capacités physiques du patient et de ses envies afin de garantir la poursuite de l'activité physique au long terme.

La loi de modernisation du système de santé de 2016 précise que : « *dans le cadre du parcours de soins des patients atteints d'une affection de longue durée, le médecin traitant peut prescrire une activité physique adaptée à la pathologie, aux capacités physiques et au risque médical du patient.* »

Cette loi a été mise en application à partir du 1er mars 2017.

Par ailleurs, le risque cardiovasculaire augmente dès l'entrée en surpoids (11). De plus, un IMC élevé dès les premières années de vie est prédictif de la survenue d'évènements cardiovasculaires à l'âge adulte (12).

Quant à la consommation excessive d'alcool, elle est responsable d'une surmortalité et d'une majoration du risque d'AVC. Ces risques sont proportionnels à la quantité d'alcool absorbée. (13)

Il en est de même avec l'intoxication tabagique qui entraîne une surmortalité globale et notamment en raison de maladies cardiovasculaires (14). Suite au sevrage tabagique, le maximum d'excès de risque cardiovasculaire lié au tabac disparaît au bout de 5 ans. (15)

Comme vu précédemment, l'efficacité de ces recommandations sur la morbi-mortalité n'est plus à démontrer.

Cependant, les patients hypertendus ne sont pas plus observants en ce qui concerne les mesures non médicamenteuses. Ils suivraient même de manière moins rigoureuse les recommandations sur la pratique sportive que les patients non hypertendus (16).

De plus, dans la littérature, les études concernant cet aspect du traitement chez les patients hypertendus sont peu nombreuses, contrairement à celles pour les patients diabétiques. Pourtant, l'hypertension artérielle est une pathologie plus fréquente que le diabète dans la population (30,6% versus 5 %) (2) (17).

L'objectif de cette étude est donc de rechercher les déterminants de la non-application des règles hygiéno-diététiques par les patients hypertendus.

Ainsi, les médecins seront plus à même d'identifier et de répondre aux différents freins que peuvent rencontrer les patients.

2 Matériel et méthode

2.1 Le type d'étude

Le choix se porte sur une étude qualitative reposant sur l'analyse d'entretiens individuels semi-dirigés.

L'objectif de l'étude est de mettre en évidence les raisons pour lesquelles les patients vont suivre les règles hygiéno-diététiques et les raisons qui les poussent à ne pas les suivre.

Ceci, dans le but de donner aux médecins des outils qui peuvent leur permettre d'améliorer l'observance des patients envers les RHD de l'hypertension artérielle.

Ce type d'étude permet de répondre au mieux aux objectifs car il laisse la possibilité aux personnes de s'exprimer ouvertement, sans limiter ni influencer les réponses recueillies.

Des entretiens individuels ont été réalisés afin de garantir aux personnes une liberté d'expression qui n'aurait peut-être pas été possible dans le cadre d'entretiens en groupe.

Pour cette étude, l'échantillonnage a été choisi en variation maximale pour obtenir la plus grande diversité d'opinions et d'habitudes de vie. Les modalités de constitution de l'échantillonnage sont explicitées au paragraphe « 2.5 Démographie des patients ».

2.2 La population étudiée

Une dizaine de médecins généralistes du canton de Sélestat ont été contactés par mail ou par téléphone pour solliciter leur concours dans le recrutement des patients en vue des entretiens.

Les médecins répondeurs ont reçu une fiche d'information à distribuer à leurs patients (voir Annexe 5) dans le but de les motiver en leur expliquant le déroulement des entretiens, et de susciter la prise de contact.

Les critères d'inclusion étaient les suivants : patients hypertendus, adultes de plus de 18 ans, femme ou homme, avec des capacités de communication satisfaisantes.

Lorsque les patients me contactaient, un rendez-vous à leur domicile était convenu. Ceci afin de leur procurer un maximum d'aisance. J'ai réalisé personnellement tous les entretiens.

Le recrutement des patients a pris fin lorsque je suis arrivée à saturation des données. C'est-à-dire, que les entretiens n'ont plus permis d'obtenir de nouvelle information.

2.3 Les entretiens

Le guide d'entretien était de type semi-dirigé.

Une grille d'entretien contenant des questions ouvertes sur les grands thèmes que je souhaitais aborder servait de canevas. Cette grille a évolué au fil du temps, en rajoutant ou supprimant des questions suivant l'intérêt des patients pour les thèmes abordés.

Cependant, elle ne servait que de support et les blancs dans le discours du patient étaient respectés pour ne pas influencer les réponses.

Le patient devait pouvoir exprimer au maximum son ressenti et ses opinions.

Les entretiens étaient enregistrés sur un dictaphone puis retranscrits mot pour mot sur fichier Word. Ce document était ensuite importé dans le logiciel NVivo pour réaliser le codage. Les entretiens ont été numérotés en suivant l'ordre dans lequel ils ont été réalisés, c'est-à-dire, de 1 à 16.

En parallèle, j'ai tenu un carnet d'entretien (Annexe 7) qui comporte des notes sur le déroulé des séances et mon ressenti immédiat. Cela avait pour but de les contextualiser pour améliorer leur interprétation, d'adapter la grille d'entretien et de repérer l'arrivée à la saturation de données.

2.4 L'analyse des entretiens

Le codage a été réalisé avec l'aide du logiciel NVivo. (Annexe 6)

Les extraits d'entretiens (ou verbatim) ont été classés par unités de sens. Ces unités sont appelées des nœuds.

Lorsque plusieurs patients évoquent la même unité de sens, le verbatim correspondant est codé dans le même nœud.

Ainsi, il est possible de révéler aisément les unités de sens qui sont repris par plusieurs patients et ceux énoncés qu'une seule fois.

Au fur et à mesure des entretiens, les données démographiques ont été complétées dans un tableur Excel pour permettre d'obtenir un échantillonnage en variable maximale.

La théorisation ancrée de Paillé a été suivie pour analyser les données.

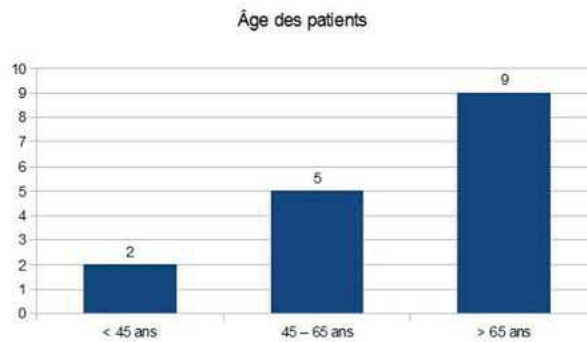
2.5 La démographie des patients

En tout, 16 patients ont participé à un entretien. Avant de débiter les entretiens, j'ai identifié les variables pertinentes pouvant influencer les réponses. Celles-ci sont le sexe et l'âge des patients, le niveau socio-professionnel, l'ancienneté de l'hypertension artérielle et les autres facteurs de risque cardiovasculaire modifiables. L'objectif étant d'avoir des sujets représentant le panel le plus large possible et que certains correspondent aux classes extrêmes de chaque variable. Le tableau 1 résume ces caractéristiques et souligne la diversité de l'échantillonnage.

Tableau 1 démographie des patients

	SEXE	ÂGE (ans)	PROFESSION	ANCIENNETÉ DE L' HTA (ans)	AUTRES FDRCV	LESQUELS	OBSERVANCE DES RHD
PATIENT 1	homme	62	menuisier	7	oui	hypercholestérolémie , diabète , hérédité	oui
PATIENT 2	homme	66	bûcheron	20	oui	hypercholestérolémie	non
PATIENT 3	femme	62	fonction publique	33	non	-	oui
PATIENT 4	femme	54	agent administratif	8	oui	diabète	non
PATIENT 5	femme	73	retraîtée	28	oui	ATCD familiaux	oui
PATIENT 6	femme	64	retraîtée	8	oui	hypercholestérolémie	partiel
PATIENT 7	homme	65	serrurier	47	oui	diabète	non
PATIENT 8	femme	65	aide cuisinière	14	non	-	non
PATIENT 9	femme	75	secrétaire	33	non	-	non
PATIENT 10	homme	72	comptable	20	oui	tabac, hypercholestérolémie	non
PATIENT 11	femme	71	secrétaire	12	oui	diabète, hypercholestérolémie	non
PATIENT 12	femme	48	couturière	20	non	-	non
PATIENT 13	homme	72	directeur d'entreprise	40	non	-	non
PATIENT 14	femme	76	secrétaire	30	oui	diabète	partiel
PATIENT 15	homme	27	préparateur de commandes	3	non	-	oui
PATIENT 16	homme	30	psychologue	2	non	-	partiel
ANALYSE	Hommes: 43,8% Femmes : 56,2%	Moyenne : 61,4 ans Médiane : 65 ans	-	Moyenne: 20,3 ans Médiane : 20 ans	Autres positifs : 56,3%	-	Respect : 21,0% Partiel : 18,8% Non-respect: 56,2%

Figure 1 : répartition de l'âge des patients



3 Résultats

3.1 Les notions attendues

Avant de débiter les entretiens, j'avais supposé obtenir certaines informations de la part des patients sur l'observance ou non des règles hygiéno-diététiques. Telles que la connaissance de l'hypertension artérielle, des règles hygiéno-diététiques, de la modification des habitudes de vie, de la désadaptation à l'effort, de l'amélioration de la qualité de vie par le sport, du souhait de diminuer la posologie des médicaments, mais aussi du refus de certains patients à modifier leurs habitudes de vie.

Autant de notions que j'ai retrouvées au cours de mes entretiens.

3.1.1 La connaissance de l'hypertension artérielle et des règles hygiéno-diététiques

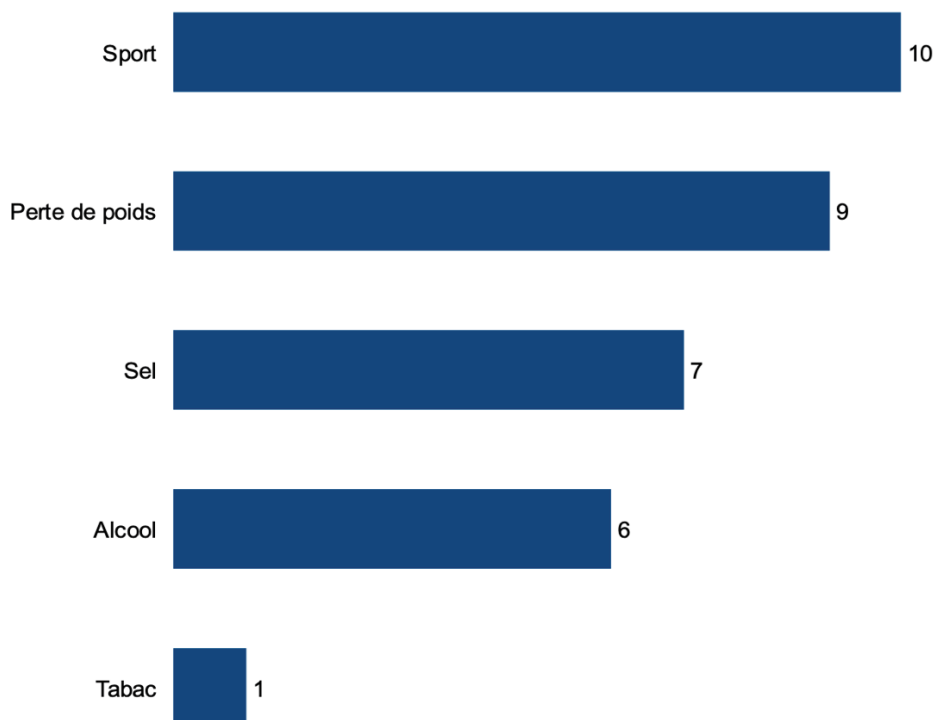
En ce qui concerne la connaissance de l'hypertension artérielle il a été mis en évidence durant les entretiens que les patients n'ont pas une bonne compréhension de l'hypertension artérielle et qu'ils font des erreurs :

« comme le pacemaker il programme un petit peu [blanc] la circulation du sang je pense qui est limité à 60 donc je pense que c'est ça qui fait que je suis, que la tension est certainement bonne à ce niveau-là. » patient 14

« l'hypertension, c'est déjà la pulsation, c'est tout ce qui a trait au cœur. » patient 6.

Si les mécanismes de l'hypertension artérielle sont méconnus d'une majorité de patients, en revanche, dans l'ensemble, les règles hygiéno-diététiques leur sont familières.

Figure 2 : Connaissance des RHD: nombre de patients évoquant la notion



Le sport et l'alimentation sont cités par la majorité des patients (respectivement 10 et 9 patients).

La diminution du sel est moins connue, elle n'est citée que par sept patients et seulement une fois la discussion bien entamée. Ils n'y pensent donc pas en premier lieu. L'habitude de peu saler les plats était déjà présente avant le diagnostic pour quatre patients.

L'arrêt du tabac est la règle hygiéno-diététique la moins fréquemment citée, seul un patient la mentionne (patiente 5). Son cardiologue lui en a parlé. Cela est peut-être dû au fait que seul un patient du panel présente un tabagisme actif (le patient 10). Il n'avait aucune motivation pour débiter un sevrage.

Toutefois, des confusions sont observées.

Ces habitudes de vie sont régulièrement confondues avec les règles hygiéno-diététiques du diabète pour les personnes concernées. C'est le cas pour quatre des cinq personnes diabétiques de mon panel. Pour elles, le diabète est la préoccupation première, avant l'hypertension artérielle. En effet, cette pathologie est considérée comme étant plus menaçante que l'HTA.

Patient 9 : « *le diabète me fait peut-être un peu plus peur* »

Les patients évoquent en outre d'autres facteurs dont ils estiment qu'ils agissent sur l'hypertension artérielle.

On retrouve majoritairement l'anxiété qui est citée par 9 patients interrogés, la diminution des lipides dans l'alimentation ainsi que la mauvaise qualité de sommeil.

Une personne (patient 1) cite le café et certaines épices comme éléments excitants qui augmenteraient la pression artérielle. Or, il n'a pas été prouvé dans les études que ces éléments influencent l'hypertension artérielle.

Certains patients vont plus loin en attribuant à ces facteurs extérieurs une cause majeure de l'hypertension artérielle.

Pour la patiente 3, l'hypertension artérielle a été découverte lors de l'apparition d'une pré-éclampsie. Elle s'est dégradée lors du décès de son fils, il y a quelques années. Elle attribue donc à l'anxiété, et au manque de sommeil, une place prépondérante dans la stabilité de la pression artérielle : *« je donne toute la faute à la nervosité ! Je ne dois pas le soir m'énerver »*.

On peut ainsi se rendre compte que la méconnaissance des causes de l'hypertension est un facteur déterminant de non-observance puisque la patiente se concentre sur des facteurs non corrélés directement à l'HTA. Par contre, elle pratique un peu d'activité physique, non pas en l'associant à l'HTA, mais parce qu'elle ressent un bénéfice sur la nervosité et le stress, qui eux, sont corrélés à l'hypertension artérielle, d'après elle.

3.1.2 Les sources d'information

L'impact des sites internet de vulgarisation médicale, de journaux grand public à thème médicaux mais aussi de croyances populaires semble important.

Quasiment chaque patient cite des mesures dont on ne peut retrouver de fondement médical ou scientifique en lien avec la HTA. La majorité des personnes interrogées discutent de l'hypertension artérielle avec d'autres patients. Certains prétendent faire des recherches sur internet, lire des revues médicales à destination du grand public et s'informer par le biais des émissions de télévision.

La plupart des patients ont consulté un cardiologue (dix patients sur seize).

D'après eux, ce spécialiste privilégie le traitement médicamenteux. Quand on insiste, on met toutefois en évidence que, lors des consultations de cardiologie, des questions sur les sports pratiqués ou la perte de poids ont été posés.

