



HAL
open science

Facteurs associés (FA) à la survenue - complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo

Yaovi Nofé Wuayi Sedo

► **To cite this version:**

Yaovi Nofé Wuayi Sedo. Facteurs associés (FA) à la survenue - complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Psychologie. Université de Picardie Jules Verne, 2022. Français. NNT : 2022AMIE0011 . tel-04048259

HAL Id: tel-04048259

<https://theses.hal.science/tel-04048259>

Submitted on 27 Mar 2023

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.

THESE DE DOCTORAT
*Spécialité : Psychologie,
Psychopathologie et Psychologie Clinique*

Présentée à l'Ecole Doctorale Sciences Humaines et Sociale (ED 586)
de l'Université de Picardie Jules Verne

Par :

Yaovi Nofé Wuayi SEDO

Pour obtenir le grade de Docteur de l'Université de Picardie Jules Verne

***Facteurs associés (FA) à la survenue / complications de
l'hypertension artérielle (HTA) chez les jeunes adultes au
Togo.***

Soutenue le 19 octobre 2022, après avis des rapporteurs, devant le jury d'examen :

- | | |
|---|-------------------------------------|
| - M. Simliwa K. DASSA, Professeur | Rapporteur |
| - M. Serge COMBALUZIER, Maître de Conférences | Rapporteur |
| - M. Amal BERNOUSSI, Professeur | Examineur, président du jury |
| - M. Pierre DUHAUT, Professeur | Examineur |
| - Mme Muriel BOSSUROY, Maîtresse de Conférences | Examinatrice |
| - M. Charlemagne MOUKOUTA, Maître de Conférences | Directeur |

DEDICACE

Cet ouvrage est spécialement dédié à ma très chère femme
Natacha KPADONOU.

Natacha, tu as construit cet ouvrage autant que moi, par ta présence et ton encouragement lors de mes moments de blocage et de stagnation.

Tu l'as construit par ton amour, par ton encadrement des enfants pendant mes absences et par ton sens de gestion de nos projets.

Tu as supporté mes absences et mes nuits blanches.

Voici, notre sacrifice a abouti à ce joyau qui est à nous tous !

REMERCIEMENTS

Je tiens d'abord à remercier Monsieur Charlemagne Simplicie MOUKOUTA pour avoir accepté de diriger cette thèse. A travers ses encouragements et ses conseils, ce travail est arrivé à son terme. Il a montré, à mon égard beaucoup de patience et un indéfectible soutien. Je lui exprime ici toute ma reconnaissance pour la confiance qu'il m'a témoigné tout au long de ce travail.

Mes remerciements vont aux examinateurs notamment le Professeur Amal BERNOUSSI, le Professeur Pierre DUHAUT et à Madame Muriel BOSSUROY, Maitre de Conférence, pour avoir accepté d'expertiser mon travail de thèse malgré leur emploi du temps chargé.

Merci aux professeurs Simliwa K. DASSA et Serge COMBALUZIER, rapporteurs, pour le temps qu'ils ont consacré à la relecture de ma thèse, pour leurs commentaires et leurs conseils.

Un sincère merci à l'Ecole Doctorale Sciences Humaines et Sociales, au Centre de Recherche en Psychologie : Cognition, Psychisme et Organisations (CRP CPO, EA7273), aux membres du comité de suivi de thèse : Joanic MASSON et Paul LANGA ; sans oublier tous les enseignants du laboratoire. A mes collègues doctorants, merci.

Je remercie aussi les responsables de l'Université de Lomé, notamment ceux du Département de Psychologie Appliquée ainsi que les Directeurs des Centres Hospitaliers spécialement messieurs FOLY-YSSOUH, KARE et KOLANI et tous leurs personnels, qui m'ont accueilli lors de mon travail de terrain.

Je tiens à remercier tous ceux qui ont contribué d'une manière ou d'une autre à cette œuvre. Je pense particulièrement aux docteurs KPELY, KOKOU-KPOLOU, AFO et PISSA et leur dis merci pour leurs conseils et orientations.

Je n'oublie pas mes collègues de service de la médecine notamment les docteurs ATTA, TCHOUA, ADI, DOSSOU et tous les autres du CHR-Sokodé.

Vient le moment de remercier du fond du cœur mes amis. Votre soutien m'a permis d'affronter le labeur et les difficultés d'un travail de thèse.

Enfin, je tiens à témoigner ma profonde affection à toute ma famille, particulièrement ma très chère mère Elise et à mon frère Jean SEDO (Professeur Agrégé à l'Université de Kara) qui ont toujours été présents à mes côtés tout au long de cette recherche. Ils ont su m'encourager dans certains choix stratégiques et m'épauler pendant mes moments de doute. Je vous dois plus que de simples remerciements.

RESUME

L'hypertension artérielle (HTA) est un problème de santé publique (OMS, 2018). Au Togo, l'HTA touche 30% de la population générale (Mijiyawa, 2019). Autrefois, maladie du sujet âgé, les jeunes adultes (JA) sont davantage concernés. Au Togo, 24,8% de JA y sont touchés (Agoudavi et al., 2012). Cependant, les facteurs associés (FA) à l'HTA chez les JA, restent peu connus. Ce travail de recherche vise à identifier et à mesurer le poids des FA à la survenue / complications de l'HTA chez les JA de 18 à 40 ans au Togo.

Pour traiter ce sujet, nous avons employé une méthodologie mixte qualitative - quantitative. La méthodologie qualitative a permis de vérifier la pertinence du modèle proposé à l'issue de la revue de la littérature. Les données ont été collectées auprès de 56 individus (patients, familles, soignants et administrateurs) au Togo. Les résultats issus de l'analyse de contenu thématique ont permis d'enrichir les hypothèses de départ. Pour les valider, un questionnaire a été conçu et administré à 168 JA du Togo (HTA et non HTA). Les données recueillies ont fait objet d'un traitement statistique avec le logiciel SPSS.

Cinq principaux facteurs sont associés à l'HTA chez les jeunes adultes au Togo dont par ordre d'importance : les facteurs psychologiques (0,741), socioaffectifs (0,5), médico nutritionnels (0,399), économiques (0,290) et culturels (0,200).

Ce travail enrichit la littérature togolaise en matière des FA à l'HTA chez les JA. Il offre la possibilité aux acteurs de santé de développer des actions de lutte contre l'HTA en se basant sur les facteurs identifiés. Il élargit les perspectives étiologiques et thérapeutiques des soignants et enfin invite les JA à prendre conscience très tôt de leur santé cardiovasculaire.

Mots clés : Facteurs associés, HTA, Jeunes adultes, Togo.

ABSTRACT

High blood pressure is a public health problem (WHO, 2018). In Togo, hypertension affects 30% of the general population (Mijiyawa, 2019). Formerly, disease of the elderly, young adults are more concerned. In Togo, 24.8% of young adults are affected (Agoudavi et al., 2012). However, the factors associated with hypertension in young adults remain poorly understood. This work aims to identify and measure the weight of factors associated with the occurrence / complications of hypertension in young adults aged 18 to 40 in Togo.

To address this subject, we used a mixed qualitative-quantitative methodology. The qualitative methodology made it possible to verify the relevance of the model proposed at the end of the literature review. Data was collected from 56 individuals (patients, families, caregivers and administrators) in Togo. The results from the thematic content analysis made it possible to enrich the initial hypotheses. To validate them, a questionnaire was designed and administered to 168 young adults in Togo, hypertensive or not. The data collected was statistically processed using SPSS software.

Five main factors are associated with hypertension in young adults in Togo, including, in order of importance: psychological (0.741), socio-affective (0.5), medico nutritional (0.399), economic (0.290) and cultural (0.200).

This work enriches the Togolese literature on the factors associated with hypertension in young adults. It offers the possibility for health actors to develop actions to fight against hypertension based on the identified factors. It broadens the etiological and therapeutic perspectives of caregivers and finally invites young adults to become aware of their cardiovascular health very early on.

Keywords: Associated factors, hypertension, young adults, Togo.

TABLES DES MATIERES

DEDICACE	II
REMERCIEMENTS	III
RESUME	IV
ABSTRACT	V
TABLE DES MATIERES	VI
INTRODUCTION GENERALE	12
Problématique	16
Intérêt de la recherche	20
Plan de rédaction de la thèse	22
PREMIERE PARTIE : Concepts - Théories - Méthodologie	23
Chapitre 1 – Cadre conceptuel et théorique	25
1. Définition des concepts	25
1.1. L’hypertension artérielle (HTA)	25
1.1.1. Qu’est-ce que la pression (ou tension) artérielle	25
1.1.2. Les différentes formes de l’HTA selon Mourad et al. (2017)	31
1.1.3. La symptomatologie de l’hypertension artérielle	33
1.1.4. Les organes touchés par l’HTA et les complications de l’HTA	33
1.1.5. Du dépistage au traitement de l’HTA	35
1.1.6. HTA, une maladie chronique	40
1.1.6.1. Définition de la maladie chronique	40
1.1.6.2. Le patient ou le malade	45
1.1.6.3. Les réactions du malade face à sa maladie	47
1.1.6.4. Les réactions du malade face à son entourage, au soignant et au temps	49
1.2. Notion de « facteurs associés » et facteurs associés à l’HTA	50
1.2.1. Notion de facteur associé ou de facteur de risque	50
1.2.2. Les types de facteurs de risque ?	51
1.2.3. Facteurs de risque et facteurs de protection	52
1.2.4. FDR des MNT : zoom sur les FDR cardiovasculaires et sur les FDR de l’HTA	52
1.2.4.1. FDR des MNT	52

1.2.4.2. FDR des maladies cardiovasculaires	54
1.3. Jeunes adultes du Togo	57
2. Etat de la question ou les travaux antérieurs	62
2.1. Facteurs de risque associés à l'HTA dans la littérature	62
2.2. Les facteurs de risque des MNT au Togo : zoom sur l'HTA	67
2.2.1. Les facteurs associés aux MNT au Togo	67
2.2.2. Les études portant sur l'HTA au Togo	68
3. Cadre théorique	73
3.1. L'approche biopsychosociale	73
3.2. L'approche psychosomatique	76
3.2.1. La psychosomatique	76
3.2.2. Le symbole, le sens, l'interprétation	78
3.2.3. Le corps dans la culture africaine selon Le Guérinel (1980)	78
3.2.4. La conversion	80
3.2.5. Le stress	81
3.2.6. La psychosomatique intégrative et les cinq stades de Stora	81
3.3. L'approche anthropologique et interculturelle de la maladie	88
3.3.1. L'approche anthropologique de la santé et de la maladie	88
3.3.2. L'approche interculturelle et transculturelle de la santé et de la maladie	95
4. Synthèse et spécification du problème	98
5. Question fondamentale de la recherche	102
6. Objectifs et hypothèses de recherche	103
Chapitre 2 – Posture épistémologique et méthodologie	105
1. Posture épistémologique de la recherche	105
1.1. Présentation des différents paradigmes épistémologiques	105
1.2. Choix du positivisme aménagé	109
1.3. La démarche de recherche et le type d'étude	111
1.3.1. La démarche de recherche	111
1.3.2. Le type de l'étude	112
2. Méthodologie de l'étude	114
2.1. Cadre de la recherche	114
2.1.1. Un bref aperçu du Togo	114

2.1.2. Le centre hospitalier régional de Sokodé (CHR-S)	118
2.2. La méthodologie de l'étude qualitative	120
2.2.1. Cadre et profil des participants à l'étude qualitative	120
2.2.2. Méthode d'échantillonnage, échantillon de l'étude qualitative	120
2.2.3. Méthode de collecte	125
2.2.3.1. Mode de recueil de données qualitative : enquête par entretien	125
2.2.3.2. L'entretien clinique semi-directif	126
2.2.3.3. Le guide d'entretien	128
2.2.3.4. Déroulement et conduite des entretiens	132
2.2.3.5. Transcription des données	136
2.2.4. Méthode d'analyse	136
2.2.4.1. Analyse des données sociodémographiques	136
2.2.4.2. Analyse des éléments du discours	136
2.2.5. La validité de l'analyse et de la signification dégagée du corpus	141
2.3. La méthodologie quantitative	143
2.3.1. Construction du questionnaire et préparation des données	144
2.3.2. Description du questionnaire	146
2.3.3. Validité et fiabilité	148
2.3.4. Collecte des données quantitatives	153
2.3.4.1. Démarche de la collecte de données	153
2.3.4.2. Participants à l'étude quantitative	154
2.3.5. Méthodes d'analyses des données quantitatives	157
2.3.5.1. Analyse factorielle et contrôle des qualités métriques des outils	157
2.3.5.2. Analyse descriptive et des variances	157
2.3.5.3. Analyse corrélacionnelle	158
2.3.5.4. Analyse de régression linéaire multiple	158
2.3.6. Les considérations éthiques	159
2.3.7. Difficultés rencontrées au cours de la collecte	160
DEUXIEME PARTIE : Résultats - Analyses - Discussions	162
Chapitre 3 – Présentation des résultats	164
Section 1 : Présentation et discussion des résultats de l'étude qualitative	164
1. Les résultats de l'étude qualitative	164

1.1. Les facteurs psychologiques	164
1.2. Les facteurs socioaffectifs	169
1.3. Les facteurs médico-nutritionnels	170
1.4. Les facteurs économiques	171
1.5. Les facteurs culturels	173
1.6. Les facteurs institutionnels	174
2. Discussion des résultats qualitatifs et modèle / hypothèses de recherche enrichis	177
2.1. Les variables de la littérature redéfinies et précisées à l'étude qualitative	177
2.2. Les variables ou facteurs explicatifs révélés par l'étude qualitative	179
2.3. Hypothèses de travail enrichies	182
Section 2 : Présentation des résultats de l'étude quantitative	184
1. Les caractéristiques sociodémographiques des participants	184
2. Les résultats liés à la survenue / complications de l'HTA	190
2.1. Les circonstances de découverte de l'HTA	190
2.2. La durée de la maladie de l'HTA	191
2.3. Les complications de l'HTA	192
3. Les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA	193
3.1. Les facteurs psychologiques	193
3.1.1. Les troubles psychopathologiques manifestes chez les participants	193
3.1.2. Les états émotionnels	196
3.1.3. Compétences personnelles et sociales des participants	197
3.2. Les facteurs socioaffectifs associés à l'HTA chez les jeunes au Togo	198
3.3. Les facteurs médico-nutritionnels	199
3.4. Les facteurs économiques	200
3.5. Les facteurs culturels : croyance et connaissance de l'HTA	201
3.6. Les facteurs institutionnels	202
4. Relations entre les facteurs associés et la survenue / complications de l'HTA	203
4.1. Relation entre les facteurs psychologiques et la survenue / complications de l'HTA	203
4.1.1. Les troubles anxieux et HTA chez les jeunes adultes	203
4.1.2. La dépression et l'HTA chez les jeunes adultes	204

4.1.3. L'ESPT et l'HTA chez les jeunes adultes	204
4.1.4. Etats émotionnels et l'HTA chez les jeunes adultes	205
4.1.5. Compétences de gestion des émotions / résolution des problèmes et HTA chez les jeunes adultes	205
4.2. Relation entre les facteurs socioaffectifs et la survenue / complications de l'HTA	206
4.3. Relation entre les facteurs médico-nutritionnels et la survenue / complications de l'HTA	207
4.4. Relation entre les facteurs économiques et la survenue / complications de l'HTA	208
4.5. Relation entre les facteurs culturels et la survenue / complications de l'HTA	208
5. Le poids des facteurs associés à la survenue/complications de l'HTA	209
5.1. Calcul du coefficient de détermination R ²	209
5.2. Analyse de la variance et les coefficients de régression	209
Chapitre 4 – Discussion théorico-clinique des résultats et leurs mises en perspective	213
Section 1 : Discussion des principaux résultats	214
1. Principaux résultats : les facteurs associés et leurs poids à l'HTA chez les JA au Togo	214
1.1. Les facteurs psychologiques	214
1.1.1. Les troubles psychopathologiques et la survenue / complications de l'HTA	214
1.1.2. L'état émotionnel	217
1.1.3. Les compétences individuelles de gestion des émotions / résolutions des problèmes	219
1.2. Les facteurs socioaffectifs	220
1.3. Les facteurs économiques	223
1.4. Les facteurs médico-nutritionnels	225
1.5. Les facteurs culturels	227
1.6. Les facteurs institutionnels	229
2. Poids des facteurs associés et comment ils agissent pour créer l'HTA	230
Section 2 : Les contributions théoriques et implications cliniques et organisationnelles	236

1. Les contributions théoriques de la recherche	236
2. Les implications cliniques et organisationnelles	240
Section 3 : Limites et perspectives de recherche	242
1. Les limites de la recherche	242
2. Les perspectives de la recherche	244
CONCLUSION GENERALE	247
Références bibliographiques	253
Liste des tableaux	279
Liste des figures	281
Annexes	283
Liste des sigles et acronymes	294

INTRODUCTION GENERALE

Les maladies non transmissibles (MNT) constituent l'un des principaux défis pour le développement au 21^e siècle (OMS & PNUD, 2016). En effet les MNT tuent chaque année 41 millions de personnes, ce qui représente 71 % des décès dans le monde (OMS, 2018). Chaque année, 15 millions de personnes, âgées de 30 à 69 ans, meurent d'une MNT et plus de 85 % de ces décès prématurés surviennent dans les pays à revenu faible ou intermédiaire (OMS, 2018).

Les maladies cardiovasculaires (MCV) regroupent les pathologies qui touchent le cœur et l'ensemble des vaisseaux. Elles sont responsables du plus grand nombre des décès dus aux maladies non transmissibles : 17,9 millions par an, suivies des cancers (9 millions), des maladies respiratoires (3,9 millions) et du diabète (1,6 million) (OMS, 2018). Elles représentent 31 % de la mortalité mondiale totale, alors qu'au début du 20^e siècle, elles étaient responsables de moins de 10 % des décès (OMS, 2018).

L'hypertension artérielle (HTA) est une maladie cardiovasculaire et en même temps un facteur de risque cardiovasculaire majeur dans le monde. Sur les 17,9 millions de décès dus au MCV, 9,4 millions sont imputables aux complications de l'HTA (Lim et al. 2012). Déjà en l'an 2000, plus d'un quart (26,4%) de la population mondiale adulte est hypertendu, et cette proportion devrait atteindre 29,2% à l'horizon 2025, soit près de 1,6 milliard de sujets hypertendus selon les projections de Kearney et al. (2005). On estime en 2021, à 1,28 milliard de personnes hypertendues dans le monde, dont les deux tiers vivent dans des pays à revenu faible ou intermédiaire (OMS, 2021).

Les pays en développement (PED) sont particulièrement concernés. Les trois quarts de la population mondiale hypertendue vivront dans ces pays en 2025 (Kearney et al., 2005). Le nombre d'hypertendus devrait augmenter de 80 % dans les pays en développement entre 2000 et 2025, quand cette augmentation ne sera que de 24 % dans les pays développés (Kearney et al., 2005). L'Afrique subsaharienne n'est donc pas épargnée : le nombre d'hypertendus est croissant. Opie et Seedat (2005) estimaient que le nombre d'hypertendus va presque doubler, il passera de 80 à 150 millions dans le sous-continent subsaharien entre 2000 et 2025. Cette croissance est parallèle à l'urbanisation, aux changements de mode de vie et à ses conséquences affirment-ils.

Le Togo, comme l'ensemble des pays PED de l'Afrique subsaharienne, est menacé par l'hypertension artérielle. La seule enquête nationale à ce jour (enquête STEPS-OMS réalisée en 2010), révèle une prévalence des principales MNT (maladies cardiovasculaires, le diabète, les cancers et les affections respiratoires chroniques), allant de 2 à 20 % (Agoudavi et al., 2012). La prévalence de l'HTA est très élevée comparée aux prévalences des autres MNT. Elle est de 19 %

suivi de celle du diabète 2,6 % au sein de la population togolaise des 15-64 ans (Agoudavi et al., 2012). En 2019, le Ministère de la santé évoquait une prévalence de 30% dans la population générale (Mijiyawa, 2019). Les études hospitalières indiquent que l'HTA représente 74,29% des admissions cardiologiques (Damorou et al., 2011). Dans le secteur professionnel, la prévalence de l'HTA est de 28,9% (Baragou, 2013) et de 36,7% dans la capitale (Yayehd et al., 2013).

Quoique les complications de l'HTA soient peu chiffrées sur le plan national, les études hospitalières ont montré que l'HTA est à l'origine de nombreuses complications telles que l'insuffisance cardiaque (59%), les AVC (30%), l'insuffisance rénale (25%) et les atteintes oculaires (18%) (Ministère de la Santé Togo, 2012). L'HTA représente respectivement 80% et 19% des causes d'admission et de décès en urgences cardiovasculaires (Programme National de Lutte contre les MNT, 2012). Dans les centres hospitaliers, les situations cliniques inquiètent les soignants, les familles et les patients.

Face à l'ampleur des MNT en général et de l'HTA en particulier, le Togo s'est engagé dans le processus de la mise en œuvre de la déclaration politique des Nations Unies sur la prévention et le contrôle des maladies non transmissibles, par la création en novembre 2011, d'un Programme Nationale de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles (PNLMNT) et la priorisation de la lutte contre ces maladies dans le Plan National de Développement Sanitaire 2012-2015 (PNLMNT – TOGO, 2012).

S'appuyant sur le Plan National de Développement Sanitaire (PNDS), les responsables du PNLMNT ont élaboré un plan stratégique intégré de lutte contre les MNT. L'un des axes principaux est le renforcement des capacités du personnel de santé pour la prise en charge des MNT au niveau des soins de santé primaires. L'objectif est de faire la promotion de l'utilisation du paquet des interventions essentielles pour la prévention et la prise en charge intégrée, des principales MNT de l'OMS (WHOPEN/WHO Package for integrating Essential interventions for major Non communicable diseases). En 2015, fut donc lancée la mise en œuvre de deux protocoles : prévention et prise en charge intégrée du diabète et de l'HTA (PNLMNT, 2012).

Malgré la mise en place du programme MNT et en dépit des efforts déployés par le secteur de la santé et ses partenaires, force est de constater que l'HTA n'a cessé de gagner le terrain aussi bien dans la vieille cible (personne de troisième âge), jugée ordinaire, que dans la cible jeune adulte c'est-à-dire des moins de 40 ans ; imposant ainsi d'accorder une attention particulière aux facteurs

qui exposent la population notamment les jeunes adultes togolais (JAT) à un risque accru de développer une hypertension artérielle (HTA) ou des complications hypertensives.

Pour comprendre la survenue et les complications de l'HTA chez les jeunes adultes et développer des solutions pour juguler le mal, il s'avère utile de mener des études. Non seulement des études de prévalence (qui permettent d'observer la fréquence d'un phénomène de santé, dans une population, à un moment précis), mais aussi des études étiologiques, celles qui identifieraient les déterminants de santé / causes ou facteurs de risque de survenue / complications de l'HTA chez une population motrice de l'économie du Togo.

L'ampleur de l'HTA a pourtant suscité beaucoup d'intérêt chez les praticiens et chercheurs. Les vingt dernières années se sont caractérisées par une abondante littérature sur l'HTA. Les travaux ont abouti à l'élaboration de plusieurs guides et recommandations en matière du diagnostic et de prise en charge de l'HTA. On peut citer le document de prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle : recommandations cliniques et données économiques de l'Agence Nationale de l'Accréditation et d'Evaluation en Santé (2000), la fiche mémo à destination des professionnels de santé publiée par la Haute Autorité de Santé en association avec la société française d'HTA (Haute Autorité de Santé, 2016), le document des recommandations de la société européenne de cardiologie (European Society of Cardiology, 2018), les différents documents des recommandations de la société française de cardiologie, la société panafricaine de cardiologie et des recommandations du groupe de travail tropical. Ces recommandations sont élaborées sur la base des données scientifiques, par des experts internationaux de la discipline et résumées de façon pratique les aspects épidémiologiques, diagnostiques et thérapeutiques. Toutefois, l'HTA est loin d'être contrôlée, surtout dans une population africaine où l'on assiste à une augmentation de la population hypertendue. L'OMS (2021) estime que 46% des adultes sont atteints d'HTA mais l'ignorent, 42 % souffrent d'hypertension et bénéficient d'un suivi et parmi les personnes suivies, près de 80% ont une hypertension non maîtrisée.

L'ampleur de l'HTA est la conséquence de multiples facteurs associés à l'HTA. Plusieurs leviers peuvent être actionnés pour agir sur ces facteurs afin de réduire la prévalence sans cesse croissante. Mais encore faut-il tous les connaître et les maîtriser. Morgane (2020) estime qu'identifier les facteurs causaux d'une maladie chronique telle l'HTA est une tâche extrêmement complexe, une complexité qui réside dans les nombreux facteurs pouvant influencer sur la survenue de la maladie chronique. La différence de prévalence de l'HTA selon les régions du monde suggère que

l'environnement jouerait un rôle prépondérant dans le développement de cette pathologie (Kengne et al., 2014), d'où l'intérêt de réaliser une étude afin d'explorer le contexte médico-psychologique, socioculturel et institutionnel togolais et identifier / mesurer le poids des facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes. Quelle sont alors la problématique et l'intérêt de cette étude ?

C'est à cette question que nous allons répondre dans la suite de cette partie introductive avant de préciser le plan de rédaction de notre travail de recherche.

(1) Problématique

Dans l'exercice de notre fonction de psychologue clinicien et de la santé au Centre Hospitalier Régional de Sokodé (CHR-S) précisément dans le service de médecine générale, nous avons été frappés par le nombre sans cesse croissant des sujets hypertendus et de sujets ayant fait un accident vasculaire cérébral (AVC) reçus dans le service. En effet l'HTA et ses complications constituent le premier motif de consultation dans le service en 2018, en 2019, en 2020 (CHR-S, 2020). La complication de l'HTA notamment l'accident vasculaire cérébral est le premier motif de décès en hospitalisation (CHR-S, 2020). Par ailleurs, nous avons également constaté qu'un nombre important de jeunes adultes développaient l'HTA : 52,72 % de jeunes adultes de moins de 50 ans sont reçus dans le service en 2020 (CHR-S, 2020). Ces patients consultent généralement tardivement et souvent en phase de complications.

Par ailleurs, des situations cliniques ont conforté notre désir d'initier cette étude : l'accident vasculaire cérébral (AVC) d'une élève de 18 ans à la veille de son baccalauréat, la mort d'un collègue de 30 ans par suite d'une HTA mal suivie, la rétinopathie d'un jeune étudiant par suite d'une HTA compliquée en rétinopathie. Ces situations cliniques sont discutées au staff médical matinal. De ces discussions, un constat est tout autant partagé par les collègues : l'HTA prend de l'ampleur et touche de plus en plus la cible jeune. Selon le chef de service des urgences médicales *« il y a de plus en plus de sujets hypertendus qui sont d'ailleurs découverts dans une phase de complications ; sur dix patients consultés, nous retrouvons, au moins 06 sujets hypertendus »*. En cinq ans (2014 à 2018), on constate un accroissement de 41,6% de sujets hypertendus (CHR-S, 2018). Une enquête réalisée en 2010 montrait déjà que l'HTA touchait 7% d'adolescents et jeunes de 15 – 24 ans, 15,2% de jeunes 25-34 ans (Agoudavi, 2012). Devant ce constat, nous nous sommes posé plusieurs questions. Ce qui nous a amené à documenter davantage sur la maladie de l'hypertension artérielle.

L'hypertension artérielle est alors présentée comme un problème mondial de santé publique qui n'épargne aucune tranche d'âge, aucun sexe et aucune région (OMS, 2018). Elle est peu chiffrée chez les jeunes en Afrique et encore moins au Togo. Les quelques données qui existent datent de plusieurs années et sont parfois des études très ciblées. La seule étude nationale réalisée il y a dix ans montrait une prévalence de 19% dans la population générale (Agoudavi, 2012). Ce qui laissait déjà penser que l'HTA chez les jeunes n'était pas courante. Aujourd'hui, sans aucun doute, l'HTA touche tout le monde et les JA sont de plus en plus concernés. De plus, elle est découverte en phase de complications.

Devant le nombre croissant de JA hypertendus reçus dans nos centres hospitaliers, souvent en phase de complications et dont l'issue est souvent peu favorable (séquelles psychomotrices ou décès), nous avons senti le besoin d'approfondir la question de l'HTA chez les jeunes. En effet pour la plupart des prestataires de santé, des patients et accompagnants interrogés, l'âge avancé est le facteur de risque principal de l'HTA ; celle-ci est alors peu connue voire absent dans la cible adulte voire jeune ; « *L'HTA est une maladie de la vieillesse* » nous répète-t-on très souvent. **Comment alors comprendre aujourd'hui que l'HTA touche les jeunes ?**

Il est donc difficile de concevoir et d'accepter l'HTA chez les adultes, encore moins chez les jeunes. Dans la littérature, la survenue de l'HTA chez un jeune l'expose à une mortalité cardiovasculaire majeure de façon quasi certaine après quelques années d'évolution. C'est en ce sens que Yuichiro (2021) disait que « *faire de l'HTA avant 40 ans augmente le risque d'accidents cardiovasculaires. Un lien qui amène à repenser la prévention de l'HTA, dont les connaissances sont encore insuffisantes* ». Comprendre et prévenir voire soigner l'HTA chez les jeunes adultes devient une préoccupation majeure et impose aux acteurs de santé que nous sommes, des actions concrètes.

C'est ainsi que nous avons décidé d'en faire notre question de recherche. Dans le cadre de la présente étude, nous voulons apporter la lumière autour du phénomène de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Une maladie qui autrefois, était plus répandue dans la cible des personnes de 3^e âge et qui d'ailleurs, est jugée ordinaire et compréhensible à cause de la perte de l'élasticité du système cardiovasculaire de ces derniers. En effet selon Grossen (2002) la sénescence entraîne des modifications structurales et fonctionnelles qui touchent le myocarde, les valvules, le tissu nodal et les parois vasculaires, responsables d'une diminution de la capacité d'effort et d'une élévation de la pression artérielle.

Devons-nous comprendre que les jeunes adultes et les personnes âgées ont de nos jours, le même âge cardiovasculaire ? ou le corps du jeune adulte vieillit plus vite que son âge biologique de nos jours ?

Pour circonscrire le phénomène de l'HTA chez les jeunes adultes et se poser les bonnes questions de recherche, nous avons fait un va-et-vient entre la littérature et le terrain de recherche, c'est-à-dire nos entretiens avec les collègues, patients et accompagnants dans les centres hospitaliers.

Au cours des entretiens, nous nous focalisons sur comment les JA sont-ils parvenus à la maladie de l'HTA. « *Je ne sais pas* » était la réponse de certains. D'autres font une réflexion en lien avec les événements de vie douloureux vécus et leurs conditions de vie. Plus de la moitié des jeunes nous révélaient qu'ils traversaient une situation d'épuisement psychologique et financier avant leur crise HTA. « *Ma vie est un fardeau* » estimait une jeune dame. Ces jeunes étaient également préoccupés par leurs vies relationnelles et professionnelles et surtout par leurs avenir. Nous avons pu constater beaucoup d'anticipations négatives dans les discours des uns et des autres. Certains se sentaient abandonnés / négligés par leurs familles ou non assistés par leurs directions et collègues. Il faut alors remarquer que l'origine de l'HTA n'est pas connue par les patients. Elle demeure tout de même une préoccupation pour eux comme en témoignent les propos d'un collègue médecin : « *S'il y a une question qui ne quittait pas la bouche de nos patients hypertendus, c'est : docteur, quelle est la cause de ma maladie ?* ».

L'entretien avec les collègues médicaux n'a pu également donner avec précision les facteurs causaux de l'HTA chez les jeunes adultes. La plupart expliquent la survenue / complication de l'HTA par les facteurs médicaux et alimentaires ; quelques-uns évoquent le stress sans grandes précisions. Certains affirment n'avoir pas de réponse et d'autres estiment que la cause de l'HTA serait multifactorielle. D'autres encore pointent du doigt le dispositif de prévention et de soins aux patients hypertendus. En général, les soignants ne font pas de distinction entre les facteurs causaux de l'HTA chez le JA et ceux des personnes âgées. Il faut alors remarquer que les facteurs causaux de l'HTA sont peu connus des soignants également qui ont un regard "braqué" sur les causes biomédicales. « *Ces facteurs peu identifiés dans notre contexte mettent en mal nos interventions ; nous n'arrivons pas à agir sur les facteurs pour contrôler l'HTA de nos patients* » affirma un cardiologue.

La question de l'origine et des complications de l'HTA constitue de ce fait une source d'angoisse pour les soignants. Ces derniers se voient impuissants devant les cas de patients hypertendus dont

les chiffres tensionnels sont moins maîtrisés ou qui décompensent leurs états de santé. Ainsi, sommes-nous souvent mis à contribution pour explorer les facteurs qui influencent la stabilité des chiffres tensionnels et induisent des complications.

Au cours de nos entretiens, les sujets hypertendus et leurs familles affirment poser des questions sur l'origine de l'HTA et sur le pronostic de la maladie à leurs soignants sans réponses précises. Ils ne reçoivent pas de réponse des personnes qui sont censées leur expliquer l'HTA et les soigner. Ils voient le traitement de l'HTA très lourd. Ce qui engendre de la peur et de l'anxiété. Nous avons pu remarquer que les patients se plaignent de leur prise en charge. Certains présentent même des troubles de comportement (agressivité, mutisme, déni...). Ce qui complique l'état de santé et la prise en charge du patient.

Nous avons consulté les dossiers médicaux de certains patients et avons constaté que la majorité des jeunes adultes hypertendus ne sont pas à leurs premières consultations ou hospitalisations malgré qu'ils soient sous traitement hypertenseur. Les chiffres tensionnels sont souvent hors contrôle. En échangeant avec eux, nous avons compris que ces patients sont sous-informés ou possèdent des informations erronées sur l'HTA. Parmi eux, plusieurs ignorent le caractère chronique de l'HTA et plus de la moitié affirment que l'HTA n'est pas une maladie de l'hôpital donnant ainsi à la maladie une cause mystique ou spirituelle. Pratiquement tous affirment avoir associé, une fois, un traitement traditionnel au traitement médical et avoir une fois abandonné le traitement pendant un temps. Certains remplacent carrément le traitement médical par le traitement traditionnel et/ou spirituel (rite ou la prière). « *Il arrive même très souvent de constater des amulettes (gris-gris) attachées à la hanche ou sous le lit d'hôpital.* » nous confie un collègue infirmier. Aussi « *certain patients refusent carrément le traitement médical et choisissent de rentrer à domicile contre avis médical* » ajouta le surveillant du service. En 2020, 14% patients sont rentrés à domicile contre avis médical et près de 10% se sont évadés de l'hôpital (CHR-S, 2020).

Les entretiens sont révélateurs de ce que traversent les patients. En effet, certains patients se plaignent souvent de leur relation avec les soignants. Ils jugent l'annonce du diagnostic tardive, brutale et le temps de consultation et d'écoute trop court voire absent. Les patients ne se sentent pas réellement pris en considération par leur soignant pour autre chose que leur maladie. Le manque d'accompagnement systématique dès la première poussée hypertensive est de même souvent mis en avant par les accompagnants et les sujets HTA. Une fois la maladie détectée, le protocole de

soins médical instauré, ils affirment se retrouver seuls face à leurs maladies (avec ses répercussions physiques, psychologiques et sociales) et face aux soins. Les difficultés d'accès aux moyens d'accompagnement, qu'ils soient psychologiques ou financiers sont criantes. Le recours à l'aide d'un psychologue est encore rare et d'ailleurs mal vu sur le plan culturel. Le système professionnel semble encore cloisonné ne concourant pas ainsi à la création d'un climat de confiance nécessaire à la relation patient – médecin et aux soins du sujet malade.

A travers nos différentes lectures sur l'HTA et nos observations cliniques, nous avons compris que l'HTA est un problème de santé publique qui aujourd'hui touche tout le monde avec une prévalence croissante chez les jeunes adultes et varierait d'un lieu à un autre. Elle ne présente pas de signes avant-coureurs. Plus de 90 % des HTA n'ont pas de causes uniques. Plusieurs facteurs peuvent favoriser son apparition : hérédité, médicaments, excès pondéral, facteurs nutritionnels ou environnementaux (consommation sodée, alcool, sédentarité, stress) ... L'HTA est un facteur de risque pour d'autres maladies très mortelles (AVC, Insuffisance Cardiaque, rénale...). Elle demeure chez les jeunes adultes, un univers bien encore obscur, avec des conséquences irrémédiables. Les facteurs causaux l'HTA sont très peu connus voire ignorés par les personnes hypertendues, leurs familles et les soignants, ce qui n'est pas sans conséquence sur la prise en charge. Dans la pratique, seuls les facteurs médico nutritionnels sont recherchés et contrôlés par les soignants. Ce qui n'empêche pas les complications chez la plupart d'où notre interrogation « *Quels sont les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo ?* »

(2) Intérêt de l'étude

A travers nos objectifs, la présente recherche aborde un sujet à intérêt multiple. Notre démarche consiste à la compréhension des facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo.

