



HAL
open science

Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle

Aline Sarradon, Marc Egrot, Marie-Anne Blanc, Murielle Faure

► **To cite this version:**

Aline Sarradon, Marc Egrot, Marie-Anne Blanc, Murielle Faure. Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle. *Pratiques et Organisation des Soins*, 2008, 39 (1), pp.3-12. halshs-00322755

HAL Id: halshs-00322755

<https://shs.hal.science/halshs-00322755>

Submitted on 18 Sep 2008

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Approche anthropologique des déterminants de l'observance dans le traitement de l'hypertension artérielle

Anthropological approach of adherence factors for antihypertensive drugs

Sarradon-Eck A¹, Egrot M², Blanc M-A³, Faure M¹

Résumé

Objectif : Les hypertensions artérielles non contrôlées conduisent les cliniciens à s'interroger sur les niveaux d'observance des hypertendus traités. Dans ce contexte, notre étude visait à décrire et à analyser l'expérience des hypotenseurs par les hypertendus, afin de mettre à jour les logiques plurielles, sociales et symboliques, permettant de comprendre ce qui construit culturellement les pratiques médicamenteuses des individus.

Méthodes : La démarche anthropologique, inductive et compréhensive, mise en œuvre reposait sur une enquête ethnographique (observations de consultations et entretiens). Nous avons interviewé 68 hypertendus (39 femmes et 29 hommes, âgés de 40 à 95 ans, 52 d'entre eux ayant plus de 60 ans) traités depuis plus d'un an.

Résultats : Le médicament hypotenseur était réinterprété au travers du filtre des représentations populaires de la physiopathologie (corps machine). Cette dimension symbolique facilitait l'adhésion thérapeutique, mais conduisait à une hiérarchisation des autres médicaments prescrits, et de certaines classes thérapeutiques (diurétiques). Le suivi de l'ordonnance était conditionné par la perception du risque cardiovasculaire, mais également par l'appropriation du traitement et son intégration dans la vie quotidienne nécessitant une identification au produit, une fidélisation, et une auto-régulation du traitement (expérimentation ; maîtrise du traitement ; contrôle des effets indésirables, de l'ingestion, de la continuité du traitement). Le suivi de l'ordonnance requiert une relation de confiance entre le médecin et le patient dont nous avons relevé trois formes : la confiance raisonnée, la confiance affective, la confiance concédée.

Conclusion : La prise en compte et la compréhension de ces différentes logiques pragmatiques et symboliques par le médecin traitant devraient pouvoir aider les praticiens dans leur fonction d'éducation thérapeutique des personnes hypertendues.

Prat Organ Soins 2008;39(1):3-12

Mots-clés : Observance de la prescription ; médicament ; représentations sociales ; maladies chroniques ; hypertension artérielle ; relation médecin-malade ; confiance ; anthropologie.

Summary

Aim: Uncontrolled high blood pressure leads clinicians to wonder about adherence degree amongst hypertensive patients. In this context, our study aims to describe and analyse patients experience of antihypertensive drugs, in order to shed light on the multiple social and symbolic logics, forming part of the cultural factors shaping personal medication practices.

Methods: The inductive and comprehensive anthropological approach implemented is based on an ethnographical survey (observations of medical consultations and interviews). Semi-structured interviews were conducted with 68 hypertensive patients (39 women and 29 men, between the ages of 40 and 95, of whom 52 were over 60) who had been receiving treatment for over a year.

Results: Antihypertensive drug is reinterpreted using popular representations of pathophysiology (the body as a machine). This symbolic dimension eases acceptance of therapy, but leads to a hierarchy forming of other prescribed medicines and of certain therapeutic classes (such as diuretics). Prescription compliance does not solely depend on the patient's perception of cardiovascular risk, but also on how the patient appropriates the treatment and integrates it into his/her daily life, requiring identification with the product, building commitment and self-control of the treatment (experimentation; command of treatment; control of side effects, of intake, continuity of treatment). A relationship based on trust between the physician and patient is necessary for a prescription to be followed. We have identified three types of relationship: reasoned trust, emotional trust, conceded trust.

Conclusion: Consideration and understanding of these pragmatic, symbolic issues by physicians should help practitioners support and advise patients with high blood pressure.

Prat Organ Soins 2008;39(1):3-12

Keywords: Patient adherence; drug therapy; social representations; chronic diseases; hypertension; physician-patient relationship; trust; anthropology.

¹ Anthropologue, Centre de recherche Cultures, Santé, Sociétés (CReCSS), Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille.

² Anthropologue, Centre de recherche Cultures, Santé, Sociétés (CReCSS), Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille, & UMR 7043 Cultures et sociétés en Europe - CNRS, Université Marc Bloch de Strasbourg.

³ Sociologue, Centre de recherche Cultures, Santé, Sociétés (CReCSS), Université Paul Cézanne d'Aix-Marseille.

INTRODUCTION

Les personnes hypertendues, bénéficiant de l'exonération du ticket modérateur pour hypertension artérielle sévère, ont, en France et selon une étude menée en 2003, une hypertension artérielle contrôlée dans 44,9 % ($\pm 2,6$) des cas [1]. En revanche, les hypertensions artérielles dites « résistantes au traitement » ou « réfractaires » posent un triple problème : clinique, de santé publique en raison de leurs risques de complications cardiovasculaires, économique car elles conduisent à une inflation des prescriptions d'hypotenseurs [2]. Face à ces hypertensions artérielles réfractaires, les praticiens sont invités à suivre une démarche clinique recherchant des causes d'inefficacité thérapeutique : observance insuffisante du traitement, utilisation de médicaments susceptibles de neutraliser l'effet des hypotenseurs, prise d'agents presseurs [3]. Des études cliniques suggèrent que l'observance insuffisante des traitements hypotenseurs serait responsable de deux tiers des hypertensions artérielles non-contrôlées [4-6] ; d'autres montrent que l'amélioration de l'observance médicamenteuse par l'utilisation de piluliers électroniques est corrélée à une diminution de la pression artérielle [7].

Les hypertensions artérielles non contrôlées posent donc indirectement la question de l'observance thérapeutique des personnes hypertendues. Dans sa définition la plus générale, celle-ci désigne un degré d'application des prescriptions médicales par le malade : posologie, nombre de prises quotidiennes, horaires des prises, durée du traitement, recommandations corrélées. L'observance est quantifiée en pourcentage exprimant le degré ou le niveau d'observance du malade. Cette quantification est nécessaire pour ensuite définir un seuil en dessous duquel, soit le traitement n'est plus efficace, soit des complications apparaissent (pharmacorésistance, par exemple). Ce seuil n'a pas fait l'objet d'étude précise pour les traitements hypotenseurs. Il est classiquement admis dans la littérature médicale, depuis les travaux de Haynes RB *et al* [8], que le seuil minimal d'observance thérapeutique pour obtenir un contrôle de la pression artérielle est l'ingestion effective de 80 % de la dose de médicaments prescrits. Toutefois, cette définition biomédicale d'un seuil d'observance des hypotenseurs est reconnue arbitraire, ne s'appuyant pas suffisamment sur des corrélations avec la mesure de la pression artérielle [9]. De plus, elle ne tient pas compte des nouvelles formes galéniques (monoprise, libération prolongée), ni des nouvelles molécules apparues depuis, et ne précise pas l'intervalle maximal entre deux prises. Néanmoins, de nombreux travaux cliniques et épidémiologiques se sont efforcés de mesurer le degré d'observance des hypertendus traités. Cependant, bien que des moyens

simples comme les auto-questionnaires semblent être aussi efficaces que l'utilisation plus sophistiquée de piluliers électroniques [10], évaluer de façon objective et rigoureuse l'observance thérapeutique reste une difficulté [11].