Patient 7 : *« il ne m'a pas dit que je devais modifier quelque chose. Bon, il m'a juste dit de maigrir un peu quoi... ! »*

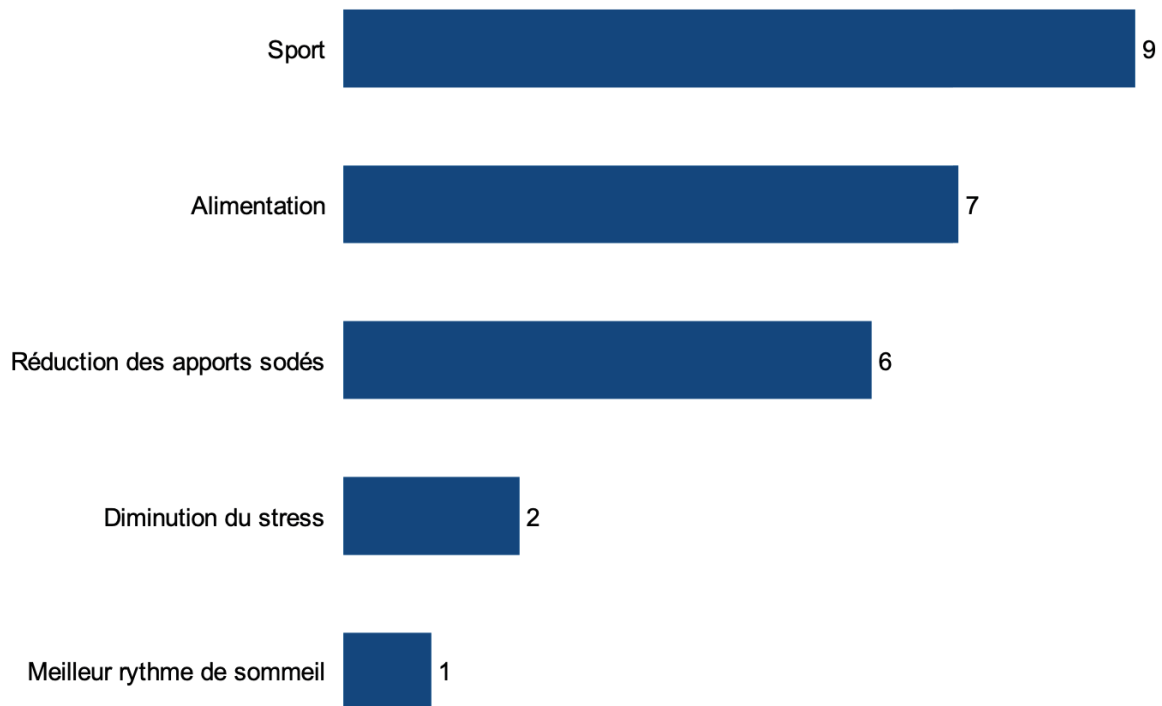
Les patients n'ont que très rarement l'impression que le cardiologue insiste sur l'application des règles hygiéno-diététiques. Ils reconnaissent rarement le cardiologue comme une source d'information sur les modifications des habitudes de vie. Quatre patients disent ne pas avoir reçu du tout d'information de la part du spécialiste.

Patient 15 : *« le cardiologue m'a dit sous traitement y'a pas de soucis. Que c'était « pas grave » et que ça suivra son cours normalement, il faut juste contrôler régulièrement tous les trois mois pour renouveler le traitement. »*

3.1.3 La modification des habitudes de vie

Les patients disent majoritairement avoir modifié leurs habitudes de vie après l'annonce diagnostique de l'hypertension artérielle.

Figure 3 : Modification du mode de vie après l'annonce du diagnostic: nombre de patients évoquant la notion



La règle hygiéno-diététique la plus suivie est la pratique régulière d'une activité physique. Ce qui m'a été rapporté par neuf d'entre eux.

Viennent ensuite des modifications de l'alimentation pour sept personnes : elles ont perdu du poids et/ou s'astreignent à manger plus sainement (c'est-à-dire plus de fruits et de légumes).

Six personnes évoquent le fait qu'elles salent très peu leurs plats. Mais le sel est peu cité de prime abord lors des entretiens. Au fil de la conversation, les patients viennent à m'en parler. Ils sont donc informés que le sel influence l'hypertension artérielle, mais ce n'est pas pour eux un élément marquant de la prise en charge non médicamenteuse.

On retrouve également des modifications dans les habitudes de vie qui ne sont pas reconnues comme impactant l'hypertension artérielle. Ainsi, deux patients (1 et 15) tentent de diminuer le stress au quotidien et le patient 1 prend garde d'avoir une bonne hygiène de sommeil dans le cadre de l'hypertension artérielle.

3.1.4 La place du sport

Le sport est cité par treize patients (Figure 3). Pourtant, bien que cette mesure soit connue, elle n'est malheureusement pas toujours appliquée pour diverses raisons :

Deux personnes (patientes 8 et 11) m'ont affirmé que faire du sport permet d'améliorer les symptômes de pathologies mécaniques. Pourtant, elles ne pratiquaient pas d'activité physique régulière notamment en raison, de douleurs articulaires. L'une d'elle m'a fait part de ce paradoxe : « *Dès que tu commences à en faire, tu as plus mal et après tu en fait encore moins parce que tu as une excuse alors que c'est juste le contraire qu'il faut faire !* » patient 8.

Mis à part les pathologies mécaniques, la patiente 3 relate qu'elle a arrêté la natation car cela favorisait des infections urinaires à répétition.

Une patiente plus âgée (patiente 5) a dû abandonner la gymnastique en salle car les exercices lui semblaient trop violents. Elle a recherché en vain une séance de gymnastique adaptée aux seniors.

Un frein majeur à la pratique sportive est la désadaptation à l'effort. La reprise du sport est vécue de manière très pénible par les patients car cela les met face à la diminution de leurs capacités physiques. Cela est d'autant plus marquant lorsqu'ils font du sport avec une personne en bonne forme physique. Ils sont alors découragés et peinent à persévérer dans la pratique sportive.

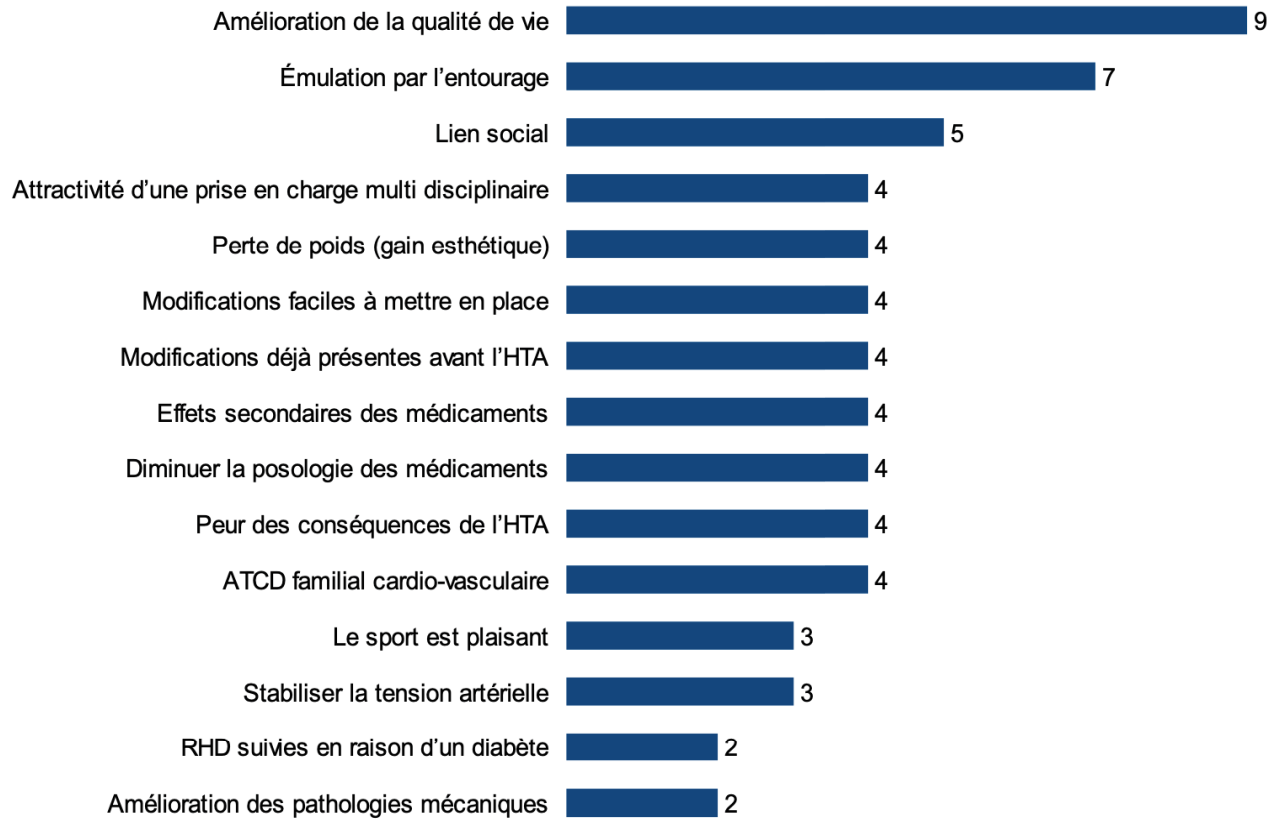
En outre, les efforts leur semblent dangereux pour leur santé ainsi que l'a exprimé le patient 10 : « *je me suis dit plus jamais. Je n'en fais plus ! Non, je ne veux pas crever sur le vélo.* ».

A l'inverse, des patients annoncent fièrement avoir réussi à trouver une activité qui leur convient : ainsi, la patiente 8 a opté pour de la natation, qui lui permet de moins ressentir à la fois son surpoids et les effets de la désadaptation au sport.

3.1.5 Les motivations pour suivre les RHD

Les motivations des patients pour suivre les règles hygiéno-diététiques sont nombreuses.

Figure 4 : Raisons pour lesquelles le patient va suivre les RHD : nombre de patients évoquant la notion



On retrouve en grande majorité un souhait d'amélioration de la qualité de vie, ceci pour neuf patients.

Le diagnostic d'hypertension artérielle a conduit les patients à adopter ces mesures, mais dans d'autres cas, les règles étaient déjà suivies antérieurement, à cause d'autres pathologies (diabète, obésité, ...). L'hypertension artérielle renforce alors l'adhésion à la perte de poids (ou au maintien du poids) et au sport.

Les patients remarquent des effets positifs sur leur qualité de vie au quotidien : ils ont noté, en suivant un mode de vie plus actif et en s'essayant à une alimentation plus saine, une diminution du stress et un meilleur équilibre psychologique, une amélioration de leur qualité du sommeil, un transit mieux régulé.

Patiente 6 : *« plus légère, mieux dans ma peau. Aussi plus stoïque face à ce que j'ai envie de faire. Sur le plan mental également, on est plus fort »*

Patiente 3 : *« Ce qui m'a motivé c'est que j'ai trouvé que ça allait un peu mieux. Quand je fais la gym et tout ça je suis moins, moins stressée aussi. »*

Il y a également une volonté d'augmenter son espérance de vie en bonne santé en mangeant plus sainement et en étant moins sédentaire.

Les personnes pratiquant régulièrement une activité sportive rapportent une sensation de « manque », quand elles arrêtent momentanément le sport. Elles se sentent plus fatiguées et plus anxieuses.

Patiente 5 : *« J'aime bien sortir, marcher. Ça me manque. Il faut que je fasse quelque chose. »*

Une des motivations pour suivre les règles hygiéno-diététiques est de diminuer la posologie ou le nombre de traitements pharmacologiques. C'est le cas de quatre patients. Ceci est perçu comme une amélioration, comme un signe que les efforts qu'ils ont fournis ont été efficaces et donc cela fortifie l'observance.

Les médicaments peuvent être perçus comme une contrainte au quotidien : *« Le fait de pouvoir vivre sans, de ne pas partir quelque part en famille et de dire mince on a oublié les médicaments »* patient 15.

Ce n'est toutefois pas le cas d'une majorité, comme nous le montrerons plus loin, qui au contraire, voient les médicaments comme une facilité.

Les entretiens nous informent surtout que les personnes qui suivent les RHD ne les ont généralement pas mises en place spécifiquement pour l'hypertension artérielle. Pour 4 patients, il s'agit d'habitudes de vie déjà ancrées avant le diagnostic d'HTA : peu saler les aliments, avoir une alimentation diversifiée, une pratique sportive régulière, ...

Patiente 9 : *« J'allais à Strasbourg dans une salle de sport. Mais ça j'en ai toujours fait un peu. »*

Ou alors, ces modifications ont été mises en place suite à l'apparition d'un diabète pour deux patients.

Au contraire, ceux qui sont sédentaires ou qui ont toujours mangé très salé ne souhaitent pas modifier leurs habitudes de vie. (Figure 5)

Patient 10 : *« Même au service militaire il fallait marcher je me débrouillais pour ne pas marcher. J'ai jamais aimé marcher, j'ai jamais aimé faire du sport, j'aime bien regarder les autres faire du sport. »*

Lorsque les patients ont par contre modifié leurs habitudes de vie suite à l'annonce diagnostique d'hypertension artérielle, généralement, c'est que cette pathologie n'était pas la seule à pouvoir être améliorée par l'application des règles hygiéno-diététiques (six patients sur seize). Pour le patient 16, la recherche d'une hypertension artérielle secondaire a révélé la présence d'une hypertension artérielle pulmonaire ainsi qu'un syndrome d'apnée du sommeil sévère. L'annonce rapprochée de deux pathologies pouvant être améliorées par le suivi des mêmes règles hygiéno-diététiques a déclenché d'une prise de conscience et une volonté d'adopter un mode de vie plus sain afin de prévenir des séquelles irréversibles.

De façon comparable, les patients présentant une hypertension artérielle et un diabète, pathologies pouvant être améliorées par des règles hygiéno-diététiques très semblables, sont également plus observants (tableau 1). Il semble donc plus motivant de réaliser des efforts quand cela peut être bénéfique pour deux pathologies plutôt qu'une. Aux yeux des patients, l'observance des règles hygiéno-diététique liées au diabète prévaut à celles qui sont préconisées pour l'hypertension artérielle. Ce qui, à l'inverse, n'est pas retrouvé pour l'hypertension artérielle.

L'acceptation de la part des patients des modifications des habitudes de vie est limitée.