L'un des intérêts de cette recherche est que les résultats de la présente étude seront un outil indispensable pour construire les actions / stratégies futures et le moment (âge des sujets) le plus approprié pour déployer ces actions / stratégies de prévention et de prise en charge de l'HTA. Ainsi cette recherche contribuerait-elle à l'élaboration d'un plan stratégique et d'un guide national de prévention et prise en charge de l'HTA (qui n'existe pas à ce jour). En dehors des documents

stratégiques, les résultats contribueront à élaborer des programmes et projets contextualisés de sensibilisations et de formations au profit de la population en général et des soignants en particulier.

Un autre intérêt de cette étude est l'utilisation opérationnelle des résultats de cette étude dans les centres de soins. La connaissance des facteurs associés à l'HTA aidera les prestataires à améliorer leurs diagnostics étiologiques. Ainsi ne se focaliseront-ils plus sur le facteur médical mais, auront une vue plus globale des facteurs causaux de l'HTA. Aussi, la prise en compte des facteurs associés, permettrait d'élaborer un projet thérapeutique visant à éviter les complications de l'HTA. Par exemple, une HTA qui n'est associée à aucun autre facteur de risque n'aura pas les mêmes directives thérapeutiques que celle qui est associée à plusieurs facteurs.

La présente étude entend modeler une approche pluridisciplinaire de prévention et de prise en charge de l'HTA chez les jeunes adultes dans laquelle l'évaluation et le traitement accorderont une importance aux attitudes, croyances et attentes des patients (Berquin, 2010) ; dans laquelle les soins médicaux et l'accompagnement psychologique et social sont intégrés en permanence sur un pied d'égalité et sans exclusion et dans laquelle la participation active du patient et une information / éducation adéquate ont leurs places (Berquin, 2010). Ainsi, les soignants interviendront-ils en équipe pluridisciplinaire sur les questions de l'HTA. Ce qui réduirait les risques d'échec du traitement qui aboutit au départ du malade contre avis médical et renforcerait le pouvoir guérisseur des soignants.

Un autre apport de cette étude qu'on peut qualifier d'intérêt scientifique, concerne le champ étudié. En effet, même si les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA ont été étudiés par d'auteurs, le contexte reste essentiellement celui des pays du nord (HAS, 2016 ; Inserm, 2018). Les caractéristiques du Togo étant différentes, ces études sont moins applicables. Nous produirons ainsi des données contextualisées et utilisables au Togo. A travers cette recherche, nous apporterons les éléments d'une conceptualisation des groupes à risque d'HTA à travers la définition du profil médical, psychologique, socioéconomique et culturel des jeunes adultes hypertendus togolais.

Enfin, la présente recherche, par les approches qu'elle mobilise, montre l'interaction entre les différents facteurs biopsychosociaux, culturels, économiques et institutionnels et leur effet dans la survenue / complication de l'HTA. Ce qui améliorera les approches préventives et thérapeutiques. Une prévention et une prise en charge qui fournissent une réponse plus complète aux besoins des patients hypertendus, sujets souffrants de pathologie chronique. En complément, et non par opposition aux travaux qui se sont centrés sur l'HTA, nous prenons le parti d'explorer un ensemble

plus ou moins exhaustif des facteurs déclenchant et favorisant l'HTA chez les jeunes adultes au Togo.

(3) Plan de rédaction de la thèse

La présente étude comporte deux grandes parties, en dehors de l'introduction générale (à laquelle sont intégrés la problématique, la question de recherche et l'intérêt de l'étude) et la conclusion générale.

La première partie se compose de deux chapitres (**chapitre I et II**). Elle est consacrée à la revue de la littérature et à la présentation de la méthodologie. Dans le premier chapitre, nous avons défini les différents concepts et présenté les approches théoriques mobilisées par la présente étude. Sera abordée dans la première partie du chapitre II, notre posture épistémologique et la démarche de la recherche, puis dans une seconde partie de ce chapitre, la méthodologie employée pour traiter notre question de la recherche.

La présentation, les commentaires et la discussion des résultats de notre recherche interviendront dans la deuxième partie de cette thèse. Celle-ci se compose également de deux chapitres (**chapitre III et IV**). Le chapitre III qui présente les résultats, se compose de deux sections. La première se rapporte aux résultats qualitatifs de l'étude des facteurs associés à la survenue de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Elle présente aussi le modèle et les hypothèses enrichis de recherche devant conduire à l'étude quantitative. La deuxième section du chapitre III présente les résultats de l'étude quantitative. Dans cette section nous avons analysé nos principaux résultats afin de valider nos hypothèses. Puis, le dernier chapitre (**chapitre IV**) propose la discussion des résultats. Nous avons présenté leurs portées et leurs apports sur le plan théorique et clinique ainsi que les limites et les nouvelles pistes de recherche. Enfin, dans une conclusion, nous revenons sur les principales parties de la recherche et sur les apports de cette recherche d'une part et d'autre part, nous exposons les limites qu'elle contient et les perspectives qu'elle favorise.

PREMIERE PARTIE :

CONCEPTS, THEORIES ET METHODOLOGIE

Introduction de la première partie

L'objet de cette première partie est de présenter les bases fondamentales de notre étude, c'est-à-dire le cadre conceptuel et théorique dans lequel ce travail est mené ainsi que la méthodologie utilisée. Elle se compose de deux chapitres :

Le premier chapitre est consacré aux considérations théoriques et la spécification du problème. Il présente les définitions des concepts de l'étude (hypertension artérielle, facteurs associés, les caractéristiques des jeunes adultes togolais), l'état de la question et expose les approches théoriques mobilisées pour comprendre la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Dans ce premier chapitre, sont également présentés la synthèse / spécification du problème, la question de la recherche, les objectifs et les hypothèses.

Le second chapitre expose notre posture épistémologique, le type d'étude et l'ensemble des choix méthodologiques effectués pour la mise en œuvre de la présente étude. Dans une première section, est décrite l'approche qualitative : le champ de la recherche, la population cible et l'échantillon, le mode de recueil et d'analyse de données. Nous avons présenté ensuite, dans une seconde section, l'approche quantitative : construction du questionnaire, préparation des données, la collecte des données et les procédures d'analyse quantitative.

CHAPITRE 1

CADRE CONCEPTUEL ET THEORIQUE

Le présent chapitre renferme six grands sous-chapitres : la définition des concepts, l'état de la question, le cadre théorique, la synthèse / spécification du problème, les hypothèses de travail et les objectifs de la recherche.

1. DEFINITION DES CONCEPTS

La présente étude porte sur les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Qu'est-ce que l'HTA ? Qu'entendons-nous par facteurs associés ? Qui sont ces jeunes adultes togolais ? C'est donc à ces questions que nous allons répondre dans les lignes suivantes. Ces concepts qui reviendront très souvent, méritent d'être explicités pour faciliter la compréhension de notre travail de recherche.

1.1. L'hypertension artérielle (HTA)

On ne peut pas parler de l'**hyper**-tension artérielle sans parler de la tension (encore appelée pression) artérielle et de sa régulation. Ainsi pour mieux comprendre ce qu'est l'hypertension artérielle, avons-nous défini la tension artérielle, décrit les systèmes de régulation de la tension artérielle avant de définir l'HTA. Les formes d'HTA sont également aussi présentées, de même que la symptomatologie et le traitement de l'HTA.

1.1.1. Qu'est-ce que la pression (ou tension) artérielle

Le corps humain ne peut fonctionner que s'il est convenablement alimenté en oxygène. Cette molécule indispensable est transportée à tous les organes par le sang grâce à un ensemble de vaisseaux appelés artères. En fonction de leur taille, elles prennent le nom d'artères, d'artérioles ou de capillaires (avec des diamètres de plus en plus petits), et ont des fonctions différentes. Les grosses artères (comme l'aorte située juste à la sortie du cœur) ont une fonction essentiellement de transport du sang en grande quantité ; les petites artères, quant à elles, adaptent la quantité de sang nécessaire à apporter à chaque organe. (Mourad et al., 2017, p. 3)

Selon Mourad et al (2017), le sang est propulsé par le cœur avec force et sans cesse dans les artères. Ainsi, il exerce une force mécanique sur les parois des artères qui sont composées de fibres élastiques et de cellules musculaires. Les fibres facilitent la souplesse des parois artérielles surtout des grosses artères et les cellules musculaires facilitent l'ouverture des petites artères aux besoins des organes à irriguer.

La tension exercée sur la paroi des artères est plus forte, lorsqu'il y a plus de pression sanguine qui augmente. C'est ce que l'on mesure avec un appareil à tension : la **pression artérielle**. Si une hausse isolée et brève de la pression artérielle (par exemple lors d'un effort physique) n'a pas de conséquence directe sur les artères, ni sur les organes qu'elles alimentent, en revanche une élévation prolongée et continue de la pression artérielle va à terme se révéler néfaste. Face à une augmentation permanente de la pression artérielle, les petites artères vont s'adapter et, pour ne pas se rompre, elles vont, dans un premier temps, développer un système de protection, en renforçant leur paroi par des cellules musculaires plus grosses (on parle d'« hypertrophie des cellules »). Ce qui pourrait se traduire comme un effet bénéfique au début va très vite se révéler problématique... Car plus la paroi des artères s'épaissit, plus l'espace permettant au sang de circuler à l'intérieur du vaisseau se rétrécit. L'équation est élémentaire : plus l'espace est réduit, plus le débit sanguin diminue. Le résultat est une irrigation de moins en moins efficace, d'abord lorsque la personne effectue un effort, puis au repos à un stade encore plus avancé. En d'autres termes, le sang (et tous les éléments qu'il contient dont l'oxygène) ne parvient plus dans les meilleures conditions aux organes. (Mourad et al., 2017, p. 3)

La pression des artères n'est pas toujours la même...

Elle varie dans la journée, lors d'efforts, avec les années... En raison de ces variations, la pression artérielle est un paramètre de santé extrêmement difficile à appréhender. Tout d'abord, le niveau de pression artérielle n'est pas le même sur l'ensemble de notre réseau artériel. Ainsi, les valeurs les plus basses de la pression artérielle se trouvent immédiatement à la sortie du cœur (au niveau de l'aorte), les valeurs les plus fortes à la périphérie dans les petites artères des mains et des pieds (alors qu'intuitivement on aurait tendance à penser l'inverse). C'est ce que l'on appelle l'« amplification ». Cela explique en partie les différences que l'on peut observer lorsque l'on mesure la pression artérielle avec un appareil au bras ou au poignet. La pression artérielle est un paramètre élémentaire du fonctionnement de notre organisme, au même titre que notre fréquence cardiaque. L'effort physique exige de nos muscles d'augmenter leurs ressources pour continuer par le

produire. De même que notre fréquence cardiaque va rapidement s'accélérer, notre pression artérielle va également s'élever. Puis, après avoir produit un effort physique, pendant la phase de récupération, la pression artérielle va doucement revenir à son niveau de base, comme la fréquence cardiaque. (Cremer, 2017)

De la même manière qu'un effort physique augmente la fréquence cardiaque et élève la pression artérielle, un stress (un examen, une douleur... et parfois une consultation chez un médecin), une émotion va élever la pression artérielle. Tout rentrera dans l'ordre de manière spontanée, dès que le stress aura disparu. De plus, la pression artérielle varie souvent au cours de la journée. Peu de temps avant le réveil, la pression artérielle s'élève parallèlement à la fréquence cardiaque, et témoigne de notre réveil physiologique. Dans le courant de la journée, la pression artérielle varie au gré de notre activité physique, intellectuelle, émotive. Ce n'est que le soir, pendant le sommeil, que la pression artérielle baisse de manière nette, là encore parallèlement à la fréquence cardiaque. Ce « profil tensionnel » sur 24 heures peut être enregistré en effectuant un examen spécifique, un holter tensionnel, permettant des enregistrements de la pression artérielle diurne et nocturne. Les résultats de ce profil tensionnel sont ensuite analysés par le médecin. En cas d'anomalie (si, par exemple, la pression artérielle nocturne est supérieure à la pression artérielle diurne), le patient doit être pris en charge de manière adaptée avec éventuellement la prescription d'autres examens ou/et d'un traitement. (Cremer, 2017)

Sur le long terme, avec l'âge, la pression artérielle augmente progressivement et ce de manière mécanique. C'est un témoin du vieillissement général, et des artères en particulier. On parle d'ailleurs de vieillissement vasculaire. Avec le temps les artères perdent progressivement leurs qualités élastiques et deviennent plus rigides. Cette rigidité artérielle est un élément important de la hausse de la pression artérielle avec l'âge. On comprend pourquoi l'HTA est de plus en plus fréquente en vieillissant. Il faut noter dès à présent que notre âge vasculaire dépend de notre âge de naissance bien sûr, mais également de facteurs de risque liés aux habitudes de vie ou à certaines maladies, comme le tabagisme ou un diabète. Le tabac, par exemple, entraîne un vieillissement vasculaire accéléré, c'est-à-dire plus rapide que le simple vieillissement chronologique. (Cremer, 2017)

Que se passe-t-il quand la pression sanguine reste élevée ?

La hausse de la pression sanguine se traduit par une force de propulsion plus forte du sang à l'intérieur des artères. Ces dernières vont alors mettre en place un système de protection. À la longue, les parois des artères se modifient et progressivement ne pourront plus jouer correctement leur rôle. D'une part, les gros vaisseaux artériels vont perdre une certaine souplesse et vont se rigidifier, de façon à résister à cette force mécanique qui les altère petit à petit. Les parois des petites artères vont s'épaissir, et ces petites artères vont perdre leur capacité à se dilater quand cela est nécessaire. Résultat : avec le temps, la circulation sanguine dans les organes se fait moins bien. Cela va inévitablement entraîner un déficit en oxygène des principaux organes (c'est ce que l'on appelle en terme médical une « ischémie »), dont les conséquences sont les premières complications visibles et délétères de l'hypertension artérielle. Si les complications sur le cœur, le cerveau et les reins sont les plus spectaculaires, il est évident que tous les organes et les tissus du corps sont aussi touchés (un apport correct en oxygène est essentiel pour que les organes restent en vie et fonctionnels). (Azernour-Bonnefoy, 2017).

Les systèmes qui contrôlent et régulent la pression artérielle selon Azernour-Bonnefoy et al. (2017)

Pour que nos organes fonctionnent au mieux, ils doivent être normalement irrigués, c'est-à-dire correctement alimentés en sang (et donc en oxygène). Bien entendu, les besoins de nos organes changent en permanence, et ne sont pas les mêmes selon que l'on fait une sieste, que l'on pratique un sport ou que l'on regarde la télévision. De même le passage à la position debout implique une adaptation instantanée du niveau de pression artérielle au risque d'avoir une baisse de l'irrigation cérébrale avec une sensation de malaise (une quantité insuffisante de sang gagne le cerveau... c'est l'hypotension orthostatique). Heureusement, l'organisme dispose de nombreux « outils » qui permettent d'ajuster en permanence la pression artérielle aux besoins de chacun. Il s'agit essentiellement d'hormones qui vont entraîner une cascade d'événements, avec pour conséquence des variations ponctuelles de la pression artérielle. La plupart de ces hormones à l'origine de la régulation de la pression artérielle sont sécrétées par une petite glande située au-dessus de chaque rein qui se nomme la « glande surrénale ». À noter qu'en cas d'hypertension artérielle, ces systèmes de régulation de la pression artérielle seront les cibles des médicaments antihypertenseurs.

- **Le système sympathique**

Un de ces systèmes de régulation de la pression artérielle est le système dit « sympathique ». Ce système hormonal est le système du stress qui est en place depuis très longtemps chez l'Homme, et qui agissait déjà dans notre lointain passé de chasseurs, mais aussi de chassés. Il nous permettait de nous adapter à certaines situations extrêmes. Ainsi, en situation de danger, ce système « sympathique » sécrète des hormones du stress dont la plus connue est l'adrénaline. La sécrétion d'adrénaline par les glandes surrénales accélère la fréquence cardiaque et élève la pression artérielle de manière à optimiser la circulation sanguine dans nos organes pour qu'ils puissent fonctionner au mieux possible. Grâce au cœur qui s'accélère et à la tension artérielle qui s'élève, les muscles peuvent se mettre aussitôt en action, permettant par exemple de courir à toutes jambes... en cas de danger.

- **Le système rénine-angiotensine-aldostérone**

L'autre système de régulation de la pression artérielle est le système rénine-angiotensine-aldostérone. Il engendre une cascade complexe de sécrétions de plusieurs hormones. Ce système peut être activé par le système « sympathique » précédent, mais il est surtout activé lorsqu'un rein (ou les deux) ne reçoit pas correctement le sang dont il a besoin pour bien fonctionner. Il se produit alors une augmentation de la pression artérielle dans tout l'organisme, permettant – entre autres – d'augmenter l'arrivée de sang dans le rein (ou les reins) qui est touché. C'est ce système qui permet en particulier aux reins de lutter contre la déshydratation.

Une dernière information est importante pour bien comprendre la régulation de la tension artérielle. Ces deux grands systèmes hormonaux de régulation de la pression artérielle sont aussi commandés par le cerveau qui reçoit en permanence des informations sur le niveau de la pression artérielle dans les artères. Cela se fait grâce à des barorécepteurs, c'est-à-dire des petites structures qui mesurent la pression artérielle. Ces barorécepteurs sont situés à différents endroits sur l'appareil cardiovasculaire, et en particulier au niveau du cœur et des carotides (grosses artères du cou). La déformation des barorécepteurs en fonction de l'élévation de la pression artérielle envoie au cerveau des informations indiquant le niveau général de pression artérielle dans l'organisme, permettant ainsi de la réguler.

L'hypertension artérielle

On a vu comment, à partir du cœur, le sang chargé d'oxygène est expulsé dans les artères et est distribué vers tous les organes. Cette opération se fait quand le cœur se contracte (on appelle cela la « systole »), et elle correspond au moment où la pression de sang est maximale. On parle de « pression artérielle systolique » ; ou de pression artérielle la plus haute. Elle ne doit pas dépasser ; au repos, 140 mm de mercure (mm Hg). L'étape suivante est la relaxation du cœur, qui se remplit à nouveau de sang : c'est la diastole. A cet instant, la pression artérielle, appelée aussi « pression diastolique », est au plus bas, soit normalement en dessous de 90 mm Hg, au repos. Ces chiffres ont été décidés par la communauté scientifique car les observations universelles font état d'un risque sérieux de complications à partir du moment où l'on dépasse ces valeurs. (Cremer, 2017)

Selon la Haute Autorité de Santé (HAS) et la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA), **l'hypertension artérielle** (HTA) est définie par consensus et selon les guidelines internationales et français comme une élévation de la pression artérielle (PA) comprenant une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mm Hg et/ou une pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mm Hg mesurée, au cabinet médical et confirmée sur plusieurs consultations (HAS & SFHTA, 2005).

Est considéré comme hypertendu dans la présente étude, tout individu ayant une élévation non transitoire de la pression sanguine (artérielle) dont les chiffres tensionnels dépassent les valeurs de 140 / 90 mm Hg. Au-dessus de 140 pour la pression systolique et de 90 pour la pression diastolique, il existe une hypertension artérielle qui doit être suivie, traitée et contrôlée de façon périodique par un médecin. Deux conditions supplémentaires méritent d'être suivies :

- Les mesures doivent se faire au repos strict physique et psychique ;
- Pour confirmer le diagnostic d'HTA, une seule mesure ne suffit pas, il faut que l'élévation des chiffres ait été confirmée en dehors du cabinet médical par des automesures ou un holter tensionnel.

Les chiffres tensionnels ci-dessus s'appliquent aux adultes des deux sexes, quel que soit leur âge. On ne peut affirmer qu'il y a hypertension permanente que par des mesures répétées sur une longue période d'observation. Une mesure impromptue révélant un chiffre tensionnel élevé n'autorise pas à poser le diagnostic d'hypertension (à moins que les chiffres observés ne soient véritablement très élevés). La tension doit être prise au minimum trois fois à chaque visite (deux au moins) avant

qu'on puisse déclarer que le sujet est hypertendu. L'hypertension est classifiée selon le niveau de la pression artérielle comme l'indique le tableau 1 ci-dessous.

Tableau 1 :

Tableau présentant la classification de l'hypertension artérielle (mm Hg) (OMS & SIHA¹, 1999)

Catégories	Systolique (mm Hg)		Diastolique (mm Hg)
Optimale	<120	Et	<80
Normale	<130	et/ou	<85
Normale élevée	130-139	et/ou	85-89
Grade 1	140-159	et/ou	90-99
Grade 2	160-179	et/ou	100-109
Grade 3	≥180	et/ou	≥110
Hypertension systolique isolée	≥140	Et	<90

1.1.2. Les différentes formes de l'HTA selon Mourad et al. (2017)

Selon ces auteurs, on distingue deux formes d'HTA.

1.1.2.1. L'HTA essentielle

Dans la grande majorité des cas, l'HTA dont nous parlons est une hypertension artérielle dite « essentielle ». Cela signifie qu'elle n'a pas une cause unique que l'on pourrait corriger, comme par exemple un problème concernant le fonctionnement d'un rein. Ce type d'HTA est plurifactoriel.

Selon Mourad et al. (2017), l'hypertension artérielle essentielle, ou primaire, combine un terrain génétiquement propice à une tension artérielle élevée et un mode de vie qui participe aussi à une augmentation de la tension artérielle. Ainsi ils estiment d'une part, que les gènes programment d'emblée une tension artérielle propre à chaque personne : basse ou élevée. D'autre part, il y a une

¹SIHA : Société Internationale de l'Hypertension Artérielle.

façon de vivre liée à son environnement : sédentarité ou non, alimentation trop salée ou pas. Ces deux facteurs parmi d'autres, en particulier l'âge, vont influencer sur l'élévation naturelle des chiffres de la tension artérielle concluent-ils.

1.1.2.2. L'HTA secondaire

Comme nous l'avons vu, la grande majorité des hypertension artérielles sont dites « essentielles », c'est-à-dire d'origine multifactorielle. Selon Cremer et al. (2017), ce type d'HTA est « définitif » et nécessite donc de prendre un traitement antihypertenseur à vie (longue durée). Cela évite au maximum de souffrir de complications induites par l'hypertension artérielle : infarctus du myocarde, AVC, insuffisance cardiaque et rénale...

Cependant, à côté de l'HTA essentielle (ou primaire), il existe des hypertension artérielles dites « secondaires ». Elles sont beaucoup plus rares. Leurs causes sont à la fois spécifiques et très diverses. Bonnefoy et al. (2017) estiment que ces HTA secondaires ont en commun d'avoir des mécanismes assez clairement identifiés, ce qui permet une prise en charge ciblée et efficace. Une fois le diagnostic d'HTA secondaire établi et sa cause précise diagnostiquée, dans certains cas, le traitement permet de guérir définitivement de l'hypertension artérielle. En cas d'adénome (tumeur bénigne) par exemple, dans une glande surrénale, une simple intervention chirurgicale permettra d'être définitivement guéri et de ne plus souffrir de l'HTA...ce qui tranche avec le caractère chronique habituel de l'HTA essentielle.

Par ailleurs, la société européenne de cardiologie identifie trois formes particulières d'hypertension artérielle (ESC, 2013) :

- Hypertension de « blouse blanche » : il s'agit d'une situation où le patient présente des valeurs tensionnelles $\geq 140 / 90$ mm Hg au cabinet ou à l'hôpital, mais $< 130 / 85$ mm Hg dans ses conditions de vie habituelles diurnes.
- Hypertension masquée : elle correspond à l'inverse de l'effet blouse blanche, soit un patient normo tendu au cabinet ou à l'hôpital mais présentant une hypertension lors de la MAPA ou en automesure.
- Hypertension résistante : elle correspond à la situation où la tension artérielle est $\geq 140 / 90$ mm Hg malgré une trithérapie à posologie appropriée supérieur à 4 semaines.

Notre étude porte sur l'hypertension artérielle qui résulterait de l'interaction de multiples facteurs encore peu identifiés.

1.1.3. La symptomatologie de l'hypertension artérielle

Selon l'OMS (2018), l'hypertension artérielle n'est pas une pathologie révélée par des symptômes (on parle de « maladie silencieuse »). Il n'existe de maux de ventre, ni de fatigue chronique, ni d'autres signes qui inciteraient à consulter un médecin pour éventuellement découvrir une hypertension artérielle. Compte tenu des complications qui résultent d'une HTA si elle n'est pas traitée, elle est considérée comme une véritable maladie.

Parfois, l'hypertension peut causer des symptômes comme des maux de tête, un essoufflement, des vertiges, des douleurs thoraciques, des palpitations cardiaques et des saignements de nez. Il peut être dangereux de négliger ces symptômes, mais on ne peut pas pour autant en conclure qu'ils signent une hypertension. L'apparition d'une hypertension est un sérieux signal d'alarme signifiant qu'un changement radical de mode de vie s'impose. L'hypertension peut être un tueur silencieux et il est important que chaque personne connaisse sa tension artérielle (OMS, 2016).

1.1.4. Les organes touchés par l'HTA et les complications de l'HTA

L'HTA n'est pas une maladie isolée en soi. Mal ou pas soignée, elle occasionne des conséquences qui peuvent être mortelles. En effet au fur et à mesure que l'HTA s'installe, la paroi des artères va s'épaissir et la cavité dans laquelle passe le sang va se réduire (Cremer, 2017). L'obstruction progressive des vaisseaux pose des problèmes quel que soit l'endroit touché : les organes vitaux, le système digestif, les yeux ; les jambes...ou toute autre partie du corps (Mourad et al., 2017). Selon l'Inserm (2018), cinq principaux organes en sont essentiellement la cible : le cœur, le cerveau, l'œil, le rein et les vaisseaux (figure 1).

Selon l'OMS (2013), il est dangereux de négliger une hypertension artérielle, car elle accroît le risque de développer des complications potentiellement mortelles. La complication est un fait nouveau dans l'évolution d'une maladie, déséquilibrant ou aggravant celle-ci. L'élévation de la tension artérielle augmente les risques d'effets nocifs pour le cœur et les vaisseaux, de même que les organes qu'ils irriguent.

L'hypertension, que l'on appelle aussi élévation de la pression sanguine, est un état dans lequel les vaisseaux sanguins sont constamment soumis à une pression élevée. Plus la pression dans les

vaisseaux sanguins est forte et plus le cœur doit travailler dur pour pomper le sang. Si elle n'est pas maîtrisée, l'hypertension peut conduire à une crise cardiaque (infarctus du myocarde), à une augmentation du volume du cœur et, en fin de compte, à une insuffisance cardiaque. Des anévrismes (renflements) et des zones de faiblesse peuvent apparaître sur les parois des vaisseaux en raison de cette pression élevée, ce qui les rend plus sujets à l'éclatement et à la formation de caillots. La pression exercée dans les vaisseaux sanguins peut aussi entraîner des épanchements de sang dans le cerveau, ce qui peut provoquer un accident vasculaire cérébral. L'hypertension peut aussi être à l'origine d'une insuffisance rénale, d'une cécité, d'une rupture des vaisseaux sanguins et d'une altération des fonctions cognitives.

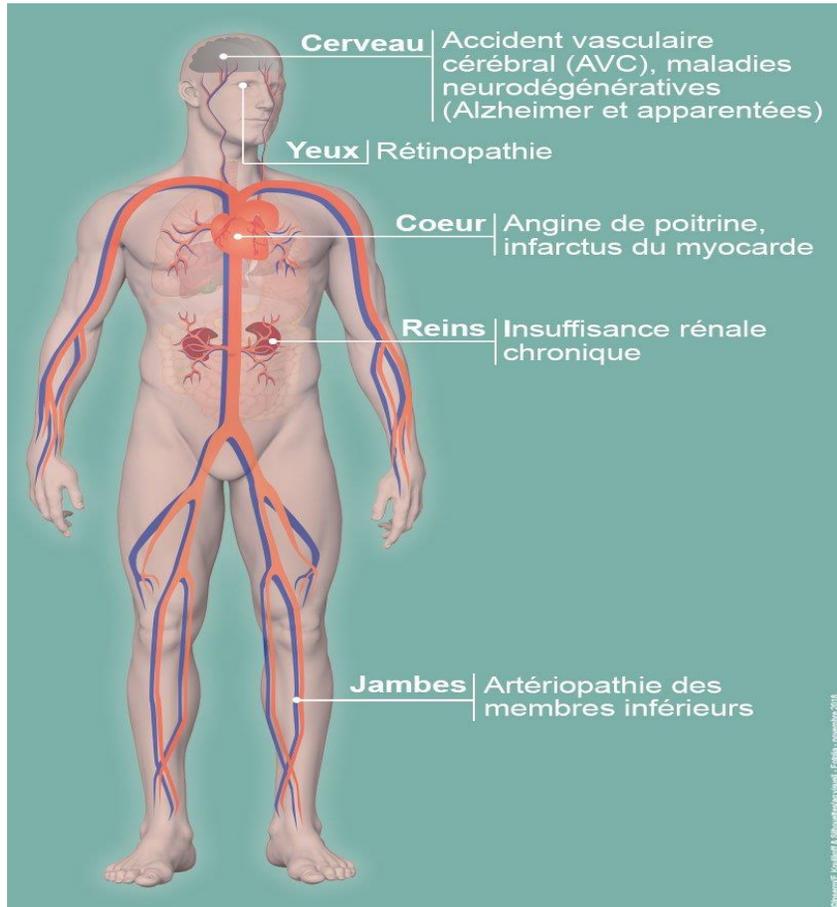
L'HTA est une maladie qui demande un suivi régulier avec pour objectif le contrôle des chiffres tensionnels et l'évitement des complications. Cependant, si elle n'est pas maîtrisée, elle augmente les risques de complications cardiovasculaires, rénales, cérébrovasculaires ou neurodégénératives (infarctus du myocarde, AVC, maladie d'Alzheimer...). En présence d'autres facteurs de risque, l'évolution vers les complications est rapide.

Inserm (2018) identifie les principales complications auxquelles sont exposées les personnes hypertendues sont :

- l'accident vasculaire cérébral (AVC)
- la cardiopathie ischémique (angine de poitrine, infarctus du myocarde)
- l'artériopathie des membres inférieurs
- l'insuffisance rénale chronique
- la rétinopathie
- une maladie neurodégénérative (Alzheimer et maladies apparentées)

Figure 1 :

Les principaux organes touchés par l'HTA (Inserm, 2018)



1.1.5. Du dépistage au traitement de l'HTA

1.1.5.1. Le dépistage de l'HTA

La prise de sa tension artérielle est un acte qui semble anodin mais qui a une très grande valeur. Peu de personnes se prêtent à l'exercice de prise de la tension de façon régulière. Cela est encore très rare pour les personnes de moins de 40 ans car nous pensons tous que l'HTA ne concerne pas les jeunes. Certains auteurs ont même recommandé la prise régulière de la tension à partir de 40 ans (Azernour-Bonnefoy et al., 2017). Comme précisé précédemment, l'hypertension artérielle n'est pas une pathologie révélée par des symptômes. Seul le dépistage oriente et permet de poser des actions thérapeutiques ou non. Dépister l'hypertension artérielle consiste à mesurer sa tension de façon régulière sans attendre la survenue d'un problème de santé. Si tel n'est pas le cas, l'hypertendu risque de découvrir son hypertension dans une phase de complications. Nous devons

par conséquent savoir si on est une personne à risque de développer une hausse anormale de la pression artérielle, ce qui passera par la connaissance des facteurs associés (objet de cette étude).

1.1.5.2. Le traitement

A l'issue du dépistage et si le diagnostic est établi, un traitement s'impose. En quoi consiste ce traitement ? Il s'organise autour de deux volets :

Mesures thérapeutiques générales

Selon l'OMS (2016), contrairement au cas des médicaments soumis à des essais cliniques en double aveugle, l'efficacité des mesures non pharmacologiques en vue de l'abaissement de la tension peut difficilement être démontrée directement et avec une parfaite rigueur scientifique. Plusieurs des arguments présentés en faveur des mesures ci-dessous reposent sur des observations cliniques ; certaines sont de nature anecdotique, d'autres s'appuient sur des schémas thérapeutiques successifs dans lesquels « le patient était son propre témoin ». Ces mesures sont également étayées par des considérations et des raisons d'ordre physiopathologique, ou encore par des résultats épidémiologiques.

Toutefois, contrairement à ce qui se passe avec les traitements médicamenteux, ces mesures générales n'ont pas d'effets nocifs démontrables, sauf en cas d'exagération démesurée. C'est précisément ce qui milite en faveur de ces méthodes générales de traitement non pharmacologiques. Il serait bon de les employer pour mettre en route n'importe quel traitement de l'hypertension, en association avec un traitement médicamenteux, comme traitement d'appoint permanent.

- **Réduction pondérale** : Tous les hypertendus ne sont pas obèses, mais de nombreux obèses présentent une tension élevée. La première mesure thérapeutique chez l'obèse consistera à une perte de poids, qui est susceptible de faire baisser la tension. La réduction pondérale permet à elle seule de corriger une élévation bénigne de tension, tandis qu'en présence d'une hypertension modérée ou sévère chez un obèse, la réduction pondérale doit s'accompagner d'un traitement médicamenteux. Cette perte de poids peut être obtenue par la diminution de l'apport énergétique et l'augmentation de l'exercice physique. La fenfluramine pourra être employée comme adjuvant de la régulation pondérale. (OMS, 2016).
- **Restriction de la ration sodée** : La réduction de l'apport de chlorure de sodium, en dessous de 400 mg (15 mmol) par jour, a un effet antihypertenseur constant mais, sauf pour une

brève période, elle n'est ni supportable, ni sans danger. Des essais contrôlés (encore que de quelques mois seulement) ont montré que, dans des cas d'hypertension essentielle modérément sévère, une réduction modeste et réaliste du sodium (de 3,5 à 2,0 g, soit de 160 à 90 mmol, par jour) déterminait une baisse de tension artérielle faible mais intéressante ; une augmentation de l'apport potassique a donné les mêmes résultats. Dans des cas d'hypertension bénigne, des méthodes semblables n'ont en revanche pas entraîné de baisse significative de tension. Le rôle de la restriction du sodium et/ou de la supplémentation en potassium dans la prévention de l'hypertension est à l'étude.

La réduction pondérale et la restriction de l'apport sodé, sont des interventions qui touchent au comportement et nécessitent une collaboration poussée entre malade et médecin ; dans bien des cas, il est passablement difficile d'obtenir un quelconque avantage thérapeutique. Le traitement non médicamenteux d'une hausse de tension modérée est certes préférable mais chez un patient réticent à adopter un régime appauvri en énergie et en sel, il est peut-être plus commode d'instaurer un traitement médicamenteux que d'escompter un changement de comportement de la part du patient. Quoi qu'il en soit, le fait de disposer d'antihypertenseurs ne dégage pas le médecin de l'obligation d'essayer d'obtenir de son malade qu'il réduise son poids et sa ration sodée. (OMS, 2016).

- **Exercice physique :** Une dépense physique régulière aurait un effet bénéfique chez les sujets atteints d'hypertension modérée ; aucun essai n'a cependant mis en évidence une modification nette de la tension. Il reste que le bien-être mental résultant d'un exercice physique régulier et de la décontraction qui y est associée pourraient être profitables. On a avancé récemment que l'exercice pourrait prévenir l'apparition d'un athérome en augmentant le taux d'HDL-cholestérol mais cette hypothèse n'a pas été clairement confirmée. Il est conseillé aux personnes souffrant d'hypertension modérée ou plus sévère d'éviter les sports de compétition, en particulier s'ils comportent des efforts isométriques. (OMS, 2016).
- **Psychothérapie :** L'origine psychosomatique de l'hypertension essentielle a souvent été invoquée pour justifier le recours au yoga, à l'acupuncture, à la méditation transcendantale, à la relaxation, au training autogène, à la musicothérapie et à d'autres méthodes du même genre. Si l'efficacité de ces méthodes n'est pas vraiment établie, il se pourrait qu'elles soient utiles dans certains cas précis pour conforter le patient dans son intention d'améliorer son

comportement. Dans le contexte de vie enclin au stress lié à la maladie et à la thérapie de longue durée, la psychothérapie se révèle indispensable pour accompagner les individus qui ne peuvent plus s'autoréguler. (OMS, 2016).