Malgré sa définition imprécise et arbitraire, la qualité de l'observance aux hypotenseurs est classiquement, et du point de vue biomédical, considérée comme « mauvaise » [12]. Le degré de l'observance aux hypotenseurs est très variable dans la littérature biomédicale en fonction des populations d'hypertendus. Il serait plus faible dans la population suivie en médecine de ville (34 % pour une étude suédoise¹, 55 % pour une étude canadienne²) que dans la population de patients inclus dans des essais cliniques et ainsi fortement motivés à suivre leur traitement (71 à 80 %), ou ceux qui sont suivis dans des services hospitaliers et également très motivés (90 %) [15]. Nous ne disposons pas de données quantitatives sur le degré d'observance aux hypotenseurs dans la population française suivie en médecine de ville. De plus, la mesure du degré d'observance à un jour J du traitement ne permet pas d'affirmer qu'un individu n'est pas observant [16]. Cette construction d'indicateurs de mesure d'observance permet seulement d'objectiver une variabilité dans les comportements des patients sur laquelle de nombreuses recherches empiriques se sont appuyées pour rechercher des facteurs explicatifs d'une « bonne » ou « mauvaise » observance, afin d'expliquer, de prédire et de suivre les comportements des malades. Des facteurs déterminant le niveau d'observance aux hypotenseurs ont ainsi été identifiés³ :

- *Facteurs liés aux traitements* : la complexité du traitement (multiplicité des prises) et les effets secondaires des médicaments (dysfonctions sexuelles, polyurie) dans des situations sociales spécifiques sont considérés comme un obstacle à l'observance [18].

- *Facteurs liés à l'interaction médecin-patient* : il a été démontré que l'adhésion des médecins aux traitements qu'ils prescrivent, c'est-à-dire l'adéquation entre les recommandations médicales édictées et leurs propres convictions, est une condition importante de l'adhésion thérapeutique des patients [19, 20]. La communication médecin-patient a également mobilisé l'attention des chercheurs. Ainsi, l'information donnée aux patients (quantité, contenu, réinterprétation de cette information), la compréhension du traitement par les patients [20], la relation de confiance établie avec le praticien et la satisfaction qu'a le patient du système de soins [21], sont considérées comme des facteurs favorisant l'observance.

- *Facteurs liés au patient* : des facteurs socio-économiques ont été mis en évidence par des études dans les pays du

¹ Dans une population de personnes âgées suédoises prenant un antihypertenseur suivie pendant 3 ans [13].

² 22 % avait pris moins de 50 % du traitement, 23 % entre 50 et 80 % du traitement, et 55 % avaient pris plus de 80 % du traitement [14].

³ Afin de ne pas surcharger ce texte et sa bibliographie, nous avons limité l'énumération au suivi de la prescription d'hypotenseurs. Cependant, les travaux similaires dans d'autres pathologies chroniques montrent les mêmes catégories de facteurs, auxquelles on doit ajouter les facteurs institutionnels (accueil du malade, contraintes liées au suivi tels les horaires de consultation, la distance à parcourir pour le patient pour se rendre dans l'institution, le coût du déplacement, etc.) particulièrement déterminant dans les pays du sud (voir en particulier [17]).

Sud [22], le coût du traitement pour les personnes hypertendues, notamment du fait de l'absence de protection sociale, étant la cause d'une observance insuffisante. D'autres conditions sociales de la prise des médicaments semblent déterminantes aux USA, telle l'insertion dans un réseau médical (consultations fréquentes du médecin ou de l'infirmière, relances téléphoniques) [9]. Par ailleurs, une étude a montré que les patients qui oublient de prendre leur traitement le week-end, ou qui décalent les horaires des prises le samedi et le dimanche, sont plus jeunes (et avec une activité professionnelle) que la moyenne des hypertendus, et plutôt parisiens [23]. Enfin, des auteurs ont décrit dans l'hypertension artérielle des « profils de personnalité » comme significativement liés au degré de l'observance [24].

Néanmoins, les recherches en sciences sociales sur l'observance (et notamment depuis l'épidémie de sida) ont montré les limites de ces approches prédictives, « hypothèses mécanistes et simplificatrices qui voudraient prédire et contrôler de manière stable et définitive le rôle de facteurs isolés sur le comportement d'observance » [25]. Elles ont insisté sur la complexité et la variabilité de la relation entre les facteurs sociaux ou culturels et le degré d'observance [16], et sur le caractère dynamique de l'observance au cours du temps « se modulant en fonction du vécu autour du traitement » [26].

À la suite des travaux de Conrad [27] et dans une approche centrée sur le patient, une partie des sciences sociales considère les divers degrés d'observance comme des stratégies propres qui régulent le rapport des patients au médicament dans la vie quotidienne et leur consommation médicamenteuse [28-33]. Elles étudient les « pratiques médicamenteuses des malades » [27] afin de comprendre le sens du traitement pour le malade. Dans une démarche critique à l'égard du concept même d'observance, notamment de son caractère implicitement coercitif en tant que niveau de respect par le malade de l'ordre donné dans la prescription du médecin [28, 34, 35], certains travaux préfèrent inscrire leur analyse dans une problématique construite autour de l'expérience du traitement par le patient lui-même [36-38]. Dans cette approche, il ne s'agit pas de savoir quels sont les « bons » ou « mauvais » observants, mais de « comprendre à quelles conditions sociales et culturelles se réalise ou non le suivi de l'ordonnance » [34]. Notre étude anthropologique s'inscrit dans cette perspective compréhensive. Elle vise à décrire et analyser l'expérience des hypotenseurs par les hypertendus, afin de mettre à jour les logiques plurielles, sociales et symboliques, permettant de comprendre ce qui construit culturellement les pratiques médicamenteuses des individus.