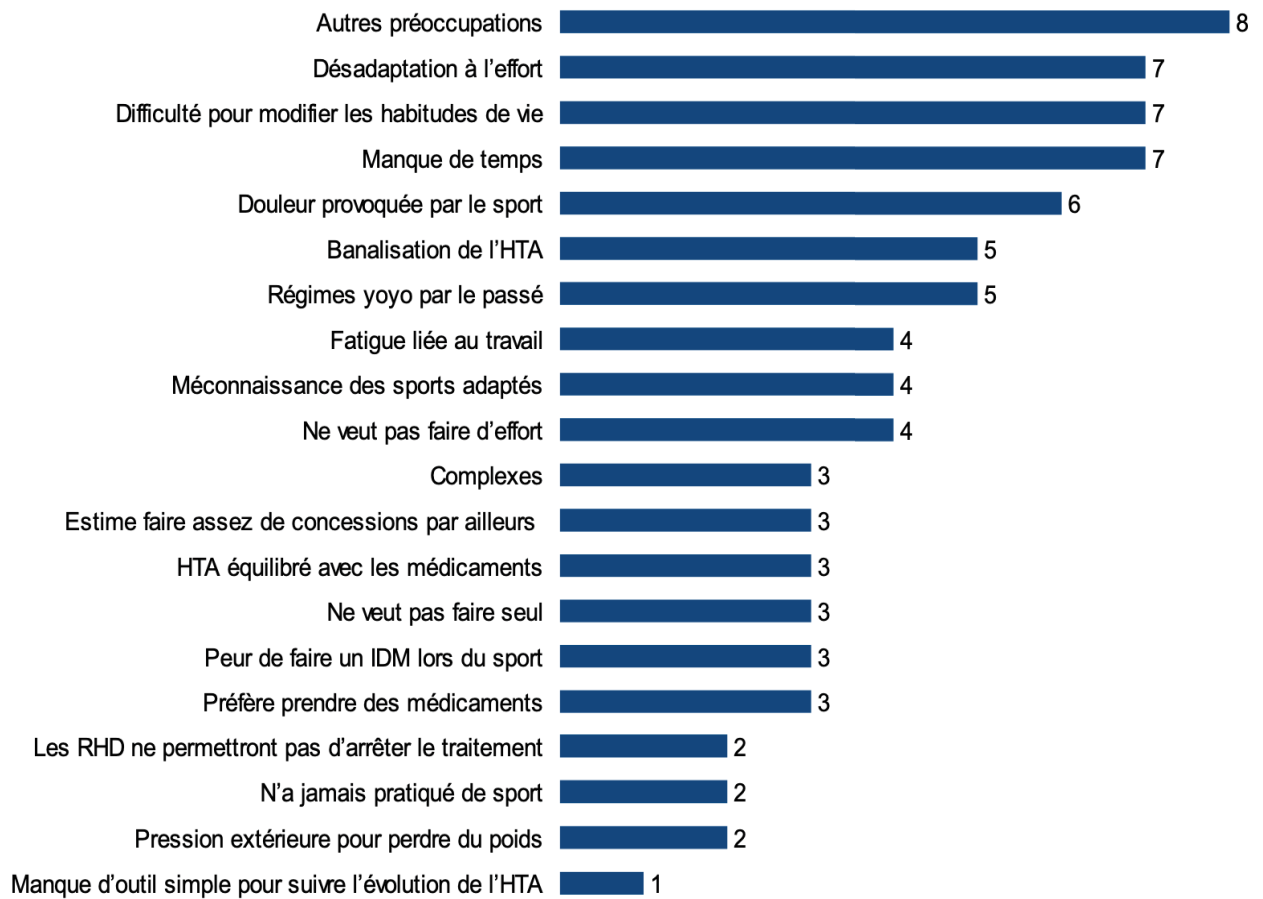
Les changements réalisés sont souvent minimes et faciles à mettre en place. C'est-à-dire que ce sont ceux qui ne nécessitent pas de faire d'effort particulier ou qui n'entraînent pas de privation. Et souvent ces changements sont sans fondement médical. Il s'agit par exemple de remplacer l'huile de tournesol par l'huile d'olive, d'acheter des bonbons sans sucre au lieu de bonbons sucrés, de boire du Kéfir pour perdre du poids ou encore d'éviter les plats en sauce.

Exemple du patient 10 : « *Si si, je mange des bonbons sans sucre* »

Les patients sont satisfaits des modifications qu'ils ont effectuées et dont ils ont fréquemment eu connaissance par leurs amis, la télévision ou les magazines.

3.1.6 Les difficultés personnelles pour l'application des RHD

Figure 5 : Raisons pour lesquelles le patient ne va pas suivre les RHD : nombre de patients évoquant la notion



Une des raisons pour laquelle les patients ne vont pas adhérer aux règles hygiéno-diététiques est qu'ils ont d'autres préoccupations. C'est le cas de 8 personnes.

Cela peut être des problèmes de santé nécessitant une attention plus immédiate que l'hypertension artérielle.

La patiente 4 m'a dit avoir eu 8 opérations dans les dernières années.

La patiente 12 a pris du poids en réalisant des FIV.

Les obstacles peuvent aussi provenir de l'environnement familial. Le patient 16 justifie sa stagnation pondérale par la succession d'évènements récents : *« je travaillais beaucoup, on était en train de rentrer dans notre maison, ensuite on est rentré dans notre maison on avait des travaux à faire. Ensuite on a eu notre bébé. »*

Il est difficile de modifier ses habitudes de vie.

Les patients craignent de renoncer aux plaisirs gustatifs. Pour cela, ils se focalisent sur un aliment qui leur a été déconseillé, mais qu'ils apprécient, pour rejeter le programme de perte de poids (la charcuterie, les plats salés, ou même le jus de tomate comme évoqué par un patient...). Ils ont l'impression que, de manger de manière moins riche va les priver d'un plaisir quotidien auquel ils sont habitués.

Patient 10 : *« Parce que si vous buvez un coup, vous avez aussi du sucre dans le Pinard alors à la fin on a plus rien. On peut plus manger, on peut plus boire, on a plus rien. »*

Il n'est pas aisé non plus d'avoir une maîtrise de soi suffisante pour résister aux fringales et aux nombreuses tentations des produits alimentaires vendus de nos jours.

Plusieurs patients évoquent la complexité de débiter une nouvelle résolution, qu'ils reportent généralement au lendemain.

Patiente 8 : *« Tous les jours je me dis que je commence demain mais tous les jours... »*

Il est également délicat socialement de refuser des douceurs apportées par les collègues de travail.

Ainsi nous constatons que les patients profitent des imprévus pour revenir à leur routine, ceci entravant le maintien à long terme des habitudes de vie. Exemple du patient 13 : *« Ça fait des années que je me dis qu'il faudrait que je perde du poids. Et puis finalement, ... si je fais attention, je ne bois pas d'alcool et puis après, mais vous êtes invité, ou faites un petit peu plus que ce qu'il faut et le lendemain vous l'avez sur la balance. »*

Trois patients estiment faire assez de concessions par ailleurs et refusent délibérément davantage d'efforts de leur part. Par exemple, la patiente 4 qui est diabétique, ne veut pas manger moins salé car elle a déjà modifié son alimentation par rapport au diabète : *« je n'ai plus le sucre, je n'ai plus l'alcool, je n'ai plus plein de choses, mais pas ça ! »*. Elle justifie ce refus par le fait qu'elle privilégie le régime de la pathologie qu'elle juge être la plus dangereuse pour sa santé.

Quatre autres patients évoquent un confort de vie auquel ils sont habitués et dont ils ne veulent pas se priver.

Ce sont entre autres, les personnes n'ayant jamais pratiqué de sport régulièrement.

La patiente 4 décrit une personne qui, n'ayant pas envie de faire un régime, fera tout pour ne pas entendre ce qu'on lui suggère.

Le patient 10 m'explique qu'il ne suit pas, de manière volontaire les règles hygiéno-diététiques. Selon ses dires, tout le monde vient au monde avec une date de décès fixe et inéluctable. Dans ce contexte, il souhaite profiter au maximum du temps qui lui est imparti et ne renonce pas aux plaisirs gustatifs. Pour compléter son argumentaire, il dit que *« les autres qui bougent qui font du sport, qui font ci, qui font ça j'ai pas encore entendu qu'ils mouraient moins jeunes que les autres. »*

3.2 Les notions inattendues

Au cours de mes entretiens, les patients ont soulevé des causes de non observance des RHD totalement inattendues.

3.2.1 L'impact du médecin généraliste

Pour sept patients, le discours du médecin généraliste est parfois jugé trop succinct ou alors les patients affirment ne pas avoir du tout été informés sur les règles hygiéno-diététiques par le médecin traitant.

Patiente 11 : « *On ne m'a jamais dit faites ci, faites ça et vous aurez moins de tension.* »

A l'inverse, les personnes affirmant avoir eu des informations claires ainsi que des encouragements de la part du corps médical sont ceux qui adhèrent aux RHD. Cependant, on peut se demander s'il ne s'agirait pas d'un biais. En effet, les personnes ne se sentant pas intéressées par les RHD n'auraient-elles pas plus rapidement oublié les recommandations faites par le médecin ?

On retrouve chez de nombreux patients une envie d'en apprendre plus sur l'hypertension artérielle. Ils s'informent par la télévision, des magazines et internet. De plus, ils discutent avec leur entourage pour se donner mutuellement des conseils.

Les patients sont bien conscients que ces informations présentent une véracité douteuse. Ils sont d'ailleurs demandeurs d'explications plus avancées. Par exemple, le patient 1 suggère qu'un document écrit remis par le médecin traitant lui aurait permis d'avoir un support sur lequel s'appuyer lors des modifications de ses habitudes de vie.

Mais ils n'osent pas toujours demander plus d'explications à leur médecin traitant ni exprimer leur manque de compréhension durant la consultation. La patiente 4 exprime clairement ce sentiment : « *franchement je n'ai rien compris. Toi alors, tu te sens bécasse, tu ne vas pas lui dire : « écoutez je suis trop con je n'ai pas compris ce que vous avez dit » ».*

3.2.2 L'hypertension artérielle vue par les patients

On retrouve chez les patients une sensation de fatalité lorsque l'hypertension artérielle est considérée comme héréditaire ou lorsqu'elle est perçue comme la conséquence d'une autre pathologie. Les patients ont alors l'impression que l'hypertension est inéluctable. Ainsi, quatre patients avaient l'impression que l'HTA était la conséquence d'une autre pathologie et cinq pensaient que l'HTA avait une origine héréditaire. Ils pensent qu'il n'y a pas lieu de modifier ses habitudes de vie car cela ne modifiera pas le cours de leur pathologie. Patiente 4 : « *qu'est-ce que voulez que je fasse comme effort alors que c'est lié à une autre pathologie à laquelle je ne peux pas plus combattre ? ».*

Je m'étais attendue à retrouver dans les entretiens une difficulté d'acceptation de l'hypertension artérielle en tant que maladie chronique. Seuls trois patients m'ont fait part de cette sensation négative envers l'HTA. Il est vrai qu'au vu de la population de patients majoritairement âgée, ceux-ci éprouvent plutôt une résignation dans le fait d'être atteint par une maladie chronique.

3.2.3 La sous-estimation de la dangerosité de l'HTA

Cinq patients m'ont dit qu'ils banalisent l'hypertension artérielle. En effet, ils ne ressentent pas d'effet direct sur leur santé : ils ne ressentent pas de désagréments et l'hypertension artérielle n'impacte pas leur quotidien. (Figure 5)

Le diabète est souvent une pathologie qui est évoquée et qui leur paraît plus menaçante que l'hypertension artérielle.

La patiente 9 pointe le fait que, lorsqu'elle va au laboratoire pour faire la prise de sang, un tableau d'affichage faisait défiler des messages de prévention pour le diabète alors qu'il n'y en avait pas sur l'hypertension artérielle. Elle remarque aussi le fait qu'on parle moins de l'hypertension artérielle dans les médias.

Les patients se disent pourtant bien informés sur les conséquences de l'hypertension artérielle à long terme. L'AVC et l'infarctus sont cités par onze patients. Les troubles oculaires et l'atteinte rénale sont également ressortis dans deux entretiens. Ces conséquences au long terme sont sources d'inquiétude pour les patients, ils expliquent d'ailleurs être observants envers leur traitement médicamenteux pour ces raisons.

Patiente 4 : « *Je veux arriver avec tous mes membres déjà, à peu près avec mes reins, mes yeux etc* ».

Dans l'ensemble, il ressort que, même si les conséquences sont bien connues, le lien de cause à effet entre l'hypertension artérielle et les conséquences cardio-vasculaire n'est pas aussi évident pour les patients.

Le patient 13 trouve que cela ne vaut pas la peine de faire des efforts car il est trop âgé. Il connaît les règles hygiéno-diététiques, mais pour lui, l'effort que nécessite le changement de ses habitudes ne sera pas assez bénéfique. Il estime être trop âgé pour que ces modifications aient un impact positif concret sur sa santé.

3.2.4 L'influence de la pression sociale

J'ai noté qu'il était de bon ton de faire attention à sa santé.

A de nombreuses reprises une remarque est faite sur les personnes qui ne prennent pas soin de leur santé par l'alimentation ou le sport. Seul le patient 10 m'a dit clairement qu'il ne suivait pas les RHD simplement car il n'en avait pas envie et ne présentait aucun signe de remords.

D'autres patients m'ont fait part du fait qu'ils ne suivaient pas ou partiellement les RHD mais, en se justifiant et en ayant la volonté d'accentuer les efforts qu'ils fournissent.

Patiente 12 : *« j'ai perdu de 3 kg mais j'aimerais perdre un peu plus »*

Il est donc peut être plus facile de nos jours de prôner une pratique sportive et une alimentation diversifiée car les personnes y sont sensibilisées par les médias et que cette attitude est communément admise comme étant plus saine.

3.2.5 L'image de soi

Trois patients ont exprimé leur réticence à débiter un sport en présence d'autres personnes en raison de complexes physiques (Figure 5). Or, c'est en s'attelant à pratiquer plus de sport qu'ils pourraient perdre du poids et mieux s'accepter physiquement.

Le patient 15 va même plus loin en ayant l'impression que l'embonpoint est un handicap au niveau social : *« le fait d'être obèse, psychologiquement on est défiguré par les gens. Comme si on avait une maladie transmissible, je dis n'importe quoi, le sida ou une grippe ou quelque chose qui s'attrape alors que c'est comme ça. »*

3.2.6 La place des nouvelles technologies

Une personne, le patient 16, a utilisé une application sur son smartphone dans son processus de perte de poids. Il s'agit d'une application gratuite qui lui a été conseillée par une diététicienne.

On y note les aliments consommés ainsi que la quantité ; l'application indique les calories ingérées et le ratio protéines, lipides et glucides correspondant aux ingestas. Cet outil lui a permis de prendre conscience des calories qu'il absorbait tous les jours.

Le fait de savoir, en prenant un jus de fruit par exemple, qu'il devrait le rajouter aux calories déjà ingérées a entraîné une réflexion sur ses besoins alimentaires. Ainsi cette application lui a permis de limiter les apports énergétiques superflus de manière progressive.

Néanmoins, les autres patients ne semblent pas être attirés par l'utilisation de ce type de technologie dans le but d'optimiser le suivi des RHD.

Peut-être est-ce en raison de la population majoritairement âgée qui ne se sent pas à l'aise avec les nouvelles technologies. Cela peut également être dû à la contrainte de noter les ingestas ou l'activité physique qui met les personnes face à la réalité de leur pratique.

3.2.7 Le traitement pharmacologique

Seuls quatre patients m'ont dit que les médicaments pouvaient avoir des effets secondaires. Même s'ils permettent de réguler l'hypertension artérielle, des effets indésirables à plus ou moins long terme peuvent s'exprimer. La patiente 12 a dû changer de principe actif en raison d'un désir de grossesse. Elle paraissait surprise qu'un traitement antihypertenseur pouvait avoir des conséquences sur un fœtus.

Il y a aussi une méfiance envers les laboratoires pharmaceutiques, que ce soit pour l'utilité avérée de certaines molécules ou pour leur innocuité. Elle fait écho à la défiance face à tous les grands groupes commerciaux suite aux révélations dans la presse de tromperies du consommateur par ces entreprises.

Le patient 10 pense que les laboratoires créent un besoin pour que les personnes achètent les médicaments. De ce fait, pour ce patient, l'hypertension artérielle pourrait être une maladie inventée par les firmes pharmaceutiques pour vendre une quantité plus importante de médicaments. Pourtant, ce patient prend quotidiennement son traitement médicamenteux.

La possibilité de pouvoir diminuer la posologie des médicaments ou parfois de les arrêter peut être un argument pour que les patients acceptent de suivre les règles hygiéno-diététiques. En effet, seuls quatre patients suivent les règles hygiéno-diététiques dans le but de voir diminuer la posologie de leur traitement.

3.2.8 La perception des règles hygiéno-diététiques

Globalement, lorsque les règles hygiéno-diététiques sont suivies et poursuivies elles apportent un bénéfice immédiat pour la personne. Cela peut être la diminution du stress, une meilleure qualité de sommeil, un lien social, une meilleure image de soi, ... Ces bénéfices sont très largement cités dans le panel des personnes suivant ces RHD.

Patiente 14 : « *mon transit est beaucoup mieux régulé.* »

Mais, deux patients sont convaincus que les règles hygiéno-diététiques ne permettent pas de stabiliser l'hypertension artérielle, et encore moins d'arrêter le traitement médicamenteux.(Figure 5)

La patiente 3 déclare : « *Pour l'hypertension je ne vois pas avec autre chose (que les médicaments). Pas avec le sport.* »

Le patient 10 quant à lui semble sceptique sur le fait que les règles hygiéno-diététiques telles qu'une alimentation saine et la pratique d'une activité sportive régulière diminuent la mortalité : « *Alors les autres qui bougent qui font du sport, qui font ci, qui font ça j'ai pas encore entendu qu'ils mouraient moins jeunes que les autres.* »

3.2.9 Le besoin d'accompagnement

Les entretiens révèlent qu'un accompagnement semble être nécessaire pour certains patients.