- **Sevrage tabagique et alcoolique** : Il est établi de plus en plus le danger que représente l'usage du tabac et de l'alcool pour les maladies cardiovasculaires notamment l'HTA. Chez l'hypertendu, le risque de cardiopathie coronarienne est de 50 à 60 % environ plus élevé chez le fumeur que chez le non-fumeur ; on déconseillera donc de fumer à tout patient restant dans cette catégorie. La relation éventuelle entre l'hypertension et la consommation d'alcool a besoin d'être confirmée. Il semble qu'une consommation modérée soit bénéfique ; le taux d'HDL-cholestérol en serait augmenté et le risque d'athérome diminué (OMS, 2016).
- **Education sanitaire du malade** : Le succès des mesures thérapeutiques générales comme celui de la chimiothérapie dépend de la coopération entre le patient d'une part et son médecin ou son infirmière d'autre part. On ne soulignera jamais assez combien il est important d'expliquer au malade l'objet et l'intérêt du traitement par les antihypertenseurs. Cela est particulièrement vrai dans ce cas, fort fréquent, où une personne apparemment en bonne santé et asymptomatique doit se mettre à suivre un traitement médicamenteux qui s'accompagnera souvent d'au moins quelques effets secondaires. La participation des proches du malade (conjoint ou autre) est vivement recommandée dès le début à ces entretiens ; le succès du traitement dépend beaucoup de la collaboration active de la famille. Il est souvent nécessaire de reprendre ces explications en insistant, fréquemment au cours de la première année de traitement, et souvent, par la suite, mais toujours à intervalles réguliers. On pourrait encourager de petits groupes formés hypertendus accompagnés de leurs conjoints à se réunir périodiquement pour discuter de leur maladie et des problèmes qui s'y rattachent. Un médecin ou une infirmière peuvent présider le groupe, mais il convient que les malades participent activement aux discussions.

Le médecin et l'infirmière a pour rôle d'encourager le malade et non de l'alarmer. Il est évident que les conseils prodigués doivent être adaptés au niveau d'instruction et à la personnalité du malade. De façon générale, on insistera de préférence sur les avantages qu'il y a à prévenir les tensions et lésions vasculaires qui se manifestent à la longue, plutôt que faire des déclarations grandiloquentes sur les risques de décès, ou d'accident cardiaque ou

cérébrale. Lorsque les conditions s'y prêtent on peut entraîner le patient et l'encourager à prendre lui-même sa tension ; c'est là un moyen de favoriser l'observance² du traitement et d'en évaluer l'efficacité.

Le patient a besoin de conseils concrets sur la façon de se conformer aux mesures préconisées qui, si elles sont apparemment simples, n'entraînent pas moins, en pratique, des changements très compliqués dans les habitudes profondément ancrées. On ne peut pas s'attendre à ce qu'un patient perde du poids et suive un régime « sans sel » si on ne lui explique pas comment il doit procéder. De plus, on expliquera et réexpliquera dans le détail l'intérêt des médications et on vérifiera à l'occasion des visites de contrôle que le patient a bien compris.

Il arrive souvent que l'on reproche au patient son manque d'observance alors qu'en fait le vrai coupable est l'agent de santé qui ne possède pas l'art de la communication et n'a pas le temps de donner des explications à la portée du patient ou s'en désintéresse. Les infirmières réussissent parfois mieux que les médecins à instruire le malade, étant souvent psychologiquement plus proches du malade et de sa famille qu'un médecin enclin au paternalisme. Le groupe idéal pour l'éducation et le soutien du malade est composé du malade lui-même, de son conjoint, de l'infirmière, du médecin et du psychologue, chacun jouant un rôle défini et étant impliqué dans des interactions multiples.

Chimiothérapie

Selon l'OMS (2016), le traitement médicamenteux est souhaitable chez la majorité des patients atteints d'hypertension artérielle essentielle. De plus, il est souvent nécessaire dans les hypertensions artérielles secondaires lorsque l'intervention chirurgicale est impossible ou comporte un risque trop grand ou lorsque la tension ne se normalise pas après correction d'une étiologie sous-jacente. Au cours des trente dernières années, la mise au point d'antihypertenseurs a fait des progrès constants et il est aujourd'hui possible de ramener à une valeur normale les chiffres tensionnels de la plupart des hypertendus.

Quoi qu'il en soit, à l'exception de quelques formes d'hypertension secondaire, le traitement est symptomatique et empirique et sans lien avec l'étiologie car celle-ci est généralement inconnue, sans compter que le mode d'action de plusieurs antihypertenseurs très utilisés reste inexpliqué et

²Observance : disposition du patient à suivre les conseils d'ordre médical et sanitaire.

donne lieu à toutes les hypothèses. Il serait bien préférable de pouvoir choisir les médicaments en fonction de la cause et/ou des mécanismes de l'hypertension chez un patient donné (OMS, 2016).

1.1.6. HTA, une maladie chronique

Dans la présente étude, pour appréhender les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes, nous ne nous sommes pas limités à la définition de l'HTA telle évoquée plus haut (désordre somatique ou altération biologique) qui semble être une définition universelle. Il nous a été utile, non seulement de préciser la nature chronique de l'HTA mais aussi de définir l'HTA selon la pensée populaire et culturelle de notre population d'étude. Par ailleurs, nous avons également porté un regard sur la personne du « patient chronique » et de ses relations avec son environnement.

1.1.6.1. Définition, caractéristiques et annonce de la maladie chronique

○ Définition de la maladie chronique

Définissons dans un premier temps le concept « chronique ». Les dictionnaires convergent vers la même définition. Celle de Larousse (2008) est simple : « caractère d'un phénomène, d'une maladie chronique ». Le mot chronique ayant pour définition « qui dure, persiste ». L'étymologie du mot est-elle grecque ou latine ou les deux ? Chronos était, dans la mythologie grecque la divinité du temps. En latin, *chronicus* désigne ce qui a trait à la chronologie (chronique historique par exemple), mais aussi la chronicité concernant les maladies (*Chronici morbi*, malaises chroniques). *Chronicus* est lui-même dérivé du grec *khronos* : « temps ».

La définition du TLFi (Trésor de la Langue Française informatisée) est [en parlant d'une maladie] : « dont les symptômes apparaissent lentement, qui dure longtemps et s'installe parfois définitivement » ; et pour chronicité « caractère d'une maladie chronique ». Associé au mot maladie (« maladie chronique ») il revient à penser le mot chronique en matière de « maladie de longue durée, au début généralement insidieux ou succédant à une maladie aiguë.

On constate que l'appréhension du concept de la maladie chronique n'est pas la même. Afin d'identifier les facteurs associés à la survenue de l'HTA, il est important que ce concept soit bien cerné. Il existe une confusion due à la multiplicité de concepts pour définir les maladies chroniques : temps (durée), cause et évolution. Certaines définissent la maladie chronique par sa durée. Ce qui ne permet pas de faire la différence entre les maladies chroniques transmissibles

(VIH, Hépatite chronique...) et les maladies chroniques non transmissibles (HTA, diabète, Cancer...). D'autres définissent la maladie chronique par une étiologie incertaine et par une incurabilité.

Selon le Centers for Disease Control and Prevention (2009), une maladie chronique serait donc une maladie présentant un cours prolongé, qui ne se résout pas spontanément et pour laquelle une cure complète est peu souvent atteinte. Le dictionnaire médical de l'Académie de la Médecine (2002) définit la maladie chronique par les caractéristiques suivantes : permanente, incapacité résiduelle, altération biologique irréversible, requiert un entraînement spécial du patient pour la réhabilitation ; requiert une longue période de supervision, d'observation ou de soins.

En somme, les maladies chroniques sont ces maladies de longue durée et qui soumettent le sujet à un suivi régulier de longue durée afin d'éviter des complications. Elles impactent non seulement le corps mais toute la vie du sujet.

○ **Les caractéristiques de la maladie chronique**

Toutes les maladies affectent l'intégrité du sujet malade. Le sujet est perturbé dans le cours normal de sa vie. Cette situation lui demande de développer des réponses aux problèmes que la maladie engendre. Il va ainsi mobiliser des ressources fussent mentales, physiques, économiques voire sociales. En fonction donc de sa capacité à mobiliser ces ressources, l'individu retrouvera ou non un certain équilibre. Cette capacité est influée souvent par les antécédents et le contexte culturel du sujet malade.

Il faut alors préciser qu'en fonction des maladies, l'individu ne suscitera pas les mêmes moyens. Les maladies chroniques exigent une plus grande ressource surtout mentale et économique. Elles imposent un changement de vie à laquelle le sujet doit adhérer pour vivre sereinement avec sa maladie.

L'HTA est une maladie chronique qui se caractérise par une installation dissimulée, une étiologie non précise et multiple, un cours prolongé, une origine non contagieuse et par une incurabilité. Elle affecte tout le registre de la vie du sujet et impose un rythme de vie. Lorsque ce rythme n'est pas respecté, elle est un facteur de risque de complications cérébrales, rénales, oculaires, cardiaques...L'HTA affecte les dimensions sociale, psychologique et économique de la vie du malade.

L'HTA ainsi définie et caractérisée, ne permet pas d'apporter une solution adaptée aux problèmes qu'elle engendre. Chercher à comprendre l'HTA avec la seule référence biomédicale (encore très

dominante dans notre contexte) restreint ainsi la possibilité d'identifier les causes et les solutions adaptées. Il n'est pas à perdre de vue l'impact psychologique, culturel et socioéconomique de la maladie. Ce qui nous impose d'ailleurs à la sollicitation des référentiels ou théories autres que biomédicales pour comprendre les prévalences sans cesse croissante au Togo.

En prenant exemple sur l'aspect culturel, une maladie à étiologie incertaine, incurable, qui dure dans le temps telle que l'HTA ; est une maladie « surnaturelle » dans le contexte général africain. Elle sera alors pensée comme une maladie qui provient des « dieux » ou des « ancêtres » ou est l'émanation de la sorcellerie (d'un malfaiteur). C'est une maladie qui sort de la capacité du commun du mortel à la comprendre et à la guérir. Ainsi l'HTA est assimilée une maladie mystique, à une manifestation d'un être du monde invisible. Ce sens, plus souvent non perçu par le soignant (modèle par l'approche médicale) complique la communication, l'éducation pour la santé et l'éducation thérapeutique. Le soignant et le soigné n'utilisant pas les mêmes référentiels : l'un parlant un langage biomédical et technique et l'autre parlant un langage culturel.

Le patient a sa façon de voir la maladie, entrevoit les moyens pour obtenir sa guérison... qui est définie culturellement selon sa société. La maladie est alors interprétée sous l'angle de ses croyances et de sa connaissance autrement dit, avec son référentiel culturel. Il donne du sens à sa maladie en fonction de son milieu de vie, des ressources disponibles pouvant être exploitées pour résoudre ses problèmes.

Le contexte culturel du malade est alors important pour définir l'HTA. Comme le souligne Kottak (2006), le soignant doit faire usage d'une approche étiologique (Massé, 1994) pour définir déjà l'HTA : s'intéresser à la façon dont les soignés pensent, perçoivent et catégorisent le réel (l'HTA), leurs règles de comportements, ce qui a du sens pour eux, et comment ils imaginent et expliquent les choses. Le soignant ne doit pas au contraire s'éloigner de l'approche étiologique caractérisée par une connaissance rationnelle, objective et indépendante de l'observateur, qui renvoie à la dimension universelle du savoir médical (Massé, 1994). Ignorer cette réalité et plaquer la définition universelle de l'HTA dans le contexte togolais risque de bloquer le processus prévention et de prise en charge et favoriser l'augmentation de la prévalence actuellement constatée.

Par ailleurs, en dehors de l'aspect physique, culturel, l'HTA se caractérise aussi par son impact sur la vie du sujet HTA : psychologique avec tout le changement comportemental et économique. Ainsi, le patient aurait sa définition psychologique et économique de l'HTA que nous tenterons de comprendre dans cette étude.

Pour déterminer les facteurs associés à l'HTA, nous retenons que l'HTA ne saurait être uniquement avec un seul référentiel. Il faut alors le cerner dans le désordre somatique et psychologique d'une part et d'autre dans sa conception culturelle et son impact économique.

○ **L'annonce de la maladie de l'HTA**

Dans cette étude, nous avons porté un grand intérêt à l'annonce de l'HTA aux JA. En effet cette phase peut être révélatrice de plusieurs facteurs qui conduisent aux complications de l'HTA chez les jeunes adultes. Il nous a été important, de nous arrêter un moment sur l'annonce de la maladie de l'HTA, non seulement pour sa complexité opérationnelle mais aussi pour ses impacts sur l'individu malade et ses relations. Qu'entendons-nous par annonce de la maladie et que représente-t-elle pour le malade et pour le soignant ?

L'annonce est la communication du diagnostic de l'hypertension artérielle au patient, c'est le passage de l'information détenue sur le patient par le soignant vers le soigné. Il faut nuancer, déjà, à ce niveau, l'information à véhiculer : l'élévation des chiffres tensionnels ou l'état d'hypertension artérielle. On peut bien communiquer à un patient que sa tension est élevée (ce qui ne fait pas de lui d'emblée un hypertendu) ou encore communiquer qu'il est hypertendu même si pour les patients une confusion ou une équivalence des deux messages peut être faite. Ces deux informations n'ont pas la même implication psychique, comportementale et thérapeutique.

L'annonce de l'état d'HTA représente une situation émotionnelle intense, un choc dont l'issue est toujours incertaine. Elle est une épreuve difficile tant pour le soignant que pour le soigné. Comme le souligne Moukouta (2019), l'annonce constitue à plusieurs égards la matrice même de l'exercice médical car il s'agit de donner une information qui aura une incidence notoire sur le patient et son entourage.

Il en résulte un sentiment à la fois de certitude (pas de guérison possible) et d'incertitude (sur la cause, la manière de traiter et le devenir de la maladie). Le malade sait que sa situation ne va pas s'améliorer et, dans un certain nombre de cas, qu'il sera confronté à une perte d'autonomie. Diverses théories dont celle de Kleinman (1988) tentent de classer l'attitude du malade entre déni actif, accommodation ou résignation, et étudient l'impact de ces attitudes psychologiques sur la participation sociale du patient. D'autres modèles indiquent que le malade oscille entre la négociation (ajustement à la maladie chronique par participation active de la personne en réponse à la maladie, gérant la situation du mieux qu'elle peut) et la crise (refus des conséquences de la maladie).

Il existe un temps d'annonce qui doit être organisé par les soignants. Ce temps bien géré facilite une assimilation par le patient des problématiques de sa maladie. Mal gérée, l'annonce entraîne un choc, un traumatisme pouvant générer des troubles mentaux telle la dépression ou la reviviscence d'une psychose latente. Cette situation complique ainsi le suivi de l'HTA.

L'HTA paraît anodine, lorsque le malade ne connaît pas ses contraintes : suivi régulier, traitement à vie, mesures hygiéno-diététiques. L'annonce doit être faite dans un cadre approprié quand le soignant a le temps de le faire et d'écouter le langage verbal et non verbal de son malade. Elle doit faciliter l'assimilation des contraintes sans provoquer d'autres maladies d'où la complexité de l'annonce. Cette complexité exige en retour une préalable formation sur l'annonce et sur les réactions post annonce. Le psychologue peut alors aider à identifier les mécanismes de défense mis en place par le sujet après l'annonce afin de déceler très précocement des mécanismes inadaptés pouvant agir sur l'observance. Ce dernier pourra aider également le patient à identifier ses ressources physique, mentale, sociale et économique pour faire face à la maladie.

En somme, l'annonce est un moment essentiel et très important dans la relation soignante. Un temps où s'établit le devenir de la maladie (stabilisation ou aggravation). Elle est très significative autant pour le sujet malade/sa famille qu'autant pour le soignant. L'annonce peut générer des troubles psychologiques mineurs voire graves chez chacun des acteurs en lien avec la maladie. Faire l'annonce de la maladie chronique revient à prendre en compte plusieurs paramètres : psychologiques, déontologiques et éthiques, et les aspects culturels et anthropologiques (Moukouta, 2019).

La connaissance / acceptation de la maladie, base de la compliance

Les questions de la reconnaissance et de l'acceptation de la maladie (ou du renoncement) sont aussi capitales que celles de l'annonce. Moukouta (2019) relève que la problématique de l'annonce doit être indubitablement mise en perspective avec celle de l'insight et de la compliance. Selon lui, on ne peut faire d'économie de ces deux concepts en montrant en quoi ils participent à l'élucidation des conditionnalités favorables pour l'énonciation d'un diagnostic. Qu'est-ce que l'insight ? Et qu'est-ce que la compliance ?

Le Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine (2022) décrit l'insight comme « la capacité pour un sujet de percevoir avec perspicacité les mouvements conflictuels internes, notamment ceux que la cure analytique mobilise ; cet effet d'intériorisation dynamique est aussi une limitation de la projection à l'extérieur – principalement sur l'analyste – des conflits internes, qui pourrait

constituer une limitation, voire une mise en échec de l'analyse ». Dans la pratique, le concept de l'insight est fortement associé à la connaissance de la maladie (Moukouta, 2019).

Le défaut d'insight, qui traduit le manque de reconnaissance de la maladie, freine voire empêche les soins proposés. Il peut ainsi entraîner des soins sans consentement, sans de réelles adhésions. Ce qui a donc une répercussion sur l'observance du traitement. L'HTA exige un suivi de long terme qui est possible qu'avec l'acceptation du patient. Il a compris les enjeux et adhère. Ce qui introduit la notion de compliance.

La compliance est un terme anglais ; elle est définie par le Lexicon of psychiatry, Neurology and Neurosciences comme « le degré auquel la conduite d'un individu coïncide avec un avis médical » (Dictionary of English Oxford, 1998). Cette définition se rapproche beaucoup de celle de l'observance (terme français) qu'ont faite Misdrahi et al. (2002) à partir d'une analyse synthétique de la littérature. Ils la définissent comme « le respect de la prescription, la parfaite concordance entre la conduite du patient et les conseils de prescription du médecin. C'est aussi la capacité pour un patient à entrer dans un programme thérapeutique en poursuivant jusqu'à son terme » (Misdrahi et al., 2002).

L'insight et la compliance se révèlent indispensables à susciter à la suite de l'annonce de la maladie chronique. Le patient doit arriver à développer une connaissance de son affection et à s'ajuster aux conséquences. Cette connaissance est très souvent influencée par son référentiel culturel. Les croyances du sujet influencent sa compliance.

1.1.6.2. Le malade encore appelé le patient

Le patient encore appelé communément malade est celui-là qui est reçu à l'hôpital ou dans un centre de soins moderne ou traditionnel et qui se plaint d'un souci de santé. C'est celui qui souffre et qui a besoin d'être soigné. Cette souffrance peut être physique ou psychologique, perceptible, moins perceptible ou non perceptible. Le patient chronique est celui-là qui porte une maladie chronique nécessitant un traitement de longue durée.

Souffrir de l'HTA dans un contexte culturel comme le nôtre où le sujet est tiraillé entre la médecine moderne et la médecine traditionnelle, où les moyens économiques font défaut représente un lourd fardeau pour les sujets hypertendus. L'expérience de la maladie est douloureuse. Toutefois, elle peut être source de bénéfice comme le soulignent les psychanalystes. Les bénéfices sont une sorte

de gratification directe et indirecte que le sujet tire de sa maladie. On distingue en psychologie les bénéfices primaire et secondaire.

La maladie est définie comme bénéfice primaire, lorsqu'elle apporte un soulagement ou une paix au sujet, en d'autres termes la maladie met fin à une source de tension qui existait. On pourrait alors dans le cadre de l'HTA, réfléchir à toutes les situations stressantes et traumatiques que traverse le sujet avant sa maladie. Ces facteurs sont importants à étudier dans le cadre de notre étude afin d'identifier les facteurs de survenue de l'HTA.

Les bénéfices secondaires de la maladie sont toutes la gratification que procure la situation de maladie. Le malade se soustrait d'un environnement stressant pour cause de sa maladie ou le malade obtient des cadeaux pour cause de sa maladie ou encore le malade obtient plus de présence affective des membres de son entourage. Ces facteurs seront étudiés afin de comprendre la survenue des complications de l'HTA.

En dépit des bénéfices que le sujet obtient de sa maladie, il doit mobiliser ses énergies pour y faire face. Les psychanalystes parlent des mécanismes de défense du moi qui sont des processus psychologiques involontaires et machinaux qui protègent le sujet contre une situation désagréable, douloureuse comme la maladie.

Devant la maladie, le sujet met en place des mécanismes de défense qui sont des processus mentaux automatiques qui le protègent contre l'anxiété. Le sujet peut renvoyer les strates inconscientes de son appareil psychique tout ce qui lui ait douloureux, difficile à accepter comme l'information de l'HTA. Ce mécanisme s'appelle le refoulement. Aussi, le sujet peut dénier son statut d'hypertendu. Il n'accepte pas qu'il soit hypertendu et par conséquent le traitement. On parle du déni. Également, le patient HTA se déresponsabiliserait de toute cause de sa maladie et l'attribuerait à une personne extérieure. Il projette les sentiments qui lui appartiennent aux autres (mécanisme de projection). Il arrive aussi que le sujet HTA détache ses ressentis (émotions) liés à ses représentations sur des symptômes ou situations qui ne lui pas de fortes émotions désagréables (mécanisme de déplacement). Nous avons aussi rencontré des patients à qui vivent un détachement affectif total : isolation

L'approche des cognitivo-comportementalistes nous a également intéressée pour comprendre le phénomène de l'HTA. Ces derniers, parlant de la capacité du sujet à faire face à sa maladie, font ressortir le concept de la transaction. En effet, ils soulignent que la réaction que le sujet va adopter face à une maladie dépend de la transaction entre l'individu et l'environnement. Ainsi, le sujet

adopterait une réponse inadaptée que lorsque ses ressources sont inférieures à la sollicitation de la maladie. Ce qui introduit la notion de compétence que nous avons développée plus tard. L'absence donc de la compétence à faire face à l'HTA serait donc un facteur de risque.

1.1.6.3. Les réactions du malade face à sa maladie

Le malade n'est pas inerte devant sa maladie. Il adopte des réactions allant du moins perceptible aux réactions visibles pour l'entourage. On peut citer des réactions comme :

✓ Les réactions anxieuses

Elle est fréquente et est liée à la menace de l'intégrité du sujet. La maladie chronique fait surgir dans la représentation du malade, l'angoisse de la mort. Le sujet hypertendu anticipe négativement sa maladie. Il est souvent scotché aux complications de l'HTA. Une relation d'égalité est alors établie entre l'HTA et l'AVC. Le patient voit sa mort ou sa perte d'autonomie.

Il faut relever que la réaction d'anxiété est normale car elle témoigne un processus normal d'adaptation à la maladie. Toutefois, elle ne doit pas être chronique et empêchée la compliance du sujet. Dans de tel cas, elle mérite d'être soignée au plus vite.

✓ Attitude de dépendance et de régression

Devant la maladie, le sujet développe une attitude appelée régression. Elle se traduit par l'adoption d'un comportement dans lequel le sujet ramène tout à lui. Il souhaite parfois inconsciemment être au centre d'intérêt de son entourage. Il dépend de son entourage pour tous les besoins.

Lorsqu'il s'agit d'une maladie chronique, cette attitude peut devenir importante en intensité et en durée. Dans ce cas, elle peut empêcher la compliance du sujet et favoriser ainsi des complications. L'attitude de régression et de dépendance peut aussi favoriser la compliance du malade. En effet, le sujet malade, dans son attitude égocentrique et dépendante s'abandonne et accepte aux mesures thérapeutiques proposées par son entourage (soignant). Il se situera alors dans une relation paternaliste et obéit aux propositions. On pourra le comparer à un enfant qui accepte la prise des produits donnés par ses parents.

✓ Attitudes de négation, refus et de minimisation de la maladie

Pour se soulager du danger perçu ou se dédouaner de la douleur physique et morale que peut engendrer la maladie, certains malades minimisent les enjeux de leur maladie. D'autres vont jusqu'à dénier l'existence de celle-ci. Le manque d'insight est un facteur de risque.

L'attitude de minimisation, négation et refus de la maladie entraîne souvent des consultations abusives.

✓ Réactions d'ordre narcissique

La maladie est une épreuve difficile qui menace l'intégrité du sujet. Elle secoue plus souvent la toute-puissance du sujet. Le sujet comprend qu'il n'est pas aussi fort et important qu'il croie. Il reçoit un coup dans son égo. Certains patients vivent une fracture narcissique tandis que d'autres voient leur narcissisme se renforcer. Ces derniers, en fonction de l'attention qu'on leur témoigne se voient de plus important.

✓ Réactions dépressives

Très prévalente au cours des maladies chroniques, la dépression qui est induite par la menace de la maladie. Lorsque le sujet est confronté à la mort, il perd sa capacité à vivre normalement : manque d'appétit, triste, perte du goût à la vie, trouble du sommeil... On peut aussi retrouver un sentiment de dévalorisation, d'incomplétude, de fatalité avec abandon de tout projet et des plaintes somatiques.

✓ Attitudes d'agressivité et de persécution

Devant la menace de maladie chronique, le sujet peut perdre le contrôle de ses émotions. De façon instinctuelle, lorsqu'on se sent menacer ou persécuter, on développe une réaction pour contrer la menace. Cette réaction peut varier allant de l'agressivité passive, verbale à une agressivité physique. Cela peut alors compliquer la relation thérapeutique et influencer sur le traitement.

✓ Attitudes de projection

L'une des réactions inévitables est la recherche de la cause de sa maladie. Le sujet cherche à mettre du sens dans ce qui lui arrive. Ce qui l'amène à attribuer l'origine de son mal à des causes extérieures. Cette attitude est appelée la projection. Elle est très caractéristique de notre population d'étude qui pense que l'HTA est due à un malfaiteur.

✓ Attitudes d'inflation et d'invention

Il est courant de constater une exagération des symptômes de la maladie ou des consultations répétées chez certains sujets HTA. Les plaintes du malade sont alors disproportionnées par rapport à l'affection elle-même. Cette attitude est appelée inflation.

L'invention fait référence à l'attitude hypochondriaque du sujet. En effet le sujet crée ou invente sa maladie de façon consciente ou inconsciente.

1.1.6.4. Les réactions du malade face à son entourage, au soignant et au temps.

- Réactions face à l'entourage.

Le sujet malade développe une relation de dépendance avec son entourage. Une dépendance tant affective que sociale voire économique. Il s'attend qu'on le comprenne dans son épreuve de la maladie. Lorsque cette relation n'est pas bien vécue, elle peut être source d'anxiété et impactée négativement le suivi du sujet. Le sujet peut parfois être un grand demandeur d'affection ou de ressources (physique, économique...) ou carrément s'isoler. Il est alors important de retrouver un équilibre pour une bonne compliance du traitement.

- Réactions face au soignant

Le sujet hypertendu est tenu d'un suivi régulier. Ce qui le contraint à la visite médicale et aux bilans biologiques. Face au soignant, il développe une relation de dépendance. Il demande non seulement les soins mais veut construire une relation de confiance et affective avec le soignant. Il se sent rassuré lorsque le soignant répond à ses attentes. Dans le cas contraire, le sujet s'éloigne et parfois rompt la relation de soins.

La relation soignante est particulièrement difficile dans notre contexte culturel. Ceci en fonction des représentations ou du référentiel de chacun. Le soignant dans son approche biomédicale, essaie de baser cette relation sur une communication, un langage que comprend peu le soigné.

Aussi, la charge journalière du travail fait que le soignant accorde très peu de temps aux autres dimensions de l'humain (émotions). Dans les différentes consultations, le soignant s'attarde sur le somatique et passe au malade suivant. Ce qui est mal vécu par le malade qui pense qu'il n'est pas aimé et respecté par son soignant. Associé aux représentations, le divorce est très vite consommé. Ce qui favorise une naissance ou un renforcement de la relation entre le malade et les guérisseurs (soignant) traditionnel.

Les soignants traditionnels ont un premier avantage dans cette relation. Celui de partager la même conception de la maladie avec le soigné. Ils exploitent ensuite l'expérience de la mauvaise relation avec les soignants modernes (hôpital) pour asseoir leur relation. Soulagée, de la disponibilité du tradithérapeute, avec qui le soignant partage la même analyse des causes de sa maladie, le patient rompt avec l'hôpital et les médicaments et prête le chemin aux complications qui sont d'ailleurs accélérées par les prises des infusions.

- Réactions face au temps

Le sujet HTA a une relation particulière avec le temps. Il va dans un premier temps dans le passé pour rechercher la cause de sa maladie. Ensuite il voyage dans le futur pour s'imaginer toutes les complications et enfin revient au présent pour faire face à la réalité c'est-à-dire à l'élévation des chiffres tensionnels et aux besoins en matière de soins et de finances.

On constate alors que le sujet voyage dans le temps sans toutefois retrouver ce qu'il cherche. Cela engendre des réactions de la part du sujet : il allonge le temps et le raccourcit comme cela lui semble bon. Il se déconnecte du présent et soit, vit dans le passé recherchant à tout prix la cause de sa maladie, soit il vit dans le futur, dans une anticipation négative et douloureuse des conséquences de sa maladie. On pourrait alors constater le patient abandonne ses projets et les soins du moment. Il s'avère important d'analyser toutes les réactions du sujet HTA pour identifier les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes.

1.2. Notion de « facteurs associés » et facteurs associés à l'HTA

Tout comme le concept d'« hypertension artérielle » précédemment défini, nous allons définir dans les lignes qui suivent le concept de « facteurs associés ». Il est important de préciser dès maintenant que nous ne faisons pas de distinction entre facteur associé et facteur de risque dans le présent travail de recherche. Cette partie est donc structurée en deux sections. Une première qui explicite la notion de « facteurs associés » et une seconde qui aborde les facteurs associés aux maladies non transmissibles, aux maladies cardiovasculaires notamment à l'hypertension artérielle. Que devons-nous comprendre par **facteurs associés ou de facteurs de risque ?**

1.2.1. Notion de facteur associé ou de facteur de risque

Pour comprendre la notion de facteur associé ou de facteur de risque, nous avons dans un premier temps défini ce qu'est le facteur puis le risque avant de proposer dans un second temps, la définition du facteur de risque ou associé tel que nous l'appréhendons dans cette étude.

Larousse définit le risque par « ce qui coupe » qui veut dire en latin populaire « resecum ». Il est assimilé à un danger ou à un évènement (inconvenient) plus ou moins vraisemblable auquel un individu peut être exposé. C'est aussi la possibilité d'une situation considérée comme mauvaise de se produire. Il désigne dans le milieu hospitalier comme le nôtre, la chance d'apparition d'une maladie.

L'Académie française (2018), définit le terme facteur par « ce qui joue un rôle dans l'apparition d'un phénomène, le déroulement d'un processus » et aussi « chacun des éléments qui concourent à

un résultat ». En 2005, le TLFi (Trésor de la Langue Française informatisé) le définit comme « chacun des agents, des éléments qui concourent à un résultat : facteurs économiques, climatiques ». On le retrouve souvent associé à d'autres mots pour l'Académie de médecine : facteurs de risque, facteurs de coagulation, facteurs de croissance...

Dans le présent travail, le risque est compris comme toute situation ou évènement tant biologique, psychologique, économique ou socioculturel qui provoque la maladie de l'hypertension artérielle. Cette conception du facteur de risque rejoint celle de l'OMS (1996) : « *Un facteur de risque est tout attribut, caractéristique ou exposition d'un sujet qui augmentent la probabilité de développer une maladie ou de souffrir d'un traumatisme...* ».

En somme, on considérera comme facteur de risque, toutes variables ou caractéristiques, qui présentent chez les jeunes adultes augmentent la chance qu'ils manifestent une HTA par rapport à un sujet pris dans la population générale.

Nous présentons ci-dessous quelques critères pour définir le facteur de risque selon Motreff (2006) cité par Houehanou Sonou (2015) :

- la force de l'association ;
- la relation de cause à effet (l'association doit être graduelle, le risque augmente avec le niveau d'exposition au FDR) ;
- la séquence temporelle (le FDR doit précéder la survenue de la maladie) ;
- la cohérence entre les différentes études (le FDR doit être retrouvé dans différentes populations de façon reproductible) ;
- l'indépendance de l'association ;
- le caractère plausible de l'association (cohérence avec la science fondamentale, l'expérimentation animale ou in vitro, les études cliniques) ;
- la réversibilité (quand on agit sur les FDR, on évite la maladie).

1.2.2. Les types de facteurs de risque

On entrevoit généralement deux types de facteurs de risque : internes et externes. On considère comme facteurs internes tous les facteurs liés à l'individu donc au sujet HTA et externes ceux liés à son environnement physique et social. Loeber et Farrington (2000), précisent que les FDR seraient divisés en cinq aspects : aspect lié à la personne, à sa famille, à ses pairs, à son école et sa collectivité ou quartier. Selon leurs manifestations, certains facteurs appelés proximaux se manifestent peu de temps avant l'évènement ou le résultat et d'autres interviennent de façon

éloignée : facteurs distaux. Enfin, on distingue les facteurs de risque peuvent être soit statiques ou immuables soit dynamiques ou malléables ou encore sensibles au changement.

1.2.3. Facteurs de risque et facteurs de protection

Si le facteur de risque favorise la survenue de la maladie, il est à relever que toutes les personnes exposées à un même facteur ne développeront pas la maladie. Ceci fait intervenir la notion de facteur de protection. Certains sujets arrivent à dominer la situation et ainsi ne développent pas de maladie. La transaction entre les facteurs de risque et des facteurs de protection tourne à l'avantage des facteurs de protection. Les facteurs de protection comme son nom l'indique protègent l'individu. Ils sont des dispositions internes ou externes, automatiques ou non qui agissent en faveur du sujet en face d'une adversité.

On entend par facteurs de protection, toutes dispositions internes ou externes qui modifient, améliorent les réactions d'un individu aux risques liés à son environnement qui préparent à une mauvaise adaptation (Rutter, 1985 ; Rae-Grant et al., 1989). Ces facteurs servent de zone tampon pour réduire la probabilité de mauvaise adaptation en présence d'un FDR.

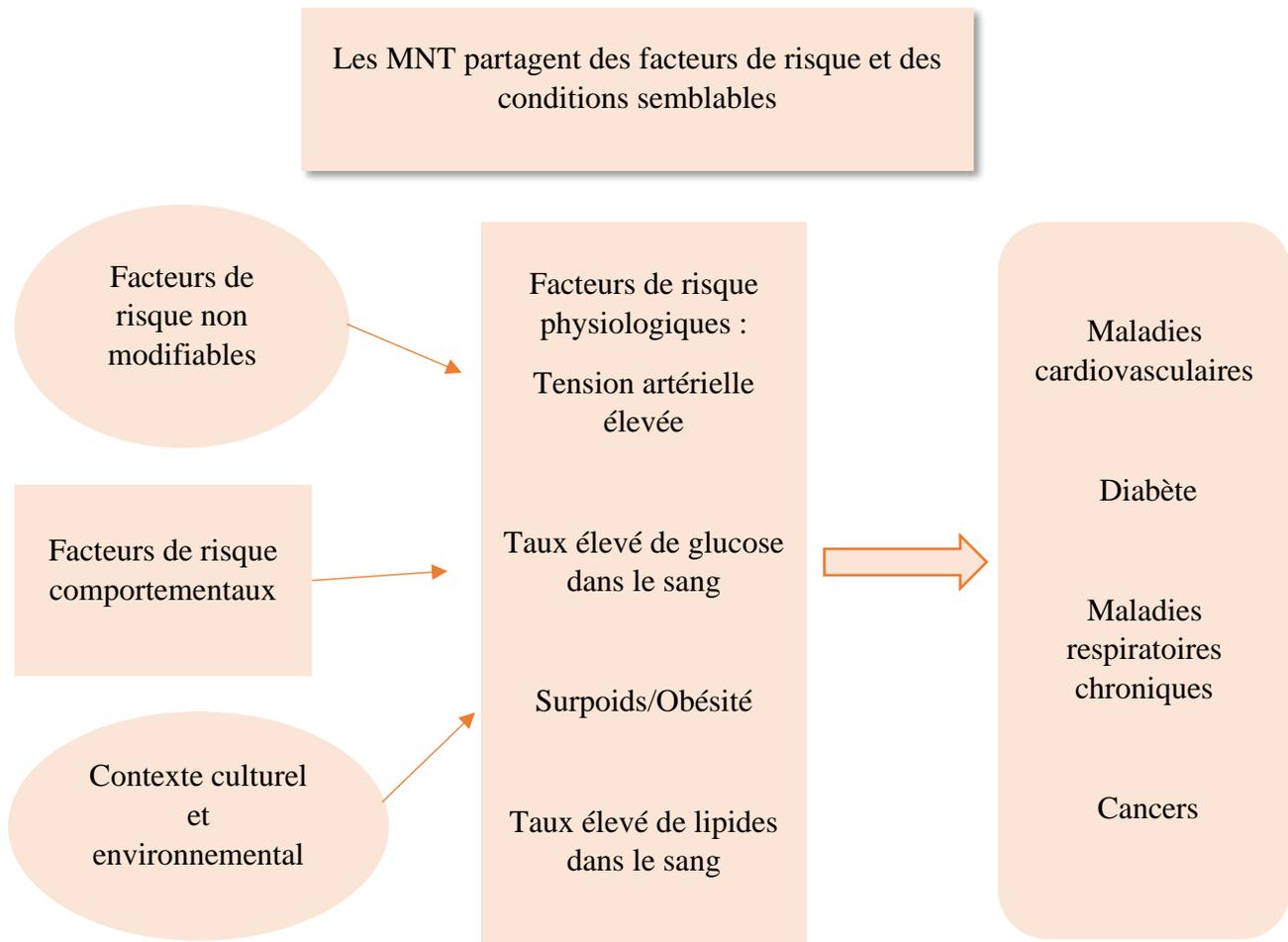
1.2.4. FDR des MNT : zoom sur les FDR cardiovasculaires et sur les FDR de l'HTA

L'hypertension artérielle fait partie de la famille des maladies non transmissibles. Par conséquent, elle partage avec les autres maladies non transmissibles des facteurs pouvant entraîner sa survenue / complication.