MÉTHODES

La démarche anthropologique mise en œuvre a reposé sur une enquête ethnographique réalisée d'octobre 2002 à avril 2004, dans le sud-est de la France, en zone rurale auprès de personnes hypertendues traitées et de médecins généralistes. Cet article est centré seulement sur les résultats concernant les patients ; les matériaux ethnographiques obtenus par l'enquête auprès des médecins ont été analysés dans d'autres publications [39, 40]. L'enquête a associé des entretiens semi-structurés avec 68 personnes traitées pour hypertension artérielle et une étude du discours d'une partie de ces personnes (45/68) en situation de soins (consultation médicale). La répartition des 68 personnes interviewées selon le genre (39 femmes et 29 hommes), et l'âge (de 40 à 95 ans, 52 d'entre eux ayant plus de 60 ans) correspond à la prévalence de ce dysfonctionnement dans la population française [41]. La plupart des personnes bénéficiaient de l'exonération du ticket modérateur pour une affection de longue durée (hypertension artérielle seule ou associée à d'autres pathologies), et toutes étaient traitées à la date de l'enquête depuis plus d'un an. Notre approche étant compréhensive, nous n'avons pas recherché de corrélations entre les caractéristiques socio-démographiques et économiques⁴ du groupe de répondants et les résultats de l'enquête. Dans les entretiens, nous nous sommes attachés à comprendre la gestion quotidienne de l'objet-médicament, ses liens avec les représentations de la maladie et du corps, l'expérience sociale du traitement (statut de malade, continuité du traitement, contraintes sociales et matérielles inhérentes aux traitements).

Notre étude n'a pas cherché à évaluer l'observance des personnes interviewées, bien que nous les ayons sollicitées sur leur suivi de l'ordonnance. Visant à comprendre pourquoi et comment ces personnes suivent la prescription médicale, notre analyse s'inscrit dans une ethnologie de l'expérience, telle qu'elle a été théorisée par Kleinman [42] et Good [43].

RÉSULTATS - DISCUSSION

L'ethnologie de l'expérience de l'hypertension artérielle et des traitements hypotenseurs nous a permis de construire le réseau sémantique de l'hypertension artérielle, d'analyser les logiques conditionnant l'adhésion aux traitements et le suivi de l'ordonnance, et d'analyser la perception que les individus peuvent avoir du risque cardiovasculaire et des moyens de réduction de ce risque.

⁴ La majorité des répondants étaient inactifs (retraités ou en invalidité). Catégories socio-professionnelles : agriculteurs exploitants : 9 % ; artisans, commerçants, chefs d'entreprise : 16 % ; cadres, professions intellectuelles supérieures : 9 % ; professions intermédiaires : 7 % ; employés : 50 % ; ouvriers : 9 %. Le niveau d'étude de la population était majoritairement faible : 79 % avaient un diplôme inférieur au baccalauréat, dont 12 % de non-diplômés. 12 % avaient un niveau équivalent au baccalauréat, et 9 % avaient un diplôme supérieur au baccalauréat.

1. Adhésion au traitement

L'adhésion thérapeutique du malade correspond à l'adéquation entre les perceptions du patient et celles du médecin concernant l'intérêt du traitement. Notion subjective, qui renvoie aux représentations individuelles et collectives de l'hypertension artérielle et des traitements hypotenseurs, l'adhésion conditionne l'acceptation du traitement.

a) Représentations culturelles du corps et de la physiologie

La construction des modèles étiologiques se caractérise par une imputation de l'évènement à des causes instrumentales dans des logiques de types analogique et métaphorique. Dans les discours des interviewés, ces logiques de causalité se sont référées au « sang » et aux « nerfs » placés par les patients au centre de leurs représentations du corps et de leurs modèles d'interprétation de l'hypertension artérielle. Ceux-ci s'appuyaient sur une conception populaire mécaniste du corps comme une machine hydraulique associant cœur-pompe, vaisseaux-tuyaux, débit-force motrice. Cette représentation, décrite il y a plus de dix ans par Durif-Bruckert [44], semblait toujours d'actualité pour le système cardiovasculaire dans la population étudiée âgée - rappelons-le - de plus de 40 ans (52/68 individus ayant plus de 60 ans). Elle a offert un cadre d'interprétation des symptômes et du mécanisme causal de l'hypertension artérielle dans le registre de la surpression, de la compression ou de la perte de force motrice. Les nerfs avaient le pouvoir d'élever la pression sanguine par leur action sur le sang (« échauffement du sang »⁵, interruption de la circulation sanguine). La relation, physiologique et métaphorique, entre sang et nerf était étroite comme en témoignait le diagnostic populaire de « tension nerveuse », véritable entité nosologique populaire. Les catégories étiologiques populaires de l'hypertension artérielle, dans notre étude comme dans les études américaines [45, 46] ou suédoises [47], plaçaient le « stress » comme première cause d'hypertension artérielle. « Stress » - qui dans sa conception émique signifie la pression sociale et/ou un choc émotionnel - et pression artérielle étaient reliés par une logique métaphorique dans la pensée populaire. Le registre sémantique employé pour décrire l'expérience corporelle était celui du débordement, de l'excès refoulé. La vie sociale ou les événements submergeaient l'individu qui ne pouvait plus faire face à l'accumulation d'affects, d'émotions et de sentiments. L'hypertension artérielle était alors la métaphore de la pression sociale, ou encore la métaphore de l'inquiétude et des émotions. Comme l'ont écrit Van der Geest et Whyte [48], les métaphores permettent de penser concrètement le corps, la maladie et de donner du sens aux médicaments. Le médicament hypotenseur était en effet appréhendé par les interviewés comme un remède qui rétablissait un équilibre

interne, et pérennisait le bon le fonctionnement de la machine corporelle. Il agissait de manière à assurer la circulation des fluides et de l'énergie (la « force ») en régulant la pression, en fluidifiant le sang et nettoyant les vaisseaux, en éliminant l'excès de liquide, en dilatant les vaisseaux et en protégeant le cœur en tant que force de propulsion du sang.

La représentation du corps comme machine hydraulique et instrument de travail est prégnante dans la culture rurale [49] comme dans la culture ouvrière [50], d'où sont issus la plupart de nos enquêtés pour lesquels le muscle cardiaque, en tant que « pompe », était un organe « essentiel ». Dans ce système de pensée, l'hypertension artérielle n'exposait pas le cœur à un risque d'explosion (contrairement aux vaisseaux sanguins ou au système nerveux), mais à une défaillance motrice. Cependant, cette importance du cœur était aussi intimement liée à une représentation du corps dans la société occidentale qui accorde une dimension symbolique au muscle cardiaque [40, 44, 51]. Sacré ou sentimental, le cœur est une force de propulsion, un organe protecteur de l'homme et qui doit être protégé spécifiquement au point qu'une personne nous parlait de ses hypotenseurs comme des « médicaments de survie ».

Les représentations mécaniques et symboliques du mode d'action des médicaments permettent d'expliquer la hiérarchisation effectuée par certains hypertendus dans l'observance des traitements, les médicaments perçus « pour le cœur » étant pris plus régulièrement que ceux qui étaient perçus comme étant secondaires (hypolipémiants, hypoglycémiant). La hiérarchisation s'appliquait aussi aux diurétiques⁶ qui n'étaient pas pensés par certains comme un traitement spécifique de l'hypertension artérielle mais plutôt comme un « complément ». En effet, le diurétique était souvent réinterprété par les interviewés comme un « fluidifiant » permettant « d'alléger » ou « d'aérer » le sang, facilitant ainsi sa circulation dans les vaisseaux sanguins, ou encore comme un médicament « pour soulager les reins ». Dans ce dernier cas, leur action était considérée comme « complémentaire » permettant d'évacuer un excès de liquide dans le sang lors des épisodes d'élévation de la pression artérielle, à l'instar de la saignée à laquelle ils ont longtemps été associés dans la pensée savante. Ils étaient alors perçus comme un traitement des hausses tensionnelles, et non comme le traitement de base de l'hypertension artérielle, ce qui génère chez certains un mésusage du médicament avec des prises irrégulières.

b) Représentations populaires de l'hypertension artérielle : entre risque et maladie

Pour quelques interviewés, l'hypertension artérielle n'était pas une « maladie » en raison de l'absence de symptômes ressentis, de gêne ou de limitation physique. Néanmoins,

⁵ Les extraits de discours des interviewés sont transcrits entre guillemets.