Le patient 7 a trouvé un réel bénéfice en se rendant dans un réseau local de cardio prévention : une perte de poids a pu être initiée en alliant conseils diététiques, soutien motivationnel pour la pratique sportive et soutien psychologique. Malheureusement, une fois les objectifs atteints, le patient n'y est plus allé et a repris petit à petit son ancien mode de vie. Il souhaite y retourner car il a récemment été opéré pour la mise en place de plusieurs stents suite à un infarctus du myocarde.

Le patient 15 quant à lui explique que le soutien psychologique fourni par son médecin traitant a été bénéfique pour l'acceptation de l'hypertension artérielle et l'accompagnement dans les modifications du mode de vie.

Des patients expriment une crainte pour la reprise d'une activité sportive soit en raison d'une pathologie rhumatologique soit par peur de causer un infarctus du myocarde. Ils ressentent parfois cette appréhension suite à une consultation avec le cardiologue qui leur a déconseillé de faire du sport de manière intensive, sans leur donner d'explication plus approfondie sur les sports qu'ils pouvaient pratiquer en sécurité. Ils sont alors partagés entre le fait de vouloir reprendre une activité physique et la peur de nuire à leur santé.

Patiente 4 : « *Quand tu fais une demi-heure de salsa, je n'ai pas envie de faire une crise cardiaque ! (Rigole) donc ça, aussi ça m'arrête.* »

Quatre patients souhaiteraient avoir plus d'explications sur les sports qu'ils peuvent pratiquer (Figure 5). On retrouve une volonté de bénéficier d'un schéma précis sur ce qu'ils doivent faire, comme une feuille de route pour le sport.

La patiente 6 exprime la difficulté qu'elle a pour trouver un sport en salle adapté à son âge et au fait qu'elle bénéficie d'une prothèse totale du genou. Elle a essayé le yoga qu'elle a arrêté car cela nécessitait d'être fréquemment accroupie au sol. Elle est actuellement à la recherche d'un groupe pratiquant le Taï Chi pour les personnes âgées, près de son domicile. La patiente trouve l'idée du sport par ordonnance intéressante car cela permettrait d'avoir un bilan réalisé par un professionnel et des sports correspondant à ses capacités et à ses pathologies.

Pour un tiers des patients, à très grande majorité féminine, un élément très motivant pour la pratique sportive est le lien social (Figure 4). Des activités programmées de manière régulière, souvent hebdomadairement, en petit groupe ou en binôme, leur tiennent particulièrement à cœur. Elles les évoquent comme un moment plaisant.

De surcroît, plusieurs personnes interrogées m'ont exprimé leur solitude ou la crainte de l'éprouver. La pratique d'une activité physique, même modérée, leur permet de sortir de leur isolement.

Patiente 9 : « Il faut justement que je trouve quelque chose où j'allie le fait de pouvoir bouger, et d'avoir de la compagnie. »

Nous remarquons que l'émulation au sein de la famille ou avec les amis est importante pour le suivi des règles hygiéno-diététiques (Figure 4). La plupart du temps, la pratique sportive, et encore plus l'alimentation diversifiée, sont réalisées en famille. Cela peut être le mari et sa femme qui vont faire du vélo régulièrement ensemble, ou bien le gendre qui propose des balades à faire, ... Sept personnes ont mentionné cette émulation dans leur entretien.

Au niveau de l'alimentation, cela est plus subtil s'il s'agit de la femme qui souhaite maigrir, par la force des choses, le mari modifiera lui aussi un peu son alimentation. Mais cela peut être inversé : le mari, n'adhérant pas à une alimentation différente que celle auquel il est habitué, devient un frein aux modifications qui ont été débutées, et va au fil du temps inciter l'épouse à reprendre le type d'alimentation antérieure. Plusieurs femmes m'ont expliqué en riant que ce n'était même pas la peine d'essayer de modifier l'alimentation car leur mari ne l'accepterait pas. Par exemple, la patiente 11 a perdu du poids grâce au suivi d'une diététicienne mais quand celui-ci s'est arrêté elle a repris son poids initial. Elle n'a pas réussi son régime car son mari ne veut pas modifier son alimentation et elle ne souhaite pas faire deux cuisines pour chaque repas.

Ceci montre que c'est toute la structure familiale qui doit changer ses habitudes de vie et non pas une seule personne pour que celles-ci soient pérennes.

3.3 Les représentations des patients

Le processus par lequel un patient va suivre ou non les règles hygiéno-diététiques est complexe et multifactoriel. Voici quelques représentations retrouvées chez les patients interrogés qui influencent leur observance aux RHD.

3.3.1 Le manque d'outils de suivi pour l'hypertension artérielle

Les patients ont bien assimilé que l'HTA est bien équilibrée si la pression artérielle se situe dans des valeurs cibles (que ce soit mesuré par un tensiomètre au domicile ou au cabinet du médecin). Pourtant, ces valeurs cibles ne sont pas toujours bien connues.

Les patients se fient plus à la satisfaction de leur médecin lors de leurs visites trimestrielles ou à la variation des chiffres tensionnels par rapport à leurs valeurs habituelles.

Patient 13 : « *Quand il (le médecin traitant) voit que la tension est équilibrée, il est content et moi aussi.* »

Seules trois personnes m'ont dit qu'elles possèdent un tensiomètre, et deux sur trois ne l'utilisent que lorsqu'elles suspectent un pic tensionnel en raison de l'apparition de symptômes. Il ne représente donc pas un moyen de contrôle régulier de la pression artérielle au domicile.

Il ressort des entretiens qu'ils aimeraient avoir un moyen qui les aideraient à faire correspondre de manière rapide les efforts fournis (pratique sportive, diminution du poids) à une valeur qui leur indique que cela a été bénéfique pour l'hypertension artérielle.

Les patients diabétiques de type 2 corrélaient ainsi leur glycémie à jeun comme un reflet direct des efforts réalisés dans la journée précédente, leur permettant ainsi de s'apercevoir que leurs efforts n'ont pas été vains.

C'est en effet le manque de visibilité entre le respect des RHD et des conséquences perceptibles ou mesurables sur l'hypertension artérielle qui est le frein principal au respect des règles hygiéno-diététiques.

Les patients qui ont évoqué cette idée considèrent que cela serait une motivation pour poursuivre leurs efforts et un moyen de ne pas les relâcher au fil du temps.

En effet, les repères que peuvent avoir les patients sont majoritairement indirects :

- diminution du poids en ce qui concerne la modification du régime alimentaire,
- une augmentation de la masse maigre et une meilleure endurance pour la reprise de l'activité physique,
- la diminution de posologie de leur traitement pharmacologique, ...

3.3.2 La connaissance des conséquences de l'HTA par son expérience personnelle

On a vu auparavant que, pour beaucoup de patients, bien que les conséquences soient connues, l'hypertension artérielle n'est pas associée à une maladie grave. Seules quatre personnes, qui ont eu dans leur entourage un membre de la famille qui a présenté de l'hypertension artérielle et qui est décédé des suites d'une pathologie cardiovasculaire semblent plus concernées par cette pathologie. (Figure 4)

Patiente 5 : *« mon père ne s'est pas du tout soigné comme il devait et je n'ai pas envie de faire le même chemin que lui. »*

Ils ont remarqué que ces personnes ne suivaient pas ce que l'on nomme actuellement un « *mode de vie sain* ». Ils déplorent que ces membres de la famille n'aient pas pris soin de leur santé car ils font un lien entre leur décès qu'ils considèrent comme précoce et leur mode de vie. Il en va de même pour les conséquences de l'hypertension artérielle non létales (AVC, infarctus du myocarde, ...). Il semble que ces patients soient plus attentifs à maintenir une pression artérielle équilibrée et donc plus réceptifs aux conseils hygiéno-diététiques.

Un lien familial n'est pas le seul facteur de sensibilisation.

En effet le patient 16 qui travaille au contact de personnes âgées grabataires indique qu'il comprend l'importance de la prévention des maladies cardiovasculaires afin d'obtenir une espérance de vie en bonne santé la plus longue possible. Et cela en raison de sa proximité avec des personnes ayant une autonomie diminuée.

Comme bien souvent, il est plus facile de repérer les défauts de respect des RHD chez des proches que d'arriver à s'interroger sur son propre mode de vie.

Quatre personnes m'ont parlé de leur inquiétude sur les conséquences de l'hypertension artérielle (Figure 4). Certaines, en raison de symptômes qu'elles ont éprouvés : une douleur retro sternale, des céphalées intenses ou une épistaxis régressant après l'introduction d'un traitement antihypertenseur. La patiente 4 évoque le fait de préserver ses organes de l'atteinte vasculaire.

Suite à une expérience personnelle, ces patients ont donc pris conscience des conséquences néfastes de l'hypertension artérielle pour leur santé. Il en ressort une inquiétude importante pour leur santé avec un verbatim très fort : « *Je sais que si je n'aurais pas suivi ces conseils ou fait quelque chose, aujourd'hui je ne serai plus là ou allongé dans un lit. Enfin dans un sale état. Vraiment dans un sale état !* » patient 15.

De même, lorsque la découverte d'une hypertension artérielle s'est faite suite à une symptomatologie (céphalée, vertige, asthénie, ...) les patients sont plus enclins à suivre les règles hygiéno-diététiques.

Ceci étant graduel : plus la symptomatologie a été marquée ou vécue péniblement, plus la volonté de la traiter (avec des médicaments ou en modifiant ses habitudes de vie) est forte.

Les patients dont la découverte a été fortuite ou progressive sans symptomatologie ne ressentent pas la même envie.

Patient 13 (qui ne suit pas les RHD, tableau 1) : « *Et puis je n'ai, jusqu'à présent, pas eu de soucis particuliers.* »

3.3.3 La perception du traitement médicamenteux

Pour la plupart, le traitement unique et quasi miraculeux de l'hypertension artérielle est le traitement pharmacologique. Ils ont un lien fort avec les médicaments qu'ils m'ont souvent détaillés très longuement (posologie, itinérance médicamenteuse, nom du médicament, date de début de l'initiation du traitement pharmacologique...). Trois patients (4,8,10) estiment que l'hypertension artérielle est bien équilibrée avec les médicaments (Figure 5). Que la prise du médicament soit bien acceptée ou non, les médicaments sont très importants pour les patients.

De plus, l'hypertension artérielle étant stabilisée grâce aux médicaments, les patients ne voient pas la nécessité de faire plus d'effort, comme le formule le patient 10 : *« tu as de la tension, tu bouffes les pilules et si ça stabilise c'est bon tu continues. »*

On retrouve là un paradoxe de l'usage des médicaments.

Les médicaments antihypertenseurs permettent de corriger ou de modifier des fonctions physiologiques pour permettre aux patients de continuer à vivre comme « si de rien n'était ». En ce sens, le médicament remplit parfaitement son rôle, qui plus est, avec peu d'effets secondaires.

Mais au final, cette efficacité médicamenteuse est probablement une des causes principales de la non-observance des RHD puisque celle-ci est moins contraignante que le changement d'habitudes de vie.

L'hypertension artérielle étant une maladie chronique silencieuse, il est difficile pour les patients de faire des efforts dans leur quotidien. Pourtant, ils sont bien conscients des conséquences que peut avoir cette pathologie sur le plan cardiovasculaire.

C'est pourquoi ils prennent de manière régulière le traitement pharmacologique : il permet de les rassurer car les patients se sentent actifs et il ne nécessite que peu de contraintes (lorsqu'il y a peu d'effets secondaires).

Patiente 4 : *« je compte sur les médicaments pour faire leur boulot ! »*

Les patients les moins âgés de mon panel (15 et 16) perçoivent les médicaments comme un moyen efficace et nécessaire dans un premier temps.

Cependant, le traitement pharmacologique est vécu comme un signe de gravité de la maladie. En effet, s'ils ont besoin d'avoir une prescription pour une maladie, c'est que celle-ci impacte sur leur santé. Les deux patients les moins âgés sont observants des règles hygiéno-diététiques pour pouvoir, à terme, stopper la prise médicamenteuse.

Le fait d'avoir à prendre un traitement médicamenteux étant inhabituel pour des trentenaires, ils sont plus motivés pour modifier leurs habitudes de vie si cela leur permet de revenir à un stade où les médicaments ne sont pas nécessaires, qui est quant à lui perçut comme un état de « non-maladie » ou une maladie sous contrôle.

Patient 16 : *« C'est vrai que si je pouvais retomber à un seul médicament ce serait une manière de me repérer comme une amélioration. »*

Ceci n'est pas le cas des personnes plus âgées, qui face à l'hypertension artérielle sont plus fatalistes et qui ne trouvent rien d'étonnant à avoir une maladie chronique pour laquelle il leur faut prendre des médicaments.

3.3.4 La perte de poids

La diminution pondérale est communément connue par les patients comme influençant l'hypertension artérielle (Figure 2). Les patients étant le plus souvent en surpoids, ils y trouvent une motivation esthétique en plus de celle d'améliorer l'HTA. C'est pourquoi, quatre patients (8, 12, 14, 16) interrogés m'ont affirmé que la perte de poids était une motivation majeure (Figure 4).

Pourtant, la patiente 4, qui a présenté des difficultés pour perdre du poids, explique qu'elle a changé de diabétologue car elle avait l'impression que celle-ci critiquait sa stagnation pondérale. Elle s'est sentie brimée et cela l'a découragée de poursuivre sa perte de poids.

Une autre personne, la patiente 8, appréhende de revoir son gynécologue. Celui-ci avait fixé un objectif de perte de poids à atteindre pour l'année suivante qu'elle n'a pu réaliser malgré ses efforts. Elle repousse le fait de reprendre un rendez-vous car elle redoute une remarque à ce sujet.

Cette patiente éprouve un sentiment d'échec et de culpabilité en raison du fait qu'elle n'a pas atteint l'objectif fixé. Elle se sent dépassée par les mesures à mettre en place et le nombre de kilogrammes à perdre.

Le patient 13 quant à lui estime que la majorité des gens présente une surcharge pondérale. Or, en se comparant aux autres, il ne souffrait pas d'une image négative de son corps. « *tout le monde se balade avec un petit peu de surcharge pondérale et puis tu es comme le voisin quoi* ». Ainsi, la motivation pour perdre du poids en raison du regard des autres n'était pas présente chez ce patient. Ceci étant peut-être plus communément admis par les hommes que par les femmes.

Cinq patients (4, 11, 12, 13, 16) m'ont parlé des régimes qu'ils avaient réalisés par le passé, et qui avaient entraîné une perte de poids. Mais, par la suite, ils ont, non seulement repris le poids perdu, mais plus encore. Cet effet yo-yo des régimes rapides a pour conséquence une perte de confiance en leur capacité de réussir à maintenir un poids de forme ainsi que celui de les décourager à rependre du poids.

Le suivi des règles hygiéno-diététiques, et particulièrement la perte pondérale, est source d'anxiété. Les patients savent qu'il est préférable pour leur santé de pratiquer une activité physique régulière et de ne pas être en surpoids. Ces résultats, d'autant plus quand il s'agit de les maintenir au long cours, sont rarement obtenus dès la première tentative et les échecs sont très mal vécus par les patients.

Ils ont un sentiment de culpabilité et se sentent dépassés. Six patients ont utilisé un verbatim issu du champ lexical de la dévalorisation de soi ou d'un sentiment d'échec.

Ceci est essentiellement exprimé par les femmes du panel. Patiente 8 : *« Je sais que je reporte tous les jours au lendemain. De me dire : « fais-toi un programme ! » Je ne sais pas. Je ne sais pas si j'ai assez de caractère. »*

3.3.5 L'activité physique

Les bienfaits de l'activité physique sont bien connus des patients avec une image positive de celle-ci (Figure 2). Malgré cela, la pratique est très hétérogène.

Pour le sport, il paraît important que les personnes trouvent du plaisir à pratiquer un sport. Trois d'entre elles (8, 9, 12) ont souligné que c'était important à leurs yeux (Figure 4). Certaines aiment la piscine, d'autres la danse, ... Une proportion de gens n'associe plus l'activité physique à une contrainte mais s'y épanouit pleinement. Finalement, on se rend compte que les personnes qui ne pratiquent pas d'activité physique avancent l'argument de ne pas avoir trouvé de sport qui leur procure du plaisir.