1.2.4.1. Facteurs de risque des MNT

Les maladies non transmissibles dont l'HTA ne se transmettent pas d'une personne à l'autre. Elles surviennent généralement au décours d'une exposition à une série de facteurs de risque. Elles sont de longue durée et évoluent en général lentement. L'OMS reconnaît quatre principales MNT à savoir les maladies cardiovasculaires dont l'HTA, les cancers, les maladies respiratoires chroniques et le diabète sucré (Cossi, 2012 ; OMS, 2014). La figure 2 ci-dessous illustre comment les MNT partagent certains facteurs et certaines conditions.

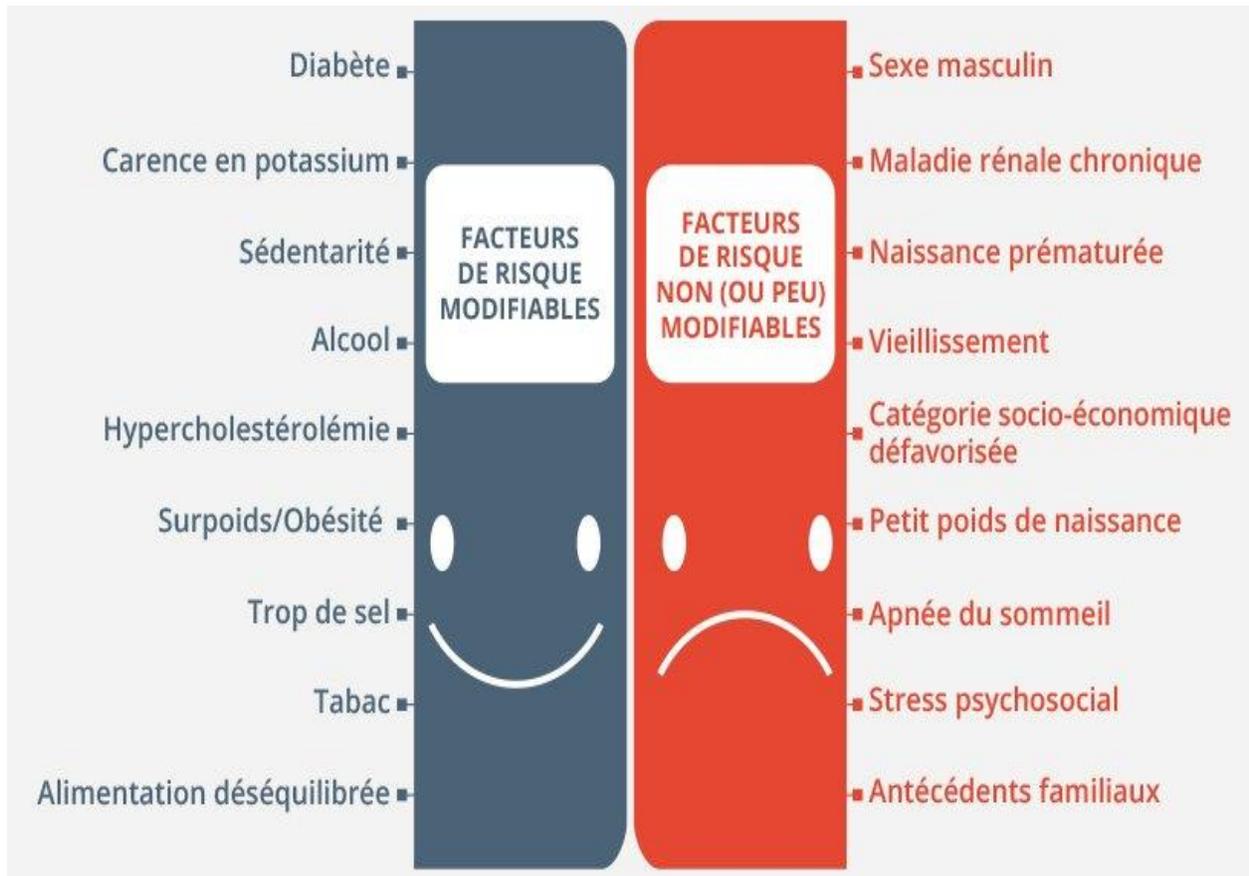
Figure 2 : Relations entre les FDR et les MNT (*Global Burden of diseases, OMS 2010*)



Les facteurs de risque comportementaux mentionnés dans la figure 2 ci-dessus sont le tabagisme, l'usage abusif de l'alcool, la sédentarité et une alimentation trop grasse, trop salée. Ces facteurs peuvent être modifiés. Ce sont des comportements qui augmentent le risque des maladies non transmissibles (OMS, 2018). A côté des facteurs comportementaux, on identifie plus souvent des facteurs de risque biologiques qui ne sont pas isolés des facteurs comportementaux. En effet, l'exposition à ces derniers peut entraîner des troubles métaboliques qui augmenteraient le risque des MNT : l'HTA, le surpoids / obésité, le taux élevé de glucose dans le sang et le taux élevé de cholestérol dans le sang.

Des mesures thérapeutiques ou une prise de conscience peuvent avoir un effet sur les facteurs de risque. Dans ce cas ces facteurs sont appelés des facteurs de risque modifiables. A l'opposé, aucune action ne peut faire changer ou très peu, les facteurs non modifiables. L'Inserm (2018) présente dans la figure 3 ci-dessous des facteurs de risque des MNT modifiables et non modifiables.

Figure 3 : Les facteurs de risque modifiables et non (ou peu) modifiables de l'HTA



1.2.4.2. Facteurs de risque des maladies cardiovasculaires (FDRCV)

Un FDRCV est une habitude de vie, un état biologique ou clinique qui accroît la probabilité de développer une maladie cardiovasculaire. On note plusieurs classifications des FDRCV. Selon De Backer et al. (2003), ils sont classés en trois grands groupes en fonction de leur degré d'imputabilité : majeurs, prédisposants et discutés.

- **FDRCV Majeurs** : Diabète de type 2, avancement de l'âge, élévation de la pression artérielle, tabagisme, dyslipidémies (élévation du cholestérol total, élévation du LDL-cholestérol, diminution du HDL-cholestérol),
- **FDRCV Prédisposants** : ménopause, antécédents familiaux de maladie coronarienne précoce (H < 55 ans, F < 60 ans), obésité androïde, sédentarité, origine géographique, précarité ;

- **FDRCV Discutés** : facteurs génétiques, facteurs prothrombotiques (fibrinogène, inhibiteur de l'activateur du plasminogène), élévation des triglycérides, lipoprotéines LDL petites et denses, facteurs génétiques, facteurs infectieux (*Chlamydia pneumoniae*, *Helicobacter pylori*, cytomégalovirus, VIH), élévation de l'homocystéine, élévation de la lipoprotéine A, marqueurs de l'inflammation (CRP, IL-6), facteurs infectieux (*Chlamydia pneumoniae*, *Helicobacter pylori*, cytomégalovirus, VIH).

Un lien est établi entre les facteurs biologiques et le passé nutritionnel des individus. Par ailleurs, les FDRCV peuvent être aussi classés en facteurs non modifiables et les facteurs modifiables :

- **FDR modifiables** : alimentation inadéquate, sédentarité, tabagisme, faible niveau socioéconomique, l'anxiété, le stress, l'hostilité, la dépression, la perte de soutien et de cohésion sociale, obésité, hypertension artérielle, dyslipidémies, hyperglycémie...
- **FDR non modifiables** : histoire familiale de maladie cardiovasculaire précoce âge, le sexe. L'homme a un risque plus élevé d'athérosclérose que la femme. Cette protection disparaît après la ménopause.

D'autres facteurs de risque cardiovasculaires ont été identifiés :

- **Facteurs psychosociaux**

La dépression, l'hostilité, le stress, l'irritabilité et l'isolement social peuvent augmenter le risque de MCV et de mortalité cardiovasculaire (Carney et al. 2002 ; Lett et al. 2004 ; Toobert et al. 1998 ; Walcott-McQuigg 2000). Selon une méta-analyse (Charlson et al. 2013), les patients déprimés ont un risque plus élevé de cardiopathies ischémiques comparativement aux non-déprimés (RR global = 1,56 ; IC95% : 1,30-1,87). Par ailleurs, la dépression chez les patients porteurs de MCV est fréquente et peut aggraver leur pronostic.

- **Facteurs génétiques**

Le rôle des facteurs génétiques et environnementaux dans la prévalence des MCV n'est pas encore bien identifié. Ces facteurs pourraient expliquer en partie les différences ethniques de prévalences ou de pronostic des MCV. Dans l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs (AOMI), l'association du chromosome 9p21 a été identifiée (Murabito et al. 2012). Les gènes SYTL3 (rs2171209) et TCF7L (rs2290481) seraient impliqués dans le développement de l'AOMI chez les

européens (Wassel et al. 2012). Dans les cardiopathies, une multitude de gènes ont été identifiées (Björkegren et al. 2015 ; Ozaki & Tanaka 2015).

- Les facteurs associés vus sous l'angle des déterminants de la santé

En se basant sur la définition de la santé selon l'OMS : « *La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social, et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité³* », le Ministère de la Santé et des Déterminants Sociaux du Québec élabore un cadre conceptuel de la santé et des déterminants en 2010. De ce cadre, est assortie la carte de la santé et de ses déterminants. Cette carte comprend quatre champs dont les caractéristiques individuelles, les milieux de vie, les systèmes, le contexte global.

En rapport avec les caractéristiques, il est mis en exergue les aspects biologiques et génétiques de l'individu (âge, sexe, origine ethnique...), ses compétences personnelles et sociales (connaissances, habitudes de vie, les habiletés physiques, cognitives, affectives et sociales, les habiletés de communication, la capacité à gérer ses émotions et à résoudre ses problèmes...). On ajoute aussi aux caractéristiques individuelles, les caractéristiques socioéconomiques de l'individu. Il s'agit pour nous, dans cette thèse, de rechercher les facteurs individuels qui déterminent la survenue de l'HTA auprès de la population jeune adulte.

Deux milieux sont à considérer pour explorer la survenue / complication de l'HTA. Il s'agit du milieu physique et du milieu social. Le milieu physique représente le cadre de vie : sa maison, son école, son lieu de travail. Le milieu social est constitué des membres de la famille, du voisinage, des collègues et de la société humaine tout entière. Dans le cadre de ce travail, l'analyse des milieux de vie des jeunes adultes permettra d'identifier les facteurs ayant la force de provoquer une élévation des chiffres tensionnels et plus tard créer la maladie de l'HTA ou provoquer une complication de l'état hypertendu.

Parler du système dans lequel l'individu évolue, revient à évoquer les systèmes d'éducation et de services de garde à l'enfance, le système de santé et de services sociaux, l'aménagement du territoire, les programmes de soutien à l'emploi et de solidarité sociale ainsi que les autres systèmes et programmes. Ces systèmes traduisent les politiques et les valeurs de la société et ont une influence sur la santé des individus.

³ORGANISATION MONDIALE DE LA SANTÉ. Constitution de l'Organisation mondiale de la santé, [www.who.int/governance/eb/who_constitution_fr.pdf].

Le contexte global, quatrième et dernier champ de la carte de la santé et de ses déterminants, est formé d'un ensemble d'éléments macroscopiques qui influencent fortement la vie en société (Gouvernement du Québec, 2010). Les éléments macroscopiques peuvent impacter positivement comme négativement le bien-être des individus. Il est donc important de prendre en compte le système global pour les analyses de santé notamment des déterminants de la santé des individus.

1.3. Jeunes adultes au Togo (JAT)

La présente étude tente d'identifier les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes. Qui sont-ils ? quelles sont les caractéristiques des JAT ? et quelle est la situation des jeunes adultes au Togo ?

Un jeune est généralement une personne d'âge allant de la fin de l'adolescence ou du début de la vingtaine à la trentaine. C'est une phase de la vie située entre l'adolescence et l'âge adulte. Selon le centre d'observation de la société (2021), cette période est marquée par différentes étapes : quitter l'école (fin des études), occuper un emploi (ou rechercher un emploi), disposer un logement autonome (veut déménager du logement parental), former un couple puis une famille... qui jalonne un parcours progressif vers l'autonomie. Selon le centre d'observation de la société (2021), il n'existe pas d'unanimité autour de la tranche d'âge de la jeunesse. En effet, la plupart des travaux scientifiques portant sur le sujet utilisent la fourchette 15-24 ans.

Généralement, l'expression « jeune » désigne les plus de dix-huit (18) ans qui vivent seuls. Cette classe est étendue dans certaines études à 29 ans selon le centre d'observation de la société. Chaque pays développe sa politique de la jeunesse. Dans la politique togolaise de la jeunesse, le jeune appartient à la tranche d'âge de 15 et 35 ans.

Le « jeune adulte » dans la présente étude est toute personne dont l'âge se situe entre 18 et 40 ans. C'est notamment un composite de personnes de sexe masculin ou féminin, qui travaillent ou non, mariées ou non, vivant dans un milieu urbain, semi-urbain ou rural. Le choix des individus de cette tranche d'âge, se justifie par des arguments cliniques. En effet la plupart des patients hypertendus qui ont suscité cette recherche ont un âge compris entre 18 et 40 ans comme le montrent les statistiques du CHR-S en 2020 : 52% des sujets HTA reçus ont moins de 50 ans.

Après cette précision sur ceux que nous appelons « *jeune adulte* » dans la présente étude, nous allons présenter les caractéristiques et la situation des jeunes voire jeunes adultes. Les sources ci-dessous évoquées proviennent de l'examen du bien-être et des politiques de la jeunesse du Togo.

Un examen réalisé par le Centre de développement de l'OCDE (Organisation de Coopération et de Développement Economiques) en 2017 : « Examen du bien-être et des politiques de la jeunesse au Togo », dans le cadre du Projet OCDE-UE Inclusion des jeunes, Paris.

- **Caractéristiques individuelles des jeunes adultes**

Dans la population togolaise, on note un peu plus du quart (27,2%) les jeunes ayant entre 15 et 29 ans. Une proportion qui ne cesse d'accroître selon les projections de l'OCDE (2017). Parmi eux, on note plus de jeunes femmes (54,3%) que de jeunes hommes (45,3%). Ils sont inégalement répartis sur le territoire : 52,1% vivent en milieu rural et 47,9% en milieu urbain. La situation matrimoniale montre que 62,5% sont célibataires et que 35,7% sont mariés. Il y a plus de jeunes hommes célibataires (82,1%) que de jeunes femmes célibataires (46,1%).

- **Réussite scolaire des jeunes**

Un faible niveau d'études caractérise encore aujourd'hui la jeunesse togolaise malgré les efforts du gouvernement. Selon l'OCDE (2017), le taux de scolarisation dans les collèges et lycées et même dans les universités reste bas surtout chez les filles : 42 % contre 55.2 % chez les garçons en 2015. Si sur tout le territoire, l'accès et la rétention dans le système éducatif restent encore un défi, ils le sont encore plus dans les milieux ruraux. L'OCDE (2017) estime que le taux d'abandon scolaire dès le primaire est très élevé (45.9 % en 2014). Par ailleurs, 24,4% de jeunes n'ont jamais intégré le système éducatif.

- **Situation économique et sociale des jeunes**

Dans son examen du bien-être des jeunes au Togo, l'OCDE (2017) trouve que 21.9 % de jeunes ne sont ni dans l'emploi, ni scolarisés ou en formation (NEET). La plupart des jeunes font un travail de faible qualité dominé par l'informel (93,3%). 74,4% de jeunes cherchent un emploi. Le sous-emploi affecte largement les jeunes selon l'OCDE (2017). Les formations proposées sont inadéquates avec les besoins du terrain de l'emploi. On remarque aussi une sous-qualification des jeunes (OCDE, 2017). La majorité des jeunes se tournent vers le métier de conducteur de taxi moto. Ceux qui se lancent dans l'entrepreneuriat estiment être moins accompagnés. Il faut alors dire que la situation économique des jeunes n'est pas à envier. Ce qui a probablement des impacts sur leur état de santé en général et cardiovasculaire en particulier.

- **Capital social**

Malgré leur difficulté socioéconomique, l'examen du bien-être des jeunes au Togo révèle que les jeunes ne jouissent pas d'un soutien de leur entourage voire de leur pays. En effet, les enquêtes Gallup (2015) indiquent que 45% de jeunes de 15 à 29 ans ne bénéficient pas de soutien social en 2015. Un chiffre qui doit interpeller car l'isolement des jeunes peut avoir un réel impact non seulement sur leur état de santé physique mais aussi psychologique. Les jeunes s'isolent assez selon qu'ils sont scolarisés, qu'ils soient en mauvaise santé et selon qu'ils ont des difficultés économiques.

Le sentiment d'abandon peut engendrer des comportements agressifs voire un extrémisme dangereux pour la société. Selon cette enquête, les jeunes sont moins isolés que leurs aînés (les jeunes adultes). Le réseau social des jeunes se limite plus souvent aux cellules familiales qui manquent aussi les ressources pour accompagner ces derniers dans le cours de leur vie. Les jeunes fondent tout leur espoir sur leur famille et se désengagent des affaires de la cité. D'ailleurs, les jeunes ont une mauvaise impression des acteurs politiques (OCDE, 2017).

- **La situation sanitaire des jeunes**

La situation sanitaire des jeunes est encore dominée par les maladies transmissibles. Celles-ci représentent la première cause de décès les jeunes notamment chez les jeunes femmes (33,2%) selon l'OCDE (2017). La cause de décès des jeunes hommes est majoritairement les blessures des accidents de la voie publique (37,7%) (OCDE, 2017).

Les maladies infectieuses et parasitaires dominent le groupe de maladies transmissibles. Elles sont responsables de 26,9% de décès chez les jeunes femmes. Le VIH/Sida est la maladie qui tue la plus : 8,6% contre 5,4% de méningites. Les infections respiratoires sont non négligeables (6,3%) chez les jeunes femmes. Les infections respiratoires se différencient par son nombre important de décès consécutifs à des affections maternelles. Quant aux jeunes hommes, la violence interpersonnelle et le suicide représentent respectivement 6,8% et 4,7%

Les maladies non transmissibles (MNT) gagnent de plus en plus le groupe des jeunes. Elles sont également une des raisons significatives de mortalité chez les jeunes au Togo selon l'OCDE (2017). Les MNT représentent ainsi la 2^e cause de décès chez 32,8% de jeunes hommes et de 29,8% de jeunes femmes selon l'OCDE (2017). Selon l'OMS (2015), les facteurs de risque tels le tabagisme, la mauvaise alimentation, la sédentarité et la prise d'alcool de façon abusive sont déterminants dans

la survenue / complication des MNT. Les MNT qui affectent la jeunesse au Togo sont généralement : les perturbations endocriniennes, immunitaires ou sanguines (4,5 %) ; les maladies cardiovasculaires (6,8%) ; les troubles digestifs (5,9%). Les deux dernières maladies tuent plus les jeunes hommes (13,9%) que les jeunes femmes (11,2%).

- **Consommation de substances nocives**

La jeunesse togolaise est encline aux substances psychoactives. La consommation de ces produits prend une ampleur inquiétante. Selon l'OCDE, la consommation de substances nocives, chez les jeunes âgés de 15 à 34 ans, est effectivement répandue (38 %). L'alcool est la substance la plus consommée suivie de la cigarette. Dans les milieux urbains, d'autres substances deviennent de plus en plus fréquentes même dans les établissements scolaires. L'usage des drogues ne concerne pas que les jeunes marginalisés mais affecte toutes les couches de la jeunesse.

En 2011, une étude du PNLIS (Programme National de Lutte contre le Sida) qui a concerné 1580 jeunes de 12 à 30 ans a été révélatrice de la consommation de la drogue par la jeunesse togolaise. En effet, d'après les résultats de cette enquête, 17,8% de jeunes ont consommé de la drogue les 12 derniers mois précédents, l'étude. 75% de ces jeunes n'avaient pas encore 25 ans.

- **Défis de la jeunesse togolaise**

Comme la plupart des jeunes du continent, les défis de la jeunesse togolaise sont nombreux. On peut déjà citer la mortalité, particulièrement celle des jeunes hommes qui est élevée. Selon l'OCDE (2017), la mortalité est de 332 décès pour 100.000 jeunes en 2015. Aussi, le taux de grossesses précoces ne cesse de s'accroître (15,9% en 2013). Un autre fléau qui touche les jeunes selon l'OCDE est la consommation des substances nocives.

Par ailleurs, sur le plan éducation, de grands efforts restent à faire. On note, non seulement des difficultés d'accès mais aussi les difficultés à retenir ceux qui se sont déjà engagés dans le système éducatif.

Sur le plan d'insertion professionnelle, 1/5 n'est ni en emploi, ni scolarisé, ni en formation (NEET). Les jeunes qui travaillent ont un travail précaire et de faible qualité. Ils sont pour la plupart dans des emplois informels (93.3% selon l'OCDE) beaucoup moins structurés. Les formations semblent être inadéquates avec les besoins du terrain créant un grand nombre de chômeurs. La sous-qualification atteint aussi une proportion inquiétante selon l'OCDE (2017).

Il faut alors faire remarquer que les jeunes togolais ne jouissent pas d'un capital social élevé. Ils participent très peu à la vie de la nation et restent assez marginalisés malgré les efforts du gouvernement.

- **Bien-être subjectif des jeunes togolais**

L'OCDE (2017) a évalué le bien-être des jeunes au Togo. Elle a considéré non seulement les aspects objectifs mais également les aspects subjectifs. Cela a permis de mettre la lumière sur le vécu des jeunes. Les résultats ne sont pas surprenants compte tenu des défis auxquels ils font face. D'une manière générale, on note peu de satisfaction de leur vie.

Le niveau de satisfaction a été mesuré sur une échelle de 0 à 10. Selon l'OCDE (2017), le niveau de satisfaction des jeunes (15-29 ans) à l'égard de leur vie n'était que de 4 en 2015. Ce score a connu une légère amélioration depuis 2011 (3,1). Le score des jeunes de 30 ans et plus est de 3,6.

Selon l'OCDE (2017), les jeunes sont de plus en plus pessimistes surtout chez les jeunes citadins qui sont les seuls à exprimer une insatisfaction grandissante (4.0 en 2015 contre 4.2 en 2011). Les écarts de niveau de satisfaction sont négligeables selon le sexe, le milieu de résidence. Autrement dit, la jeunesse au Togo est généralement insatisfaite. Elle éprouve des émotions négatives selon l'OCDE (2017). L'enquête Gallup (2015) indique que 61,8% de jeunes (15-29 ans) éprouvent des émotions négatives : 68.8 % chez les jeunes femmes et 74.7 % chez les jeunes hommes. On note des émotions négatives chez 76,4% de jeunes non scolarisés et malades.

2. ETAT DE LA QUESTION OU LES TRAVAUX ANTERIEURS

Il est recommandé que toute recherche scientifique soit précédée par une lecture profonde de la littérature existante. Par la suite, le chercheur devra en produire un résumé critique afin de tracer une ligne de démarcation entre celle-ci et ce qu'il envisage d'entreprendre. Ainsi, avons-nous exploité quelques travaux parmi ceux réalisés antérieurement sur les facteurs associés à l'HTA dans le monde, en Afrique et au Togo.

La recherche dans la littérature a porté sur les facteurs associés à l'HTA auprès de la population générale et précisément chez les jeunes adultes. Cette revue a été menée principalement sur les bases de données de PUBMED, de Medline, de google scholar et dans des bibliothèques en ligne des universités. Les principaux mots-clés que nous avons utilisés dans les différentes combinaisons sont : hypertension artérielle, facteur de risque, jeunes adultes, Afrique, Afrique subsaharienne, Togo. Une fois les travaux trouvés, nous nous sommes focalisés sur les travaux qui mettent en exergue les facteurs explicatifs de la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes. Une recherche manuelle a été aussi menée sur la base des références citées dans les études originales et les revues systématiques.

2.1. Facteurs de risque associés à l'HTA dans la littérature

➤ L'Âge

En Afrique, différentes études ont été réalisées afin de vérifier la relation entre l'âge et l'hypertension artérielle. Elles ont montré pour la plupart que la prévalence de l'HTA est fonction de l'âge. Cette prévalence croît avec l'augmentation de l'âge. C'est ce que prouvent Steyn et al. (2001) dans leur étude sur la prévalence et l'état du traitement de l'HTA en Afrique du Sud. Cette association a été également prouvée par Niakara et al. (2003) en milieu urbain et par De Ramirez (2010) en milieu rural. Les personnes âgées sont touchées de manière disproportionnée par l'hypertension, qui est un facteur de risque établi pour les maladies cardiovasculaires (Macia, 2012). L'âge se révèle un facteur de risque important.

➤ Le sexe

Blacher et al. (2019) a mené une étude sur l'épidémiologie de l'HTA : différence entre homme et femme. Ils découvrent que l'HTA est globalement moins fréquente chez la femme avant la ménopause par contre elle augmente à la ménopause. D'autres études sur le sexe comme facteur de risque ont montré une divergence. En effet, une plus grande prévalence est observée chez les

hommes dans les études sur les facteurs de risque des MNT (Ministère de la Santé et de l'Hygiène de la Côte d'Ivoire, 2005 & Ministère de la Santé Publique du Niger, 2008) alors que l'HTA est très prévalente chez les femmes (Ministère de la Santé Publique de la Mauritanie, 2007).

➤ **Le milieu de résidence**

Des études ont été menées afin de faire le lien entre le milieu et la prévalence de l'HTA. Elles ont montré pour la plupart, une prévalence plus grande dans le milieu urbain que rural. Les études réalisées par l'équipe de Steyn et al. (2001), d'Agyemang et al. (2006), et de Damasceno et al. (2009) montraient que si les prévalences varient entre 20 et 40% en ville, elles sont inférieures à 25% à la campagne. Le milieu urbain apparaît comme un facteur de risque de l'HTA en Afrique. Le mode de vie qui a fondamentalement changé dans les milieux urbains africains (manque d'activité physique, alcool, cigarette) semble favoriser la survenue / complication de l'HTA.

➤ **Le statut matrimonial**

La relation entre le statut matrimonial et l'HTA a été documentée dans différentes études. Pick et al. (1990) ont réalisé une étude de prévalence de l'HTA. Ils ont enquêté une population de 1046 individus âgés de plus de 15 ans en Afrique du Sud. Ils ont trouvé que le statut marié était négativement lié à l'HTA. Chez les célibataires, une réduction de la cote de l'HTA (OR=0,30 ; 95 % IC 0,23-0,52) était notée dans la comparaison avec celle des mariés. On note une augmentation de la cote chez les veufs/veuves OR=2,43 ; 95 % IC 1,15-5,10).

Une autre étude réalisée, cette fois-ci au Sénégal chez les personnes de 50 ans et plus, montre qu'il n'y a pas de différence significative selon le statut matrimonial de la population d'étude (Macia et al., 2011). Spruil (2010) montrait que le statut célibataire (solitude) est associé à la fonction cardiovasculaire. Les personnes mariées auraient alors une expérience de vie meilleure que celle non mariées (Robles et al., 2003).

➤ **Le niveau socio-économique**

Le lien entre l'HTA et le niveau socioéconomique a été investigué dans les études sur le continent africain. Généralement, la prévalence est de plus en plus élevée si l'on passe d'une couche sociale basse à une couche sociale plus élevée. Kaufman et al. (1996) trouvaient que les paysans ruraux avaient la plus faible prévalence (14 %) comparée à celle des pauvres urbains (25 %) et des cheminots (29 %). De semblables résultats ont été trouvés ailleurs en Afrique (Niakara, 2007).

➤ **Comportement alimentaire**

Le comportement alimentaire est lié à la survenue / complication des MNT notamment l'HTA dans la plupart des études. Une plus grande consommation du sodium augmente le risque de survenue / complication de l'HTA. Selon Gardener et al. (2012), une consommation abondante du sodium augmente deux fois le risque d'accident vasculaire cérébral. L'étude de He et al. (2014) confirme cet impact de la consommation sur le système cardiovasculaire. Ces auteurs estiment qu'une réduction du sodium dans son alimentation réduit l'incidence de l'HTA.

L'organisation mondiale de la santé (2020) affirme qu'une grande consommation du sodium supérieure à deux grammes par jour et une consommation insuffisante du potassium (moins de trois grammes par jour) sont des facteurs de risque majeurs de l'HTA, des AVC et des cardiopathies. L'OMS (2020) relève que le sel est bien présent dans notre alimentation en plus du glutamate de sodium qui en apporte aussi. Ce qui contribue à faire dépasser le taux de sel recommandé par jour (moins de 5 grammes).

Par ailleurs, la consommation de fruits, des légumes, des huiles végétales et des céréales entretient le système cardiovasculaire et entraîne un plus bas niveau de risque de maladies cardiovasculaires. Selon Joshipura et al. (1999), consommer de façon régulière les fruits et légumes est protecteur du système cardiovasculaire.

➤ **L'histoire familiale d'hypertension**

Beevers et al. (2007) montre qu'avoir des antécédents familiaux d'HTA est un facteur de risque de l'HTA. Une étude réalisée en Afrique du Sud montre en effet qu'en présence d'une histoire d'HTA, le rapport de cotes de l'HTA était de 1,68 (Pick et al., 1990). C'est ce que trouvent Pobie et al. (1993) au Ghana. La présence d'une histoire familiale d'HTA est un facteur de risque non modifiable, qui décrit tous ceux qui sont concernés comme un groupe à risque qui mériterait un suivi particulier. Des études en milieu rural africain n'ont pas trouvé cette association de l'HTA et de l'histoire familiale (Onwuchekwa, 2012).

➤ **La détresse psychologique**

Les chercheurs se sont posé la question du lien entre la détresse psychologique et l'HTA. Les équipes de chercheurs telles que celles de Hamer et al. (2008) et Robinson et al. (2004) ont alors établi une relation entre la détresse psychologique et les maladies cardiovasculaires dont l'HTA

dans les pays occidentaux. Les sujets qui présentent une dépression ou qui sont très anxieux seraient plus à risque de faire une hypertension artérielle (Davidson, 2000 ; Meyer, 2004). Meng (2012) indique que les sujets qui souffrent de la dépression ont un risque de 40% de faire une HTA. La détresse psychologique est associée, en Afrique du Sud, à l'HTA chez les hommes selon les études de Mashele et al. (2010).

➤ **Le surpoids**

Dans sa fiche mémo sur la prise en charge de l'HTA de l'adulte, la Haute Autorité de la Santé (2016) établit que l'HTA est liée à la charge pondérale. Elle a montré qu'une perte de 5,1 kg était associée à une baisse de la PAS de 4,4 mm Hg et de la PAD de 3,6 mm Hg. Dans plusieurs études, l'obésité est indexée comme un facteur de risque cardiovasculaire. Un indice de masse corporel (IMC) élevé augmente le risque d'infarctus du myocarde, d'insuffisance coronarienne et de mort subite (Poirier, 2003). Fezeu et al. (2010) montrent que les sujets à IMC normal ont une prévalence de l'HTA comprise entre 20 et 30%, tandis que les sujets en surpoids ou obèses avaient une prévalence supérieure à 40%.

➤ **La consommation de la cigarette/tabac**

La cigarette est connue dans les pays développés comme un facteur de risque des maladies cardiovasculaires (HAS, 2016). Le tabac constitue un risque majeur d'athérosclérose et chaque cigarette a un effet direct sur la pression artérielle, car entraîne une augmentation de la fréquence cardiaque et de la PA qui persiste à plus de 15 minutes après la fin de sa consommation (HAS, 2016). La HAS (2016) précise qu'au-delà de l'effet sur la PA, le tabac est un facteur de risque cardiovasculaire important. Pour prévenir les risques d'hypertension artérielle ou de ses complications, l'arrêt du tabac passe pour une mesure urgente.

➤ **La consommation d'alcool**

Les études ayant porté sur la relation entre l'HTA et l'alcool varient d'un pays à l'autre. D'ailleurs tous les pays n'ont pas la même prévalence de consommation de l'alcool. Imhof et al. (2001) montrent que les non-consommateurs d'alcool ont une mortalité supérieure à celle des consommateurs modérés. La consommation d'alcool légère à modérée réduirait le risque cardiovasculaire (Holmes et al., 2014 ; Ronksley et al., 2011 ; Tan et al., 2009). D'autres études relèvent un effet délétère de l'alcool sur le système cardiovasculaire (Pearson, 1996 ; Rouillier et

al., 2005). Zhao et al. (2014) montrent qu'une consommation importante est susceptible d'augmenter la pression artérielle.

➤ **L'inactivité physique / Sédentarité**

Plusieurs études ont montré le rôle de l'activité physique dans la santé en général et dans la santé cardiovasculaire en particulier. Si l'activité physique maintient le corps alors l'inactivité ne serait-elle pas un facteur de risque ? knight (2012) répond en disant que l'inactivité physique et la sédentarité favorisent la survenue d'une maladie chronique. A Doukky et al. (2016) de compléter en disant que l'inactivité et la sédentarité occasionne l'aggravation de la maladie. L'inactivité physique ou la sédentarité sont l'un des quatre facteurs de risque majeurs de maladie chronique (Blair et coll., 1989).

L'activité physique procure un bien-être. Selon De Ramirez et al. (2010), elle apparaît dans les études de l'HTA comme un facteur protecteur. Selon ces mêmes auteurs, la pratique quotidienne d'activité physique réduit la cote de l'HTA. Allant dans le même sens Lee (2010) indique que le manque d'activité régulière est associé à une augmentation du risque de mortalité cardiovasculaire. Biswas et al. (2015) démontrent que plus on est sédentaire, plus l'incidence des MCV augmente.

➤ **Antécédents médicaux**

Certaines maladies sont identifiées comme un facteur de risque de l'HTA. Il est donc commun de rencontrer une comorbidité HTA-Diabète, HTA-dyslipidémie.

Le diabète est un facteur de risque cardiovasculaire et en même temps une maladie chronique. Elle-même est favorisée par d'autres facteurs de risque communs à l'HTA. Plus souvent, il est difficile de situer l'antériorité de ces deux maladies si le patient même l'ignore. Plusieurs études montrent que le diabète augmente le risque de MCV. Flores-Le Roux et al. (2011) montrent que derrière une insuffisance cardiaque se cache plus fréquemment une maladie de diabète. Le diabète fait partie de tous les algorithmes de risque Cardiovasculaire dans la littérature.

L'hypercholestérolémie favorise la survenue de l'HTA ou des maladies cardiovasculaires en général. Les études actuelles montrent que le rapport cholestérol total / HDL cholestérol n'est une mesure du risque que le taux de cholestérol total. Il a été intégré dans une variante du score de Framingham.

2.2. Les facteurs de risque des MNT au Togo : zoom sur l'HTA

Selon le rapport final de l'enquête STEPS Togo réalisée en 2010 par le Ministère de la santé Togo, la situation épidémiologique des maladies non transmissibles (MNT) est peu connue en raison d'une insuffisance de données évidentes récentes. On note en effet une absence de données qui auraient permis l'élaboration des politiques de prévention et de prise en charge. La situation des maladies non transmissibles (MNT) est donc insuffisamment prise en compte dans les politiques de santé. Celles-ci étaient plus focalisées sur les maladies transmissibles telles que le VIH/Sida.

Il y a donc 12 ans que le gouvernement a pris la mesure de la situation des MNT. Il fait initier une première enquête nationale sur les MNT et sur leur facteur de risque en 2010, suivant l'approche STEPwise de l'OMS⁴. Les résultats de cette enquête ont révélé les MNT prennent une sérieuse place dans la population togolaise. L'HTA part en tête de ces maladies avec une prévalence de 19%. Elle est suivie du diabète, qui est estimé à 2,6%. Dans les facteurs de risque, la prévalence du tabagisme est de 8,5% ; celle de l'obésité est de 15,4% et le surpoids est estimé à 15,4%. La majorité (94,9%) des individus ne consomme pas ou peu les fruits tels recommandés par l'OMS. L'étude a également révélé que les individus ne contrôlent ni leur glycémie (92%) et l'HTA (51,6).