⁶ Il s'agit ici des diurétiques prescrits spécifiquement comme hypotenseurs par les médecins traitants.

pour les deux tiers, il s'agissait d'une « maladie » qui devait s'accompagner de symptômes, même si tous ne les ressentait pas. Cette représentation sociale d'une maladie symptomatique, dominante aussi aux États-Unis [52] s'est construite à partir du discours médical et sociétal des 70 premières années du XX^e siècle. En effet, jusqu'à la généralisation de son dépistage et de son traitement dans les années 1970, seule l'hypertension artérielle aigue accompagnée d'un cortège de symptômes était traitée. Les publicités médicales pour l'un des premiers médicaments hypotenseurs au milieu du XX^e siècle mettaient en scène des hommes d'âge moyen dont le visage était torturé par la souffrance, en proie à des maux de tête, des vertiges ou des sueurs abondantes [53]. Aujourd'hui, les traités de médecine considèrent l'hypertension artérielle comme un dysfonctionnement asymptomatique, et les hypertendus dans les publicités médicales sont représentés comme des personnes actives, souriantes, ayant une bonne santé apparente. Mais il reste des traces dans les mémoires et dans le savoir populaire de cette période d'hypertension artérielle « bruyante », d'autant plus que nos informateurs étaient âgés et avaient croisé dans leur jeunesse des hypertendus sévères, symptomatiques puisque non traités. Cependant, l'hypertension artérielle avait aussi l'image d'une « maladie silencieuse », « sournoise », à l'instar du « tueur silencieux » auquel elle était associée dans les années 1950 [53], et redoutable en raison de ses complications cardiovasculaires qui étaient connues de la plupart des personnes interviewées.

Les données recueillies montrent que la représentation du risque cardiovasculaire pour l'hypertendu s'est construite principalement sur l'expérience personnelle des complications de l'hypertension artérielle et des traumatismes affectifs induits par les séquelles ou les décès subis dans l'entourage proche. Cette objectivation du risque favorisait l'adhésion thérapeutique et l'observance. Les hypertendus craignaient principalement les accidents vasculaires cérébraux, avec leurs conséquences sur la mobilité, la cognition et l'interaction sociale. Ils craignaient moins l'infarctus du myocarde toujours associé dans l'imaginaire collectif à la « belle mort », comme l'étude de P. Aiach [54] l'a déjà montré. Les individus avaient essentiellement peur d'une déchéance du corps, d'une disqualification qui les empêcherait de jouer pleinement leur rôle social actuel et leur assignerait un nouveau rôle de malade ou de handicapé. L'éventail des attitudes face au risque se déroulait de la dénégaration à la maîtrise du risque selon des facteurs individuels, culturels ou sociaux. Ainsi, l'absence de ressenti des symptômes pouvait être un obstacle au traitement, certains « oubliant » de prendre leur médicament ou refusant de les prendre parce qu'ils ne se sentaient pas « malades ». Pour d'autres, malgré l'absence de symptôme, la

peur de la mort et des complications de l'hypertension artérielle augmentait avec l'âge et la conscience de la fragilité du corps humain. Cette perception de la vulnérabilité du corps vieillissant faisait perdre à la prise de risque sa dimension ordalique [55] et permettait à l'individu d'exercer son libre arbitre pour l'affronter en choisissant de prendre régulièrement ses médicaments. Pour d'autres encore, l'hypertension artérielle était une maladie banale et fréquente au-delà d'un certain âge, un dysfonctionnement presque normal dès lors qu'il touchait une large partie de la population, qui signalait l'usure naturelle du corps. « Avoir de la tension », c'était aussi « être comme tout le monde ». Dès lors, les individus n'avaient pas le sentiment d'appartenir à un « groupe à risque », catégorie rassurante pour ceux qui s'en sentent exclus [56].

2. Régulation autonome du traitement

a) Expérimenter le traitement et contrôler les effets indésirables

Comme cela a été décrit dans d'autres affections chroniques [27, 30-33], l'absence de prise de médicaments ponctuelle ou prolongée, accidentelle ou volontaire, permettait aux hypertendus d'expérimenter les effets sur le corps de l'interruption du traitement et d'acquérir ainsi un savoir sur la maladie. Plusieurs des personnes qui ont accepté de participer à la recherche ont déclaré ne pas prendre leur médicament certains jours pour limiter les effets indésirables ressentis ayant des conséquences sur la vie familiale et sociale (effets sur la sexualité, effets invalidants des diurétiques liés à l'augmentation de l'excrétion urinaire, fatigue retentissant sur la qualité de vie). La plupart des hypertendus interviewés étaient de grands lecteurs de notices accompagnant les médicaments dans lesquelles ils cherchaient principalement les effets indésirables pour s'y préparer ou éventuellement les prévenir. Principale (et parfois seule) source d'informations sur les médicaments des interviewés, la lecture de la notice donnait au patient un rôle actif dans la gestion de son traitement et participait à l'appropriation des médicaments. Elle permettait aux individus de relier leur propre expérience sur les médicaments au savoir biomédical. L'acquisition d'un appareil d'auto-mesure tensionnelle répondait à ce même besoin de savoir sur son propre corps et sur sa maladie. Les patients l'utilisaient pour vérifier la réalité d'une hypertension artérielle, pour tester leurs hypothèses sur les liens de causalité entre les symptômes ressentis et les chiffres tensionnels, pour trouver des facteurs déclenchants aux élévations de la pression artérielle. Le savoir acquis par l'information, l'expérience et l'expérimentation, permettait également un contrôle profane du facteur de risque cardiovasculaire que constitue l'hypertension artérielle.

b) Assurer la continuité du traitement

L'analyse des données ethnographiques a révélé également des stratégies personnelles d'ajustement du traitement pour éviter des accidents d'observance ou des ruptures de stocks pour les médicaments conditionnés sous la forme de boîtes de 28 comprimés. En effet, la temporalité de la prescription était perçue, par les patients - et par les médecins⁷ -, à travers un cadre de référence culturelle qui était le mois calendaire, et non la semaine. Le conditionnement des médicaments sous la forme de boîtes de 28 comprimés était alors vécu comme une contrainte exercée sur l'individu obligé de régler son comportement sur un « temps » qui n'était plus celui de sa société, mais celui d'une institution sociale dont il ne comprenait pas la règle que les individus jugeaient « ridicule » ou « débile »⁸. Nous avons recueilli de nombreux discours d'incompréhension, mais surtout des déclarations d'interruptions de 2 à 3 jours de traitement par mois. En effet, certaines personnes manquaient de comprimés en fin de traitement. D'autres, anticipant la fin du « mois » de traitement, suspendaient leur traitement un ou deux jours par mois (« Moi j'ai mon truc, je n'en prends pas le 15... et le 30 », femme, 70 ans, employée). Le mode de conditionnement générait aussi d'autres pratiques plus ou moins « bricolées » avec la complicité de l'entourage et des professionnels de santé comme des délivrances de traitement sans ordonnance de la part des pharmaciens, des doublements de posologies par les médecins, des stockages de boîtes de réserve.