Le sport crée un lien social qui renforce le plaisir de la pratique et garantit sa régularité. Mais ce lien peut aussi conduire à l'échec. Par exemple, la patiente 12 aime faire du vélo mais son mari en fait plus régulièrement qu'elle. Il a donc une meilleure condition physique. Lorsqu'elle fait du vélo avec lui, elle n'arrive pas à suivre son rythme et il lui fait la remarque. N'aimant pas rouler seule, elle s'est résignée à ne plus faire de vélo.

3.3.6 Le manque de temps et l'activité professionnelle

Un frein majeur pour la pratique sportive évoqué dans les entretiens est le manque de temps et la fatigue physique causée par le travail.

L'impossibilité de se dégager du temps est évoqué par sept personnes (Figure 5).

Quatre personnes (4, 8, 12, 15) exerçant un métier physique ou dans des conditions difficiles relèvent qu'elles n'ont plus la volonté de faire du sport quand elles rentrent chez elles. Elles aspirent au repos pour être performantes le lendemain.

Une personne, (le patient 16) travaillant le week-end, bénéficie certes d'un jour de repos dans la semaine mais, comme elle se retrouve seule chez elle, elle ne trouve pas la motivation pour aller se dépenser physiquement. Elle préfère faire du sport avec sa famille en fin de semaine.

Le manque de temps semble être un motif primordial car il est évoqué par la moitié des patients. Ils expliquent avoir d'autres obligations, ce qui ne leur permet pas de dégager du temps pour une pratique sportive régulière.

Un emploi qui nécessite une dépense physique intense n'est pas seulement un frein à la pratique sportive mais également à la perte de poids. En effet, les personnes n'osent pas faire de régime alimentaire. Ils redoutent une baisse de leurs performances qui serait consécutive à la période initiale de diminution des quantités énergétiques. Or, ces patients ne souhaitent pas montrer des signes de fragilité alors qu'ils ont besoin d'avoir une endurance physique tout au long de leur journée de travail.

Patiente 8 : « si je travaille il faut que je mange et ce que je mange ce n'est pas forcément bon pour perdre du poids. »

3.3.7 L'éducation

Les personnes d'un certain âge (patientes 6 et 8) n'ont pas, de part leur éducation, de la même vision d'un être en bonne santé.

Dans son enfance, la patiente 8 n'a jamais pratiqué d'activité sportive. En effet, les enfants jouaient beaucoup à l'extérieur et étaient nettement moins sédentaires qu'aujourd'hui.

De plus, il n'était pas question de faire attention à son alimentation dans le but de garder la ligne. Elle ne se souvient pas d'avoir rencontré un nombre élevé d'enfants en surpoids. Elle n'a donc pas appris par ses parents qu'il était important d'avoir une alimentation variée, riche en fruits et légumes.

Ce type de régime a été prôné par la suite, lorsqu'elle était déjà adulte et que les habitudes alimentaires étaient bien ancrées et avait entraîné une surcharge pondérale.

Patiente 6 : « *à l'époque, quand j'étais bien ronde, on me disait que j'étais en bonne santé, c'est un signe de bonne santé et je n'avais pas le droit de faire des régimes* »

Une notion présente dans l'imaginaire collectif, et exprimée par le patient 10, est qu'une personne qui mange de manière copieuse est une personne en bonne santé. Il peut alors paraître contradictoire que perdre du poids va être bénéfique pour la santé.

3.3.8 L'importance du lien avec les professionnels de santé

Les patients qui suivent les règles hygiéno-diététiques sont ceux qui parlent de manière chaleureuse de leurs médecins traitants. Ils parlent spontanément des conseils dispensés par leur médecin. On ressent qu'un lien de confiance est instauré qui permet de faire passer des messages de prévention et de sensibilisation.

Patiente 3 : « *mon médecin me dit toujours que c'est bien si je perds. Il trouve que j'ai, que je suis plus stable depuis que je fais ça.* »

Il ressort des entretiens que les patients ont besoin d'un soutien motivationnel pour atteindre leurs objectifs puis maintenir les modifications des habitudes de vie au long terme.

Il est important pour les gens d'avoir un suivi afin de pouvoir poser des questions et de se sentir encouragés. Les félicitations sur les progrès réalisés et les encouragements sont toujours exprimés très positivement dans le parcours des patients. Ce suivi peut être issu d'une structure multi disciplinaire comme un réseau de cardio prévention.

Mais il peut également provenir d'un intervenant spécifique telle qu'une diététicienne, un professeur de sport ou un autre professionnel de santé : le médecin traitant et/ou le cardiologue.

3.3.9 Le patient, acteur de sa santé

Les patients suivent les règles hygiéno-diététiques car cela leur permet d'être acteurs de leur santé, d'être impliqué dans leur maintien en bonne santé. Ils se sentent actifs en faisant du sport ou en faisant attention à leur poids.

Ils ont l'impression d'influencer le cours de la maladie.

Patient 1 : « *Pour essayer de stabiliser, ou de faire un peu, que ça n'évolue pas, que ça régresse un peu, que je reste un peu plus stable* ».

Patient 16 : « *la seule manière d'être acteur c'était de faire attention à l'alimentation.* »

4 Discussion

Les entretiens ont mis en évidence que les patients n'ont pas une bonne connaissance de l'hypertension artérielle. Contrairement aux règles hygiéno-diététiques qui sont quant à elles connues.

4.1 La connaissance des règles hygiéno-diététiques

Les déterminants du suivi des RHD sont nombreux et souvent intriqués entre eux. Parmi eux, on peut citer l'importance d'une relation de confiance avec le médecin traitant et le cardiologue. Même si, parfois, leur discours est perçu comme étant tourné uniquement autour du traitement médicamenteux.

On s'interrogera aussi sur l'impact des informations délivrées par le médecin.

Nos entretiens montrent que les discours théoriques ont peu d'influence. C'est la confrontation directe aux conséquences de la maladie qui a donc le plus d'impact : l'hypertension artérielle est souvent banalisée par les patients en raison de son absence de symptomatologie aiguë, et cela, malgré la connaissance des conséquences au long cours.

Cependant, si les patients ont côtoyé, au niveau familial ou professionnel, des personnes ayant souffert de conséquences de l'HTA, cela a très souvent entraîné une prise de conscience de la gravité de la pathologie. Ils manifestent de manière plus fréquente une volonté de vieillir en bonne santé que les patients n'ayant pas cette expérience.

Les patients ont également un sentiment de fatalité et d'immuabilité dans le cas où l'hypertension artérielle est vécue comme héréditaire ou comme la conséquence d'une autre pathologie. Ceci décourage les patients de suivre les règles hygiéno-diététiques car ils ont l'impression qu'elles ne pourront pas solutionner l'hypertension artérielle.

Il est donc bénéfique de se demander comment le patient se représente sa maladie afin de pouvoir répondre au mieux à ses attentes.

4.2 L'activité physique

En ce qui concerne plus spécifiquement l'activité physique, les patients ressentent une amélioration de leur pathologie rhumatologique quand elle est pratiquée régulièrement, ce qui les motive à poursuivre le sport.

Malheureusement, la sédentarité est un problème de santé majeur dans la société actuelle.

Les patients ont exprimé le fait qu'elle s'effectue généralement de manière progressive à l'âge adulte de par l'entrée dans la vie active, la vie de couple puis la parentalité. Ainsi, des personnes qui pratiquaient régulièrement un sport dans leur enfance ou leur adolescence se sont progressivement sédentarisées.

Lors des changements professionnels ou personnels, une attention particulière doit être accordée à la stimulation et à la recherche de solutions avec les patients pour que l'activité physique puisse perdurer.

Ensuite, il apparaît que la reprise sportive est vécue comme une épreuve par les patients en raison de la désadaptation à l'effort dont ils souffrent. La dyspnée et la tachycardie les inquiètent car ils ont peur de faire un infarctus du myocarde.

La peur des complications cardio-vasculaires est fréquemment retrouvée comme motif à la non reprise de la pratique sportive.

Un accompagnement est donc nécessaire pour les écouter, leur proposer éventuellement des examens complémentaires pouvant les rassurer ainsi qu'une gradation des efforts.

De plus, ils se plaignent que les sports sont parfois peu adaptés à leur âge et à leurs pathologies. Ils souhaiteraient avoir des informations individualisées sur ceux qui leurs seraient les plus appropriés.

Lors des entretiens, la peur de la solitude a particulièrement été mise en avant par les patients. Or, la pratique sportive est souvent un moyen de sociabilisation. Elle permet de créer du lien social, ce qui est un élément très motivant et recherché par les patients. Elle pourrait donc aussi être une réponse à certaines situations où les patients se sentent isolés.

4.3 L'alimentation

La majorité des patients ne veulent pas renoncer aux plaisirs gustatifs auxquels ils sont habitués. Ils ont l'impression qu'en faisant des efforts au niveau alimentaire, leur vie sera fade et sans réjouissance.

Pour une population plus féminine, les régimes se sont bien souvent succédés sans que les patientes réussissent à maintenir leur poids dans la durée. Ces échecs entraînent une réelle dévalorisation de soi pour les personnes. Cela les incite à ne plus tenter de perdre du poids.

Un accompagnement et une réassurance pourraient être utiles à ces femmes pour leur permettre de réaliser leurs objectifs.

Parfois, les conseils délivrés par les médecins se heurtent à l'incompréhension des patients en raison de leur éducation. Le plus souvent les personnes âgées, pensent que le fait de pouvoir manger des quantités importantes est un signe de bonne santé. Ou alors, dans leur enfance, l'obésité n'étant que peu présente, elles n'ont jamais du surveiller leur alimentation.

Or, le médecin leur demande au contraire de manger de manière raisonnée pour leur santé. Ses objectifs peuvent donc leur paraître inappropriés et douteux.

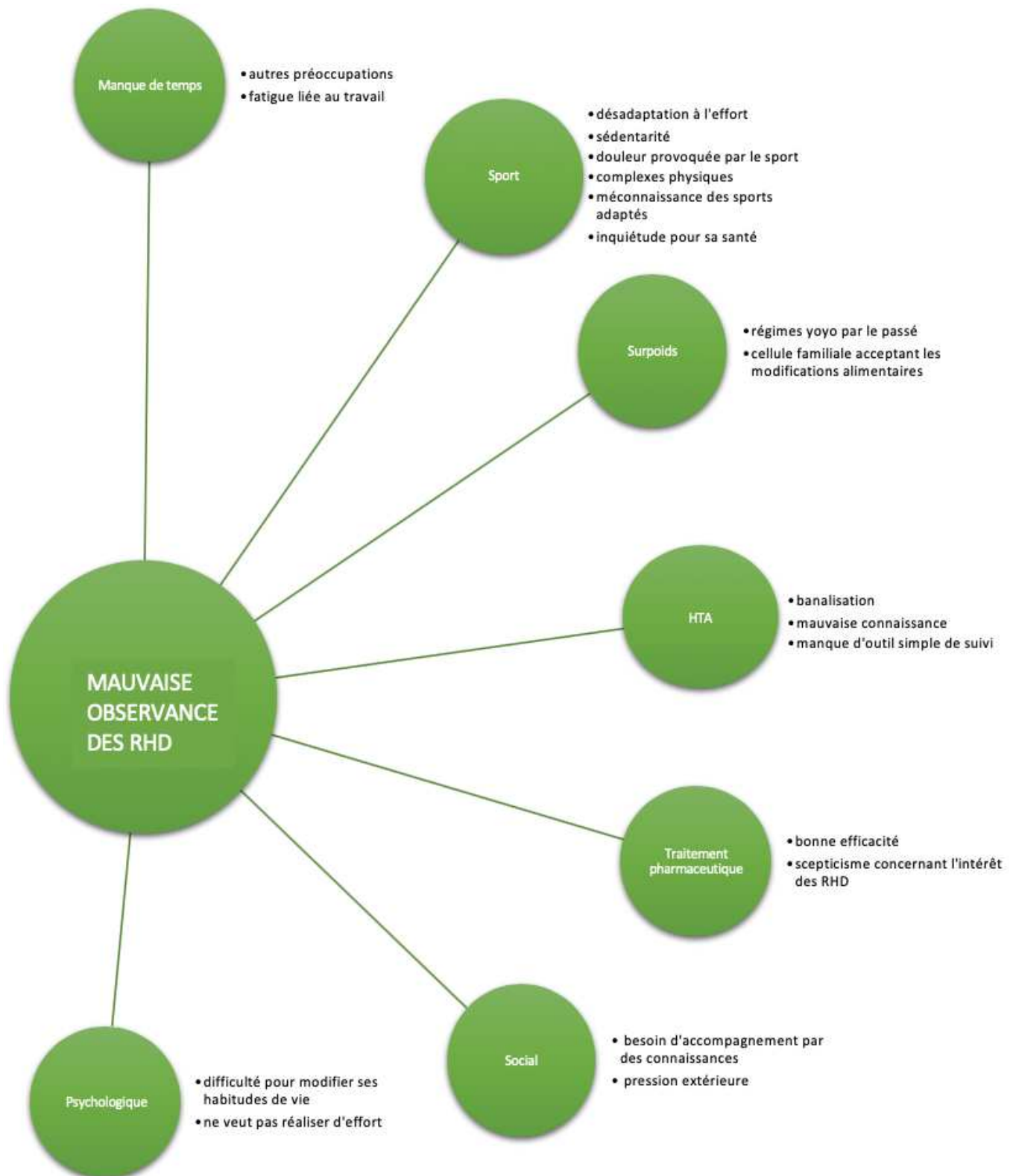
4.4 Les autres raisons pour lesquelles les patients ne suivent pas les RHD

Une partie des patients interrogés trouvent qu'il est plus facile de prendre un traitement pharmaceutique que de changer son mode de vie.

Pour eux, celui-ci est une avancée qui leur permet justement de vivre de la même manière qu'avant l'entrée en maladie. L'efficacité du traitement sur l'hypertension artérielle et l'absence d'effets indésirables ne les incite pas à remettre en question leur mode de vie.

La difficulté de modifier son mode de vie est très importante. Il arrive très régulièrement que les personnes relâchent leurs efforts après quelques mois pour revenir aux schémas précédents.

Figure 6 : Schéma de synthèse : causes de la mauvaise observance des RHD



4.5 Les raisons pour lesquelles les patients vont adhérer aux RHD

Celle qui semble être la plus récurrente est le souhait d'améliorer sa qualité de vie.

Il est en effet de notoriété publique que la pratique d'une activité physique régulière et une alimentation saine sont des moyens pour augmenter sa durée de vie en bonne santé.

A plus court terme, les patients trouvent des bénéfices plus immédiats. Il s'agit par exemple d'une diminution du stress, d'une meilleure qualité de sommeil, du lien social plus riche, ...

Ces bénéfices, loin d'être mineurs, sont une motivation fondamentale pour poursuivre les changements engagés. Il pourrait être utile de les valoriser lors des consultations afin de favoriser l'engagement thérapeutique du patient.

Les patients m'ont également fait part de leur envie de procéder à des modifications dans leur mode de vie lorsque plusieurs de leurs pathologies pouvaient être améliorées simultanément. Il leur semble alors que, en agissant sur plusieurs choses à la fois, il y a une motivation plus forte pour faire des efforts.

Ainsi, un patient qui présente plusieurs pathologies qui pourraient bénéficier de la mise en place des règles hygiéno-diététiques, est plus facile à convaincre de changer ses habitudes de vie.

Une donnée fondamentale dans la mise en place ou non des règles hygiéno-diététiques est l'émulation familiale.

En effet, un patient peut sortir de la consultation en étant très volontaire pour procéder à des modifications de ses habitudes de vie. Cependant, si son conjoint, lui, n'y adhère pas, il y a peu de chance que le patient arrive à les mettre en place. Inversement, le patient peut aussi être le moteur de ces changements, entraînant ainsi son conjoint à les réaliser également.

Ainsi, l'émulation peut être positive ou négative mais dans ces deux cas, elle est fondamentale dans le suivi des règles hygiéno-diététiques.