2.2.1. Les facteurs associés aux MNT au Togo

La principale étude nationale réalisée en 2010 (enquête STEPSwise de l'OMS) a fourni une liste de facteurs de risque associés aux MNT en général. Cette enquête a permis d'identifier trois principaux facteurs de risque (Agoudavi, 2012) :

- Facteurs de risque comportementaux

Sous ces facteurs, sont cités le tabac, l'alcool, la sédentarité et le manque de consommation de fruits et légumes. Le tabac est consommé avec une fréquence de 8,5% et l'alcool avec une fréquence de 7,7% chez les hommes et 8,4% chez les femmes (Agoudavi, 2012). Agoudavi et al. (2012) ont montré que la population togolaise n'avait pas une culture de consommation de fruits. Ils affirment que même si généralement la population consomme les fruits et légumes respectivement sur 2,2 jours et 4,8 jours par semaine, 94,9% ne consommaient pas les fruits tels que recommandés par l'OMS (cinq portions de fruits et légumes par jour). Quant à la sédentarité, 13% des togolais ne pratiquent pas une activité physique (Agoudavi et al., 2012).

⁴ Enquête STEPS Togo 2010.

- Facteurs de risque biologiques

Agoudavi et al. (2012) ont identifié, à travers l'enquête STEPSwise de l'OMS Togo réalisée en 2010, que l'HTA, le diabète et l'hypercholestérolémie comme des facteurs de risque des MNT. Ils précisent que malheureusement, la plupart des personnes ayant un facteur de risque biologique de MNT méconnaissaient leur statut. En effet, 51,6% des personnes de 15 ans à 64 ans n'avaient jamais mesuré leur tension artérielle et 92% leur glycémie.

- Facteurs d'inobservance du traitement.

L'enquête STEPSwise de l'OMS Togo a révélé une insuffisance dans l'accès aux traitements de l'HTA et du diabète. Un grand nombre de sujets HTA (90,7%) ne prenaient pas de médicaments antihypertenseurs.

2.2.2. Les études portant sur l'HTA au Togo

Etude 1 : L'épidémiologie et les circonstances de découverte de l'hypertension artérielle (HTA) en milieu hospitalier à Kpalimé (ville secondaire du Togo) ont été étudiées par Damorou et Al. (2008). L'objectif de cette étude était de préciser la prévalence de l'HTA et d'identifier ses facteurs de risque au Centre Hospitalier préfectoral de Kpalimé durant la période du 4 Août 2005 au 4 Juillet 2006. Les auteurs de l'étude ont trouvé une prévalence de l'HTA estimée à 22% avec une prédominance féminine : 56,3% contre 43,7%. Le sexe ratio est de 0,77. Les patients avaient entre 20 ans et 95 ans avec une moyenne de 53,4 ans \pm 15,02. Les facteurs de risque les plus fréquents étaient : l'obésité (56,8 %), la consommation d'alcool (22,1%) et la dyslipidémie (13,4 %). Le taux de morbidité était de 59,5 % et la mortalité de 11 %.

Etude 2 : Djibril et al. (2009) ont réalisé une étude sur la prévalence de l'HTA dans la population adulte de Kara (ville secondaire du nord Togo). L'objectif était de déterminer la prévalence et les FDRCV associés. Ils ont mené une enquête domiciliaire transversale du 1^{er} décembre 2008 au 28 février 2009 qui a porté sur 2000 sujets âgés de 18 ans et plus. La méthode utilisée était celle de l'OMS, sur l'approche STEPSwise des maladies non transmissibles. L'hypertension a été définie par une pression artérielle $>140/90$ mm Hg à deux reprises à 3 semaines d'intervalle.

Les auteurs ont dépisté l'HTA chez 517 sur un total de 2000 sujets enquêtés. Le taux de prévalence de l'hypertension artérielle était de 25,85%. L'âge moyen des hypertendus était de 47,4+ 11,3 ans. L'hypertension artérielle s'observait dans toutes les couches sociales. Les facteurs cliniques de

risque cardiovasculaire associés étaient essentiellement l'alcool (28,8%), le stress (49,7%) la sédentarité (22,8%), l'obésité (16,15%), le tabagisme actif (1,2%).

Etude 3 : Yayehd et al. (2011) ont réalisé une étude pour déterminer la prévalence de l'HTA et ses FDR à la capitale (Lomé). Il s'agit de dépister volontairement 2002 habitants de Lomé. Durant ce dépistage des informations sur les habitudes et pratiques ont été collectées : les antécédents familiaux d'HTA par chaque sujet, les paramètres anthropométriques et la tension artérielle ont été mesurés.

Yayehd et al. (2011) ont trouvé que la prévalence de l'HTA était de 36,7 % ; 34,6 % des hommes et 38,4 % des femmes étaient hypertendus, $or=0,85$; $ic95 \% = 0,7-1,02$; $p=0,08$. L'HTA a été découverte fortuite chez 42,4 % des hypertendus. La PA était positivement corrélée avec l'âge (pas : $r=+0,46$; $p<0,001$; pad : $r=+0,36$; $p<0,001$) et l'IMC (Indice de Masse Corporelle) (pas : $r=+0,7$; $p<0,001$; pad : $r=+0,89$; $p<0,001$) (Yayehd et al., 2011). Il existait une forte association entre l'HTA et l'obésité ($or=1,65$; $ic95 \% = 1,47-1,84$; $p=0,003$), la consommation de sel sans modération ($or=1,4$; $ic95 \% = 1,13-1,72$; $p<0,001$) et la prise d'estrogènes ($or=2,1$; $ic95 \% = 1,29-3,43$; $p=0,002$) (Yayehd et al., 2011).

Dans cette étude, les auteurs ont mis en évidence la prévalence de l'HTA qui est de 37,7% dans la commune de Lomé avec une prédominance féminine (Yayehd et al., 2011). Cette affection méconnue chez près de la moitié des hypertendus était essentiellement en rapport avec l'âge, la consommation salée, l'obésité et la prise d'estrogène (Yayehd et al., 2011).

Etude 4 : Baragou et al. (2011) ont réalisé une étude prospective sur l'influence des facteurs psychologiques et environnementaux sur l'hypertension artérielle et ses complications chez l'hypertendu noir togolais traité. L'objectif de ce travail était d'évaluer l'impact des facteurs psychologiques et environnementaux sur l'HTA et ses complications. Déroulée sur une année, l'étude concernait 200 cas d'hypertendus (118 femmes et 82 hommes), colligés et suivis dans les services de cardiologie, de neurologie et de psycho psychiatrie du CHU-Campus de Lomé. Un échantillonnage par la méthode ad hoc avec collection des données basées sur l'entretien psychanalytique, l'entretien structuré et semi-structuré étaient réalisés.

L'âge moyen des patients était de 50 ans (extrêmes entre 25 et 75 ans). Les facteurs psychologiques étaient : l'anxiété angoisse (28 %), l'agressivité renforcée et la colère, nervosité (20 %), l'idée de persécution des sorciers (20 %), le syndrome anxio-dépressif (16 %). Les plus

importants facteurs environnementaux étaient représentés par les conflits de tout genre et le décès d'un proche avec respectivement 24 % et 20 %. Ces facteurs ont eu pour impact, l'élévation des chiffres tensionnels, difficilement maîtrisable par le traitement médicamenteux, la rupture thérapeutique volontaire, des crises hypertensives compliquées d'insuffisance cardiaque et coronarienne et d'accidents vasculaires cérébraux.

Ces auteurs concluent que plusieurs facteurs psychologiques et environnementaux conduisent à la mauvaise observance thérapeutique, à l'échec du traitement médicamenteux et à la survenue de crises hypertensives avec des complications cardiaques et cérébrales. Leur considération dans le traitement de l'HTA et la prise en charge globale des patients hypertendus s'avère incontournable.

Étude 5 : Damorou et al. (2011) ont étudié l'HTA chez le sujet noir africain âgé de 50 ans et plus dans la capitale de Lomé. L'objectif est de déterminer la prévalence de l'HTA et des FDRCV chez ces derniers. L'étude a porté sur 1485 sujets HTA. Les informations sont collectées à base d'une fiche d'enquête et l'analyse a été assurée par un outil informatique.

Les résultats donnent une prévalence de l'HTA estimée à 74,29% avec une prédominance féminine (63,8%). Le sex ratio de 0,57 et l'âge moyen de $62,08 \pm 9,3$ ans. Les principaux symptômes sont la dyspnée (45,9 %), les douleurs thoraciques (16,2 %) et les palpitations (13,2 %). La dyslipidémie (58,1 %), l'obésité (36,12 %), l'alcoolisme (16,7 %) et le diabète (10,6 %) sont les principaux facteurs de risque. Quant aux complications, ces auteurs notent 87,81% de complications cardiaques, 79,8 % de problèmes oculaires, 19,86 % d'insuffisances rénales et de 4,92% de complications neurologiques. Chez 58,05 % des patients, le risque cardiovasculaire était très élevé. 1.9% était le taux de létalité.

Étude 6 : Baragou et al. (2015) ont étudié la prévalence de l'HTA et des autres facteurs de risque cardiovasculaire en milieu professionnel sub-saharien (Togo). Il s'est agi d'une étude prospective et transversale réalisée sur une période de 3 mois (du 1^{er} février au 30 avril 2015) à la communauté électrique du Bénin (CEB), une entreprise internationale de production et de commercialisation d'électricité. Ils ont inclus dans cette étude tous les travailleurs permanents de l'entreprise sans distinction de sexe ni de grade. Un examen clinique et un bilan minimal de l'OMS étaient réalisés pour chaque travailleur. La définition de l'HTA était celle de l'OMS ($TA \geq 140/90$ mm hg).

L'étude a porté sur un échantillon de 522 travailleurs dont 403 hommes (77,2%) et 119 femmes (22,8%), soit un sex ratio de 3,4. L'âge moyen des travailleurs était de 40 ans \pm 08 (22 à 60 ans). Le taux de prévalence de l'HTA était de 28,9 % (n= 151) avec une prédominance masculine (31,7% ; n= 128) contre 32 femmes (27%). Les taux de prévalence des autres facteurs de risque étaient de : obésités : 27% (n= 141) ; tabac : 10% (n= 52) ; diabète : 11,9% (n= 62) ; hypercholestérolémie : 21% (n= 109) ; hypertriglycéridémie = 12,45% (n= 65), stress : 67,05% (n= 350).

Etude 7 : Tete-Bénissan et al. (2016) ont mené une étude sur la prévalence des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires chez les « OGO » du Togo. Cette étude qui est une caractérisation ethnobiologique, consiste en une évaluation de la prévalence des facteurs de risque de ces affections chez les Ogo pour déterminer si leurs particularités biologiques seraient pour eux un facteur de protection. 360 sujets Ogo apparemment sains ont été étudiés. 210 sujets vivant à Bogo en région montagneuse et enclavée et 150 sujets résidant depuis plus cinq ans en ville sur la côte atlantique. Une enquête nutritionnelle a été effectuée, l'Indice de masse corporelle et la tension artérielle sont déterminés, la glycémie et les lipides dosés par méthode enzymatique.

L'alimentation des sujets en ville est plus riche en protéines animales, graisses saturées et insaturées *trans*, NaCl, monosodium de glutamate et sucre raffiné. Ils sont plus sédentaires et ont des valeurs plus élevées pour l'IMC ($p < 0,0001$) ; la PAD ($p < 0.001$) ; laPAS ($p < 0.05$). La prévalence de pré HTA et HTA de stade I et II est respectivement de 1,5 et 2,13 fois celle des sujets du village dont l'indice d'athérogénicité (CDL-C/HDL-C) est plus faible (2,77 vs 3,84).

La majorité des Ogo étudiés sont relativement en bonne santé. Les sujets de la ville seraient plus prédisposés à développer l'hypertension artérielle et les maladies cardiovasculaires que ceux du village. Les particularités biologiques des Ogo ne les protégeraient pas plus que les autres ethnies togolaises contre ces affections.

Etude 8 : La prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire dans une entreprise de téléphonie mobile au Togo a été étudiée par Wasungu et al. (2016). L'objectif de cette étude était d'estimer la prévalence des facteurs de risque cardiovasculaire en fonction des caractéristiques sociodémographiques. Il s'est agi d'une étude transversale descriptive qui a porté sur les travailleurs de l'entreprise de téléphonie mobile au Togo de mars à juillet 2016.

Wasungu et al. (2016) ont collecté les informations auprès d'une population de N= 751 sur 832, soit participation 90.2%. L'âge moyen est de 46.53±7.7 ans (extrêmes 28 et 60 ans) ; M (78.4%) vs F (21.6); M/F = 3.64. La prévalence des facteurs de risques majeurs est dyslipidémie (64.2%) ; HTA (32.8% dont 58.9% HTA connus ⇒19.3%) ; diabète (8.9%) ; tabac (3.6%). La prévalence des facteurs de risque prédisposants est la sédentarité (79.5%) ; l'alcool (29%) et l'obésité (22.4%).

Etude 9 : Atta et al. (2021) ont évalué la pression artérielle par automesure AMT et les facteurs de risque de l'HTA au Centre Hospitalier Universitaire Sylvanus Olympio (CHU-SO) de Lomé. L'étude a porté sur les dossiers de patients hypertendus suivis en ambulatoire du 1^{er} au 30 septembre 2018. Atta et al. (2021) ont obtenu une prévalence de 24,6%. Au bout de six mois de suivi, 31,2% ont atteint l'objectif tensionnel selon l'AMT. L'hérédité (45,4%), l'obésité (27,4%) et la dyslipidémie (16,3%) étaient les facteurs de risque cardiovasculaire les plus fréquents. Parmi les sujets HTA, 51,6% âgés de plus de 50 ans avaient une HTA sévère

3. CADRE THEORIQUE

Nous avons vu précédemment que l'HTA n'est pas seulement une maladie à désordre physique (où les chiffres tensionnels sont élevés) mais une maladie, qui par sa complexité et sa chronicité (absence de signes avant-coureurs, étiologie incertaine, traitement au long cours...) touche le sujet dans sa globalité et dans son humanité.

Expliquer la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes, revient à considérer les dimensions biologique, psychologique, sociale, culturelle, économique... Ainsi nous avons mobilisé trois principales théories qui abordent au mieux la question de la maladie et de la santé. Elles ont permis de définir le cadre théorique et conceptuel. Nous les présentons à travers les lignes suivantes.

3.1. L'approche biopsychosociale ou modèle biopsychosocial

Quoique la maladie de l'HTA puisse être perçue uniquement comme une maladie somatique, elle demeure une maladie à impact psychologique et social considérable. On pourrait la définir comme une maladie biopsychosociale. Ainsi nous avons fondé la recherche des facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA sur le modèle biopsychosocial. Berquin (2010) définit le modèle biopsychosocial comme un modèle à la fois théorique et clinique. En effet selon elle, sur le plan théorique, le modèle biopsychosocial est un ensemble cohérent et articulé d'hypothèses explicatives de la santé et de la maladie. Sur le plan clinique, le modèle biopsychosocial est un ensemble de moyens diagnostiques et thérapeutiques directement applicables.

Rechercher les facteurs associés en se servant de l'approche biopsychosociale revient comme l'affirme Berquin (2010), à explorer les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux de la survenue / complications de l'HTA. Le sujet HTA est donc pensé comme acteur de sa maladie et de sa santé. Aucune primauté n'est accordée à une dimension par rapport à l'autre. Elles s'équivalent toutes selon Berquin (2010).

On considère sous la dimension biologique, tout ce qui émane de l'héritage génétique, du sexe et de l'âge. Cette dimension concerne tous les aspects somatiques de l'Homme. Elle englobe donc tout ce que donne l'anatomie, la physiologie et la biologie. L'objectif ici, c'est de rechercher les facteurs liés à l'anatomie, à la physiologie et à la biologie du corps du sujet jeune et qui le prédispose à une hypertension artérielle. Tous les éléments (alimentation et exercice physique) seront explorés dans l'examen de cette dimension. La dimension psychologique ou psychique,

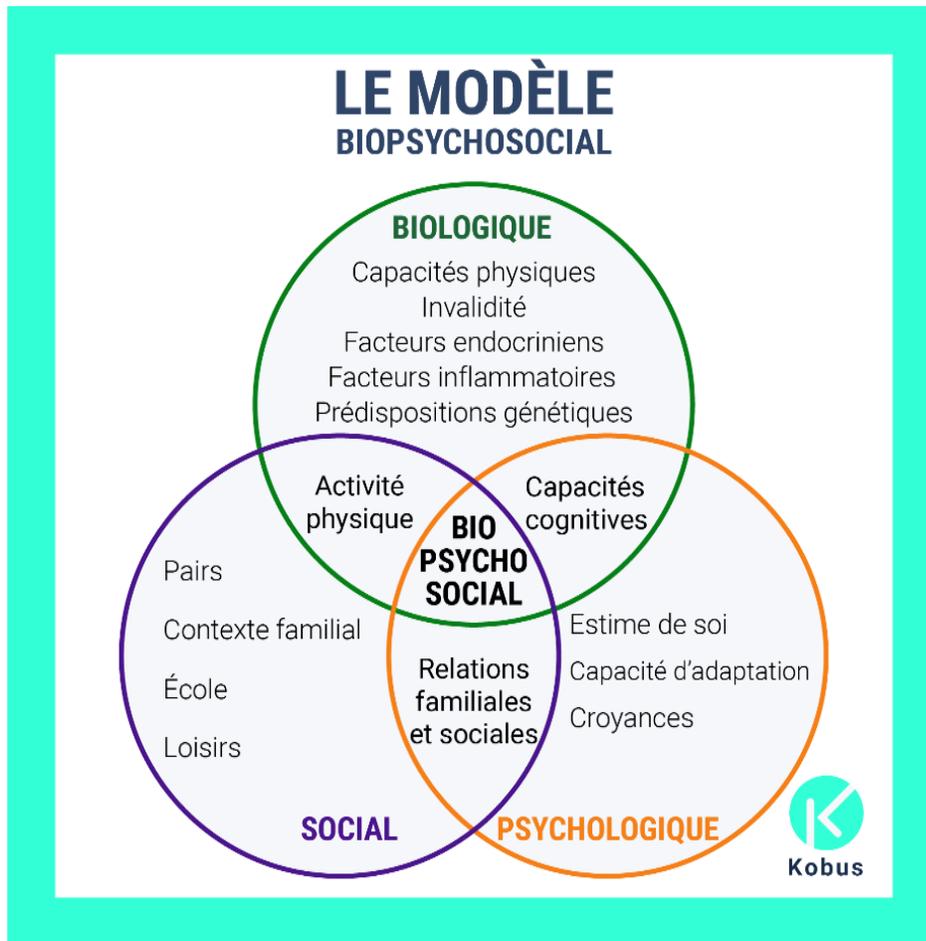
quant à elle, fait référence au fonctionnement psychique de la personne. Elle recouvre les aspects comportementaux de l'Homme. Elle regroupe les aspects cognitifs et émotionnels. Le vécu, la représentation et les différents comportements alimentaires ou sédentarisés seront explorés pour identifier les facteurs associés à l'HTA et à ses complications. Selon Berquin (2010), on considère aussi sous le concept « psychologique », les processus émotionnels, cognitifs et comportementaux normaux qui relèvent de l'interprétation des symptômes par le sujet. La dimension sociale n'est pas des moindres dans cette approche biopsychosociale. Elle est celle qui permet d'entrevoir le rapport de l'Homme avec le genre humain. Nous allons explorer ici la relation des jeunes adultes avec leur entourage. Comment ils appréhendent ce contact social et comment gèrent-ils les conflits qui émanent du monde social ?

Dans l'approche biopsychosociale, l'être humain est considéré comme un système (Engel, 1980). On ne peut ainsi pas le réduire à une seule dimension : ni à la dimension biologique ou somatique, ni à la dimension psychologique, ni encore à la dimension sociale. Ce système fonctionne à la recherche constante d'équilibre. L'Homme est régi par l'équilibre entre ses dimensions qui dépendent les unes des autres. Aucune ne peut fonctionner sans l'autre. Selon Engel (1980), le modèle biopsychosocial est un modèle scientifique qui permet de comprendre les interrelations complexes existant entre les différentes dimensions de la vie.

En somme, nous nous servons de cette approche biopsychosociale dans l'esprit que la survenue / complication de l'HTA doit être comprise dans une causalité multiple et circulaire (figure 3) due à un désordre biologique, psychologique et social. Les dimensions se retrouvant dans un système font supposer qu'un déséquilibre dans une dimension affecte l'autre dimension. Selon Berquin (2010) : « *le modèle biopsychosocial remplace des systèmes de causalités simples et linéaires par des causalités multiples et circulaires, parfois difficiles à identifier et à contrôler* ».

Figure 4 :

Le modèle biopsychosocial de Engel (1980)



Un éclairage phénoménologique du modèle bio psycho-social

La maladie peut se définir comme une atteinte au corps du sujet malade. Les modifications inhérentes à la maladie peuvent survenir sur les cellules, les tissus, les organes et sur les appareils. C'est tout le système organique qui peut être affecté. Toutefois, comme l'affirme Engel (1980), la maladie n'est jamais exclusivement biologique ou somatique. Elle engendre une perturbation de la façon dont le sujet habite son corps. En effet, avec la maladie, le sujet malade modifie consciemment ou inconsciemment son rapport à soi. Ce changement de rapport à soi, traduit la significativité que la maladie peut avoir pour le sujet. Il est le facteur qui colore le vécu du sujet malade et élabore ses représentations.

Non seulement la maladie prend sens dans la psychologie du malade (modification du rapport à soi), elle modifie également ses rapports à l'environnement social, culturel et écosystème physique

dans lequel il vit. En perturbant la biologique et la psychologique, la maladie atteint aussi la relation du sujet avec son entourage. Onnis (1989) explique la maladie est un point douloureux d'intersection entre la dimension biologique, psychologique et sociale. Aussi, « *la maladie est un croisement entre culture et nature où la manifestation biologique s'inscrit dans un corps vécu et donc sujet d'histoire...* » (Onnis, 1989)

3.2. L'approche psychosomatique

Pour rappel, l'un des objectifs de cette étude est de comprendre comment s'installe l'hypertension artérielle ou ses complications chez les jeunes adultes au Togo. A partir de l'approche biopsychosociale (ci-dessus décrite), nous avons compris qu'il faut appréhender la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes en considérant les facteurs biologiques, psychologiques et sociaux. Cette approche aide donc à comprendre les interrelations complexes qui existent entre les différentes dimensions de la vie. Par contre l'approche biopsychosociale ne nous permet pas de comprendre comment se produit la désorganisation somatique (ici l'HTA) dans cette interrelation des facteurs biopsychosociaux. Ainsi nous avons fait appel à l'approche psychosomatique intégrative et précisément à la théorie de stades de somatisation de Stora (2013) pour mieux cerner notre question de recherche. Afin de faciliter la compréhension de cette approche, nous vous proposons la définition des concepts suivants : la psychosomatique, le symbole, le sens et l'interprétation, le corps dans la culture africaine, la conversion, le stress.

3.2.1. La psychosomatique

Locke (2006) définit la psychosomatique comme une approche théorique et clinique qui permet de comprendre l'étiologie ou cause psychologique des maladies du corps autrement dit les maladies somatiques. Encore aujourd'hui, la notion de cause psychologique paraît vague, même si, pour la plupart des médicaux, la notion de cause psychologique apparaît inévitable. Cette notion est parfois appréhendée par l'expérience et l'intuition des soignants.

Qu'entendons-nous par cause psychologique ?

Selon Marty (1998), dans le cas où on donne un sens restreint à la psychosomatique, on doit occulter de ce champ les effets physiques des maladies psychiques et des manières de faire qui ont une incidence directe ou indirecte sur la santé. Ainsi par exemple on peut citer :

- les automutilations dans les cas de psychose infantile
- l'amaigrissement dans l'anorexie mentale ;

- les lésions dans les cas de pathomimie ;
- les troubles somatiques d'une addiction...

Les avis sont partagés sur la question des symptômes de conversion et des hystéries. Certains auteurs maintiennent l'appellation « maladie psychosomatique » à des troubles du corps indubitablement lésionnels tels que les ulcères digestifs, l'infarctus du myocarde, cancers... D'autres, par contre, conçoivent la conversion dans un sens global qui inclut les symptômes fonctionnels et les lésions qui traduisent dans le corps un conflit inconscient, faute de verbalisation ou d'agir. Vu sous cet angle, l'étiologie psychologique repose sur une hypothèse psychanalytique, une étiologie méconnue avant toute investigation psychique.

Selon Locke (2006), « *la notion de causalité psychosomatique intéresse aussi le domaine des émotions, des traumatismes psychiques, des situations de stress ; soit que le traumatisme soit évident et connu (dans le cas de deuil, de situation d'échec, de catastrophe...) soit qu'il s'agisse d'un malaise lié à un contexte familial, social ou professionnel dont le sujet a conscience mais qu'il n'est pas en mesure de résoudre seul.* »

La cause psychosomatique est aussi à chercher dans la personnalité du sujet, dans la partie cachée de sa vie psychique que dans son environnement social. Les situations vécues et les souffrances endurées doivent être prises en compte. Ainsi, les soins dans le cadre psychosomatique doivent porter une attention particulière à l'une ou à l'autre dimension partant du principe que la maladie est la résultante complexe de ce que vit la personne.

Locke (2006) précise que l'appréhension du concept psychosomatique serait complète que si nous considérons les recherches qui tendent à objectiver les mécanismes psychophysiopathologiques (ou neuro-endocriniens, ou cognitivo-neuropathologiques) de certaines maladies organiques. « *On connaît de mieux en mieux les chaînons intermédiaires entre traumatismes psychiques (le stress) et les désordres physiologiques qui peuvent prédisposer et déclencher des maladies organiques* » Locke (2006). Toutefois, la frontière entre ce qui relève du monde de l'esprit (ou du symbole) et du monde matériel (le corps) reste difficile à cerner. Ainsi, il s'agit pour nous dans la quête des causes de l'HTA, de s'ouvrir à tous les aspects subjectifs familiaux, sociaux des JAT.

3.2.2. Le symbole, le sens, l'interprétation

Plusieurs philosophes et psychanalystes se sont posé la question de ce qu'exprime la maladie ou le symptôme. Ils se demandent si la maladie ou le symptôme a un sens ? Dans le cas où, elle en aura, comment peut le cerner et le mettre au service des soins ? Ces auteurs se demandent si une maladie est un message qui n'aurait pas trouvé d'autre voie que le corps ? si la maladie n'a pas une fonction, une utilité, une fin quelconque. Ils vont plus moins en se demandant si la maladie ne permet pas de résoudre un problème de l'existence du malade ? traduit-elle un échec de l'individu malade ? de son Moi devant les problèmes de la vie ? Est-elle une autopunition, une recherche de gratitude, l'expression des tendances de mort ? Le corps a-t-il son expression propre ou traduit-il une souffrance psychisme, que la pensée et la parole ne parviennent pas à symboliser ?

3.2.3. Le corps dans la culture africaine selon Le Guérinel (1980)

Deux dimensions sont importantes et indissociables dans la conception psychosomatique. Cette approche se veut de tenir compte à la fois du corps et du psychisme (Ferragut, 2003). La place du corps est particulière. C'est le matériel qui exprime le réel, l'imaginaire, le symbolique ou encore l'érotique. Le corps se charge d'éviter tout clivage. Il est une toile où le psychisme s'imprime. L'intérêt de l'approche psychosomatique est qu'elle aide à la compréhension des formes d'expression corporelle de souffrances psychiques.

Pour parler du corps, nous invoquons deux concepts qui nous paraissent indispensables : celle de schéma corporel et celle d'image du corps. Le schéma corporel est selon Hecaen (1961) : « l'ensemble des données sensorielles (extérointéro et proprioceptives) qui nous permettent d'appréhender notre corps comme un tout vivant en contact avec le monde extérieur ». Selon Schilder (1968) : « l'image du corps humain, c'est l'image de notre propre corps que nous formons dans notre esprit, autrement dit, la façon, notre corps nous apparaît à nous-même » (p. 35).

On remarque que le concept d'image du corps introduit toute la dimension de l'imaginaire. Il s'agit aussi bien de l'imaginaire et des représentations individuelles (le fantasme) que de l'imaginaire des représentations collectives ou culturelles (le mythe).

Pour structurer l'image du corps, le tonus et la position tonique sont essentiels. La première fonction acquise dans le développement du nourrisson est la fonction motrice. Cette fonction précède le langage proprement dit. C'est donc, à partir de la fonction posturale que s'installent les autres fonctions. Elle assure l'extériorisation de l'affectivité.

Berthoz (2010) a montré que « *les rapports entre cette expression tonique et la relation avec autrui dans un dialogue tonique où s'articulent le besoin, corporel, le désir ouvert sur l'autre, et la*

demande ». La difficulté de la communication non verbale et verbale est donc posée d'emblée à travers le corps, puisque le corps est le premier mode obligé de la relation avec autrui. Dans la cure de la relaxation, l'impact se situe au niveau de l'articulation de l'expérience corporelle et du langage. L'expression tonique chez l'adulte s'inscrit dans son histoire ; l'histoire de son enfance et l'histoire de ses relations avec son environnement social. On peut donc lire les changements du corps à travers l'histoire de l'individu. Ses difficultés relationnelles conscientes ou inconscientes peuvent être oubliées, refoulées, niées, désavouées, déplacées sur le soma, etc.

Dans la culture occidentale, la société semble être interdictrice de beaucoup d'expressions du corps. Cependant dans la culture africaine, depuis l'enfance, le corps jouit d'un privilège. Il est constamment mis en exergue dans le comportement de l'africain. Le corps continue de jouer dans la vie de l'individu, un rôle essentiel, après avoir été assiégé d'une façon très perpétuée et très valorisée dans les attouchements de corps à corps mère-enfant.

Guérinel (1980) affirme que : « *la place du corps dans la culture et la société africaine est un sujet d'étonnement pour l'observateur le moins averti lorsqu'il arrive en Afrique ; étonnement qui ne cesse de croître lorsque, essayant d'inventorier la masse considérable des documents ethnographiques concernant le corps, il s'aperçoit que le corps est partout présent dans la culture africaine* ». Le corps exprime tout. Il exprime aussi non seulement ses propres dysfonctionnements mais aussi, ceux du psychisme, ceux de sa transaction avec le monde extérieur. Impressionné, Diagne (2018) affirme le corps est si important et présent dans tout ce que l'africain fait dans sa vie quotidienne. Si important : « *qu'il nous oblige à poser la question de sa signification et de son devenir lorsque disparaissent les représentations culturelles dont le corps est l'expression et le support.* » Diagne (2018)

Quelle est alors la place du corps dans l'étiologie de l'HTA ? Le corps serait-il le médiateur entre le vécu des jeunes adultes et la maladie de l'HTA ? Ce sont donc à ces questions, que nous tenterons de répondre afin d'identifier des facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo.

3.2.4. La conversion

C'est dans un article datant de 1894 sur « les névro psychoses de défense » que Freud emploie pour la première fois le terme de conversion. On peut y lire : « dans l'hystérie, l'action de rendre inoffensive la représentation inconciliable, se produit du fait que, sa somme d'excitation est transposée dans le corporel, ce pour quoi j'aimerais proposer le nom de conversion. »

Ce saut du psychisme dans l'innervation somatique restera une énigme. Seulin (1938), cependant avancera une hypothèse d'ordre neurologique pour expliquer par quelles voies se produit ce saut du psychisme dans le somatique : « la conversion se produit en suivant une innervation motrice ou sensorielle qui se trouve dans une corrélation intime ou davantage relâchée avec l'expérience vécue traumatique. »

Notons que la notion de conversion est très étroitement liée dans la théorie freudienne à la notion de traumatisme psychique. Freud (1895), en observant des patients hystériques ayant développé des symptômes à la suite d'un traumatisme, constate une dissociation entre la représentation du traumatisme et l'affect (la charge émotionnelle) liée à cette représentation. Autrement dit, ce que le sujet refoule est de l'ordre de l'angoisse. Le bénéfice du symptôme de conversion serait d'épargner au sujet la souffrance de l'angoisse. Mais notons que le souvenir du traumatisme lui-même peut être refoulé et le sujet ignore, grâce à cette sorte d'oubli, ce qui est à la source de cette angoisse.

L'extension du concept de conversion aux maladies somatiques a suscité beaucoup de discussions. Le modèle de conversion a le mérite et le défaut de pouvoir faire un trait d'union entre un phénomène purement psychique et sa traduction ou sa métamorphose en symptôme somatique.

D'un point de vue très pragmatique, le médecin généraliste dans le contexte actuel des connaissances scientifiques et également dans celui de la déontologie, ne peut pas se permettre de confondre purement et simplement symptômes névrotiques et maladies organiques. L'hystérie reste, en médecine quotidienne, un diagnostic d'élimination. Mais dès lors qu'un trouble organique demeure introuvable et que la conversion s'impose comme l'hypothèse la plus probable, le praticien doit en tirer les conséquences et se tourner vers une approche psychodynamique du problème posé par le patient.

3.2.5. Le stress

Le mot stress vient d'une importation du mot français détresse dans la langue anglaise. Il y a trouvé plusieurs significations autour de la notion de contrainte exercée par une force sur un matériau et par extension, sur un organisme vivant. Des biologistes tels que Cannon et Selye sont parmi les premiers chercheurs qui ont étudié les réactions de l'animal et de l'homme aux agressions. Les situations de stress n'ont pas été appréhendées au départ comme nécessairement pathogènes ; elles font partie de la vie de tout organisme luttant pour protéger son existence et rétablir les équilibres (principalement neuro-endocriniens) perturbés par les changements survenant dans son milieu.

Les psychologues et les psychiatres (tels que Jean Delay en France) ont étendu la notion de stress aux situations et aux traumatismes psychiques mettant en jeu des mécanismes de défense, lesquels peuvent être mis en échec, laissant ainsi s'installer des pathologies mentales ou des maladies psychosomatiques.

On savait que des traumatismes violents (chocs électriques, confinement...) pouvaient causer des lésions organiques chez l'animal, comme par exemple des ulcérations digestives. Le mot stress renvoie aujourd'hui aux effets psychologiques des situations de tension d'angoisse, d'échec, de deuil... (anxiété, angoisse, dépression) qui pourraient être aussi la résultante de microtraumatismes qui ne sont pas toujours clairement identifiés.

L'état de stress est devenu une banalité psychologique. Il explique tout : « il faut lutter contre le stress pour préserver sa santé », autrement dit, chercher des moyens de se détendre, se relaxer, se distraire... Mais les praticiens, notamment les médecins généralistes, repèrent plus ou moins clairement des problématiques personnelles derrière l'écran banalisant du stress. D'où l'intérêt de l'approche psychothérapique des états d'anxiété et de dépression rencontrés en médecine générale.

3.2.6. La psychosomatique intégrative et les cinq stades de Stora

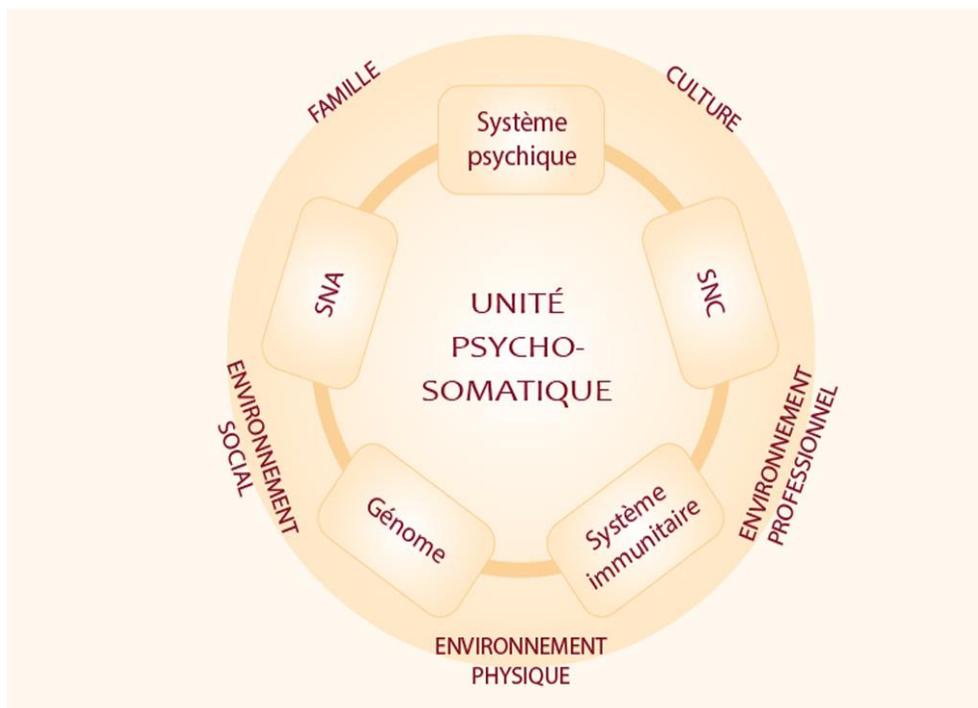
La psychosomatique intégrative est une approche scientifique intégrative de la psychanalyse, de la médecine et des neurosciences qui se réfère aux nouvelles disciplines comme la psycho neuro-immunologie, la psycho neuro-endocrinologie, la neuro-psychanalyse. Cette discipline intègre le modèle de fonctionnement psychique de la métapsychologie ainsi que les découvertes les plus récentes concernant le fonctionnement biologique et les approches récentes des neurosciences (figure 4).