De plus, le fait que l'hypertension artérielle nécessite une prescription prolongée (souvent pendant toute la vie) alors qu'elle n'occasionne ni gêne, ni handicap, générait chez certains patients des interruptions temporaires de traitement. Pour d'autres, l'absence de symptômes rendait plus contraignante la consultation de renouvellement de l'ordonnance. La contrainte était perçue d'autant plus grande que la personne était en activité professionnelle et que le coût social pour le patient était important. Dès lors, ceux qui ressentaient négativement le fonctionnement du système de soin (consultation de suivi et obligation de se rendre tous les mois à la pharmacie pour s'approvisionner en médicaments), interrompaient parfois volontairement (temporairement ou de manière prolongée) leur traitement. Ce déterminant institutionnel pourrait être atténué par les récentes mesures autorisant les pharmaciens à délivrer la quantité de médicaments nécessaire à trois mois de traitement.

3. Appropriation du traitement

a) Fidélisation au médicament

Plusieurs hypertendus interviewés ont exprimé la confiance

qu'ils accordaient à « leur » hypotenseur dont ils ont expérimenté l'efficacité, souvent après de nombreux « essais », qu'ils ont « supporté » relativement bien et qu'ils avaient l'habitude de prendre. En effet, les personnes interviewées ont beaucoup insisté sur la complexité de leur traitement et sur les « tâtonnements » des médecins pour trouver « le bon traitement » qui leur était compatible. La notion de compatibilité entre le médicament et l'individu a été souvent évoquée par les répondants pour expliquer la réussite thérapeutique. L'efficacité des hypotenseurs était pensée, par les patients comme par les médecins observés, comme une compatibilité entre un individu et un produit, et non comme l'adéquation entre un dysfonctionnement et une action thérapeutique. Dès lors, une forme de personnalisation du traitement (« mes médicaments ») s'est produite expliquant les réticences au changement du médicament de marque pour un générique [57], ce dernier bouleversant le processus de fidélisation construit au fil des ans avec le médicament. De plus, cette substitution se faisant rarement par « un » médicament générique qui serait toujours le même, mais par différentes marques selon l'approvisionnement de l'officine, créait une perte de repères (nom, couleur et forme des comprimés) pour les personnes traitées. Elle compromettait le processus d'identification au produit construisant un lien particulièrement fort entre le médicament et l'individu qui le consomme.

b) Intégration du traitement dans la vie quotidienne

La fidélisation au médicament a été également retrouvée dans les pratiques ordinaires des personnes qui ont intégré la prise médicamenteuse dans leurs activités quotidiennes, facilitant une pérennisation de son usage comme cela a déjà été décrit pour les traitements au long cours [33, 34, 56, 58]. Elle se traduisait dans une routinisation des prises, souvent organisées autour des repas. Les médicaments hypotenseurs étaient le plus souvent entreposés dans la cuisine⁹, ou au moins absorbés dans cet espace, de manière à être visibles et dans des objets du quotidien récupérés et détournés de leur fonction première¹⁰. Le rangement dans la cuisine répondait à une logique utilitaire (ne pas oublier la prise et pouvoir absorber le médicament avec un liquide), mais aussi à une logique d'intégration du médicament comme un objet qui a sa place aux cotés des objets de la vie de tous les jours. Selon Fainzang [59], les lieux de rangement des médicaments correspondent aux différents modes de perception de l'objet et à l'importance qui leur est accordée. Le rangement dans la cuisine, « espace social premier » témoigne ainsi de la place des médicaments dans la vie des patients. Il signe, avec leur absorption au moment des repas, la relation étroite

⁷ Un seul médecin dans notre étude convoque ses patients tous les 28 jours (ou un multiple de 28 jours), les autres donnant leur rendez-vous tous les « mois » (ou un multiple du « mois »).

⁸ Le « temps » des médicaments de 28 jours évoque le calendrier lunaire, et implicitement le cycle menstruel, comme le laisse penser cette réflexion ironique d'un hypertendu : « Il y a des boîtes de 10 et des boîtes de 15. Moi je n'ai pas de boîtes de 28, ça c'est pour les femmes ! » (homme, 73 ans, employé).

⁹ Contrairement au reste de la pharmacie familiale qui était rangée dans un autre lieu de l'habitation (salle de bains, chambre à coucher).

¹⁰ Nous avons pu observer que les hypotenseurs, comme les médicaments pris tous les jours pour d'autres maladies chroniques, sont rangés dans des boîtes de lessive vides, dans des petits paniers en osiers, dans des boîtes en plastique pour aliments, dans des sacs plastiques, dans d'anciennes boîtes de médicaments assez grandes faisant fonction de « pharmacie du jour ».

entre les aliments et les médicaments, attestant aussi de l'acceptation du traitement par les patients et leur adhésion à une thérapeutique nécessaire pour leur survie, comme est nécessaire la consommation pluriquotidienne de nourriture.

Les manières de ranger les médicaments et de les ingérer, les multiples astuces pour ne pas les oublier, traduisent le pragmatisme des individus. Néanmoins, elles révèlent aussi leur créativité dans l'utilisation d'un produit imposé comme l'est le médicament, et son appropriation. En effet, l'enquête a montré des « tactiques » des hypertendus, des « manières de faire avec le médicament » (pour paraphraser De Certeau [60]) afin de se réapproprier son usage à sa façon et non de faire comme la rationalité médicale l'ordonne. Une de ces tactiques était l'interruption du traitement hypotenseur lors des fins de semaine. Souvent décrite dans la littérature biomédicale sous le terme de « congés thérapeutiques » [61], elle est considérée par les cliniciens comme un « oubli » pouvant être responsable de sous-dosages, voire d'effets rebonds avec leurs conséquences cliniques graves [62]. Or, notre étude a montré que ce que nous nommons des repos thérapeutiques n'étaient pas dus à des « oublis », mais à un choix délibéré des personnes hypertendues qui s'accordait avec le besoin d'effacer temporairement la maladie : « Cela m'arrive volontairement qu'un dimanche sur deux, je ne les prends pas, volontairement (...). Comme ça. Je ne sais pas pourquoi mais souvent le dimanche volontairement, je ne les prends pas. Ce n'est pas un oubli. C'est une journée de repos complet quoi ! Est-ce que c'est pour me reposer mon estomac ? Je n'en sais rien. Sinon, je prends toujours très régulièrement mon traitement, tous les matins après le petit-déjeuner » (homme, standardiste, 54 ans). Nous pouvons alors émettre l'hypothèse que le repos thérapeutique pérennise l'usage du médicament – et renforce peut-être l'observance au long cours – parce qu'il est une rupture transitoire dans la répétition quotidienne des activités permettant de supporter la monotonie de la routinisation.