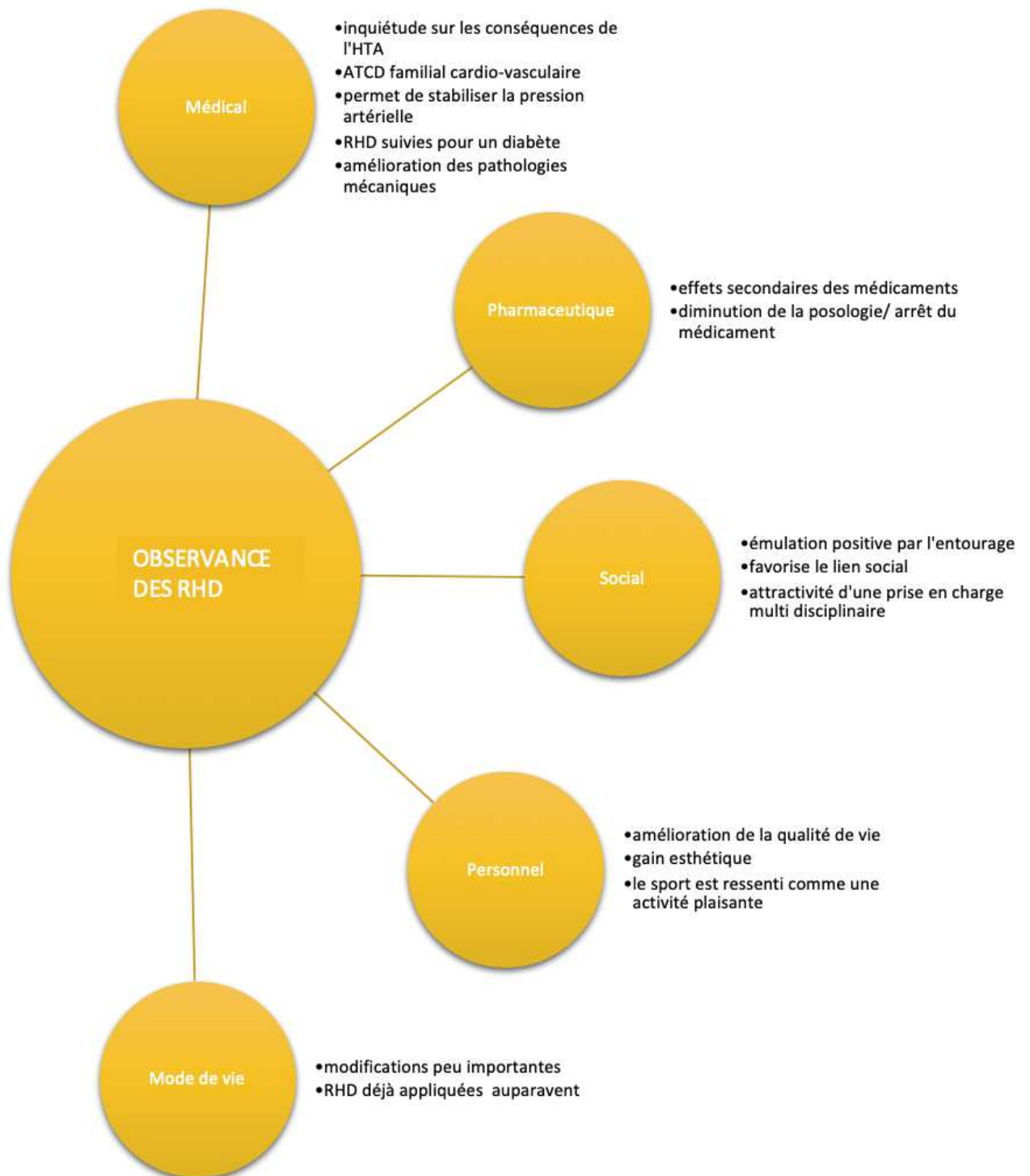
Les changements des habitudes de vie ne concernent pas seulement le patient mais aussi son entourage familial proche, il faut en tenir compte dans son discours afin de répondre au mieux à ses problématiques.

La méfiance envers les effets secondaires possibles du traitement médicamenteux et des firmes pharmaceutiques constituent une réelle motivation pour certains patients à suivre les règles hygiéno-diététiques dans le but de diminuer la posologie ou d'arrêter complètement le traitement médicamenteux.

Quand les patients nous décrivent les changements mis en place, on constate souvent qu'ils sont en réalité minimes. Ces toutes petites modifications effectuées isolément ne sont pas suffisantes pour avoir une action efficace. Mais leur mise en place permet aux patients de les rassurer et de pouvoir affirmer qu'ils ont modifié leurs habitudes de vie.

Un autre frein à la poursuite des règles hygiéno-diététiques est le manque d'outil quantitatif permettant aux patients de suivre leurs efforts. Ceci entraîne un manque de motivation. En effet, ils n'ont pas de moyen immédiat pour constater très concrètement que leurs effets sont positifs.

Figure 7 : Schéma de synthèse : motivations pour suivre les RHD



5 Forces et limites de l'étude

5.1 Les forces

Ce travail s'intéresse aux règles hygiéno-diététiques, qui font moins souvent l'objet d'études comparés au traitement médicamenteux dans le cadre de l'hypertension artérielle. Cette thèse vient donc amener un regard sur ce traitement non pharmaceutique.

Le type d'étude choisi, l'analyse qualitative, est la plus adaptée pour répondre aux objectifs de l'étude car elle permet aux patients de verbaliser leur réponse. De plus, pour que les personnes ne se sentent pas influencées dans leur discours, les biais externes ont été limités au maximum. Ainsi, le lieu de l'entretien a toujours été le domicile du patient et il n'y avait pas d'observateur externe présent.

Le panel des personnes qui ont été recrutées étant diversifié, la représentativité du plus grand nombre de patients a été respectée (cf tableau 1). Ceci dans le but d'apporter un éclairage le plus large possible sur le sujet. L'échantillonnage en variable maximale a donc été respecté.

5.2 Les limites

Ce travail a été soumis à un biais de recrutement : les médecins généralistes ayant répondu favorablement à la demande de recrutement sont probablement sensibilisés à l'importance des règles hygiéno-diététiques dans le traitement de l'hypertension artérielle.

De même, les patients volontaires pour réaliser les entretiens l'ont peut-être été car le sujet de l'étude les intéressait.

Dans cette étude, la présence de biais internes a pu survenir en raison d'une incompréhension entre le chercheur et le participant. J'ai tenté de limiter ce biais en posant des questions ouvertes dont la syntaxe était simple, en intervenant le moins possible, mis à part pour relancer la discussion ou approfondir la réponse du patient (en reprenant si possible ses mots pour le faire). Mais la présence d'un tel biais reste possible.

Au niveau de la validité interne, il n'y a pas eu de relecture du verbatim par un autre chercheur, ainsi une triangulation n'a pas été réalisée. Un biais d'interprétation n'est pas exclu.

6 Conclusion

Ce travail avait pour objectif de mettre en évidence les facteurs influençant l'observance des mesures non médicamenteuses dans le cadre du traitement de l'hypertension artérielle.

Cette étude a permis de nous confronter directement aux déterminismes sociaux culturels (sédentarité, alimentation riche, ...). A l'inverse, les RHD, une notion relativement récente, remettent en cause beaucoup de paradigmes très anciens. L'acceptation de ces nouvelles habitudes de vie est donc d'autant plus difficile qu'elle se heurte à des croyances fortement ancrées. D'où le fait qu'il a été objectivé un besoin important d'éducation thérapeutique, voir même d'un réel encadrement, ainsi que d'un suivi régulier pour appliquer ces règles.

Un point essentiel est qu'il faut arriver à une adhésion et une implication au quotidien et au long terme du patient. Celui-ci doit se retrouver dans une posture active de prise en charge de sa santé.

Et c'est bien là, la constatation principale des entretiens : on retrouve des patients qui bénéficient d'une émulation positive de l'entourage (corps médical, famille, ...), et manifestent une volonté de « se prendre en main ». Ce sont des patients demandeurs, mais qui se heurtent à des difficultés d'accès à une information claire, et expriment ouvertement un souhait d'accompagnement, qui fait encore défaut à l'heure actuelle.

La demande porte même précisément, sur des outils permettant une mise en corrélation des efforts RHD aux effets positifs sur la pression artérielle, suivant l'adage « on ne croit que ce que l'on voit ».

En ce qui concerne la méconnaissance de l'hypertension artérielle et de son traitement, il est envisageable de fournir un document au patient lors de la consultation d'annonce. Ceci pour que le patient puisse le relire à son domicile et que d'éventuelles questions puissent être évoquées lors d'une prochaine consultation. Le dépliant proposé en annexe 8 pourrait être utilisé à cet effet.

A l'inverse, nous rencontrons également une population plus résignée face à la maladie, et ce, pour diverses raisons. La résignation se traduit par un rejet ou une non observance des règles hygiéno-diététiques et un repli sur la réponse médicamenteuse, que l'on peut associer à une réponse passive du patient. Un patient dit qu'il « n'a qu'à prendre la pilule chaque jour », omettant effets secondaires possibles et coûts du traitement pharmaceutique. On retrouve aussi dans les entretiens une passivité à l'égard de la maladie, attendant que ce soit le corps médical qui apporte toutes les solutions, y compris hygiéno-diététiques.

Finalement, c'est également un besoin d'un accompagnement qui semble être demandé.

L'accompagnement peut-il être fait par un médecin généraliste seul ?

Aux vues de la prévalence de l'hypertension, ce sont des mesures à grande échelle qui doivent répondre à cette problématique d'encadrement.

Les solutions numériques (applications, ...) commencent à apparaître et sont citées. L'utilité, voire la pertinence médicale de beaucoup d'entre elles, peuvent être posées. Mais surtout, la majorité de patients disent qu'ils ne savent pas utiliser les outils numériques.

Parallèlement, l'accompagnement devrait privilégier un réseau spécifiquement dédié, avec par exemple des prises en charge en groupes pour l'éducation thérapeutique. Mais surtout, un réseau pluridisciplinaire : deux patients, citent le « réseau cardio prévention obésité », structure présente dans la zone d'étude Sélestat-Obernai. Il s'agit d'une structure pluridisciplinaire permettant une approche globale du patient. Le réseau propose notamment un sevrage tabagique, l'aide d'une diététicienne, des séances de sport ainsi que la présence d'un psychologue.

Une telle structure semblerait apte à répondre au besoin d'accompagnement multidisciplinaire, afin de remettre le patient dans une situation de responsabilisation et de prise en charge active de sa maladie.

Il s'agit là d'un outil à la disposition du médecin généraliste, qui après avoir posé le diagnostic, pourrait alors orienter vers une telle structure, en charge de l'éducation thérapeutique et de l'accompagnement des patients (individuellement ou en groupes).

Ce type de prise en charge est à rapprocher des filières spécifiques existantes, par exemple en diabétologie ou en neurologie (le service de la médicale B aux HUS par exemple pour la prise en charge des diabétiques). Sitôt après l'annonce diagnostique, le patient est pris en charge individuellement et en groupe par une équipe pluridisciplinaire.

Il serait intéressant, dans une prochaine étude, de comparer l'observance et l'efficacité du respect des règles hygiéno-diététiques des patients hypertendus intégrés au sein d'une telle filière spécifique multidisciplinaire, versus une prise en charge conventionnelle. Cela permettrait de confirmer l'efficacité d'un suivi plus rapproché des patients sur l'observance des règles hygiéno-diététiques.

VU
Strasbourg, le... 27/01/2020

Le président du Jury de Thèse

Professeur Thomas VOGEL



Professeur Thomas VOGEL
HOPITAUX UNIVERSITAIRES DE STRASBOURG
Hôpital de la Robertsau
POLE DE GERIATRIE
67091 STRASBOURG Cedex

VU et approuvé

Strasbourg, le... 30 JAN 2020.....

Le Doyen de la Faculté de Médecine de Strasbourg

Professeur Jean SIBILIA



7 Annexes

7.1 Annexe 1 : Fréquence de mesure de la pression artérielle (4)

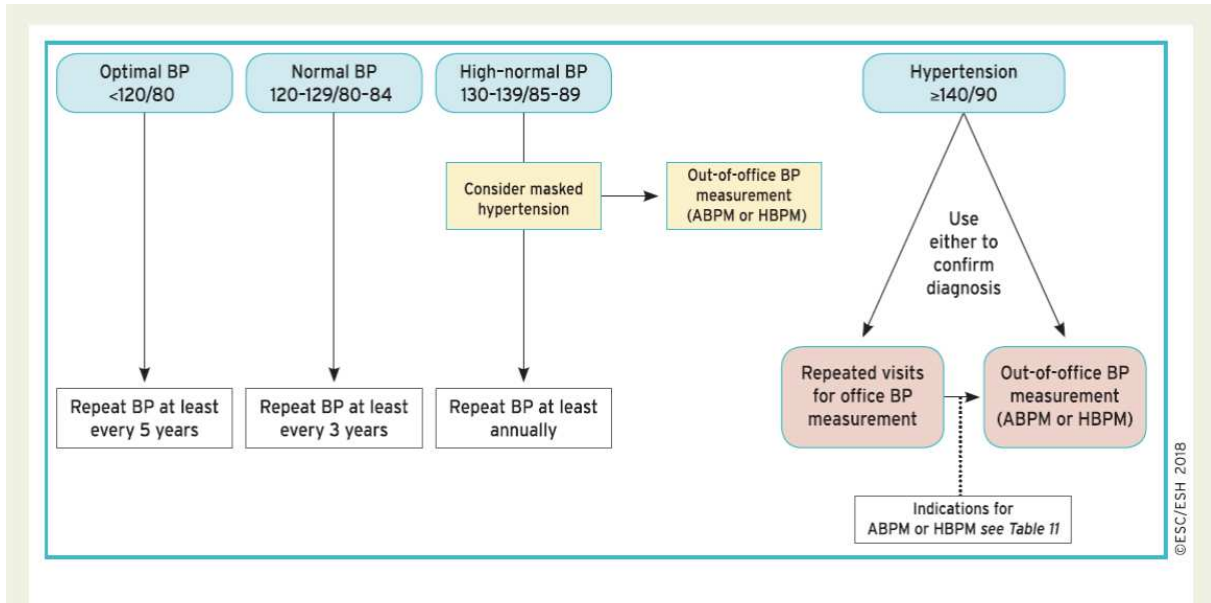


Figure 2 Screening and diagnosis of hypertension. ABPM = ambulatory blood pressure monitoring; BP = blood pressure; HBPM = home blood pressure monitoring.

^aAfter detecting a specific BP category on screening, either confirm BP elevation with repeated office BP measurements on repeat visits or arrange use of out-of-office BP to confirm the diagnosis of hypertension.