L'idée d'un lien entre le stress et le déclenchement des maladies est de nos jours de plus en plus admise, mais cette conception continue à intriguer les scientifiques. Quel est ce lien, par quel mécanisme ou quel système le psychisme peut-il être à l'origine d'une désorganisation somatique ?

Les recherches actuelles ont ouvert quelques pistes. Il semble clair qu'il n'y a pas de relation linéaire directe entre un événement de vie traumatisant et une réaction psychobiologique déterminée. Un événement tragique (deuil, séparation, viol, accident...) est traumatisant en tant qu'élément faisant fracture dans la vie du sujet, mais il fait fréquemment écho avec d'autres événements traumatiques de son passé, ceux-ci pouvant être restés en mémoire ou refoulés. La notion de temporalité est très importante. Un même événement traumatique n'aura ainsi pas le même impact ni les mêmes conséquences selon l'histoire, la mémoire, l'écho qu'il trouvera chez l'individu affecté. Il s'agit de la notion d'après-coup.

Figure 5 :

La psychosomatique intégrative (Stora, 2013)



✚ La théorie des stades de somatisation de Stora (2013)

Au premier stade, l'individu se trouve soumis à des excitations correspondant à ce que nous appelons couramment le stress de la vie quotidienne. Les réponses psychiques et comportementales développées sont suffisantes pour compenser ce stress passager et il y a absence de troubles somatiques. Ceux-ci vont apparaître progressivement en fonction de l'intensité ou de la permanence des excitations provenant de l'entourage d'une part, et de la fragilité psychique, somatique ou comportementale d'autre part. Suite à un stress prolongé provoquant une stimulation des réponses

physiologiques amygdaliennes neurohormonales avec sécrétion de cortisol et de catécholamines, il va y avoir des conséquences somatiques croissantes favorisant l'installation de maladies chroniques, d'insuffisances fonctionnelles, puis des maladies au pronostic fatal. (Stora, 2013, p. 16 à 22)

Le stade 1 correspond à un stress de faible intensité ou de faible durée, affectant une personne dont les défenses mentales sont bonnes. Pour faire face aux premières menaces de déséquilibre, le Moi va mettre en œuvre des comportements de décharge pour tenter d'évacuer le trop-plein d'excitations perturbatrices. Il s'agit là de comportements acquis pendant l'enfance au terme d'une bonne éducation, pour soulager rapidement les tensions quotidiennes. Ces comportements permettent de renforcer le pare excitation individuelle. Ces réponses, adaptées à une quantité d'excitations quotidiennes de niveau modéré, constituent un palier d'arrêt dans la désorganisation progressive à partir de laquelle, une reconstruction sera aisée, après mentalisation ou disparition de la source de stress.

Ces comportements peuvent être :

- La recherche de réconfort affectif auprès d'une personne proche et aimée. Ce comportement rappelant le rôle joué par la mère dans l'enfance, constitue une sorte de répétition rassurante.
- La recherche de l'approbation d'autrui pour augmenter la confiance en soi.
- La fuite dans un imaginaire, permettant de défouler les tensions agressives et sexuelles par le phantasme.
- L'hypersomnie représentant une forme de fuite de la réalité ainsi qu'une recherche de repos.
- La verbalisation de l'émotion permettant une prise de recul salutaire.
- L'intellectualisation du problème donnant une impression de contrôle.
- L'hyperactivité sportive, professionnelle ou artistique défoulant ou sublimant les pulsions agressives.
- Les comportements émotionnels tels que rire, pleurer et jurer pour soulager les tensions physiologiques.
- Les recherches de plaisirs compensateurs tels que manger, boire, fumer ou avoir une activité sexuelle.

Ces comportements sensorimoteurs sont des mécanismes de défenses sains et souvent efficaces pour se protéger naturellement du stress. Ils permettent en effet une décharge des tensions

accumulées par la frustration, la peur ou la tristesse. Or, dans certains cas de limitation physique suite à l'âge ou une maladie, une invalidité suite à un accident, ou encore de limitation psychique suite à une éducation très répressive, ces comportements de défense seront inhibés ou réprimés et l'excitation ne trouvant d'autre issue, continuera son travail déstabilisateur sur l'organisme. Lorsque les moyens de défense de stade 1 sont présents, nous savons que les capacités de mentalisation du patient sont suffisamment efficaces pour surmonter le déséquilibre passager et s'opposer à toute somatisation.

Le stade 2 correspond à une faillite de ces mécanismes habituels de compensation. L'organisme, soumis à des excitations plus importantes, ou tout du moins dépassant ses capacités de mentalisation, va être obligé de faire appel à des moyens de défense de plus en plus complexes et consommateurs d'énergie. Tous les systèmes de régulation de notre équilibre vont être sollicités pour seconder l'appareil psychique : le système nerveux central, nerveux autonome, puis les systèmes immunitaires et génétiques. C'est à ce moment-là que vont apparaître les premiers signes de déséquilibre psychosomatique. Nous allons assister en premier lieu à des modifications comportementales qui vont révéler un début de désorganisation et de perte de contrôle mental :

- Fatigue et difficultés de concentration.
- Méfiance, hyper-vigilance, rigidité psychologique, intransigeance et irritabilité.
- Insomnies et ruminations mentales.
- États dissociatifs avec perturbation de l'attention.
- Manifestations émotionnelles telles que rire hystérique ou sanglots compulsifs.
- Comportements compulsifs d'hyperactivité qui révèlent la manifestation des pulsions agressives.

L'organisme épuisé par une lutte trop intense ou prolongée va bientôt donner des signes de déséquilibre somatique. Cette somatisation va alors se porter sur un organe cible qui sera déterminé en fonction :

- De notre constitution physique héréditaire,
- De nos points de faiblesse tissulaires créés par des accidents ou des maladies du passé, ou
- Des zones du corps qui peuvent être sur-sollicitées par l'activité physique ou les positions de travail par exemple.

Les maladies qui apparaissent à ce stade vont donc être fonction de l'histoire psychique et physique de la personne. Elles se rencontrent en effet chez les personnes présentant de plus faibles capacités de mentalisation et une faiblesse du préconscient. La capacité d'élaboration mentale à partir des représentations acquises pendant les 20 premières années de vie, s'avèrent dans ce cas insuffisantes à une prise de recul ou une capacité à relativiser salutaire et il en résulte un débordement émotionnel rapide. Dans ce cas, l'amygdale sollicitée envoie des ordres de réponse physiologique au stress de type combat, fuite ou inhibition. L'axe corticotrope est activé, entraînant une sécrétion accrue de cortisol et d'adrénaline qui vont créer des tensions musculaires, une activation du rythme cardiaque, une élévation de la glycémie et du taux de cholestérol par exemple, provoquant divers déséquilibres somatiques. On pourra voir apparaître des troubles musculo-squelettiques, digestifs tels que gastralgies ou colites, ou bien encore des troubles du rythme cardiaque, du comportement alimentaire, respiratoire, dermatologique ou encore des céphalées et des migraines ...

A ce stade, il s'agit de symptômes réversibles mais potentiellement récidivants à chaque nouveau débordement émotionnel. Chaque crise correspond à une régression psychique et s'accompagne d'une apparition rapide de troubles qui, bien que générant de la fatigue, permettent d'une certaine façon de relâcher la tension et l'angoisse. Ces troubles disparaîtront spontanément avec la perturbation émotionnelle. A ce stade, le symptôme protège le patient d'une attaque dépassant ses capacités de défense en lui permettant d'attribuer à son mal-être une cause extérieure, évitant ainsi anxiété ou dépression par exemple. Le symptôme physique, se comportant comme échappatoire de la souffrance psychique, agit comme une soupape de décompression stoppant la désorganisation progressive. On parle de palier d'arrêt de la désorganisation mentale car le symptôme, souvent vécu comme extérieur à soi-même, permet d'isoler les tensions psychiques. Il peut y avoir un désinvestissement de la libido objectale qui est réinvestie au service de sa propre guérison, dans un mouvement de régression narcissique (Stora, 2013 p: 8). Dans ce cas, la libido est déplacée mais demeure présente, redevenant objectale dès la guérison obtenue. En général, un seul système est atteint et une réorganisation mentale est possible à partir des points de fixation et de régression somatique déterminés par le symptôme.

Le stade 3 correspond à un stress aigu ou continu du fait d'une situation traumatique ou d'un conflit intrapsychique permanent. Les comportements de décharge de stade 2 ne suffisent pas à rétablir l'équilibre psychosomatique, favorisant l'évolution des symptômes vers la chronicité. Le Moi carencé qui se désorganise va donner lieu à des comportements de détachement partiel de la réalité

avec alternance de phases successives de déni de la réalité et d'acceptation de celle-ci. Il s'agit de comportements d'économie énergétique, le sujet déstabilisé mobilisant son énergie sur les fonctions à réparer, décharge en quelque sorte les systèmes psychiques et physiques les moins vitaux. On verra alors apparaître des comportements :

- De retrait de la réalité par dissociation avec des modifications internes des états de conscience : évanouissements, amnésies partielles, malaises vagues...
- De retrait de la réalité par déplacement avec projection des pulsions agressives sur autrui : rage, colère...
- Des troubles maniaques, addictifs, compulsifs (kleptomanie, pyromanie...) avec automutilations et accidents inconscients correspondant à des pulsions agressives incontrôlées.

Tous ces actes constituent une tentative de régulation des pulsions agressives qui ne sont plus contrôlées par le mental. Les maladies qui apparaissent à ce stade vont être beaucoup plus difficiles à soigner et commencent à évoluer vers la chronicité. En fonction des prédispositions somatiques, nous pourrions à ce stade voir apparaître :

- Des allergies : asthme, eczéma, psoriasis.
- Des inflammations chroniques de la peau, des yeux, des articulations.
- Des maladies digestives et gynécologiques : ulcères de l'estomac, colites, maladie de Crohn, rectocolite hémorragique, calculs biliaires ou rénaux.
- Des problèmes cardiaques : hypertension, angine de poitrine et troubles du rythme.
- Des problèmes métaboliques : cholestérol, diabète, obésité...

A ce stade, les réactions somatiques sont potentiellement réversibles en fonction de la gravité du déséquilibre atteint. Il y a possibilité de régression partielle des symptômes après disparition de l'agent déclencheur mais pas de retour à l'état initial car le processus de désorganisation est enclenché. Nous voyons donc que les pathologies chroniques correspondent à un processus neuro-hormonal d'adaptation, faisant suite à un stress soit permanent, soit aigu, dépassant les possibilités d'adaptation psychiques et comportementales. Dans ces situations, le stress, vécu comme une menace sur l'organisme, sollicite le système immunitaire. Cette vulnérabilité peut provenir d'une absence de pare excitation et d'introjection de l'objet avec une faiblesse du préconscient, fragilisant l'individu sur le plan psychique et par suite, somatique. Nous sommes en présence de névroses mal

mentalisesées ou de névroses de comportement. La présence de moyens de défense de stade 3 orientera donc le pronostic médical vers un possible passage à la chronicité.

Le stade 4 correspond à un stress permanent, répété ou aigu, constituant un traumatisme de nature à provoquer une désinhibition des pulsions agressives et des pulsions sexuelles. Les pulsions agressives destructrices et mortifères qui ne sont plus contrôlées par les pulsions sexuelles d'amour et de cohésion se libèrent alors de façon incontrôlée. L'organisme fragilisé par une très faible capacité de mentalisation, fonctionnant sur un mode opératoire, ou ayant subi une désorganisation mentale progressive, n'a plus l'énergie suffisante pour lutter, et peut connaître une période de dépression essentielle.

D'après Kséné (2004), cette dépression essentielle se rencontre plus souvent chez des personnes qui vivent, suivant un mode opératoire, c'est-à-dire actuel et factuel, sans expression de leurs émotions avec de faibles capacités de mentalisation et un imaginaire pauvre. Il s'agit d'une réaction de déni destinée à se défendre des douleurs mentales ou des angoisses. Elle fait suite à une perte d'objet réel ou symbolique nécessaire à l'équilibre de la personne et conduit à un effondrement inconscient des forces vitales et des pulsions de vie. La perte causale peut être une séparation, un deuil ou plus simplement un déménagement, un changement de travail ou la perte de tout autre objet investi affectivement. Il s'agit d'une dépression masquée, venant s'installer sur un terrain de dépression latente ou chronique. Elle est révélée par une suractivité ou des comportements violents dirigés soit contre soi : suicides, mutilations, soit contre les autres : viols et agressions. Non perceptible par l'intéressé mais par son entourage, elle annonce la désorganisation progressive et peut donner lieu à des comportements de rage incontrôlée. Dans ce cas, il y a une activation faible mais continue de l'axe corticotrope avec une sécrétion continue de cortisol et d'adrénaline qui affecte tous les organes ou du moins les plus fragiles. Des troubles graves apparaissent alors, traduisant le profond déséquilibre de l'unité psychosomatique : Insuffisance cardiaque, rénale, respiratoire. Les systèmes génétiques et immunitaires hautement sollicités, sont profondément affectés, favorisant le développement des maladies auto-immunes et des cancers.

Le stade 5 peut enfin être atteint en cas de persistance de la source de stress sur un terrain de désorganisation mentale avancée. Le Moi à ce stade complètement épuisé, se met en retrait d'une réalité insupportable pour elle. La désorganisation va atteindre des états de plus en plus profonds jusqu'à l'apparition d'états hallucinatoires, délirants ou psychotiques. Cette mise à l'écart du monde

représente une tentative de survie de l'être humain épuisé au prix d'une désorganisation profonde du Moi. Le pronostic vital est engagé et l'être humain évolue vers la mort.

L'examen psychosomatique permet d'établir d'abord un rapprochement chronologique entre événements de vie et apparition des maladies. Ceci nous permet d'une part de replacer l'événement dans l'histoire de la personne, de voir ce que cet événement peut représenter de particulièrement stressant pour elle, puis d'établir des liens de cause à effet entre cet événement teinté d'une charge émotionnelle particulière et la survenue du signe physique de déséquilibre. Dans le cas où les défenses mentales sont insuffisantes pour protéger l'individu du déséquilibre, le symptôme somatique apparaîtra comme un révélateur, et son évolution sera corrélée à la participation plus ou moins positive de l'entourage. Cette approche est très intéressante pour préciser le pronostic de la maladie, car nous voyons que le diagnostic psychique influence considérablement le pronostic médical.

3.3. L'approche anthropologique et interculturelle de la maladie

Pour comprendre et expliquer la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo, il a été important d'interroger le contexte culturel africain, spécifiquement togolais ; de mettre le jeune adulte au centre de cette quête d'explication de la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes. De ce fait, nous nous sommes intéressés à l'apport anthropologique des représentations de la maladie et des pratiques de la santé.

Également, nous invoquons l'approche interculturelle afin de comprendre l'interaction entre ce qu'on peut qualifier d'universel (les connaissances et pratiques biomédicales) et d'unicité ou local (les connaissances et pratiques de soins traditionnels).

3.3.1. L'approche anthropologique de la santé et de la maladie

La santé et la maladie ne sont pas définies de la même façon à travers les époques et les localités. Selon Levesque, (2015), les populations adhèrent une variété de croyances inhérentes à la santé et aux maladies. Ces croyances sont qualifiées de représentation de santé et des maladies. Elles font référence à la façon dont les populations conçoivent et définissent leur malaise.

3.3.1.1. Approche des modes de représentation de la maladie selon Laplantine (1986)

- *Ontologique et fonctionnel*

Le modèle ontologique encore appelé descriptif contemple, classifie et liste des entités, les causes et les conséquences. Ce modèle est le plus utilisé dans le monde hospitalier et s'oppose au modèle fonctionnel ou relationnel qui interprète les maladies comme un déséquilibre d'une personne avec son environnement.

- *Exogène et endogène*

Le terme exogène désigne une origine extérieure de la maladie. Dans ce cas, celle-ci est causée par un élément étranger au malade. L'individu n'est pas responsable de son état. Il est considéré comme sain. On peut appliquer ce modèle pour expliquer les maladies causées par des éléments naturels (par exemple, un agent infectieux ou chimique, un mauvais équilibre alimentaire, la pollution, un traumatisme physique), des difficultés socioprofessionnelles et des événements traumatiques. On peut aussi introduire des notions surnaturelles (sort, génie, mauvais esprit...).

Le but du traitement est de chasser l'intrus. La guérison vient donc de l'extérieur. Dans le corps, il y a quelque chose en trop qui rend malade et qu'il faut enlever. Ce concept est à la base de nombreux traitements présents aussi bien dans la médecine occidentale que dans les médecines dites traditionnelles avec, par exemple, des ablations chirurgicales, des lavements, des saignées et différents rituels magiques.

Dans le cas endogène, la maladie vient ou se développe de l'intérieur de l'organisme. Il ne s'agit plus alors de chasser un élément externe, puisque la maladie se développe à partir de l'individu lui-même. On retrouve dans ce cas la notion de transmission familiale héréditaire où le sujet est victime de son hérédité. On peut également différencier la part psychologique où le sujet va inconsciemment provoquer sa maladie en raison de troubles émotionnels. Ce modèle prend donc en compte le terrain, l'hérédité, les tempéraments et les prédispositions.

- *Additif et soustractif*

Suivant le modèle additif, la maladie est vécue comme l'intrusion de quelque chose dans le corps (objet, microbe, démon), de quelque chose de trop qui pénètre dans le corps de la personne innocente. Avec cette conception, on refuse que la maladie vienne de l'intérieur et implique la personnalité du malade.

Dans le modèle soustractif, le malade a perdu quelque chose qu'il faudra lui restituer. La guérison passe donc par l'ajout de quelque chose. Ainsi pour les personnes dont les représentations suivent le modèle additif, une intervention chirurgicale, une prise de sang et d'autres traitements ne

poseront pas de problème. À l'inverse, les individus suivant le modèle soustractif chercheront à recevoir (injections, médicaments...).

- *Maléfique et bénéfique*

Le dernier modèle décrit par Laplantine (1986) est le modèle maléfique / bénéfique. La maladie est considérée comme maléfique lorsqu'elle est perçue comme "nuisible, nocive, indésirable et privative". Ses conséquences ne sont pas uniquement au niveau de l'individu mais elle entraîne une dévalorisation sociale qui peut être la cause d'une exclusion de la société.

La maladie suit, au contraire, le modèle bénéfique lorsque ces "symptômes sont considérés comme un message à écouter". La maladie est alors pleine de sens. Elle peut enrichir. La maladie peut également procurer des bénéfices secondaires. Le malade a un statut privilégié unique qui lui permet de se soustraire à différentes contraintes de la société et d'attirer l'attention sur soi. On parle de "médecine gratification". Dans certains cas, le malade se dépasse grâce à sa maladie. Il convertit sa maladie en une force. Cette force lui permet de réaliser ce qu'il n'aurait pas pu faire sans cette maladie.

3.3.1.2. Système de soins et modèles explicatifs

Les systèmes de soins sont composés de trois secteurs vers lesquels les patients peuvent se tourner : le "secteur populaire", le "secteur professionnel" et le "secteur traditionnel". Différents facteurs pousseront chaque individu à faire confiance à tel ou tel système de soins : ses croyances par rapport à la cause d'une maladie, le ou les traitements qu'il voudra utiliser, sa perception de la place du malade et la notion de pouvoir dans la société, l'accessibilité des soins.

- **Le "secteur populaire"**

Ce secteur englobe l'entourage du patient : famille, amis, voisinage, environnement professionnel. C'est le secteur le moins étudié, mais le plus important car c'est à partir de ce secteur que commence la prise en charge. L'automédication y est importante, tout comme la prévention. La préoccupation pour le maintien de la santé a une importance plus grande que la lutte contre la maladie. Ce secteur influence beaucoup le patient par rapport à son adhésion aux autres secteurs. Ainsi, la vision de la collectivité est primordiale dans la prise en charge d'une maladie.

- **Le "secteur professionnel"**

Le secteur professionnel fait référence au monde hospitalier, aux professionnels de la santé. Il désigne la médecine moderne sur laquelle se fonde l'approche biomédicale encore très dominante dans ce secteur. Dans ce secteur la santé est définie généralement par une absence de maladie

physique. Celle-ci est une altération des fonctions du corps. Cette conception de la maladie dans ce secteur détermine les conduites que tiennent les membres de ce secteur.

- Le "secteur traditionnel"

Le secteur traditionnel est composé des soignants qui peuvent se rapprocher du secteur populaire. Ils sont des spécialistes non professionnels. Dans leur pratique de soins, l'usage de la religion est fréquent. Dans la culture africaine, ils sont les spécialistes de la médecine traditionnelle.

Plus souvent, à des degrés divers, le sujet malade utilise donc ces trois secteurs pour se soigner. Il est plus ou moins influencé par sa culture et son environnement social. Les pratiques de soins sont fonction des interprétations qu'il se fait de sa maladie.

Joly (2005) définit dans chacun de ces secteurs comme « *des "modèles explicatifs" de la maladie* ». Les modèles tentent d'expliquer la maladie selon son étiologie, le moment et le mode d'apparition des symptômes, la physiopathologie, l'évolution du trouble et le traitement" (Joly, 2005). Les modèles explicatifs sont, en partie, conscients et liés à l'expérience du patient, à ses croyances ainsi qu'à celles des équipes de soins et de sa famille.

3.3.1.3. Recherche de sens et le recours à la médecine traditionnelle africaine

Pour comprendre sa maladie, le malade va se poser plusieurs questions pour déterminer les causes et même le sens qu'elle cache. "Pourquoi moi ?", " Pourquoi maintenant ?", "Pourquoi lui ?" "Pourquoi ici ?" Les représentations qu'il va construire vont l'aider à y répondre (Taïeb, 2005).

L'objectif de cette quête revêt plusieurs aspects : pouvoir déterminer de quelle maladie il s'agit ; trouver son mode de survenue ; comprendre qui en est à l'origine ; déterminer pourquoi la maladie s'est développée à ce moment, sous cette forme et chez cette personne.

Pour interpréter sa maladie, l'individu cherche des réponses qui vont au-delà de celles données par le corps médical (Heurtin, 1992). Encore une fois, l'individu cherche à retrouver sa place dans la société. Comme l'a fait remarquer Herzlich (1984), les représentations qu'aura un individu de la maladie ne sont pas liées à une mauvaise information du patient ou à un manque de connaissances de celui-ci. Elles sont liées à son vécu et à son expérience.

Dans les cultures africaines, la société à laquelle appartient le malade joue un rôle très important. Ainsi, la maladie ne retentit pas uniquement sur l'individu mais également sur la société dans sa globalité. Quand un individu est malade, plus que le corps physique, c'est tout l'équilibre social qui est modifié (Alhassane & Creusat, 2000) ; la société se composant d'une partie "visible (individus, animaux, minéraux, plantes) et non visible (dieux, esprits, génies, ancêtres)".

Dans les cultures africaines, l'Homme n'est pas une unité individuelle mais un être composé de différentes entités, très liées et contributives les unes aux autres. L'Homme n'est en quelque sorte pas maître de lui-même mais occupé, voire possédé. Il n'est pas propriétaire de son passé, ni de son présent, ni de son avenir. Il a, en quelque sorte, le même statut de la naissance à la mort (Fourasté, 1985).

Pour le malade et son entourage, la maladie a une "double causalité". Elle provient à la fois de causes naturelles et de causes surnaturelles. Ces deux dimensions doivent donc être prises en compte dans la gestion de la maladie pour un rétablissement complet. Des thérapeutiques agissantes spécifiquement sur l'une ou l'autre des causes évoquées sont utilisées simultanément ou successivement. Du reste, certaines maladies sont considérées comme "africaines" non pas uniquement en raison de l'explication qui est en donnée et qui renvoie au monde invisible, mais également par les rapports qui sont établis entre les symptômes et la représentation du corps.

La notion de maladie chronique a une représentation différente en Afrique. On conçoit tout à fait être atteint d'une maladie aiguë par une cause naturelle. En revanche, si celle-ci persiste ou devient chronique, le patient y voit une dimension surnaturelle et pour lui, un traitement dit "naturel" ne suffira plus. Il risque alors de se tourner vers d'autres médecines.

Dans la médecine traditionnelle africaine, la recherche du sens est fondamentale dans la prise en charge de la maladie. C'est elle qui détermine le diagnostic, la prise en charge et le pronostic de chaque patient. Il s'agit donc d'une étape primordiale et précise qui va guider tout le parcours thérapeutique (Alhassane, 2012).

Le praticien s'attache par conséquent à déterminer l'origine de la maladie par la recherche du comment et du pourquoi. L'interrogatoire est primordial puisque la recherche de sens est centrée sur la personnalité de l'individu, mais aussi sur son histoire et celle de sa famille. L'élément perturbateur est extérieur à l'individu, il ne fait pas partie de lui. Cette recherche va le conduire vers des causes non naturelles, d'autant plus si la maladie est inhabituelle, persiste, n'a pas l'amélioration attendue suite au traitement ou s'aggrave plus que prévue. En effet, la médecine traditionnelle guérit ou soulage car apporte une réponse attendue du patient. Cette réponse peut être assimilée à l'effet placebo dans le contexte occidental. Le tradipraticien ne se contente pas de soigner ; son but est d'apporter une guérison au malade. Il va par conséquent faire le lien avec la communauté dans son ensemble, qu'il s'agisse de la partie visible ou de la partie invisible, pour déterminer l'origine du mal. Il peut dans certains cas s'agir d'une punition, d'un avertissement, d'une attaque ou d'une vengeance (Alhassane, 2012).

Dans la médecine traditionnelle, l'écoute du malade et de son entourage a une place importante. L'interrogatoire ne se limite pas aux symptômes et aux faits objectifs racontés par le malade. Sont prises largement en compte ses craintes, l'avis de son entourage, ses rêves, son ressenti... Le patient bénéficiant de l'attention du guérisseur, un climat de confiance et d'acceptation est créé (Alhassane, 2012).

- ***Le choix de la médecine traditionnelle***

On entend par médecine traditionnelle l'ensemble de toutes les connaissances et pratiques explicables ou non pour diagnostiquer, prévenir ou éliminer, un déséquilibre physique, mental ou social, en s'appuyant sur l'expérience vécue et l'observation transmise de génération en génération oralement ou par écrit (Creusat, 2000). Elle regroupe ainsi un certain nombre de pratiques diagnostiques et thérapeutiques, ce qui amène certains à utiliser cette expression au pluriel. Il n'y a pas de codification précise et beaucoup de personnes pratiquent cette médecine.

Les différents secteurs vers lesquels peut se tourner le malade ont été précédemment abordés. Celui-ci commence par se rapprocher de ce qu'il connaît, de ce en quoi il croit (Osamor et al., 2010).

Ainsi, le recours à la médecine traditionnelle en Afrique fait partie de la vie quotidienne. Le malade fait donc confiance à cette médecine à travers laquelle il peut retrouver ses propres représentations. C'est pourquoi, il m'a semblé important de traiter de la médecine traditionnelle, même si l'hypertension artérielle est une maladie ayant un modèle typiquement occidental. On pourrait, en effet, la définir comme une maladie à travers les chiffres et non les symptômes (Ménard, 2010 & Postel-Vinay, 1996). Et cette maladie est nouvelle pour la médecine traditionnelle, comme ce sera développé plus tard. Des études ont estimé l'utilisation des médecines alternatives de 20 à 80% entre les différentes régions du monde (Osamor et al., 2010). Aux États-Unis, certaines études chez les Afro-américains ont d'ailleurs révélé que la médecine traditionnelle fait partie intégrante de la thérapie des patients en raison de son rôle central dans l'histoire culturelle, de son efficacité et des avantages qui lui sont rapportés. Une étude a d'ailleurs évalué à 40 % l'utilisation d'une médecine à base de plantes dans la population générale aux États-Unis (Osamor et al., 2010).

Dans la médecine traditionnelle africaine, le système mis en place est plus social et communautaire que centré sur l'individu. Toutes les démarches entreprises pour faire un diagnostic, expliquer la maladie, prendre en charge la personne malade et la guérir passent par le groupe (Alhassane, 2012). Soulignant la différence avec la médecine occidentale, N'Gono (2011) fait remarquer que chez les Bétis : "À la place du colloque singulier occidental du patient et du médecin, il y a confession

publique de chacun des membres de la famille, une étape qui a pour but de souhaiter le rétablissement rapide."

L'entourage et la famille sont donc impliqués dans la guérison de l'individu. La place du malade dans la société et les relations entre les différents individus sont très fortes. Une maladie n'a pas que des répercussions d'ordre médical. Elle soulève des problèmes d'ordre social car elle modifie les liens entre les individus (Creusat, 2000). Par la suite, les relations entre les différents membres de la communauté peuvent évoluer de façon à valoriser l'individu ou à changer son statut dans le groupe. Il bénéficie de cette façon d'une place particulière et privilégiée au sein du groupe. Il est libéré de ses obligations sociales. De plus, la guérison, plus que de redonner à l'individu sa place dans la société va lui permettre de "s'accepter et de se positionner à nouveau comme sujet conscient et responsable." (N'Gono, 2011).

La communauté est composée à la fois des univers visibles et invisibles (ancêtres, génies, ...). Ceci est expliqué par les différentes croyances culturelles et religieuses par rapport à la nature de l'individu. Même si en fonction des cultures, les croyances diffèrent, on retrouve des éléments communs. La croyance répandue en Afrique subsaharienne est que l'être humain est composé "d'éléments distincts mais étroitement reliés et tributaires les uns des autres" (N'Gono, 2011). On peut le diviser en plusieurs entités, dont le nombre varie selon les cultures, mais on retrouve au moins en commun :

- le "corps physique" ou "enveloppe corporelle" que N'Gono a décrit comme "la manifestation de la personne durant sa vie terrestre et dans l'au-delà."
- "l'esprit" qui donne la vie. C'est cette partie qui peut être l'attaque d'ennemis appartenant au monde visible ou au monde invisible (Laffon et al., 2003). Le guérisseur va devoir en tenir compte pour soigner le patient lors du processus de guérison, la guérison devant être globale et concerner le patient dans son ensemble. Par ailleurs, il est considéré que cet esprit continue à exister et à se manifester après la mort et peut donc avoir une influence sur les humains.

3.3.2. L'approche interculturelle et transculturelle de la santé et de la maladie

L'approche interculturelle repose sur le triangle notionnel diversité / singularité / universalité, à travers lequel on ne cherche pas à pointer les différences, à expliquer par ces dernières, plutôt à les repérer et à les comprendre (Manimben, 2020). On cherche à trouver un équilibre entre la totale singularité d'autrui et son inscription dans sa totale universalité, à reconnaître en l'autre un sujet singulier et un sujet universel par la rencontre, la relation et non l'analyse de sa culture.

L'être humain partage avec les autres humains ces expériences fondamentales. Les cultures ne sont que de simples variations de la Culture. Ce sont les systèmes de normes des différents groupes culturels, les formes et les modalités particulières, les codes symboliques partagés (la langue, les comportements, les grilles d'interprétation du normal et du pathologique, les supports de représentation, les identifications collectives...) à travers laquelle la culture s'exprime.

L'approche interculturelle pourrait se résumer ainsi à tout processus qui se fonde sur le respect de la personne, de sa vision du monde, de son système de valeurs et de ses besoins. Une écoute compréhensive, un climat d'acceptation et de confiance sont les attitudes essentielles dans cette relation. Cette formule n'a rien d'original, on la retrouve chez les théoriciens de l'action psychosociale et de l'aide psychologique (Cohen-Emerique, 1993).

Il n'est pas sans doute aujourd'hui que "la notion d'interculturalité se révéla d'un emploi plus souple, plus profond et plus étendu. Elle peut couvrir l'évolution des acteurs, d'une part en interaction avec les grandes cultures historiques dans lesquelles ils sont nés, d'autre part, en interaction avec les secteurs d'activité, religieux, politiques, économiques, informationnel dans lesquels aujourd'hui chaque individu se situe plus ou moins" (Abdallah et al, 1999). Appréhender les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA revient aussi à s'interroger sur la conception de l'HTA dans les deux cultures : la culture biomédicale du soignant qui émane de sa formation, qui détermine sa connaissance / sa pratique et la culture du patient qui émane de sa conception / expérience culturelle et traditionnelle de la maladie.

Il faut donc remarquer que le soignant à son modèle explicatif et le soigné a également son modèle explicatif. Au cours des différentes consultations et de la prise en charge, le modèle explicatif du malade sera confronté à celui du soignant. Comme le souligne Clanet (1990), cette confrontation se manifeste par la transformation des systèmes, tant personnologiques que culturels, du fait de leurs interactions, mais aussi par leur maintien, du fait du désir de chacun de préserver son identité. Le patient va donc, à travers son analyse, pouvoir modifier son modèle. Ainsi, il pourra adopter le modèle de son médecin, tout en conservant le sien ; attribuer plus d'importance à son modèle qu'à

celui de son médecin ; ne garder qu'un des deux modèles et construire un nouveau modèle grâce à d'autres informations. Ce qui fait intervenir la notion de transculturalité à laquelle notre étude essayera d'interroger.

Si l'interculturalité est la reconnaissance, l'acceptation de la réciprocité des échanges culturels, la transculturalité est l'interpénétration et l'enrichissement avec métissage et hybridité. Il y a plusieurs années déjà que la culture africaine notamment togolaise est confrontée à celle occidentale. Il serait alors intéressant, dans la recherche des facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA, de questionner ces deux concepts comme les faces d'une même pièce de monnaie. Tout en recherchant les facteurs émanant de l'interculturalité, nous allons aussi rechercher les facteurs qui émanent de la transculturalité. On pourra alors se demander quel est le dispositif national de prévention et de prise en charge hospitalière, mis en place dans nos structures pour que ces deux cultures se reconnaissent et s'acceptent afin d'éviter une crise, des tensions et des comportements ambivalents comme le soulignent Guerraoui et Pirlot (2011). Comment favorise-t-on le métissage, l'hybridité de ces deux cultures afin d'assurer une prévention et une prise en charge des pathologies chroniques telle que l'HTA ? Comment ces deux concepts sont invoqués pour même comprendre le concept de l'HTA et développer un discours thérapeutique qui ne soit pas limitatif et inefficace pour les patients au point qu'ils décident de quitter l'hôpital (pour la tradithérapie) comme nous l'avons constaté ?

Pour répondre à toutes ces questions, nous irons chercher dans le contact des acteurs (soignant et soigné/famille) ; chercher ce qui vient de l'Occident et ce qui est local qui favoriserait la survenue / complication de l'HTA. Ne dit-on pas que c'est la "nourriture des blancs" qui nous rend malades. D'ailleurs, les travaux de Popkin et al. (2001) attribuaient l'augmentation de la prévalence de l'HTA en Afrique à une occidentalisation des comportements qui induit de profondes modifications des habitudes alimentaires des africains.

Ces théories sont invoquées pour explorer notre thème de recherche. Elles nous permettent ainsi d'explorer comment l'HTA est conçue / définie en fonction d'où on se trouve, de sa représentation, de sa culture. La prise en compte de la définition ou de la conception culturelle de l'HTA du soignant au détriment de celle du soigné, va être déterminante dans la suite du processus allant de l'annonce de la maladie, en passant par l'insight et la compliance pour aboutir à un retour d'équilibre du patient. Notre recherche cible l'approche interculturelle / transculturelle dans le rapport entre le soignant et le soigné / sa famille. Cette approche qui renvoie à l'existence d'interactions équitables de diverses cultures ainsi qu'à la possibilité de générer des expressions

culturelles partagées par le dialogue et le respect mutuel. En d'autres termes, cela signifie, de partager la culture du soignant et d'apprendre de la culture du soigné par des échanges mutuels, des communications franches et respectueuses afin d'identifier les facteurs associés à l'HTA au Togo. Ainsi cette approche se fonde sur des valeurs telles que la tolérance, le respect de l'autre et de sa culture, une ouverture réciproque des deux cultures. Il s'agira de tirer un plus, de la rencontre des deux cultures ; ce qui passera par une écoute constante.