4. Relation médecin-patient

a) *Modèle du « bon malade »*

Ces absences volontaires de prises, ou les oublis involontaires de comprimés évoqués par les patients au détour d'une phrase (« peut-être une ou deux fois dans le mois », « celui du matin ou celui du soir »), n'étaient pas considérés par les malades comme une entorse aux prescriptions médicales. Les hypertendus interviewés n'ont pas défini l'observance en termes de seuil ou de doses de médicaments ingérés. Le terme observance n'est jamais apparu dans leur discours. Pour

décrire leurs pratiques médicamenteuses et le suivi de l'ordonnance, ils utilisaient l'expression « être sérieux » ou « faire attention ». Ces locutions désignaient tour à tour la surveillance de son alimentation, l'évitement de l'alcool et du tabac, la prise régulière des médicaments, la régularité des consultations de suivi, le respect des consignes médicales. La formule « on se soigne » était également utilisée par les individus pour signifier à la fois ce qu'ils considéraient comme un respect satisfaisant de la prescription médicale, leur adhésion au système biomédical et à la notion de préservation de la santé par des comportements conformes, selon eux, aux normes médicales. Ces locutions témoignent d'un modèle de conduite du « bon malade » que les patients pensaient devoir adopter pour coller à l'image du malade idéal attendu par les médecins, par opposition au « mauvais malade » dont ils se qualifiaient lorsqu'ils voulaient nous dire qu'ils ne suivaient pas exactement les directives médicales.

Dès lors, la suspicion d'observance insuffisante de la part des médecins face aux hypertension artérielles non contrôlées par les médicaments était mal acceptée par les patients car elle témoignait d'un manque de confiance du médecin à leur égard. En effet, le suivi de l'ordonnance renvoyait dans le discours des hypertendus à une relation médecin-malade asymétrique empreinte de la soumission à la décision médicale et de l'obéissance à l'égard du médecin détenteur du savoir. La connotation coercitive du mot ordonnance était d'ailleurs bien perçue par les patients, comme le montre cet extrait d'entretien d'une personne qui a déclaré avoir eu des interruptions temporaires de traitement répétées : « Maintenant je suis bien rentré dans l'ordre. Je passe ma visite quand on me l'ordonne et tout et tout » (homme 66 ans, agriculteur).

Néanmoins, l'obéissance n'exclue pas la négociation, et plusieurs hypertendus ont décrit des situations où ils ont négocié la décision (sur le fait de l'adresser à un spécialiste ou sur le médicament prescrit) en imposant parfois leur point de vue au médecin. Les patients ont exprimé aussi des insatisfactions concernant le manque d'informations fournies par les médecins sur le mode d'action des médicaments ou sur leurs effets indésirables. Ils justifiaient cette insuffisance d'information par le manque de temps dont le médecin dispose. Cependant, en disculpant ainsi les médecins, ils écartaient d'autres facteurs comme la distance sociale, la directivité ou le paternalisme des praticiens dans l'interaction médecin-malade souvent objectivés par les sciences sociales [65].

b) *Différentes formes de la confiance*

Selon les hypertendus¹¹ et les médecins interviewés, la soumission à l'autorité médicale ne pouvait exister en dehors d'une « relation de confiance » qui définissait selon

¹¹ 41/68 personnes se sont exprimées sur ce thème (24/39 femmes, et 17/39 hommes). Leurs discours sont très homogènes. Au début de l'étude, nous pensions que cette homogénéité pouvait résulter d'un biais de sélection des personnes interviewées rencontrées par l'intermédiaire de leur médecin traitant (n = 43), eux-mêmes opérant une sélection plus ou moins consciente des hypertendus « à interviewer ». Nous avons alors réalisé d'autres entretiens auprès d'hypertendus (n = 25) recrutés par la méthode de « proche à proche », sans l'intermédiaire du médecin. Dans ce second groupe, nous avons effectivement recueilli plus de discours négatifs envers les médecins, mais ceux-ci dessinent « en creux » une relation idéale basée sur la confiance.

eux la nature de la relation médecin-malade. La sociologie de la confiance [64, 65] a montré le caractère fondamentalement structurant de la confiance dans les rapports sociaux. Bien qu'il existe des ressentis négatifs de la part des malades et des praticiens, ainsi que des zones de méfiance, la relation de confiance est un schème culturel qui codifie les comportements des partenaires de la relation médecin-malade et leur permet d'interpréter les conduites. Les discours recueillis auprès des patients ont décrit explicitement ou « en creux » un idéal relationnel que la plupart connaissent ou aspirent à connaître, dans lequel la confiance était à la fois le résultat d'une relation interpersonnelle et la condition *sine qua non* de l'adhésion thérapeutique et de l'observance.

La notion de confiance était, dans les discours des hypertendus, une notion complexe et polysémique. Nos analyses ont dégagé plusieurs formes de confiance. La confiance raisonnée concerne la compétence professionnelle du praticien, évoquée par les patients attentifs au savoir de leur médecin, à son expérience professionnelle, à sa rigueur scientifique. Mais elle ne se réduit pas seulement à cela, et l'analyse a révélé une autre dimension que nous avons nommée la confiance affective. En effet, les entretiens ont décrit le généraliste idéal¹² comme un expert attentif et consciencieux qui est aussi disponible, sachant écouter, désintéressé financièrement, ayant des qualités humaines comme « la gentillesse » ou « la sympathie ». Cette conception du rôle et des qualités du médecin traitant s'inscrit dans une représentation populaire du « médecin de famille », retrouvée dans nos relevés ethnographiques. Le généraliste y était d'abord le médecin « de toute la famille »¹³, soignant les personnes à tous les âges de la vie. Il était dans une telle proximité avec ses patients qu'il était parfois perçu comme un membre de la famille ou un ami. La relation avec le médecin est alors une relation personnalisée et prolongée (dans la durée) qui aboutit à l'obtention d'une confiance mutuelle plus grande et plus durable.

Dans l'interaction médecin-patient, qu'elle s'inscrive dans un modèle paternaliste ou dans celui de la décision partagée, les médicaments participent à des échanges d'ordre symbolique. En effet, comme l'écrivent Van der Geest et Whyte [48], « ils facilitent, façonnent et renforcent les relations sociales, car ils expriment et confirment l'amitié, le dévouement et la sollicitude, particulièrement dans la rencontre entre un médecin et son patient ». À travers la prescription, le praticien transfère au patient le pouvoir de guérir, tout en matérialisant par le médicament la relation médecin-patient [30, 48].

Néanmoins, l'observance peut être considérée comme une forme de gratification symbolique objectivant la confiance accordée au médecin, autant qu'une soumission à l'autorité médicale provenant de l'expertise médicale. Avec cette troisième dimension de la confiance, que nous avons nommée la confiance concédée, l'adhésion au traitement et un niveau élevé d'observance sont également une concession par le patient à l'expertise médicale et à la responsabilité professionnelle du médecin déjà mise en évidence par Collin [31]. En effet, certains hypertendus ont souligné qu'ils n'avaient pas d'autre choix que celui d'accorder leur confiance au praticien.