7.2 Annexe 2 : stratégie thérapeutique pour le traitement de l'hypertension artérielle (4)

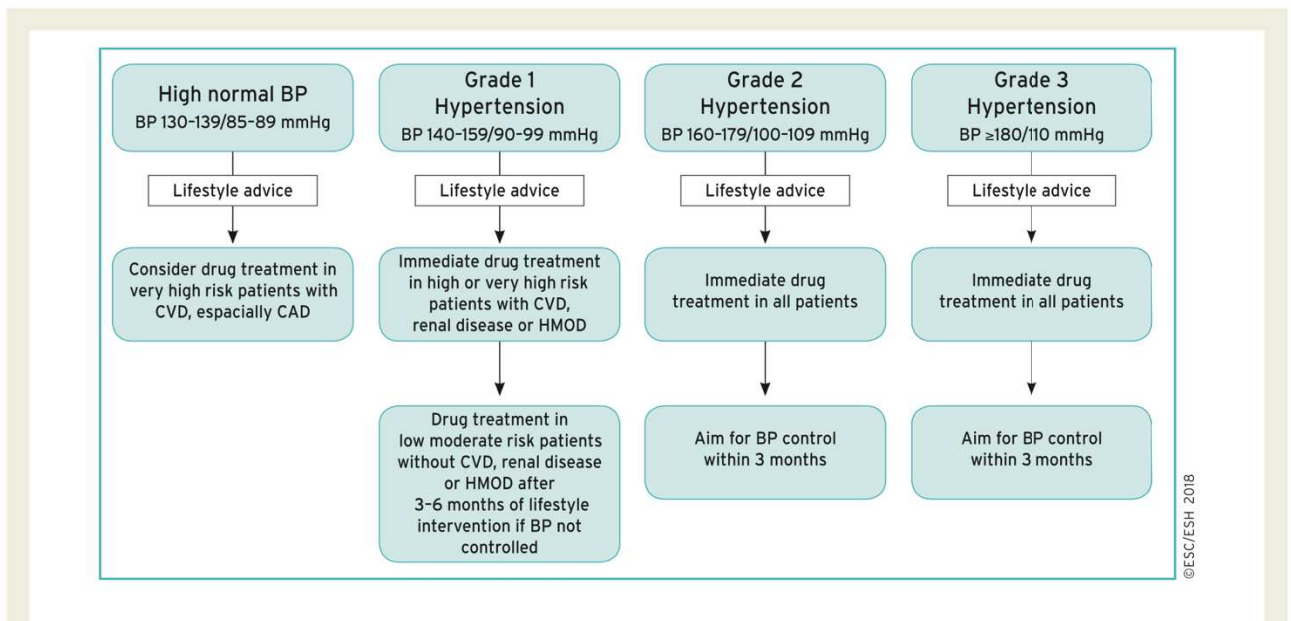


Figure 3 Initiation of blood pressure-lowering treatment (lifestyle changes and medication) at different initial office blood pressure levels. BP = blood pressure; CAD = coronary artery disease; CVD = cardiovascular disease; HMOD = hypertension-mediated organ damage.

7.3 Annexe 3 : recommandations européennes en ce qui concerne les modifications des habitudes de vie des patients hypertendus (4)

Lifestyle interventions for patients with hypertension or high-normal BP

Recommendations	Class ^a	Level ^b
Salt restriction to <5 g per day is recommended. ^{248,250,255,258}	I	A
It is recommended to restrict alcohol consumption to: <ul style="list-style-type: none"> • Less than 14 units per week for men. • Less than 8 units per week for women.³⁵ 	I	A
It is recommended to avoid binge drinking.	III	C
Increased consumption of vegetables, fresh fruits, fish, nuts, and unsaturated fatty acids (olive oil); low consumption of red meat; and consumption of low-fat dairy products are recommended. ^{262,265}	I	A
Body-weight control is indicated to avoid obesity (BMI >30 kg/m ² or waist circumference >102 cm in men and >88 cm in women), as is aiming at healthy BMI (about 20–25 kg/m ²) and waist circumference values (<94 cm in men and <80 cm in women) to reduce BP and CV risk. ^{262,271,273,290}	I	A
Regular aerobic exercise (e.g. at least 30 min of moderate dynamic exercise on 5–7 days per week) is recommended. ^{262,278,279}	I	A
Smoking cessation, supportive care, and referral to smoking cessation programs are recommended. ^{286,288,291}	I	B

©ESC/ESH 2018

BMI = body mass index; BP = blood pressure; CV = cardiovascular.

^aClass of recommendation.

^bLevel of evidence mostly based on the effect on BP and/or CV risk profile.

7.4 Annexe 4 : lettre aux médecins

Kathia ARMBRUSTER
Interne en médecine générale
Tél : 06 82 48 69 33
Mail : kathia.armbruster@etu.unistra.fr

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Kathia ARMBRUSTER. Je suis interne en médecine générale et je prépare actuellement ma thèse. Pour ce travail je suis encadrée par le docteur Michel MANTO.

Ma thèse a pour but de mettre en évidence les causes de la non observances des règles hygiéno-diététiques dans le traitement de l'hypertension artérielle. En effet, malgré leurs places importantes dans le traitement visant à réduire l'hypertension artérielle, ces règles sont souvent peu suivies par les patients. Ma thèse cherche à mettre en évidence les raisons qui conduisent les patients à ne pas adhérer aux modifications des habitudes de vie proposées par leur médecin.

Afin de permettre aux patients de s'exprimer librement sur le sujet, je réalise des entretiens individuels semi dirigés dont je fais une analyse qualitative. Ce type d'étude a l'intérêt de mettre en lumière des informations qu'un questionnaire n'aurait pu faire apparaître, grâce au caractère ouvert des questions utilisées. Je souhaite que les patients puissent ainsi nous faire part des difficultés qu'ils éprouvent à appliquer les règles hygiéno-diététiques, difficultés auxquelles nous ne pensons peut-être pas de prime abord mais qui entravent la mise en pratique des modifications de vie.

Ce travail respectera, bien sûr, l'anonymat des patients interrogés, et de leur médecin traitant (s'ils le désirent).

Par ce courrier, je sollicite votre concours, afin de présenter mon projet à vos patients, et de leur proposer de participer aux entretiens individuels.

Les critères de sélection sont les suivants : patients hypertendus, adultes de plus de 18 ans, femme ou homme, avec des capacités de communication satisfaisante.

Vous trouverez ci-joint une invitation adressée à vos patients qui souhaitent participer à cette enquête.

En restant à votre disposition pour plus d'informations au sujet de cette thèse.

Confraternellement,

Kathia ARMBRUSTER

7.5 Annexe 5 : lettre aux patients

ARMBRUSTER Kathia
Interne en médecine générale
Tel : 06 82 48 69 33
Mail : kathia.armbruster@etu.unistra.fr

Madame, Monsieur,

Je m'appelle Kathia ARMBRUSTER et suis étudiante en médecine. Je prépare ma thèse dans le but de devenir médecin généraliste.

Celle-ci porte sur l'hypertension artérielle. Dans ce cadre, je réalise des entretiens auxquels je vous propose de participer.

Je souhaiterais que vous me parliez des mesures non médicamenteuses que vous utilisez, ou non, depuis que vous avez été diagnostiqué comme hypertendu. Ainsi, en mettant en évidence les difficultés que vous rencontrez pour changer votre mode de vie, les médecins seront plus à même de vous conseiller et de vous aider à prendre en charge votre hypertension artérielle.

Les entretiens pourront se dérouler dans le lieu de votre choix, et dureront entre 15 et 45 min. Je serai votre seule et unique interlocutrice. J'enregistrerai afin de retranscrire le plus fidèlement possible ce que vous me direz. Les enregistrements seront bien sûr anonymes et uniquement écoutés par moi-même.

Afin de prendre part à mon projet, vous pouvez me contacter par téléphone ou par mail indiqué en haut de cette page.

Je vous remercie d'avance de prendre un peu de votre temps libre pour répondre à mes questions.

Dans l'attente de vous rencontrer et de pouvoir discuter avec vous,

Bien cordialement,

Kathia ARMBRUSTER

7.6 Annexe 6 : exemple du codage, extrait de l'entretien du patient 1

Nom	Nœuds	Référen...	Créé le	Créé par	Modifié le	Modifié par	Couleur
patient 001 transcription	40	116	1 nov. 2018 à 10:35	KA	25 mai 2019 à 19:36	KA	
PATIENT 002 transcription	11	17	2 nov. 2018 à 18:01	KA	25 mai 2019 à 19:37	KA	
PATIENT 03 Transcription	34	87	2 nov. 2018 à 20:23	KA	25 mai 2019 à 19:37	KA	
PATIENT 04 transcription	49	137	12 mars 2019 à 20:...	KA	14 juil. 2019 à 16:50	KA	
PATIENT 05 transcription	26	43	12 mars 2019 à 20:...	KA	25 mai 2019 à 19:38	KA	

patient 001 transcription

ENQUÊTEUR : Et quelles habitudes faudra-t-il modifier ?
 PATIENT : Un rythme de vie plus (fait un signe de la main vers le bas) à la baisse (hein) plus calme euhhh ... Prendre les choses moins, moins au sérieux. Voilà. Essayer de dormir régulièrement. Essayer de faire des siestes, que je n'arrive pas, Ce qui est mon grand souci. Et ensuite ...
 ENQUÊTEUR : À part le stress, et le sommeil, est-ce qu'il y a d'autres choses qui modifient l'hypertension ?
 PATIENT : Et ben, c'est l'alimentation hein ? Je pense c'est l'alimentation qui joue un rôle aussi. Non ? Le sel, ou le poivre... Oui. Ou je dois faire attention aussi. L'alcool aussi. (Hum ? huhu) Ce genre de choses. Qu'est-ce qu'il y a encore ? (Blanc) ... Alimentation... (blanc)
 ENQUÊTEUR : Donc dans l'alimentation c'est le sel ? Diminuer le sel ?
 PATIENT : hoche la tête
 ENQUÊTEUR : Et le poivre ? Le diminuer aussi ?
 PATIENT : Le poivre euh oui voilà ... je ne veux pas dire diminuer mais voilà celui qui le supporte c'est Bon. Celui qui ne le supporte pas ce n'est pas une science !
 ENQUÊTEUR : Et dans l'alimentation, le poivre, c'est tout ?
 PATIENT : Le sel, le poivre, tout ce qui est épicé. Les trucs épicés pour moi ! Épicé ! Épicé ? Tout ce qui est excitant ! Tout ce qui est excitant déjà. Pour que ça ne te booste pas vers le haut. Peut-être moins de café. Peut-être moins de café, plus de tisane. Ce genre de chose vous voyez ?

Encodage Annotations Édition

Densité d'encodage

raisons attendues pour lesquelles le patient va suivre les RHD

modification du mode de vie

croisement avec d'autres RHD

autres sources d'information

faciliter l'observance

diminuer posologie médicaments

sport

métabolisme des RHD

7.7 Annexe 7 : exemple du carnet de suivi, extrait du mémo du patient 1

Nom	Nœuds	Référen...	Créé le	Créé par	Modifié le	Modifié par	Couleur
CONCLUSION	0	0	12 mars 2019 à 20:...	KA	31 août 2019 à 09:...	KA	
patient 01	0	0	25 oct. 2018 à 22:53	KA	Aujourd'hui, 17:39	KA	
patient 02	0	0	3 nov. 2018 à 16:49	KA	14 juil. 2019 à 16:13	KA	
patient 03	0	0	2 nov. 2018 à 21:55	KA	14 juil. 2019 à 16:49	KA	
patient 04	0	0	14 juil. 2019 à 17:20	KA	14 juil. 2019 à 17:21	KA	
patient 05	0	0	14 juil. 2019 à 17:31	KA	14 juil. 2019 à 17:32	KA	
patient 06	0	0	7 avr. 2019 à 16:39	KA	18 juin 2019 à 10:51	KA	
patient 07	0	0	27 mai 2019 à 10:44	KA	18 juin 2019 à 10:51	KA	

patient 01

- le patient ne peut me donner une liste des RHD mais me cite tous à la question sur ses habitudes de vie -> s'est approprié les RHD et les a intégré dans sa manière de vivre

- intrication entre RHD diabète et HTA

- à l'air d'être qqn de nerveux, le stress revient souvent

- souhaiterait améliorer ses habitudes de vie de manière plus globale : moins de stress, meilleure hygiène du sommeil

- pas à l'aise avec les RHD : pense que le poivre et les épices ne sont pas bon non plus

- parle des médicament comme la première chose qui traite son HTA

- cède que le MT lui parle de RHD mais souhaiterait une information écrite

- la cardiologue : fait les examens complémentaires et essaye d'ajuster les posologies

- fait du sport afin d'améliorer l'HTA mais aussi le diabète

- insiste sur le fait de ne pas boire beaucoup d'alcool : stigmatisation ? accentuation de la part des médicaux car c'est un homme ?

- prend au sérieux sa maladie, veut être acteur de sa santé en tentant d'influencer son cours

- parle du fait qu'on voit les résultats dans la prise de sang -> pour le diabète, et de pics (tensions ?) -> besoin d'avoir un moyen de voir le résultat de ses efforts de manière concrète, pour motiver à poursuivre

- a compris qu'une meilleure hygiène de vie agissait à la fois sur l'HTA et sur le diabète

- mais fait également du sport car ressent une amélioration de sa qualité de vie : se dit être plus en forme et mieux quand il fait du sport

- souhaite ne pas prendre plus de médicaments que ce qu'il prend actuellement. A pu diminuer la posologie de son traitement depuis la mise en place des RHD

- les changements ont été difficiles à mettre en place. il dit qu'il faut avant tout être motivé->

Encodage Annotations Édition

7.8 Annexe 8 : plaquette d'information à destination des patients

L'hypertension artérielle (HTA) :
C'est l'augmentation anormale de la pression à l'intérieur des artères.

Vous êtes hypertendu lorsque votre pression artérielle atteint ou dépasse fréquemment **14/9**.

Les signes qui doivent vous alerter :

- sensation vertigineuse
- maux de tête
- troubles de la vue
- bourdonnements d'oreille ou des sifflements

Les risques :

- accident vasculaire cérébral (AVC)
- infarctus du myocarde
- atteinte des reins
- troubles visuels
- problèmes circulatoires artériels dans les jambes

L'hypertension artérielle est à prendre au sérieux. Elle représente la 2^e cause de mortalité, après les cancers et la 1^{ère} cause évitable d'AVC.

Rappel des numéros d'urgence :

15 (ou 112) SAMU
18 POMPIERS

Que faire ?

1^{ère} étape :
mettre en place des règles de santé (hygiéno-diététiques)

A éviter :

- le sel
- l'alcool (2 verres par jour, pas tous les jours)
- la cigarette
- des repas trop copieux

A faire :

- saler au minimum (Attention aux aliments déjà salés : charcuterie, fromages et plats préparés...)
- surveiller son poids une fois par semaine
- manger tous les jours des fruits et des légumes
- ne pas grignoter entre les repas
- marcher tous les jours au moins 30 min
- pratiquer un sport qui vous plaît de manière régulière, si possible en groupe
- surveiller régulièrement sa tension avec un tensiomètre
- consulter un cardiologue chaque année
- se faire aider pour rester motivé (par la famille ou par une association de prévention)

2^e étape :

Si ces règles ne suffisent pas, il faudra prendre des médicaments, généralement à vie.

Votre médecin vous prescrira le traitement qui convient à votre cas.

Ces traitements peuvent avoir des effets secondaires, selon les personnes.

Une surveillance médicale reste donc nécessaire.

Ils ne dispensent en aucun cas de respecter les règles hygiéno-diététiques de l'étape 1.

Pour en savoir plus :

Site internet :

<https://www.ameli.fr/assure/sante/themes/hypertension-artérielle-hta>

https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-artérielle-de-l-adulte

Jeu : testez vos connaissances (Cochez Vrai ou Faux)

	Affirmations	V	F
1.	Après 50 ans, l'hypertension c'est normal.		
2.	Quand on est hypertendu, il faut éviter le tabac, l'alcool et le sel.		
3.	Quand on est hypertendu, il est bon de marcher souvent.		
4.	Quand on perd du poids, on se sent mieux et l'hypertension peut baisser aussi.		
5.	Les hommes sont plus souvent hypertendus que les femmes.		
6.	L'hypertension, c'est héréditaire.		
7.	Il faut éviter la réglisse (en bonbons ou en tisane)		
8.	Si je suis hypertendu, je dois consulter régulièrement le cardiologue.		
9.	Quand on est stressé, la tension monte.		
10.	Il faut prendre à vie les médicaments contre l'hypertension.		

Réponses du test :

1. **F** L'hypertension n'est jamais normale, à tout âge. Elle présente de graves risques.
2. **V** Ce sont les règles à mettre en place en priorité.
3. **V** Le sport est tout à fait recommandé, mais il doit être adapté à vos possibilités et vous apporter du plaisir.
4. **V** Une perte de poids, même minime, peut faire baisser la tension artérielle.
5. **V** Mais les deux sont exposés à ce risque.
6. **V** Il existe une prédisposition génétique mais ce n'est pas une fatalité, on peut agir.
7. **V** La réglisse consommée régulièrement augmente la tension artérielle.
8. **F** En effet, car vous êtes alors plus à risque en ce qui concerne les maladies cardiovasculaires.
9. **V** Mais ce n'est pas forcément de l'hypertension si elle revient à la normale lorsqu'on se calme.
10. **V et F** On peut agir en changeant son mode de vie et d'alimentation (règles hygiéno-diététiques de l'étape 1), ce qui peut amener à réduire le dosage des médicaments.