En somme, il est d'un intérêt particulier que la réalité togolaise de l'HTA soit saisie de l'intérieur ; il importe qu'à partir même de la définition de l'HTA, que nous appréhendons la question de recherche, non pas qu'une réalité biologique et somatique (modèle biomédical) mais comme une réalité psychologique, sociale, psychosomatique, anthropologique et interculturelle/transculturelle. L'itinéraire des jeunes adultes qui aboutit à l'HTA va être examiné au regard de ces registres afin d'identifier les facteurs de la survenue / complication de l'HTA. Pour y parvenir, notre travail est d'articuler l'étiologie et l'étiologie (l'universel et le local).

4. SYNTHÈSE ET SPECIFICATION DU PROBLÈME

L'objet de cette partie est de faire la synthèse de l'ensemble des travaux antérieurs qui ont abordé d'une manière ou d'une autre la question de l'HTA chez les jeunes adultes. La synthèse et la spécification de la question de la recherche sont primordiales. Elles permettent de tracer son chemin et de ne pas traiter une question déjà traitée, de la même manière, portant sur les mêmes individus et sur le même territoire. A l'issue de cet exercice, nous pourrions déduire si notre recherche mérite toujours d'être poursuivie.

A l'issue de la revue des travaux antérieurs, plusieurs études africaines ont permis d'identifier de différents facteurs que nous avons regroupés en catégories de facteurs :

- Les facteurs sociodémographiques (Steyn, 2001 ; Niakara, 2003 ; De Ramirez, 2010 ; Mufunda, 2000 ; Agyemang, 2006) ;
- Les facteurs socioéconomiques (Kaufman, 1996 ; Niakara, 2007) ;
- Facteurs d'antécédents d'HTA familiale (Beever, 2007 ; Pobe, 1993) ;
- La détresse psychologique (Hamer, 2008 ; Davidson, 2000 ; Meyer, 2004 ; Meng, 2012) ;
- Les facteurs médico nutritionnels tels surpoids / obésité (Joshipura et al., 1999 ; Gardener et al., 2012 ; Mancina et al., 2013 ; OMS, 2013) et les antécédents médicaux (comorbidité avec le diabète) ;
- Les facteurs de comportements tels que la consommation de l'alcool (Pearson, 1996 ; Rouillier et al., 2005 ; Zheng et al. 2014, OMS, 2014) et la sédentarité (De Ramirez, 2010 ; OMS, 2014).

Au Togo, différentes études ont aussi mis en exergue des facteurs comme :

- Facteurs sociodémographiques tels l'âge et le sexe (Agoudavi, 2010 ; Baragou et al., 2015 ; Damorou et al. 2006 ; Yayehd et al., 2011) ;
- Facteurs comportementaux telle la consommation du tabac (Agoudavi, 2010 ; Baragou et al., 2015 ; Djibril et al. 2009), de l'alcool (Agoudavi, 2010 ; Djibril et al., 2009 ; Damorou et al., 2006) et la sédentarité (Agoudavi, 2010 ; Wasungu et al., 2016) ;
- Facteurs médico nutritionnels tels les antécédents d'HTA familiale (Agoudavi, 2010 ; Atta et al., 2021), l'obésité (Agoudavi, 2010 ; Atta et al., 2021 ; Baragou et al. 2015, Damorou et al., 2006 ; Yayehd et al., 2011), le diabète (Agoudavi, 2010 ; Baragou et al. 2015), la

dyslipidémie (Atta et al., 2021 ; Baragou et al., 2015 ; Damorou et al., 2006 ; Wasungu et al., 2016) ;

- Facteurs psychologiques tels que le stress (Baragou et al., 2015 ; Djibril et al., 2009) ;

Quatre observations émanent de la revue des travaux antérieurs et motivent la poursuite de cette étude :

- La première observation qui pousse à la poursuite de cette étude est relative à l'ampleur du problème de l'HTA dans le monde et particulièrement dans les pays africains. La recension des écrits montre en effet que l'hypertension artérielle est un problème de santé publique à l'échelle mondiale (OMS, 2013). A ce jour, une personne sur trois souffre d'HTA dans le monde (OMS, 2021) et l'HTA est l'une des principales causes de mortalité précoce dans le monde, à l'origine de près de 10 millions de décès par an (OMS, 2020).

Plusieurs études menées dans les pays africains confirment cette tendance mondiale. Elles montrent d'ailleurs que la prévalence la plus élevée concerne les pays de l'Afrique ; une prévalence comprise entre 30 et 46 % dans la population adulte africaine âgée d'au moins 18 ans (OMS, 2018). Au Togo, où cette étude est menée, la prévalence nationale, est de 30% (Mijiyawa, 2019). C'est dire alors que la maladie de l'HTA mérite une attention autant pour les praticiens que pour les chercheurs.

- La seconde observation est relative au fait que les études n'ont pas ciblé particulièrement les jeunes adultes (objet de cette étude). Les quelques études qui existent se sont penchées sur la prévalence de l'HTA chez les jeunes adultes et non sur les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes. La présente étude porte sur la cible jeune adulte.

Jusqu'à une époque très récente, on pourrait croire que l'HTA est une maladie qui ne touche que les sujets du troisième âge. L'âge est en effet un facteur de risque majeur en fonction des prévalences élevées observées dans cette population de troisième âge. Les études se sont concentrées sur cette population. La tendance semble ne plus être la même : l'HTA touche tout le monde notamment les jeunes adultes voire les jeunes et adolescents.

L'HTA est d'ailleurs, très peu, pensée chez les jeunes adultes au point que les chercheurs estiment qu'elle possède des caractéristiques particulières, notamment une plus forte

proportion d'HTA secondaires (due à un autre problème de santé). Les recommandations européennes (ESC, 2014), britanniques (National Institute for Health and Clinical Excellence, 2011), et françaises (SFHTA, 2005), de prise en charge de l'HTA recommandent de chercher une HTA secondaire lorsque le sujet atteint est jeune.

- La troisième observation qui motive cette étude porte sur la causalité de l'HTA. Les études n'expliquent pas comment les sujets deviennent hypertendus. Elles ne précisent pas si les facteurs évoqués étaient constatés avant ou après la survenue de l'HTA. Notre étude vise à identifier les facteurs qui, lorsqu'ils sont présents en amont, peuvent favoriser l'HTA et lorsqu'ils sont présents en aval de l'HTA, favoriseraient la survenue des complications chez les jeunes adultes.
- La quatrième observation qui légitime, la poursuite de cette étude est l'approche par laquelle, les questions d'HTA sont antérieurement abordées dans les différentes études. En effet, dans la plupart des études réalisées au Togo, la recherche des facteurs de risque à l'HTA est basée sur l'approche biomédicale. L'HTA est pensée avec un référentiel occidental, enseigné dans les écoles africaines de santé. Ainsi les stratégies de prévention et de prise en charge sont à la lumière d'un modèle biomédical, restrictif à la dimension biologique et aux désordres somatiques. L'approche psychosociale et culturelle semble être occultée. Notre étude vise à comprendre le phénomène de l'HTA chez les jeunes adultes à travers une approche de recherche étiologique holistique : biologique, psychologique, économique, sociale et culturelle.

En somme, la revue de la littérature a permis de ressasser différentes études qui portent sur l'HTA. Comme, on peut le constater plus haut, ces études portent sur la population générale et non sur les jeunes adultes spécifiquement. Peu d'études ont été réalisées au Togo à notre connaissance sur les facteurs biopsychosociaux, économiques et culturels associés à l'HTA chez les jeunes adultes. Celles qui en abordent, accordent une primauté aux facteurs biomédicaux et explorent très peu ou pas la dimension psychologique et socioculturelle de l'HTA. Si la prévalence de l'HTA ne cesse d'augmenter autant dans la vieille cible que chez les jeunes adultes, ce qu'il y a matière à réflexion. Une réflexion qui ne doit pas exclure une approche qu'elle soit compréhensible pour le médical ou pas, une réflexion qui doit être menée de l'intérieur sans occulter l'extérieur et une réflexion qui met ensemble tous les acteurs d'idéologies, de techniques et de cultures différentes.

Sur le plan continental, des facteurs ont été étudiés. Dans le fond, ces études ont fait un lien entre l'HTA et les facteurs sociodémographiques (âge, le sexe, le milieu, le statut matrimonial), l'histoire familiale d'HTA, le niveau socio-économique, les antécédents médicaux, les habitudes de vie alimentaire et la détresse psychologique. Confronter ces facteurs à notre terrain (Togo) permettra de contextualiser les facteurs de risque associés à l'HTA chez les jeunes adultes au Togo.

Par ailleurs, il faut relever que l'HTA est une pathologie atypique : pas de signes avant-coureurs, étiologie incertaine et multiple, objectif thérapeutique difficilement atteignable. Elle est une maladie qui questionne constamment le monde moderne et traditionnel. L'appréhender dans un contexte culturel varié où les approches scientifiques et culturelles s'affrontent, revient à toujours s'interroger comme nous le faisons dans la présente étude. Non seulement, nous voulons aller chercher dans l'universel les facteurs qui concourent à la survenue / complications de l'HTA mais surtout de ressortir les spécificités qui expliquent l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Notre ambition est celle d'identifier les aspects psychopathologiques, médicaux, économiques, sociaux et culturels de la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo.

5. QUESTION FONDAMENTALE DE LA RECHERCHE

Quels sont les facteurs associés à la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes de 18 à 40 ans au Togo ?

Spécifiquement :

- Quels sont les facteurs médico nutritionnels qui expliquent la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes de 18 à 40 ans au Togo ?
- Quels sont les facteurs psychologiques qui expliquent la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes de 18 à 40 ans au Togo ?
- Quels sont les facteurs économiques qui influencent la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes de 18 à 40 ans au Togo ?
- Quels sont les facteurs sociaux déterminant dans la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes de 18 à 40 ans au Togo ?

6. OBJECTIFS ET HYPOTHESES DE LA RECHERCHE

6.1. Objectifs de la recherche

6.1.1. Objectif général

Cette phase qualitative vise à déterminer les facteurs associés à la survenue et aux complications de l'HTA chez les jeunes adultes de 18 à 40 ans au Togo.

Spécifiquement

- Identifier les facteurs médico nutritionnels, psychologiques, sociaux et économiques associés à la survenue / complications de l'HTA chez les sujets adultes de 18 à 40 ans.

6.1.2. Objectifs d'application

Le présent travail vise à rendre disponible des données probantes sur les facteurs associés à la survenue / complication de l'HTA chez le sujet jeune adulte au Togo ; ces données serviront à élaborer des documents stratégiques et des interventions de prévention et de prise en charge.

6.2. Hypothèses de la recherche

L'analyse de la situation et de la revue de la littérature, d'une part et le cadre théorique mobilisé d'autre part font évoquer plusieurs facteurs associés à l'hypertension artérielle que nous avons catégorisés en des facteurs médico nutritionnels, psychologiques, sociaux et économiques. Quatre catégories de facteurs sont alors associées à l'HTA à l'issue de cette première démarche d'analyse. Pour les fins de la présente étude, nous avons décidé de ne pas retenir ces facteurs obtenus à l'issue de cette première analyse (qui d'ailleurs ne sont pas spécifiques à la cible étudiée et du même terrain), mais de les confronter à notre champ de recherche (contexte togolais). Ainsi, avons-nous élaboré un premier modèle de recherche (figure 5) devant conduire l'étude qualitative. Ce modèle sera enrichi à l'issue de l'étude qualitative exploratoire.

6.2.1. Hypothèse théorique

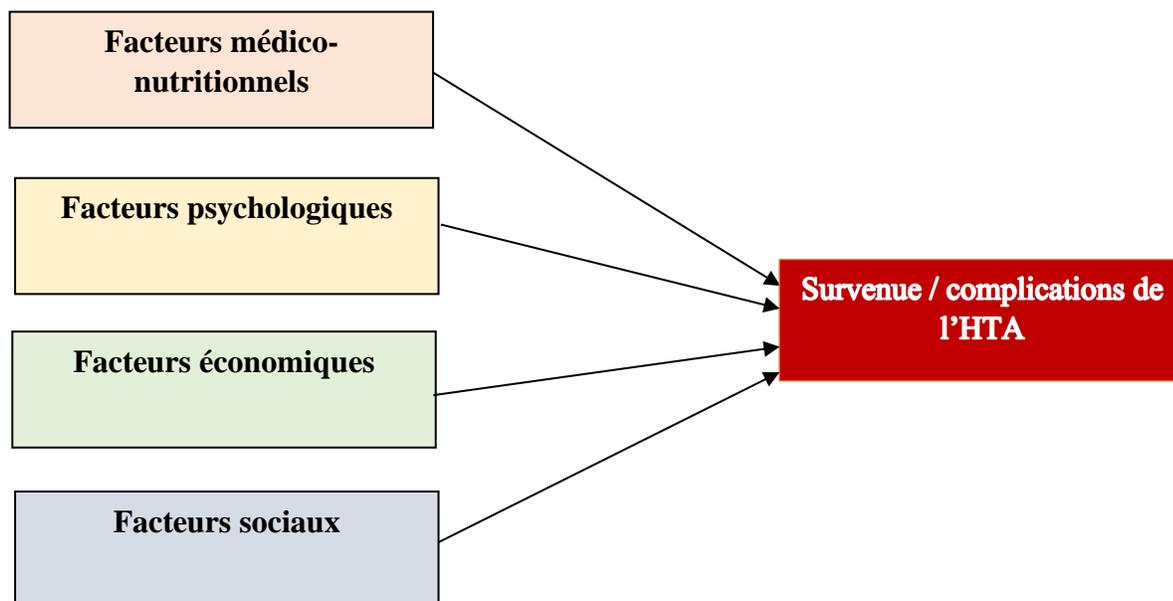
Les facteurs médico nutritionnels, psychologiques, sociaux et économiques sont déterminants dans la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes de 18 à 40 ans au Togo.

6.2.2. Hypothèses de travail

- Les antécédents d'HTA familiale, la comorbidité, le régime alimentaire et le surpoids constituent des facteurs de risque de survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes de 18 à 40 ans.
- La détresse psychologique augmente les risques de survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes de 18 à 40 ans.
- La situation économique est un facteur déterminant dans la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo.
- L'environnement social est déterminant dans la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo.

Figure 6 :

Modèle de recherche qualitative élaboré à l'issue de la revue de la littérature.



CHAPITRE 2

POSTURES EPISTEMOLOGIQUES ET METHODOLOGIE DE LA RECHERCHE

Ce chapitre fait état de notre posture épistémologique, de la démarche de l'étude et de l'ensemble des choix méthodologiques effectués pour répondre à notre questionnement.

1. POSTURE EPISTEMOLOGIQUE DE LA RECHERCHE

L'objet de cette partie est de positionner notre recherche du point de vue épistémologique afin de démontrer la cohérence entre notre objet de recherche et son traitement méthodologique. A cet effet notre ambition n'est pas de dresser l'historique des controverses épistémologiques qui prédominent depuis le milieu du dix-neuvième siècle (XIX^{ème}), ni de débattre de la logique et du fondement des processus de la connaissance scientifique. Nous présenterons simplement ici les différents paradigmes, puis nous expliquerons notre positionnement au sein d'un positivisme dit « aménagé ». Ensuite nous exposerons la démarche de notre recherche, de même que les raisons d'une méthodologie mixte qualitative quantitative.

1.1. Présentation des différents paradigmes épistémologiques

La production de connaissances constitue l'une des finalités d'un travail de recherche (Baumard & Ibert, 1999). Ce but amène le chercheur à s'interroger sur plusieurs aspects : Qu'est-ce que la connaissance ? Quel type de relation entre le chercheur et le terrain sous-tend-elle ? Quels sont les critères que la communauté scientifique peut utiliser au regard des réponses apportées sur les deux questions précédentes ? Ces trois questions sont abordées dans l'épistémologie des sciences, qui selon Esfeld (2009, p.3) « *traitent du thème de la justification des prétentions à la connaissance scientifique* ».

L'épistémologie des sciences est traversée dans chaque champ scientifique par des paradigmes différents (Baumard & Ibert, 1999). Un paradigme exprime l'ensemble des croyances « partagées par des communautés de chercheurs » sur ce qu'est la connaissance. Il fournit, en outre, les justifications qui permettent à des croyances particulières d'obtenir le statut de connaissances sur le monde réel. Tout travail de recherche s'inscrit dans un ensemble de croyances. Leur explicitation est donc incontournable pour permettre une évaluation des résultats d'une recherche par la communauté scientifique du domaine (Wacheux, 2005). Il convient donc d'expliquer dans ce

travail en quoi consistent les différents paradigmes scientifiques à savoir : le positivisme, l'interprétativisme et le constructivisme (Girod-Séville & Perret, 1999).

Le paradigme positiviste postule que la réalité existe en soi, en dehors du chercheur et de la science (hypothèse ontologique). Chercheur et objet de recherche (réalité) constituent donc dans cette approche deux univers indépendants. Dès lors, le rôle du chercheur et de l'observateur serait de rendre compte de la réalité en adoptant des attitudes d'objectivité et de neutralité vis-à-vis de l'objet de recherche et en utilisant des méthodes lui permettant de la découvrir et de la décrire telle qu'elle existe (Le Moigne, 1995). La méthodologie doit être un moyen pour le chercheur d'accéder de manière objective à cette réalité. La connaissance produite par les positivistes est objective et non contextuelle, dans la mesure où elle concourt à la mise à jour de lois, d'une réalité immuable, extérieure à l'individu et indépendante du contexte d'interactions des acteurs (Girod-Séville & Perret, 1999).

Selon Perret et Girod-Séville (1999), la réalité n'a pas d'expérience propre **dans le paradigme interprétativiste** et ne peut être atteinte directement. La réalité et le sujet (et le chercheur) sont interdépendants. Dit de manière triviale, le chercheur travaille sur un objet, agit, par des individus pensants, capables de réflexivité, et évoluant dans un contexte donné (hypothèse phénoménologique). La réalité provient de l'interprétation que font les individus des événements et de leur contexte à partir de leurs motivations. Elle est comprise par l'individu (premier niveau de compréhension) et cette compréhension est comprise par le chercheur (deuxième niveau de compréhension).

Le paradigme interprétativiste implique la prise en compte du contexte des acteurs organisationnels, comme l'indiquent Laarraf (2010, p.165) : « *donner des interprétations aux comportements, implique nécessairement de retrouver les significations locales que les acteurs en donnent, c'est-à-dire des significations situées (dans l'espace) et datées (dans le temps)* ». Ainsi, le chercheur, dans son travail quotidien ne se positionne plus dans une posture d'observateur mais dans une posture de questionnement, susceptible de faire évoluer la compréhension de son objet. Pour Allard-Poesi et Maréchal (2014) « *c'est d'abord un phénomène qui intéresse le chercheur et qu'il souhaite comprendre de l'intérieur. Et l'objet précis de la recherche s'élabore ensuite, au fur et à mesure que cette compréhension se développe* ».

La connaissance est engendrée par l'interprétation et est axée sur la recherche des motivations des acteurs (accent sur la compréhension). L'immuabilité et l'universalité des principes de valeur de la connaissance, ainsi que le suivi d'une logique déductive, sont remises en cause, la spécificité des

sciences sociales est mise à l'avant. Les critères de validité de la connaissance relèvent de l'approche idiographique et de la capacité d'empathie du chercheur (Perret & Girod-Séville, 1999). De son côté, le **paradigme constructiviste** recherche les finalités des actions menées par les acteurs dans l'organisation. Elle introduit la complexité systémique dans l'ensemble des interdépendances imbriquées. Le constructivisme adopte un positionnement relativiste de la réalité sans toutefois rejeter ou accepter l'hypothèse d'une réalité en soi. Ce qui importe, c'est que de toutes façons, cette réalité ne sera jamais indépendante de l'esprit, de la conscience de celui qui l'observe ou l'expérimente (Perret & Girod-Séville, 2003). Pour les constructivistes, la connaissance objective de la réalité n'existe pas car les individus ont la possibilité de la construire à travers leur représentation. Ce paradigme se fonde sur des critères scientifiques spécifiques qui sont d'ailleurs contraires à la logique vérificationniste du positivisme.

On distingue dans ce courant, des critères communs tels que l'enseignabilité et l'adéquation. Dire d'une connaissance qu'elle est adéquate, c'est qu'elle permet d'expliquer finement une situation à un moment donné. Seul le chercheur, véritable expert sur le terrain, apprécie le degré d'adéquation. La réalité est ainsi construite à travers la construction du chercheur autrement dit à travers son expérience qu'il a du terrain. Cette réalité construite n'est jamais accessible directement et la connaissance est le fruit d'une interprétation conjecturale. L'enseignabilité signifie que la connaissance élaborée doit être enseignable (transmissible). Dès lors, toute connaissance sans différence aucune n'est construite de manière projective.

Le tableau ci-après présente une synthèse des trois positionnements (Girod-Séville & Perret, 1999).

Tableau 2 :

Synthèse des trois principales postures épistémologiques (Girod-Séville & Perret, 1999).

	Le positivisme	L'interprétativisme	Le constructivisme
Quel est le statut de la connaissance ?	Hypothèse réaliste Il existe une essence propre à l'objet de connaissance	Hypothèse relativiste L'essence de l'objet ne peut être atteinte	Hypothèse relativiste L'essence de l'objet ne peut être atteinte (constructivisme modéré) ou n'existe pas (constructivisme radical)
La nature de la « réalité »	Indépendance du sujet et de l'objet Hypothèse déterministe Le monde est fait de Nécessités	Dépendance du sujet et de l'objet Hypothèse intentionnaliste Le monde est fait de Possibilités	Dépendance du sujet et de l'objet Hypothèse intentionnaliste Le monde est fait de possibilités
Comment la connaissance est-elle engendrée ? Le chemin de la connaissance scientifique	La découverte Recherche formulée en termes de « pour quelles causes... » Statut privilégié de l'explication	L'interprétation Recherche formulée en termes de « pour quelles motivations des acteurs... » Statut privilégié de la compréhension	La construction Recherche formulée en termes de « pour quelles finalités... » Statut privilégié de la Construction
Quelle est la valeur de la connaissance ? Les critères de validité	Vérifiabilité Confirmabilité Réfutabilité	Idiographie Empathie (révélatrice de l'expérience vécue par les acteurs)	Adéquation Enseignabilité

1.2. Choix du positivisme aménagé

Selon Perret et Girod-Séville (1999), trois types de positionnement peuvent être adoptés par le chercheur : unique, multiple ou aménagé. Dans le premier type de positionnement, on s'en tient rigoureusement à un seul des paradigmes évoqués. Dans le second type de positionnement, le chercheur adopte un pluriel de paradigme c'est-à-dire une approche multiparadigme. Il considère dans ce cas que l'usage entre plusieurs paradigmes est efficace pour améliorer la connaissance d'un phénomène. Enfin le troisième type de positionnement (référence à un paradigme aménagé) consiste à intégrer différentes postures épistémologiques contrastées à travers lesquelles les efforts d'intégration portent sur la recherche d'un standard commun (Hunt, 2011).

Dans le cadre de cette recherche nous avons opté pour le troisième type de positionnement et plus précisément pour un positionnement positiviste aménagé. Cela n'apparaît pas comme un problème puisqu'il n'existe pas de toute façon, selon Depelteau (2000), d'objectivité parfaite en sciences humaines et sociales. En réalité, comme le précise Benabdellah (2008), le choix d'un ancrage épistémologique est contingent à la problématique, au contexte et aux méthodes de recherches retenues. Ainsi dans le cadre de ce travail, ce sont ces éléments qui déterminent notre choix d'un positivisme aménagé.

La problématique de notre recherche nous oblige à adopter un positivisme aménagé en ce sens que, à notre connaissance, il n'existe pas d'études au Togo sur les facteurs associés à la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes. La seule étude nationale (Enquête STEPS de l'OMS) qui porte sur l'HTA et abordant les facteurs associés, est réalisée, il y a dix ans, dans la population générale ; elle n'est donc pas spécifique à la cible jeune adulte. Elle est plus focalisée sur les facteurs biomédicaux. Elle a abordé très brièvement les facteurs psychologiques, sociaux, culturels et économiques. L'antériorité de ces facteurs à l'avènement de l'HTA n'a pas été prouvée. Ainsi, elle permet donc pas de partir de la littérature pour adopter immédiatement une approche hypothético-déductive.

Corrélativement à la problématique, le contexte culturel du Togo impose de ne pas tenir uniquement compte de la littérature mondiale dans l'étude des facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez la cible jeune adulte. En effet, ce contexte étant différent de celui des autres pays, il faut identifier les déterminants de la santé ou les facteurs de risque de la survenue / complication de l'HTA chez le sujet jeune adulte en procédant par induction.

Dans la même logique, notre choix méthodologique guidé par la problématique nous a conduits dans un premier temps, à analyser la littérature puis à formuler nos modèles de recherche. Notre recherche s'inscrit ainsi dans une approche hypothético-déductive dont le choix est guidé par les objectifs : explorer et évaluer. Toutefois, avant de tester empiriquement nos modèles théoriques, nous aurons recours à une étude qualitative exploratoire dans une démarche inductive afin de vérifier la pertinence des modèles issus de la littérature. Cela nous a permis de compléter nos modèles par les observations de terrain. Nous avons, à partir de ces résultats qualitatifs, élaborés des hypothèses dans une perspective inductive. Ainsi, en combinant réflexion hypothético-déductive et réflexion inductive, nous positionnons-nous dans le courant du positivisme aménagé. Il existe différents facteurs ou déterminants de santé inhérents à l'HTA. Cependant, leurs influences varient en fonction de la perception, du vécu de l'environnement physique et social. Ainsi considérons-nous que la réalité existe, mais elle peut être « aménagée » en fonction du contexte, des personnes, des situations, des moments et des interprétations (Miles & Huberman, 1991).

Précisons également que notre choix épistémologique est soutenu par de nombreux chercheurs. Perret et Girod-Seville (2003) soulignent que de nombreux chercheurs empruntent « *des éléments aux différents paradigmes, se dotant ainsi de ce que l'on pourrait appeler une position épistémologique aménagée* » p.31. David (1999), dans un article intitulé, « *Logique, épistémologie et méthodologie en sciences humaines* » estime qu'il faut dépasser l'opposition classique entre démarche inductive et démarche hypothético-déductive. C'est dans le même sens que Miles et Huberman (1991) ont très tôt mis en lumière les lacunes de positions épistémologiques tranchées considérées comme complètement exclusives les unes des autres.

1.3. La démarche de recherche et le type d'étude

1.3.1. La démarche de recherche

Toute recherche est sous-tendue par un projet de connaissance articulant épistémologie, théories et méthodes, cela en cohérence avec la question de recherche. En fonction de la problématique et de l'objet de recherche, le chercheur doit préciser le cheminement adopté pour lier aspect théorique et empirique de sa recherche. Trois modes de raisonnement permettent de réaliser ce travail de mise en relation : l'induction, la déduction, l'abduction (Peirce, 1931). Ils sont présentés dans le tableau 3 ci-dessous.

Tableau 3 :

Les trois formes de raisonnement déduction, induction, abduction (Peirce, 1931).

DEDUCTION	
Règle	A- Tous les haricots provenant de ce sac sont blancs.
Cas	B- Ces haricots proviennent de ce sac.
Résultat (ou conséquence)	C- Ces haricots sont blancs.
INDUCTION	
Cas	B- Ces haricots proviennent de ce sac.
Résultat (ou conséquence)	C- Ces haricots sont blancs.
Règle	A- Tous les haricots provenant de ce sac sont blancs.
ABDUCTION	
Résultat (ou conséquence)	A- Ces haricots sont blancs.
Règle	C- Tous les haricots provenant de ce sac sont blancs.
Cas	B- Ces haricots proviennent de ce sac.

Abrougui (2021) estime qu'il est « *nécessaire d'utiliser de façon itérative déduction et induction voire même de parcourir une boucle récursive abduction déduction induction pour dépasser l'opposition classique entre raisonnement hypothético-déductif et inductif* ». De même, Charreire et Durieux (2003) soulignent la possibilité de faire cohabiter l'induction et la déduction dans la production de connaissances. Ainsi, le chercheur peut être amené à combiner différentes démarches de raisonnement en fonction des itérations entre objectifs de test ou d'exploration.

Notre protocole de recherche s'inscrit dans ce processus et combine induction et déduction. En effet, comme nous l'avons expliqué précédemment, notre démarche méthodologique a consisté à analyser la littérature relative aux concepts de l'étude, à formuler des hypothèses théoriques et

enfin à vérifier la pertinence de ces hypothèses dans le contexte du Togo. Ainsi, notre recherche s'inscrit dans une perspective hypothético-déductive. Cependant, pour identifier les facteurs associés à l'HTA chez le jeune adulte, nous avons aussi utilisé l'induction.

1.3.2. Le type de l'étude

Le choix d'une démarche dépend de motifs essentiellement épistémologiques (Dépelteau, 2010). Ainsi, au regard des réflexions épistémologiques et méthodologiques évoquées plus haut, la démarche scientifique adoptée dans le cadre de ce travail a-t-il été éclectique. Cette démarche se justifie par notre problématique et notre projet de recherche. Selon Bencheman (2009) le choix du dispositif méthodologique dépend avant tout de la problématique (Royer & Zarlowski, 2003) et du projet de recherche (Brabet, 2003).

Notre démarche empirique a emprunté une méthodologie mixte : qualitative et quantitative. La méthode qualitative visait principalement à identifier et à décrire les facteurs déterminants, favorisant et déclenchant la survenue / complications de l'HTA et la méthode quantitative visait à déterminer statistiquement le poids des facteurs associés à la survenue / complication de l'HTA à partir des modèles prédictifs construits à cet effet.

Deux raisons motivent ce choix :

La première est liée à notre objet de recherche qui est inédit dans la mesure où, à ce jour, il n'existe pas, à notre connaissance, d'études sur les facteurs médico nutritionnels, psychologiques, sociaux, économiques et culturels associés à l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Ainsi impose-t-elle le passage par une étude qualitative exploratoire : ne disposant pas d'études sur ces facteurs, nous avons procédé à la recherche dite exploratoire descriptive, ce qui nous permet de découvrir les différents facteurs que nous avons décrit.

Pour Evrard et al (1997), la phase exploratoire d'une étude vise deux objectifs : se familiariser avec le problème et cerner son contour. Nous pensons que notre étude qualitative aborde dans la direction des deux objectifs en ce sens que nous voulons nous familiariser et cerner les contours de la précocité de l'HTA à travers cette étude exploratoire. En réalité, comme le précisent Couvreur et Lehuede (2002), les entretiens (méthodologie qualitative) sont particulièrement nécessaires dans une phase de pré-enquête lorsque le thème de recherche est nouveau. Ces entretiens permettent également au chercheur d'acquérir une connaissance précise des caractéristiques socioculturelles de la population qu'il souhaite étudier.

La deuxième raison qui motive le choix d'une méthodologie mixte est le fait qu'elle permet le mariage stratégique de données qualitatives et quantitatives, de façon cohérente et harmonieuse, afin d'enrichir les résultats de la recherche. Par conséquent, loin de rendre les deux approches imperméables l'une à l'autre, le fait qu'elles (approches qualitative et quantitative) renvoient à deux domaines d'intelligibilité fonde leur complémentarité (Couty, 1984). Winter (1984, p1) partage ce point de vue lorsqu'il signale que les méthodologies quantitative et qualitative constituent des « *méthodes d'investigation irréductibles mais complémentaires* ».

In extenso, la démarche adoptée se révèle classique et moderne en étant à la fois quasi hypothético-déductive et clinique, en ce sens que les résultats auxquels, nous serons parvenus permettront de valider ou non les hypothèses sur lesquelles nous avons étroitement tablé notre approche d'analyse syncrétique. Il s'agit de l'application de la méthode expérimentale utilisée dans les sciences de la nature. Au terme, l'objectif est d'expliquer la nature des liens possibles entre les facteurs associés et la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo à partir d'une analyse multiple.

Par ailleurs la conduite des études (qualitative et quantitative) est de type analytique transversal. En effet la présente étude permet d'analyser les liens statistiques entre les facteurs associés préalablement identifiés et décrits et la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo, à partir d'une approche comparative des données de deux groupes (sujets HTA et des sujets non HTA (frères / sœurs du sujet HTA)). Les participants à l'étude qualitative et quantitative ont été enquêtés au cours des périodes bien circonscrites dans le temps. La collecte a lieu respectivement de juin à août 2020 pour l'étude qualitative et de novembre à décembre 2020 pour l'étude quantitative.

Les données relatives à l'étude qualitative ont été collectées dans les centres hospitaliers et directions régionales de santé tandis que celles concernant l'étude quantitative l'ont été au Centre Hospitalier Régional de Sokodé (centre de référence régional de prise en charge des sujets HTA). Toutefois, des compléments d'enquête ont été réalisés dans la période de janvier à février 2021.

2. METHODOLOGIE DE L'ETUDE

2.1. Cadre de la recherche

Notre étude s'est déroulée en deux phases. La première phase (qualitative) a eu pour cadre d'étude toutes les régions sanitaires du Togo. La seconde phase, celle quantitative, a eu pour cadre le Centre Hospitalier Régional de Sokodé. L'objet de cette partie est de présenter les cadres d'études. Pour ce faire, nous allons présenter l'environnement géographique, démographique, économique, social et sanitaire du Togo.

2.1.1. Un bref aperçu du Togo

La description du Togo ci-dessous présentée, est tirée du document du Plan National du Développement Sanitaire 2017 – 2022 du Ministère de la santé et de la Protection sociale du Togo.

2.1.1.1. Aspect géographique

Selon le PNDS (2017 – 2022), le Togo est un pays de l'Afrique de l'Ouest. Il est situé entre le Ghana à l'Ouest et le Bénin à l'Est, au Nord par le Burkina Faso et au Sud par l'Océan Atlantique. Le Togo a une superficie de 56 600 km². Il a un climat tropical chaud et humide qui favorise les vecteurs de maladies parasitaires.

2.1.1.2. Données démographiques

La croissance démographique est de 2,4% par an au Togo. L'indice de fécondité est estimé à 4,8 enfants par femme et le taux de natalité est évalué à 32,0 naissances/1000 habitants. Quant au taux brut de mortalité, elle est à 8,1 décès/ 1000 habitants. L'espérance de vie est passée de 54,8 ans en 1981 à 63,3 ans en 2010. Durant ces 30 dernières années, la population a plus que triplée passant de 2,7 millions à 8,6 millions en 2020. La population togolaise est à majorité jeune (62%) dont 60% sont âgés de moins de 25 ans et 42% ont moins de 15 ans. Inégalement répartie, Lomé (la capitale) contient à elle seule 24%.

Cette forte croissance de la population entraîne une pression sur les structures sociales de bases. Les défis sont donc énormes en matière de d'éducation, de la santé, de l'accès à l'énergie et à l'eau potable, de même que la sécurité alimentaire.

2.1.1.3. Organisation administrative

Le Togo dispose aujourd'hui cinq régions administratives : Savanes, Kara, Centrale, Plateaux et Maritime). On dénombre 35 préfectures. Afin de mieux développer les politiques de santé sur tout le territoire togolais, le pays a été subdivisé en six régions sanitaires. La décentralisation au Togo est encore dans sa phase embryonnaire. Les collectivités territoriales n'ont pas de réelle autonomie administrative et financière.

2.1.1.4. Contexte économique et social

Le contexte économique et social est porté par le secteur de l'agriculture d'une part et d'autre part, par l'investissement du gouvernement. Durant les cinq dernières années, la croissance économique est demeurée à des niveaux plus élevés. En 2015, elle est de 5,5%. Un an avant (2014), le Togo a connu un déficit budgétaire de 4,9% du produit intérieur brut (PIB). Sa dette publique est passée de 48,6% du PIB en 2011 à 75,4% (un ratio d'endettement supérieur au plafond fixé par l'Union Economique Ouest Africain).

Sur le plan social, des efforts considérables doivent être faits. En effet, le Togo est classé au 162^e rang sur les 188 pays. Son indice du développement humain (IDH) est évalué à 0,48 en 2015. Ce qui montre qu'il existe un déficit important sur les initiatives sociales.

2.1.1.5. Contexte sanitaire selon le PNDS (2017 – 2022)

- La politique nationale de santé

Le Togo s'est inscrit dans l'amélioration de son cadre politique sanitaire depuis 2010. Il s'appuie sur les initiatives de partenariat pour la santé au niveau de la région Afrique et au niveau international, notamment Health Harmonisation in Africa (HHA), IHP+. Dans le concret, de nouveaux documents sont rédigés à l'exemple du document de la nouvelle politique de santé à horizon 2022. Le Togo ambitionne dans cette nouvelle politique, d'offrir à sa population des soins de santé les plus élevés possible. Ainsi, il adhère aux engagements internationaux de promotion et de prise en charge des questions de la santé. La politique nationale de santé reste fondée sur les soins primaires.