CONCLUSION

Le suivi de l'ordonnance, dans les pathologies chroniques ou les traitements prolongés, est un processus complexe qui associe l'appropriation du médicament par le malade, son intégration dans le quotidien, et l'identification, la personnalisation et la fidélisation au médicament. Il intègre aussi la fidélisation au médecin et objective la relation de confiance du patient envers le médecin, la reconnaissance de son rôle d'expert et de médecin de famille. Mais il compose aussi avec des facteurs externes au malade, au médicament et à la relation thérapeutique, ainsi qu'avec les dimensions symboliques du médicament. Dans son quotidien, l'hypertendu a une régulation autonome de son traitement. Celle-ci répond à des logiques d'expérimentation, de maîtrise des risques pour la santé, de maîtrise du corps et du traitement, de contrôle des effets indésirables, de contrôle de l'ingestion, de limitation des contraintes imposées par la prescription (renouvellement de l'ordonnance), de continuité du traitement (conditionnement des médicaments), d'intégration sociale, d'automatisme et de routinisation. La prise en compte et la compréhension de ces différentes logiques pragmatiques et symboliques par le médecin traitant devraient pouvoir aider les praticiens dans leur fonction d'éducation thérapeutique des personnes hypertendues.

RÉFÉRENCES

1. Tilly B, Salanave B, Ricordeau Ph, Bertin N, Guilhot J, Fender P, et al. *Hypertension artérielle sévère en France : traitement et*

¹² À l'opposé, les discours des patients sur la confiance désignent les caractéristiques du « mauvais médecin » : négligence, manque de disponibilité, intrusion dans la vie privée, absence d'altruisme et relation marchande.

¹³ Cette représentation du médecin traitant comme le « médecin de famille » est prégnante dans notre enquête effectuée en zone rurale et semi-rurale (où le généraliste est aussi appelé « médecin de campagne »), auprès d'une population « âgée » et habituée à voir régulièrement un médecin, mais ne peut pas être généralisée à l'ensemble de la population française.

- contrôle tensionnel en 1999 et 2003. *Rev Med Ass Maladie* 2004;35:167-80.
2. Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES). *Diagnostic et traitement de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte de 20 à 80 ans*. Paris : ANAES, *Recommandations et références médicales* ; 1997 [www.anaes.fr].
 3. Agence nationale de l'accréditation et de l'évaluation en santé (ANAES). *Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle*, Paris : ANAES, *Recommandations pour la pratique clinique* ; 2000 [www.anaes.fr].
 4. Bertholet N, Favrat B, Fallab-Stubi CL, Burnier M, Brunner H. *Why objective monitoring of compliance is important in the management of hypertension*. *J Clin Hypertens* 2000;2:258-62.
 5. Mar J, Rodriguez-Aratalajo F. *Wich is more important for the efficiency of hypertension treatment : hypertension stage, type of drug or therapeutic compliance ?* *J Hypertens* 2001;19(1):149-55.
 6. Wuerzner K, Hassler C, Burnier M. *Difficult blood pressure control: watch out for non-compliance!* *Nephrology Dialysis Transplantation* 2003;18:1969-73.
 7. McKenney JM, Munroe WP, Wright JT. *Impact of an electronic medication compliance aid on long-term blood pressure control*. *J Clin Pharmacol* 1992;32:277-83.
 8. Haynes RB, Sackett DL, Gibson ES, Taylor DW, Hackett BB, Roberts RS, et al. *Improvement of medication compliance in uncontrolled hypertension*. *Lancet* 1976;1:1265-8.
 9. Ebrahim S. *Detection, adherence and control of hypertension for the prevention of stroke: a systematic review*. *Health Technol Assess* 1998;2(11):22-8.
 10. Girerd X, Hanon O, Anagnostopoulos K, Ciupek C, Mourad JJ, Consoli S. *Évaluation de l'observance du traitement antihypertenseur par un questionnaire : mise au point et utilisation dans un service spécialisé*. *Press Med* 2001;30:1044-8.
 11. Farmer K. *Methods for measuring and monitoring medication. Regimen adherence in clinical trials and clinical practice*. *Clin Ther* 1999;21:1074-90.
 12. Girerd X, Gigeos-Hasnier S, Le Heuzey JY. *Guide pratique de l'hypertension artérielle*. Paris : MMI éditions ; 1998.
 13. Fabre J, Assal J-Ph, Dayer P. *L'importance de la compliance dans l'introduction de nouveaux médicaments*. *Journal Suisse de Pharmacologie* 1984;122:1158-70.
 14. Unger T. *Patient-doctor interaction in hypertension*. *J Hum Hypertens* 1995;9:41-5.
 15. Dunbar-Jacob J, Burke LE, Puczynski S. *Clinical assessment and management of adherence to medical regimen*. In : Nicassion PM, Smith TW, eds. *Managing chronique disease*. Washington D.C: American Psychological Association; 1995.
 16. Chesney MA, Morin M, Sherr L. *Adherence to HIV combination therapy*. *Social Sciences and Medecine* 2000;50:1599-605.
 17. Moatti JP, Spire B, Kazatchine M. *Drug resistance and adherence to HIV/AIDS antiretroviral treatment: against a double standard between the north and the south*. *AIDS* 2004;18(3):55-61.
 18. Reugel L, Rüedi B, Guelpa G. *Le traitement de L'HTA et les dysfonctions sexuelles, une cause certaine de mauvaise observance du traitement ?* *Rev Med Suisse Romande* 2000;120:461-9.
 19. Myers L, Midence K. *Concepts and issues in adherence*. In : Myers ED, Midence V, eds. *Adherence to treatment in medical conditions*. Buffalo (NY): Hardwood ; 1998. p. 1-24.
 20. Kjellgren K, Svensson S, Ahlner J, Säljö R. *Antihypertensive treatment and patient autonomy – the follow-up appointment as a resource of care*. *Patient Educ Couns* 2000;40:39-49.
 21. Hulka B. *Patient-clinician interactions and compliance*. In : Haynes, Taylor, Sackett, eds. *Compliance in Health Care*. London : The Johns Hopkins University Press; 1979. p. 49-62.
 22. Konin C, Adoh M, Coulibaly I, Kramoh E, Safou M, N'Guetta B, et al. *L'observance thérapeutique et ses facteurs chez l'hypertendu noir africain*. *Arch mal Coeur Vaiss* 2007; 100:630-4.
 23. Mallion JM, Dutrey-Dupagne C, Vaur L, Genes N, Renault M, Baguet P, et al. *Comportements des patients ayant une hypertension artérielle légère à modérée vis-à-vis de leur traitement. Apport du pilulier électronique*. *Ann Cardiol Angéiol* 1995;44:597-605.
 24. Consoli S, Safar M. *La non-observance d'un traitement anti-hypertenseur en tant qu'acte manqué*. *Psychologie médicale* 1985;17:841-8.
 25. Morin M. *De la recherche à l'intervention sur l'observance thérapeutique : contributions et perspectives des sciences sociales*, In : Bessette D, Bungener M, Costagliola D, Flori Y-A, Matheron S, Morin M, et al, eds. *L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesures, déterminants, évolution*. Paris : ANRS, *Collection sciences sociales et Sida* ; 2001. p. 5-21.
 26. Spire B, Duran S, Souville M, Leport C, Raffi F, Moatti JP, et al. *Adherence to highly active antiretroviral therapies (HAART) in HIV-infected patients: from a predictive to a dynamic approach*. *Soc Sci Med* 2002;54:1481-96.
 27. Conrad P. *The meaning of medications : another look at compliance*. *Soc Sci Med* 1985;20:29-37.
 28. Lerner BH. *From careless consumptives to recalcitrant patients: the historical construction of noncompliance*, *Soc Sci Med* 1997;45:1423-31.
 29. Collin J. *Rationalité et irrationalité à l'origine du mésusage des médicaments*. *Actualité et Dossier en Santé Publique* 1999;27:55-58.
 30. Collin J. *Observance et fonctions symboliques du médicament*. *Gérontologie et Société* 2002;103:141-60.
 31. Collin J. *Médicaments et vieillesse. Trois cas de figure*. *Anthropologie et Sociétés* 2003;27:119-37.
 32. Haxaire C. *Calmer les nerfs : automédication, observance et dépendance aux médicaments psychotropes*. *Sciences Sociales et Santé* 2002;20(1):63-68.
 33. Pierret J. *Une approche dynamique du traitement chez les personnes infectées par le VIH : la notion d'intégration*, In : Bessette