N'oubliez pas ...

« La santé est votre richesse »
« Votre premier médecin c'est vous-même »
« La marche est le meilleur remède pour l'homme »
... c'est le médecin qui vous le dit !

Auteur de ce document : Kathia ARMBRUSTER, dans le cadre de sa thèse de médecine.
Réalisé en collaboration avec Denise BAPST.
Logo créé par Luis Prado de the Nounprojec
kathia.armbruster@gmail.com



L'hypertension artérielle (HTA)

Mieux la connaître
Mieux la prévenir
Mieux l'accompagner

8 Bibliographie

1. **Dawber, Thomas R, and George V Mann.**

Coronary Heart Disease in the Framingham Study, n.d., 21.

2. **Perrine, Anne-Laure.**

L'hypertension artérielle en France : prévalence, traitement et contrôle en 2015 et évolutions depuis 2006. n.d., 10.

3. **HAS - Haute Autorité de santé.**

Fiche Mémo Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. 2016. Disponible sur : https://www.has-sante.fr/jcms/c_2059286/fr/prise-en-charge-de-l-hypertension-arterielle-de-l-adulte. Consulté le 10/10/2019.

4. **Mancia, Giuseppe, Enrico Agabiti Rosei, Michel Azizi, Michel Burnier, Denis L**

Clement, Antonio Coca, Giovanni de Simone, et al

2018 ESC/ESH Guidelines for the Management of Arterial Hypertension, n.d., 98.

5. **Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.**

Le sel consommation et recommandations. 2017. Disponible sur :

<https://www.anses.fr/fr/content/le-sel>. Consulté le 10/10/2019.

6. Anses - Agence nationale de sécurité sanitaire de l'alimentation, de l'environnement et du travail.

Actualisation des repères du PNNS - Révisions des repères relatifs à l'activité physique et à la sédentarité. 2016. Disponible sur :

<https://www.anses.fr/fr/system/files/NUT2012SA0155Ra.pdf>. Consulté le 10/10/2019.

7. Andler, Raphaël

Nouveau repère de consommation d'alcool et usage : résultats du baromètre de santé publique France 2017 n.d., 8.

8. Frisoli TM, Schmieder RE, Grodzicki T, Messerli FH.

Salt and hypertension : is salt dietary reduction worth the effort ?. *Am J Med.* 2012.

9. Adler, Alma J, Fiona Taylor, Nicole Martin, Sheldon Gottlieb, Rod S Taylor, and Shah Ebrahim.

Reduced Dietary Salt for the Prevention of Cardiovascular Disease. Edited by Cochrane Heart Group. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, December 18, 2014

10. INSERM - Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Activité physique – Prévention et traitement des maladies chroniques. 2019.

Disponible sur : <https://www.inserm.fr/information-en-sante/expertises-collectives/activite-physique-prevention-et-traitement-maladies-chroniques>.

Consulté le 10/10/2019.

11. **Chughtai M, Gwam CU, Mohamed N, Khlopas A, Sodhi N, Sultan AA, Bhawe A, Mont MA.**

Impact of physical activity and body mass index in cardiovascular and musculoskeletal health : a review. 2017

12. **Boyer, Brittany P., Jackie A. Nelson, and Shayla C. Holub.**

Childhood Body Mass Index Trajectories Predicting Cardiovascular Risk in Adolescence. *Journal of Adolescent Health* 56: 599–605

13. **Zhang C, Qin YY, Chen Q, Jiang H, Chen XZ, Xu CL, Mao PJ, He J, Zhou YH.**

Alcohol intake and risk of stroke : a dose-response meta-analysis of prospective studies. *Int J Cardiol.* 2014

14. **Carter, Brian D., Christian C. Abnet, Diane Feskanich, Neal D. Freedman, Patricia Hartge, Cora E. Lewis, Judith K. Ockene, et al.**

Smoking and Mortality — Beyond Established Causes. *The New England Journal of Medicine* 372: 631–40

15. Gellert C, Schöttker B, Müller H, Holleczeck B, Brenner H.

Impact of smoking and quitting on cardiovascular outcomes and risk advancement periods among old adults. *European Journal of Epidemiology*. 2013. Volume 28, issue

16. Adriouch, Solia, Hélène Lelong, Emmanuelle Kesse-Guyot, Julia Baudry, Aurélie Lampuré, Pilar Galan, Serge Hercberg, Mathilde Touvier, and Léopold Fezeu.

Compliance with Nutritional and Lifestyle Recommendations in 13,000 Patients with a Cardiometabolic Disease from the Nutrinet-Santé Study. *Nutrients* 9: 546.

17. INSERM- Institut national de la santé et de la recherche médicale.

Diabète de type 2. Disponible sur <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/diabete-type-2>. Consulté le 10/10/2019.

18. Khalid Serraj , Emmanuel Andrès

Hypertension artérielle : y a-t-il vraiment des nouveautés ? *Médecine thérapeutique*, mt 2019 ; 25 (4) : 240-243. doi : 10.1684/met.2019.0803

19. SFHTA – Société Française d’HyperTension Artérielle.

La stratégie nationale de santé pour les maladies hypertensives : propositions de la société française d’hypertension artérielle. 2017. Disponible sur : [http://sfhta.eu/wp-content/uploads/2017/12/SFHTA Etat des lieux maladies hypertensives en FRAN CE JHTA-2017 Decembre2017 VF.pdf](http://sfhta.eu/wp-content/uploads/2017/12/SFHTA_Etat_des_lieux_maladies_hypertensives_en_FRAN_CE_JHTA-2017_Decembre2017_VF.pdf). Consulté le 10/10/2019.

20. **Ali Mohsenpour, Mohammad, Roohallah Fallah-Moshkani, Reza Ghiasvand, Hossein Khosravi-Boroujeni, Seyed Mehdi Ahmadi, Paula Brauer, and Amin Salehi-Abargouei.**

Adherence to Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH)-Style Diet and the Risk of Cancer: A Systematic Review and Meta-Analysis of Cohort Studies. *Journal of the American College of Nutrition* 38: 513–25.

21. **Prochaska, Judith J., and Neal L. Benowitz.**

Smoking Cessation and the Cardiovascular Patient. *Current Opinion in Cardiology* 30: 506–11.

22. **John, Jh, S Ziebland, P Yudkin, Ls Roe, and Haw Neil.**

Effects of Fruit and Vegetable Consumption on Plasma Antioxidant Concentrations and Blood Pressure: A Randomised Controlled Trial. *The Lancet* 359: 1969–74.

23. **Elmer, Patricia J., Eva Obarzanek, William M. Vollmer, Denise Simons-Morton,**

Victor J. Stevens, Deborah Rohm Young, Pao-Hwa Lin, et al. Effects of

Comprehensive Lifestyle Modification on Diet, Weight, Physical Fitness, and Blood

Pressure Control: 18-Month Results of a Randomized Trial. *Annals of Internal*

Medicine 144: 485.

24. **Miller, Edgar R., Thomas P. Erlinger, Deborah R. Young, Megan Jehn, Jeanne Charleston, Donna Rhodes, Sharmeel K. Wasan, and Lawrence J. Appel.**
Results of the Diet, Exercise, and Weight Loss Intervention Trial (DEW-IT).
Hypertension 40, no. 5: 612–18.
25. **Sjöström, C. David, Markku Peltonen, Hans Wedel, and Lars Sjöström.**
Differentiated Long-Term Effects of Intentional Weight Loss on Diabetes and Hypertension. *Hypertension* 36: 20–25.
26. **Taylor, R. S., K. E. Ashton, T. Moxham, L. Hooper, and S. Ebrahim.** Reduced Dietary Salt for the Prevention of Cardiovascular Disease: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials (Cochrane Review). *American Journal of Hypertension* 24, no. 8: 843–53.
27. **INVS – Institut National de Veille Sanitaire.**
Situation nutritionnelle en France en 2006 selon les indicateurs d’objectif et les repères du Programme national nutrition santé (PNNS). 2006. Disponible sur :
<https://www.ladocumentationfrancaise.fr/rapports-publics/074000748/index.shtml>.
Consulté le 10/10/2019.

28. **Sacks, Frank M.**

Dietary Therapy in Hypertension. *The New England Journal of Medicine*, 2010, 11.

29. **Blacher, Jacques, Jean-Michel Halimi, Olivier Hanon, Jean-Jacques Mourad, Atul Pathak, Bruno Schnebert, and Xavier Girerd.**

Prise en charge de l'hypertension artérielle de l'adulte. Recommandations 2013 de la Société française d'hypertension artérielle. *La Presse Médicale* 42: 819–25.

30. **Hercberg, Pr Serge.**

Rapport. Propositions pour un nouvel élan de la politique nutritionnelle française de santé publique dans le cadre de la stratégie nationale de santé. 2013. n.d., 128.

31. **Alhalaïqa, Fadwa, Ahmad Al-Nawafleh, Abdul-Monim Batiha, Rami Masa'Deh, and Aida Abd Al-Razek.**

A Descriptive Study of Adherence to Lifestyle Modification factors among Hypertensive Patients. *Turkish Journal Of Medical Sciences* 47: 273–81.

32. **Muller, L., and E. Spitz.**

Autorégulation et conduites d'observance thérapeutique : exemple de l'hypertension artérielle. *Pratiques Psychologiques* 13, no. 3: 291–307.

33. **George, Rosakutty.**

Perceived Barriers and Effectiveness of Planned Teaching Programme on Life Style Modification Practices of Persons with Hypertension- A Study in Dakshina Kannada, Mangalore” 1: 7.

34. **Reach, G., D. Guedj-Meynier, B. Darné, and D. Herpin.**

Facteurs associés à la non-observance chez les hommes et chez les femmes hypertendus non contrôlés : étude ODACE. *Annales de Cardiologie et d'Angéiologie* 64: 222–26.

35. **Krzesinski, J M, and F Krzesinski.**

Importance de la mauvaise adhésion au traitement antihypertenseur dans la population hypertendue : comment l'améliorer ? *Rev Med Liège*, n.d., 7. 2010.

36. **Tarquinio, C., and M.-P. Tarquinio.**

L'observance thérapeutique : déterminants et modèles théoriques. *Pratiques Psychologiques* 13, no. 1: 1–19.

37. **Kearney, Patricia M, Megan Whelton, Kristi Reynolds, Paul Muntner, Paul K Whelton, and Jiang He.**

Global Burden of Hypertension : Analysis of Worldwide Data 365: 7.

38. Shahrani, Afsane, Reza Daryabeigi, Mohsen Shahriari, and Alireza Khosravi.

Effect of Continuous Care Model on Lifestyle Modification in Patients with Hypertension : Randomized Clinical Trial Study, 2016, 9.

39. Guiraud, T., M. Labrunee, M. Gayda, M. Juneau, and V. Gremeaux. Non-

Pharmacological Strategies in Cardiovascular Prevention : 2011 Highlights. *Annals of Physical and Rehabilitation Medicine* 55, no. 5: 342–74.

40. Blacher, J., S. Czernichow, P. Iaria, J.-M. Bureau, O. Roux, T. Kondo, B. Tournier, et al.

Traitement non pharmacologique de l'hypertension artérielle. *EMC - Cardiologie-Angéiologie* 2, no. 2: 136–51.

41. Obarzanek, Eva, Michael A. Proschan, William M. Vollmer, Thomas J. Moore, Frank M. Sacks, Lawrence J. Appel, Laura P. Svetkey, Marlene M. Most-Windhauser, and Jeffrey A. Cutler.

Individual Blood Pressure Responses to Changes in Salt Intake: Results From the DASH-Sodium Trial. *Hypertension* 42, no. 4: 459–67.

42. Sacks, Frank M, George A Bray, and Edgar R Miller Iii.

Effects on Blood Pressure of Reduced Dietary Sodium and the Dietary Approaches to Stop Hypertension (DASH) Diet. *The New England Journal of Medicine*, 2001, 8.

43. **Neter, Judith E., Bianca E. Stam, Frans J. Kok, Diederick E. Grobbee, and Johanna M. Geleijnse.**

Influence of Weight Reduction on Blood Pressure: A Meta-Analysis of Randomized Controlled Trials. *Hypertension* 42, no. 5: 878–84.

44. **Appel, Lawrence J., Michael W. Brands, Stephen R. Daniels, Njeri Karanja, Patricia J. Elmer, and Frank M. Sacks.**

Dietary Approaches to Prevent and Treat Hypertension: A Scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension* 47, no. 2: 296–308.

45. **Su, Tin Tin, Hazreen Abdul Majid, Azmi Mohamed Nahar, Nurul Ain Azizan, Farizah Mohd Hairi, Nithiah Thangiah, Maznah Dahlui, Awang Bulgiba, and Liam J Murray.**

The Effectiveness of a Life Style Modification and Peer Support Home Blood Pressure Monitoring in Control of Hypertension: Protocol for a Cluster Randomized Controlled Trial. *BMC Public Health* 14, no. S3 (December 2014).

46. **Patterson, Andrea M.**

Evaluating The Effects of an Educational Lifestyle Modification Intervention on Blood Pressure in Adults With Prehypertension, n.d., 53.

Les déterminants de l'observance des règles hygiéno-diététiques dans le traitement de l'hypertension artérielle

Résumé :

L'hypertension artérielle est un des principaux facteurs de risque vasculaire. Selon l'INSERM, les maladies cardiovasculaires sont responsables de 147 000 décès en 2004 en France soit 29% de la mortalité globale. Les recommandations préconisent, en première intention, de suivre les règles hygiéno-diététiques avant la mise en place d'un traitement médicamenteux. Or, celles-ci sont trop peu appliqués par les patients.

Ce travail a voulu explorer les raisons de cette non observance des règles hygiéno-diététiques dans le but de fournir aux médecins des pistes leur permettant de fournir des arguments pertinents pour leurs patients.

Cette étude est de type qualitatif par des entretiens semi-dirigés de 16 personnes hypertendus.

Rubrique de classement : médecine générale

Mots clé : hypertension artérielle, règles hygiéno-diététiques, observance, traitement non médicamenteux, hygiène de vie

Président : Pr Thomas VOGEL

Assesseurs : Pr ANDRES, Pr STEPHAN, Dr COGITORE

Adresse de l'auteur : Kathia ARMBRUSTER
241 B rue Meyer 67210 Valff

Université

de Strasbourg

Faculté
de médecine**DECLARATION SUR L'HONNEUR**

Document avec signature originale devant être joint :
 - à votre mémoire de D.E.S.
 - à votre dossier de demande de soutenance de thèse

Nom : ARMBRUSTER

Prénom : Kathia

Ayant été informé(e) qu'en m'appropriant tout ou partie d'une œuvre pour l'intégrer dans mon propre mémoire de spécialité ou dans mon mémoire de thèse de docteur en médecine, je me rendrais coupable d'un délit de contrefaçon au sens de l'article L335-1 et suivants du code de la propriété intellectuelle et que ce délit était constitutif d'une fraude pouvant donner lieu à des poursuites pénales conformément à la loi du 23 décembre 1901 dite de répression des fraudes dans les examens et concours publics,

Ayant été avisé(e) que le président de l'université sera informé de cette tentative de fraude ou de plagiat, afin qu'il saisisse la juridiction disciplinaire compétente,

Ayant été informé(e) qu'en cas de plagiat, la soutenance du mémoire de spécialité et/ou de la thèse de médecine sera alors automatiquement annulée, dans l'attente de la décision que prendra la juridiction disciplinaire de l'université

J'atteste sur l'honneur

Ne pas avoir reproduit dans mes documents tout ou partie d'œuvre(s) déjà existante(s), à l'exception de quelques brèves citations dans le texte, mises entre guillemets et référencées dans la bibliographie de mon mémoire.

A écrire à la main : « J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète ».

J'atteste sur l'honneur avoir connaissance des suites disciplinaires ou pénales que j'encours en cas de déclaration erronée ou incomplète -

Signature originale :

A Valff, le 30/10/2019

Photocopie de cette déclaration devant être annexée en dernière page de votre mémoire de D.E.S. ou de Thèse.