- D, Bungener M, Costagliola D, Flori Y-A, Matheron S, Morin M, et al, eds. *L'observance aux traitements contre le VIH/sida. Mesures, déterminants, évolution*. Paris : ANRS, Collection Sciences Sociales et Sida ; 2001. p. 67-78.
34. Fainzang S. *Médicaments et société. Le patient, le médecin et l'ordonnance*. Paris : PUF ; 2001.
35. Trostle JA. *Medical compliance as an ideology*. *Soc Sci Med* 1988;27:1299-308.
36. Ankri J, Le Disert D, Henrard JC. *Comportements individuels face aux médicaments, de l'observance thérapeutique à l'expérience de la maladie, analyse de la littérature*. *Santé Publique* 1995;4:427-41.
37. Desclaux A. *Les antirétroviraux en Afrique. De la culture dans une économie mondialisée*. *Anthropologies et Sociétés* 2003;27(2):41-57.
38. Wallach I. *Vie personnelle et sociale et expériences des thérapies*, In : Levy J, Pierret J, Trottier G, eds. *Les antirétroviraux, expériences et défis*. Montréal : Presse de l'Université de Québec ; 2004.
39. Sarradon-Eck A. *Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues*. *Sciences Sociales et Santé* 2007;25(2):5-36.
40. Sarradon-Eck A. *Prévoir la maladie cardiovasculaire : le discours médical et le discours profane*, In : Rossi I, ed. *Prévoir et prédire la maladie. De la divination au pronostic*. Paris : Aux lieux d'être ; 2007. p. 153-76.
41. Duhot D, Martinez L, Ferru P, Kandel O, Gavid B. *Prévalence de l'hypertension artérielle en médecine générale*. *Rev Prat, Med Gen* 2002;16(562):177-80.
42. Kleinman A, Kleinman J. *Suffering and its professional transformation: toward an ethnography of experience*. *Culture, Medicine and Psychiatry* 1991;15:275-301.
43. Good B. *Comment faire de l'anthropologie médicale ? Médecine, rationalité et vécu*. Le Plessis-Robinson (France) : Institut Synthélabo ; 1998.
44. Durif-Bruckert C. *Une fabuleuse machine : anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques*. Paris : Métailié ; 1994.
45. Heurtin-Roberts S. « High-pertension ». *The uses of a chronic folk illness for personal adaptation*. *Social Science and Medicine* 1993;37:285-94.
46. Wilson RP, Freeman A, Kazda MJ, Andrews C, Berry L, Vaeth AC, et al. *Lay beliefs about high blood pressure in a low-to middle-income urban african-american community: an opportunity for improving hypertension control*. *Am J Med* 2002;112:26-30.
47. Kjellgren K, Svensson S, Ahlner J, Säljö R. *Hypertensive patients' knowledge of high blood pressure*. *Scand J Prim Health Care* 1997;15:188-92.
48. Van der Geest S, Whyte S. *The charms of medicines: metaphors and metonyms*. *Med Anthropol Q* 1989;3:345-67.
49. Julliard A. *Une belle plante. Anatomie humaine et plantes médicinales*. *Écologie humaine* 1994;12(1):29-51.
50. Pierret J. *Les significations sociales de la santé* : Paris, l'Essonne, l'Hérault. In : Augé M, Herzlich C, eds. *Le sens du mal*. Paris : Éditions des archives contemporaines ; 1984. p. 217-56.
51. Loux F. *Pratiques et savoirs populaires. Le corps dans la société traditionnelle*. Paris : Ed Berger-Levrault ; 1979.
52. Schoenberg N, Drew E. *Articulating silences : Experiential and biomedical constructions of hypertension symptomatology*. *Med Anthropol Q* 2002;16:458-75.
53. Postel-Vinay N, Corvol P. *Le retour du Dr Knock. Essai sur le risque cardiovasculaire*. Paris : Éditions Odile Jacob ; 2000.
54. Aiach P. *Peur et image de la maladie : l'opposition cancer/maladies chroniques*. *Bulletin du cancer* 1980;67:183-90.
55. Le Breton D. *Passions du risque*. Paris : Métailié ; 1996.
56. Paicheler G. *Risques de transmission du sida et perceptions de la contagion*. *Communications* 1998;66 (La Contagion) :87-107.
57. Sarradon-Eck A, Blanc MA, Faure M. *Des usagers septiques face aux médicaments génériques : une approche anthropologique*. *Revue d'Épidémiologie et de Santé Publique* 2007;55:179-85.
58. Sow K, Desclaux A. *L'observance des traitements antirétroviraux et ses déterminants. Analyse qualitative*. In : Initiative sénégalaise d'accès aux médicaments antirétroviraux. Paris : ANRS, Collections Sciences Sociales et Sida ; 2002. p. 109-118.
59. Fainzang S. *Les médicaments dans l'espace privé : gestion individuelle ou collective*. *Anthropologie et Sociétés* 2003;27(2):39-154.
60. De Certeau M. *L'invention du quotidien, 1. Arts de faire*. Paris : Folio Essais ; 1998.
61. Urquhart J. *The electronic medication Event Monitor. Lessons for pharmacotherapy*. *Clin Pharmacokinetics* 1997;32:345-56.
62. Burnier M, Schneider MP, Waeber B. *L'observance thérapeutique dans le traitement de l'hypertension artérielle : un facteur important à évaluer*. *Médecine et Hygiène* 1997;55:1591-4.
63. Fainzang S. *La relation médecins-malades : information et mensonge*. Paris : PUF ; 2006.
64. Watier P. *Confiance et sociabilité*. *Revue des Sciences Sociales* 2002;29:108-15.
65. Giddens A. *Les conséquences de la modernité*. Paris : L'Harmattan ; 1994.