Des documents et plans stratégiques émanent de cette politique de santé : Plan National de Développement Sanitaire, 2012-2015 ; politique nationale et plan stratégique des IBC, 2015 ;

politique nationale pharmaceutique, 2012 ; plan de repositionnement de la Planification Familiale, 2013-2017 ...).

- **La situation sanitaire de la population générale selon le PNDS (2017 – 2022)**

L'état général de la population est précaire. La situation sanitaire est dominée en grande partie par la mortalité infantile. Le Togo a connu une amélioration insensible en matière de la santé de la mère et de l'enfant. Les études révèlent que les indicateurs n'ont bougé que de deux chiffres. Entre 1998 et 2010, le taux de mortalité infantile est passé de 80 à 78‰ ; et le taux de mortalité infanto-juvénile est passé de 143 à 123‰. Le ratio de décès maternel a connu une baisse. Il passe de 478 à 350 pour 100.000 naissances. Toutefois, ce taux reste largement supérieur à l'objectif attendu de 160 pour 100.000 naissances en 2015 (réduction de $\frac{3}{4}$ du taux de 1990).

Les maladies transmissibles et parasitaires continuent d'occasionner d'énormes dégâts. En occurrence le VIH qui, quoi qu'en diminution (9,6% entre 1998 et 2008 contre 3,2% de la population en 2009) est loin des objectifs mondiaux de développement (prévalence de 1,5). Les maladies infantiles et maternelles, les maladies liées à la malnutrition / dénutrition, les maladies endémiques continuent de sévir au Togo.

Le Togo n'échappe pas à la transition épidémiologique. Les maladies non transmissibles (MNT) occupent de plus en plus une place considérable. Ceci en raison du mode de vie et des réponses limitées d'approche de santé en faveur de ces MNT. L'offre de service de santé de qualité est limitée avec des problèmes d'équité dans sa répartition géographique⁵.

- **Cadre organisationnel du système national de santé selon le PNDS (2017 – 2022)**

Le Ministère de la Santé et de la Protection Sociale est organisé selon une structure pyramidale à trois niveaux : central, intermédiaire (constitué par les régions sanitaires) et opérationnel (basé sur les districts sanitaires).

La base de la pyramide représente le niveau périphérique ou opérationnel ou local. Ce niveau correspond aux districts sanitaires, chacun d'eux subdivisé en trois échelons à savoir : (i) famille/communauté où existent parfois des cases de santé et des agents de santé communautaire (ASC), (ii) les unités de santé périphériques USP à partir de lesquelles sont menées des activités

⁵ Enquête STEPS Togo 2010.

de proximité en stratégie fixe et mobile, (iii) l'hôpital de référence de district où sont pris en charge les soins cliniques en établissement.

Le milieu de la pyramide représente le niveau intermédiaire ou régional. Le niveau intermédiaire se compose de six régions sanitaires qui exécutent la politique et les directives nationales. Chaque région dispose un Centre Hospitalier Régional (CHR), un Centre Régional de Transfusion Sanguine (CRTS) et un Centre Régional d'Appareillage et d'Orthopédie (CRAO)

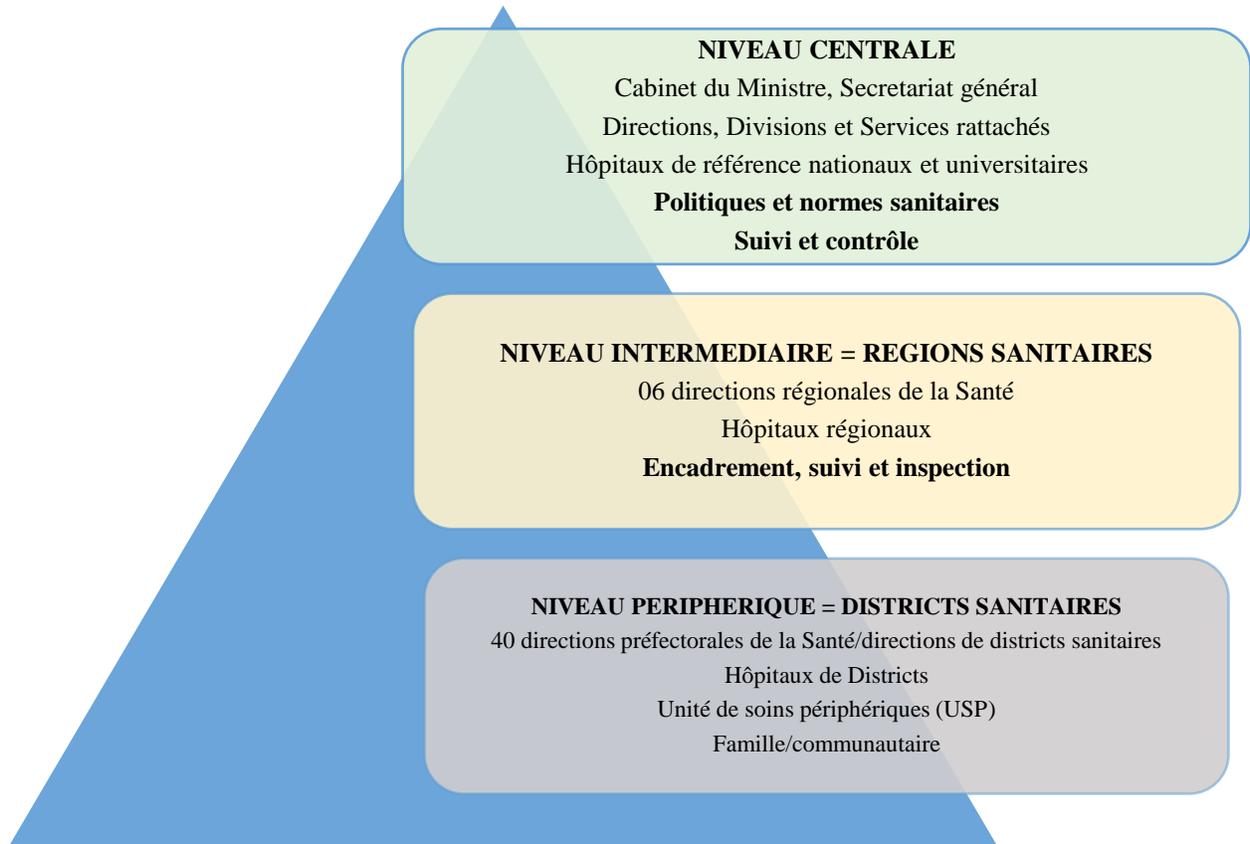
Le sommet de la pyramide représente le niveau central ou national et ses services techniques. Il est chargé de la définition et du suivi de la mise en œuvre des grandes orientations de la politique sanitaire du pays. Il comprend 3 CHU, 1 laboratoire national de référence (INH), 1 CNTS, 1 CNA0 et 1 hôpital psychiatrique.

Le système de santé est relativement bien pourvu en infrastructures : environ 88% de la population se situent à moins de 5 km. Malgré cette bonne accessibilité géographique à l'offre de soins, l'utilisation effective des services de santé publics s'est considérablement réduite au cours des dernières années. En 2009, le taux de fréquentation au plan national était de 30% contre 80% attendus.

L'effectif du personnel du secteur de la santé est passé de 6934 en 2004 à 12 693 agents en 2010 soit un accroissement moyen de l'ordre de 11,8% chaque année pendant la période. Sur les 12 693 agents de santé recensés au plan national, 78% provenaient du secteur public, 14% du secteur privé lucratif et environ 8% du secteur privé confessionnel. Mais si dans l'ensemble, la majorité du personnel travaille dans le secteur public, la situation est inverse pour certaines catégories professionnelles notamment les médecins et les pharmaciens, qui sont majoritairement employés dans le secteur privé (plus de 75% des médecins et 92% des pharmaciens travaillent dans le secteur privé). On relève, des déséquilibres majeurs dans la distribution géographique des ressources humaines du secteur avec peu d'incitations pour favoriser la pratique en zones éloignées. En effet, l'analyse des effectifs par catégorie et par région révèle une caractéristique des ressources humaines de la santé au Togo marquée par une concentration du personnel de santé dans la région sanitaire de Lomé Commune au détriment des zones rurales (en 2010, Lomé comptait 33,7% du total de personnel de santé avec près de 70% des médecins, 37% d'infirmiers et 45% des sages-femmes). La figure 6 ci-après schématise l'organisation pyramidale du système de santé au Togo.

Figure 7 :

Schéma de l'organisation pyramidale du système de santé au Togo (Ministère de la Santé)



2.1.2. Le Centre Hospitalier Régional de Sokodé (CHR-S)

Le centre Hospitalier Régional de Sokodé (CHR-S) est une structure hospitalière qui date de l'époque coloniale. De dispensaire de Sokodé dans les années 1920, il sera appelé Ambulance de Sokodé et prendra le nom d'hôpital de Sokodé après sa reconstruction entre 1977 et 1980. Il fait partie des vieux hôpitaux du pays. Il devient Centre Hospitalier Régional de Sokodé par les dispositions du décret n°90-191/PR du 26 décembre 1990 relatif à l'organisation et au fonctionnement des établissements hospitaliers au Togo. Le CHR-S est à ce jour un centre de référence dans la région centrale. Il dessert également la région voisine notamment Bassar (une ville située dans la région Kara).

Le Centre Hospitalier Régional est un centre public doté d'une personnalité morale et dispose d'une autonomie financière. Il est placé sous la tutelle administrative et financière du Ministère de la Santé et du Ministère de l'Economie et des Finances. Il est dirigé par un directeur assisté par deux adjoints (un pour les ressources financières et l'autre pour les ressources humaines). On distingue un conseil d'administration et un organe consultatif.

➤ **Situation géographique**

L'Hôpital de référence de la région centrale (CHR-S) est implanté dans la ville de Sokodé au bout de la rue opposée à la station T-Oil (ancien Shell) sur la route Sokodé-Bassar, le CHR-S est situé à 77 Km du CHU-Kara au nord, à 54 Km du CHP de Sotouboua au sud et 35Km du CHP de Tchamba à l'est. Il dessert une population totale de la région évaluée en 2017 à environ 742 661 habitants et couvre dans la même période plus de 116 formations sanitaires. Il est également sollicité par les populations des préfectures de Bassar (région de la Kara à l'ouest), de l'Est Mono (région des plateaux à l'est) et des pays voisins (Ghana, Bénin).

➤ **Les services opérationnels au CHR-Sokodé**

Le CHR-S dispose en son sein un bloc administratif et des unités médicotechniques. Le bloc administratif se compose du bureau du Directeur Général, de la Direction des Financières et de la Comptabilité, de la Direction du Personnel et du Budget, de la Surveillance Générale, de la Comptabilité, du service Economique (service financier, régie de la caisse d'avance, le secrétariat), des services généraux et de la morgue.

➤ **Les services médicotechniques**

Les services médicotechniques sont :

- le service de la médecine générale dans lequel se trouve l'unité de santé mentale et des soins psychothérapeutiques ;
- le service gynéco obstétrique ;
- le service de la cardiologie ;
- le service de la pédiatrie ;
- le service de la chirurgie générale ;
- le service porte et des urgences ;
- le service de la stomatologie ;
- le service d'Ortho-Reno-Laryngologie (ORL) ;
- le service de l'ophtalmologie ;
- le service de la rééducation fonctionnelle (Kinésithérapie) ;

- le Centre Régionale d'Appareillage Orthopédique (CRAO) ;
- le service de laboratoire biomédical ;
- le service d'imagerie médicale.

2.2. La méthodologie de l'étude qualitative

Cette phase d'exploration nous a permis d'approfondir nos observations à partir desquelles nous avons pu définir / valider / contextualiser et enrichir les variables de l'étude (retrouvées dans la littérature) en tenant toujours compte des réalités de notre cadre d'étude. Cette étude se réalisant dans un contexte de raréfaction d'études sur les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes au Togo, nous avons voulu procéder par une étude qualitative, de type exploratoire et descriptif. Cette phase exploratoire débouchera sur la méthodologie quantitative.

Dans cette section, nous avons identifié les participants à l'étude qualitative, abordé la méthode d'échantillonnage, défini notre échantillon d'étude puis précisé la méthode de collecte et d'analyse des données recueillies.

2.2.1. Cadre et profil des participants à l'étude qualitative

Les six régions sanitaires du Togo (Grand Lomé, Maritime, Plateaux, Centrale, Kara et Savane) ont servi de cadre pour l'étude qualitative.

Les participants à l'étude qualitative sont essentiellement constitués de personnes impliquées dans la prévention et la prise en charge de l'hypertension artérielle. Il s'agit des patients hypertendus et de leurs familles, des professionnels de santé (surveillants, chefs de service de cardiologie et de médecine, cardiologues, médecins généralistes, assistants médicaux et psychologues), des points focaux MNT et des guérisseurs traditionnels.

2.2.2. Méthode d'échantillonnage, échantillon de l'étude qualitative

2.2.2.1. Mode de sélection

Royer et Zarlowski (2003) identifient quatre catégories de méthodes pour la sélection d'un échantillon. La première rassemble les méthodes dites probabilistes du fait que chaque élément de la population présente une probabilité, différente de zéro, d'appartenir à l'échantillon. Le deuxième ensemble correspond à la méthode des quotas, qui n'est pas une méthode d'échantillonnage probabiliste, car le mode de sélection des éléments de l'échantillon n'est pas aléatoire. Le troisième ensemble concerne la méthode de l'échantillonnage de convenance qui consiste à sélectionner des individus en fonction des opportunités qui se présentent au chercheur. Enfin, la quatrième catégorie

renvoie aux méthodes de sélection de l'échantillon par choix raisonné. Celles-ci reposent fondamentalement sur le jugement et permettent de choisir de manière précise les éléments de l'échantillon selon les critères fixés par le chercheur.

Ces différentes catégories d'échantillons relèvent de deux démarches distinctes. La première est caractéristique de la constitution d'échantillons probabilistes et d'échantillon par la méthode des quotas. Elle consiste à déterminer la population de référence et la taille de l'échantillon pour ensuite sélectionner ces éléments. La deuxième démarche dite « itérative », décrit les méthodes d'échantillonnage de convenance et par choix raisonné. Ici, la constitution de l'échantillon est progressive. Chaque élément est sélectionné et analysé avant de passer au choix suivant. Le processus s'achève lorsqu'on parvient à la saturation théorique.

En ce qui concerne cette partie qualitative de notre étude, nous avons retenu la démarche itérative qui est essentiellement utilisée lors des études exploratoires. Notre échantillon a été construit de manière progressive tout au long de notre étude qualitative. Pour obtenir le matériau de notre étude, nous avons procédé dans un premier temps par échantillonnage raisonné (non probabiliste) pour inclure les individus de notre échantillon région par région. Dans un second temps, nous avons opté pour l'échantillonnage par convenance où par le principe d'opportunité nous avons interrogé les sujets HTA et leur famille, en consultation ou en hospitalisation. C'est également, à travers les sujets HTA et leurs familles, que nous avons pu rencontrer les guérisseurs traditionnels. Le reste des participants (administrateurs de service de santé, professionnels de santé, points focaux) a été rencontré sur leur lieu de travail après avoir négocié un rendez-vous.

Royer et Zarlowski (2003) insistent sur le fait que ce mode d'échantillonnage donne d'aussi bons résultats qu'une méthode probabiliste et que le biais qui pourrait l'affecter, notamment à cause du choix par jugement, est présent dans tous les modes d'échantillonnage, à l'exemple de la variabilité des estimations dans un petit échantillon aléatoire.

Nous avons effectué un échantillonnage exhaustif en recrutant les individus jusqu'à ce que les derniers ne nous apportent plus d'informations différentes (saturation). En complément d'information, les dossiers des patients ont été consultés au cours de cette phase exploratoire. Pour constituer notre échantillon, nous avons voyagé dans chaque région. Nous avons tenu ainsi compte de la situation géographique (rurale et urbaine) de la cible afin d'avoir des informations riches et variées de l'objet de l'étude.

2.2.2.2. Conditions de validité de l'échantillon

Pour être accepté un échantillon doit satisfaire aux conditions de validité interne et externe. La validité interne a trait à la nature, à la méthode de sélection et au nombre d'éléments qui composent l'échantillon. Tout au long de notre recherche, nous avons attaché une grande importance à cette forme de validité, d'où l'attention que nous avons apporté à la définition de notre terrain d'étude, et à l'identification de la population cible.

La validité externe, quant à elle, peut être obtenue par deux modes d'inférence : l'inférence statistique et l'inférence théorique. La première n'est pas utilisée pour les études qualitatives. La seconde, encore appelée généralisation analytique est celle qui est utilisée dans les études qualitatives. Elle consiste à généraliser des propositions théoriques sur la base d'un raisonnement logique. C'est à cette dernière inférence que nous nous sommes intéressés dans cette partie de notre étude. Le tableau 4 ci-dessous présente les différents critères d'un échantillon théorique.

Tableau 4 :

Les critères de choix d'un échantillon théorique (Hlady-Rispal, 2002)

Critère d'échantillonnage théorique	Implications	Degré d'exigence
Représentativité théorique	Homogénéité des cas, du point de vue de la question à étudier ou des entités examinées	Indispensable
Variété	Recherche de cas très différents les uns des autres (filiales, stades de développement, modes relationnels, etc.)	Indispensable si étude de cas multi-sites à visée de génération de théorie
Equilibre	Recherche d'un échantillon de cas offrant une variété équilibrée de situations différentes	Souhaitable
Potentiel de découverte	Sélection de cas riches en données sur le phénomène à l'étude, où les acteurs sont ouverts à une démarche d'investigation en profondeur	Indispensable
Prise en compte de l'objectif de recherche	Sélection différente selon l'objectif recherché : test, génération de théorie, validation de théorie	Logique

Le premier critère est la représentativité théorique. Il exige que les éléments de l'échantillon aient suffisamment de traits communs, sans pour autant être identiques. Dans le cas de notre étude, tous les individus enquêtés ont un lien avec l'objet de l'étude : HTA chez les jeunes adultes au Togo.

La variété est un autre critère de l'échantillon théorique. Elle vise à accroître notre compréhension du phénomène et à cerner sa complexité. Pour notre étude, la variété réside d'une part dans le fait que les individus de notre échantillon proviennent de toutes les régions sanitaires du Togo et d'autre part ils sont des profils sociodémographiques, professionnels et cliniques, distincts.

Le troisième critère est celui de l'équilibre. Il nous incite à considérer un nombre sensiblement proportionnel d'individus enquêtés dans les différentes zones étudiées. Nous avons enquêté un nombre proportionnel de sujets. Un même nombre de soignants, de points focaux et administrateurs de sujets HTA et de membres de famille ont été enquêtés.

En ce qui concerne le quatrième critère qui a trait à la richesse des données disponibles et le potentiel de collecte et d'analyse de l'information, nos efforts pour satisfaire à ce critère, nous ont amenés à collecter des données uniquement auprès des personnes qui ont adhéré à l'étude.

Le dernier critère concerne la cohérence entre la finalité de la recherche et la méthodologie que nous avons utilisée. Précisions ici que l'objectif de cette partie qualitative est d'identifier les facteurs associés à la survenue/complications de l'HTA. Au cours de cette première phase exploratoire, nous avons eu recours à une approche explicative et interprétative fondée sur les discours des sujets hypertendus, des membres de leurs familles, des soignants, des administrateurs de service ou programme de santé (chef/surveillant de service, points focaux) et des guérisseurs traditionnels.

2.2.2.3. La taille et le recrutement des individus de l'échantillon

La taille des échantillons qualitatifs est, de façon générale, restreinte et se constitue plutôt intentionnelle ou raisonnée (Deslauriers, 1991 ; Pourtois & Desmet, 1997 ; Savoie-Zajc, 2000). Deslauriers (1991) précise que l'intérêt est « *de produire le maximum d'informations* » (p. 58). Par conséquent, la collecte des informations prend fin lorsque les unités d'observations analysées n'apportent plus de nouvelles informations. Rien n'empêche d'augmenter la taille même si, à cette étape, la validité interne est assurée. Il serait intéressant de varier le contexte notamment géographique afin d'accroître la validité externe.

Nous avons progressivement (région par région) construit notre échantillon en utilisant le principe d'opportunité c'est-à-dire en prenant dans notre échantillon, les individus rencontrés dans les différentes régions sanitaires et centres hospitaliers régionaux au cours de l'enquête et ceux dont le contact a été facilité par une tierce personne. Lorsque nous avons eu l'idée de cette étude, nous avons premièrement échangé avec les collègues du CHR-Sokodé, précisément de la médecine où nous intervenons en tant que psychologue et avec les patients hypertendus / accompagnants dudit service. Nous avons par l'intermédiaire des familles, rencontré les guérisseurs traditionnels. Nous avons fini la phase de la région centrale par l'entretien avec le point focal des MNT de notre région sanitaire. Par la suite nous avons étendu la zone d'investigation aux autres régions et formations sanitaires du Togo.

Au début de la phase d'enquête, qui concernait le CHR-Sokodé, nous nous sommes entretenus avec deux hypertendus et deux membres de familles et obtenus des compléments d'informations auprès de notre cardiologue puis auprès de deux collègues assistants médicaux. Nous avons également échangé avec le médecin-chef et le surveillant du service de médecine. Nous avons ensuite échangé avec le point focal de la région centrale des maladies non transmissibles et un guérisseur traditionnel. Pour cette phase d'entretien dans la région sanitaire centrale, nous nous sommes entretenus avec onze (11) individus.

Lors de la phase suivante celle, qui concerne les autres régions sanitaires du pays, nous avons décidé d'accroître le nombre d'individus afin d'accroître la diversité de notre échantillon. Nous avons fait le choix d'enquêter dans chaque région au moins une à deux personnes par profil, impliquée dans la prise en charge de l'HTA. Les cinq autres régions ont servi de cadre pour accroître notre échantillon de l'étude qualitative. En effet, en dehors des onze (11) individus entretenus dans la région centrale ; nous avons voulu enquêter 55 autres individus afin d'obtenir un échantillon de 66 individus de différents profils : médecins chefs et surveillants de service de médecine, médecins cardiologues, assistants médicaux, infirmiers, points focaux régions des MNT, sujets HTA et leurs frères/sœurs et guérisseurs traditionnels. Toutefois, l'indisponibilité des uns et la situation sanitaire (COVID-19) n'ont pas permis de tous les avoir. Seuls 52 sujets ont été touchés. Dans un second temps, nous avons rencontré un personnel de l'équipe de prise en charge des MNT du ministère de la santé et consulté trois (03) collègues psychologues afin d'enrichir nos informations. Nous avons en tout un échantillon de 56 individus pour cette phase qualitative. Les derniers que nous rencontrions après les 56 individus de notre échantillon, confirmaient les propos

de leurs confrères et ne nous apportaient plus aucune information nouvelle (saturation). Nous avons donc estimé avoir eu un matériau suffisamment riche et représentatif de la population

Pour recruter les responsables de soins, les points focaux et les professionnels de santé, nous avons joint nos collègues psychologues présents dans chaque région. Sur la base de leur connaissance des acteurs impliqués dans la prise en charge des sujets hypertendus, ils nous ont mis en contact avec ces derniers avec qui nous avons pris des rendez-vous. Des courriers officiels dans lesquels nous avons fait la demande d'enquête et une lettre de recommandation du laboratoire de recherche sont ensuite envoyés aux différentes structures ayant servi de cadre d'enquête. Ces courriers ont permis de rendre les rendez-vous formels et ont ouvert la voie aux rencontres avec les sujets hypertendus et leurs accompagnants. Le recrutement des guérisseurs a été facilité par les patients hypertendus et les familles.

2.2.3. Méthode de collecte

2.2.3.1. Mode de recueil de données qualitative : enquête par entretien

Dans la perspective de compréhension d'un phénomène, ici l'HTA chez les jeunes adultes, Baumard et al (2014) préconisent d'utiliser des données primaires. Ils distinguent deux modes de recueil de données primaires : l'observation et l'enquête (ou entretien).

L'observation est un mode de recueil qui permet d'avoir une plus grande richesse de données que l'entretien. Les comportements sont, en effet, observés directement et cela est plus expressif. Les données recueillies sont beaucoup objectives que celles obtenues à l'entretien qui se basent sur les déclarations. Les entretiens sont utilisés en phase exploratoire, en revanche l'observation est surtout utilisée dans l'étude des comportements. Le choix entre l'observation et l'entretien dépend donc de l'objectif visé par la recherche, mais également, de l'accessibilité des données, de leur coût et de la durée du recueil.

En ce qui concerne notre recherche, la méthode la plus appropriée est l'entretien. En effet, il nous paraît difficile d'observer dans un délai raisonnable les sujets jeunes adultes et la manifestation de l'HTA dans le cours de leur vie. La thèse devant tenir dans un délai de quatre ans, il nous faut finir à temps l'étude qualitative pour aborder l'aspect quantitatif de notre recherche. En outre, l'observation peut prendre plusieurs années afin de tirer des conclusions. Tout de même, lorsque l'entretien se déroule dans un cadre hospitalier comme dans notre cas, il y a une observation qui est faite même si elle n'est pas assez longue. Nous nous orientons donc vers une méthode fondée sur l'enquête par entretien.

Les informations recueillies par l'entretien se présentent sous la forme de mots plutôt que de chiffres (Miles & Huberman, 2003). Selon Paillé et Mucchielli (2016) les mots ont la particularité d'être riches dans la compréhension des phénomènes ou comportements. En se concentrant sur les expériences et représentations des acteurs, elles permettent une compréhension du sens des faits sociaux plutôt que la validation d'hypothèses. L'objectif de cette méthode est d'aborder le sujet de recherche au travers de sa perception, de sa connaissance et de la compréhension des manifestations de l'objet d'études.

Dans les lignes suivantes, nous avons exposé dans un premier temps les techniques d'entretien tout en précisant le mode de recueil d'entretien que nous avons choisi, ensuite, nous avons présenté le guide d'entretien pour enfin présenter la manière dont nous avons conduit nos entretiens.

2.2.3.2. L'entretien clinique semi-directif

On distingue plusieurs techniques d'entretien. Chacune correspond à des domaines de recherche variés. Nous présentons d'abord cette diversité avant d'expliquer notre choix tourné vers l'entretien semi-directif. Le tableau 5 présente les principales caractéristiques des entretiens.

Tableau 5 :

Types d'entretien et techniques d'animation (Caumont, 2002)

Technique d'animation	Type d'entretien individuel	Type d'entretien de groupe	Objet de l'investigation	Type de questionnement	Degrés de liberté
Non directive	Entretien en profondeur	Groupe de discussion	Individu ou groupe	Consigne formelle, reformulation et relance	Très élevés
Semi-directive	Entretien centré (Semi-directif)	Groupe de réflexion (focus group)	Thématique complexe	Consigne formelle, guide d'entretien, relance et recentrage	Assez élevés
Directive	Questionnaire ouvert ou entretien d'expert	Groupe nominal ou entretien de groupe Groupe Delphi	Thématique assez simple Expérience ou témoignage	Ensemble de questions ouvertes Ensemble de questions mixtes (ouvertes ou fermées)	Assez limités

Le tableau 5 nous fait observer la présence d'un lien entre le degré de liberté accordé au répondant, la profondeur et la richesse de l'entretien. Dès lors, il est important de nous interroger sur le degré de directivité de nos entretiens afin d'opter pour le meilleur type d'entretien en fonction de nos objectifs de recherche.

- (1) *L'entretien non directif* n'impose aucune contrainte au répondant, on n'opère généralement aucune intervention en dehors de la consigne initiale qui consiste simplement à fixer le thème de l'entretien et à poser une seule et unique question. Ce type d'entretien laisse beaucoup de liberté au répondant.
- (2) *L'entretien semi-directif ou centré* est un mode de recueil très largement utilisé en sciences humaines et sociales (notamment en psychologie). Il se déroule généralement autour des différents thèmes fixés au préalable par le chercheur et qui sont contenus dans le guide d'entretien. Le rôle joué par le chercheur consiste à recentrer le discours du répondant autour du thème qui l'intéresse tout en préservant une autonomie dans les réponses du répondant. Il faudrait également veiller à ce que tous les thèmes soient abordés.
- (3) Enfin, *l'entretien directif* est celui qui laisse le moins de liberté au répondant dans la mesure où ce dernier répond librement à une suite de questions ouvertes posées par le chercheur de façon directive et dans un ordre prédéterminé.

Les mêmes procédures d'animation sont généralement applicables à des entretiens individuels et, de groupe. Parmi ces différents types d'entretien nous avons opté pour l'entretien individuel semi-directif et plus précisément l'entretien individuel semi-directif.

Ce choix se justifie par le fait que celui-ci nous permet de concilier l'exploration des thèmes issus de la littérature proposée par le chercheur dans le guide d'entretien et l'émergence des thèmes abordés spontanément par les répondants. Nous rejoignons les auteurs qui pensent que l'entretien semi-directif réalise un arrangement souvent idéal entre la liberté d'expression du répondant et l'agencement de la recherche. (Kalika, 2021)

Par des questions ouvertes, l'entretien semi-directif permet au répondant de s'exprimer spontanément. Celui-ci peut en effet librement donner ses perceptions concernant un domaine particulier, ce qui peut enrichir les informations recueillies. Par ailleurs, l'entretien semi-directif montre le privilège d'être un outil éprouvé, qui offre une bonne caution pour obtenir de bons résultats aussi robustes et significatifs. On considère même que les données obtenues par la

spontanéité des entretiens sont plus riches que celles obtenues par des méthodes plus structurées telles que l'entretien direct.

L'entretien semi-directif nécessite l'utilisation d'un instrument particulier : le guide d'entretien défini au préalable et qui liste les thèmes qui doivent être abordés dans le courant de l'entretien. L'élaboration et les caractéristiques de ce document méritent d'être détaillées à présent.

2.2.3.3. Le guide d'entretien

Le choix de la méthode d'entretien semi-directif conduit à l'utilisation de l'outil appelé guide d'entretien. Romelaer (2005) définit le guide d'entretien comme la liste des thèmes auxquels l'interviewer s'intéresse, thèmes sur lesquels il est susceptible d'effectuer des relances. Dans la construction de notre guide d'entretien semi-directif, nous avons pris en compte trois effets (biais).

Le premier est l'effet de consistance. Cet effet amène le sujet à avoir le sentiment que sa réponse doit s'aligner dans le même ordre d'idée que la réponse précédente. Pour pallier cet effet, nous avons utilisé des phrases de transition qui ont amené le participant à comprendre que nous passons à une autre thématique.

Le second effet auquel nous avons fait attention est l'effet de fatigue. Il traduit une baisse d'attention et de concentration du participant de l'étude. Pour pallier cet effet, nous essayons de ne pas être trop longs dans la collecte des informations. D'ailleurs, dans la construction de notre guide d'entretien, nous nous sommes limités un si peu nombre de thème tel que le recommande Evrard (1997). Notre étude distingue cinq thèmes : *HTA chez les jeunes adultes, facteurs médico nutritionnels, facteurs psychologiques, facteurs socio-affectifs et facteurs économiques.*

Le troisième et dernier effet évité est l'effet de redondance. Le participant a l'impression que les mêmes questions reviennent, ou se répètent. Nous avons veillé à ce que nos formulations diffèrent d'une question à une autre.

Nous avons suivi deux étapes dans la construction du guide d'entretien : (1) la définition des besoins en information et la première version du guide d'entretien, (2) les commentaires de personnes ressources et la deuxième version du guide d'entretien.

❖ La définition des besoins en information et la première version du guide d'entretien

Pour définir les besoins en information, nous avons rappelé à nos répondants l'objectif de cette étape de notre thèse (étude qualitative) qui est d'identifier et de décrire les différents facteurs associés à la survenue/complication de l'HTA chez le jeune adulte précisément dans le contexte du

Togo. Nous leur invitons à éviter de transposer les facteurs identifiés dans d'autres pays. A partir de l'analyse de la situation, de la revue de la littérature, nous avons dans un premier temps, défini les thèmes de l'entretien. Nous avons élaboré trois guides d'entretien en fonction de nos groupes cibles : le groupe des sujets hypertendus et leurs familles, le groupe des responsables de structures de soins, des professionnels de santé et des points focaux des MNT et enfin le groupe des guérisseurs traditionnels et spirituels.

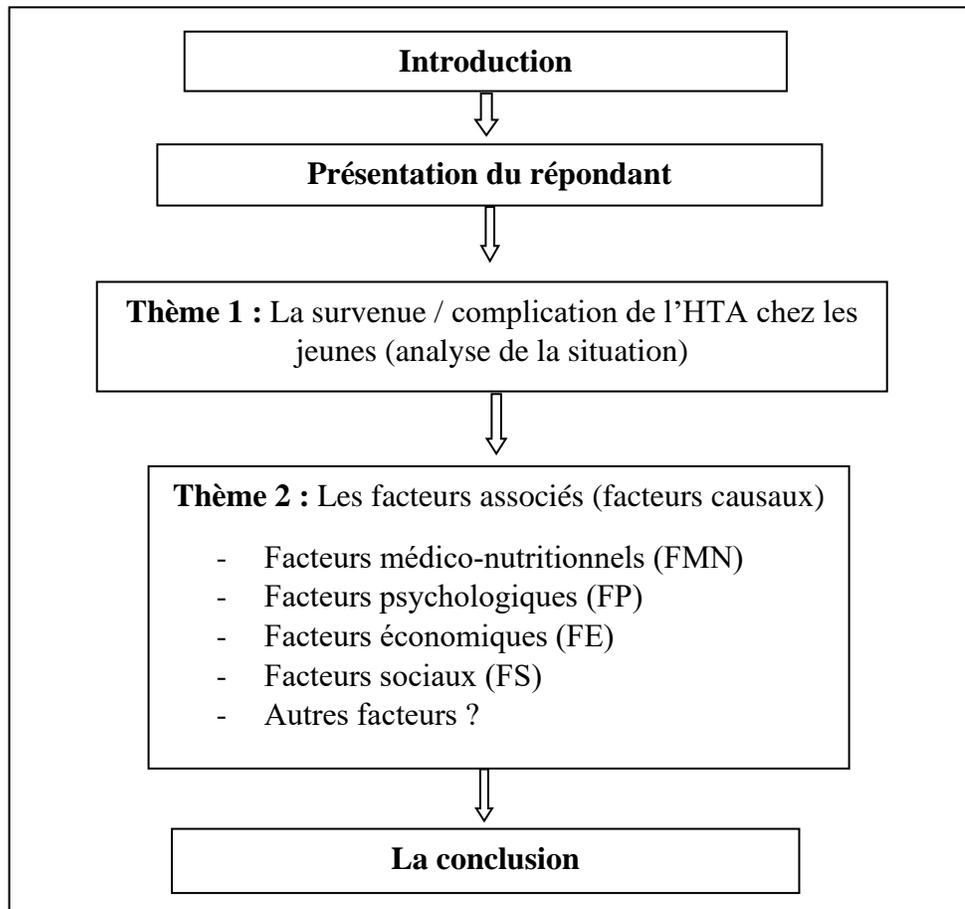
Auprès de nos cibles, le plan d'interview est le même : une petite analyse de la situation des jeunes adultes hypertendus puis le recueil des informations sur les facteurs pouvant expliquer la survenue / complication de l'HTA chez ces jeunes adultes. La question fondamentale, qui est posée au cours de cette phase qualitative, aux enquêtés est : *selon vous, quels sont les facteurs qui expliquent la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo ?* C'est la réponse à cette question qui constitue la substance de l'information recherchée. Nous laissons l'enquêté citer les différents facteurs qu'il trouve déterminants dans la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes. Ensuite nous lui avons demandé de prendre les facteurs un à un pour nous expliquer comment chaque facteur agit dans la survenue/complications de l'HTA.

Dans l'élaboration de la première version de ces guides d'entretien, nous nous sommes efforcés de satisfaire aux exigences suivantes :

- **Type de question à poser** : les questions doivent permettre tout d'abord d'explorer un domaine encore peu étudié. Ensuite, elles nous permettront d'élaborer nos questionnaires ;
- **Contenu des questions** : nos questions portent sur les thèmes qui apparaissent dans notre guide d'entretien dont la structure est présentée ci-dessous (Figure 7), tout en facilitant l'ouverture vers d'autres facteurs que le répondant juge important ;
- **Format des questions** : nous avons utilisé des questions ouvertes avec relances ;
- **Formulation des questions** : bien formuler la question permet sa compréhension et par conséquent une bonne réponse. Pour ce faire, nous avons utilisé un vocabulaire simple et adéquat.
- **Nombre et ordre des questions** : afin d'éviter l'effet de fatigue, nous avons limité autant que possible le nombre des questions. Les questions sont organisées dans un ordre mais leur administration n'est pas rigide.

Figure 8 :

Structure du guide d'entretien utilisé.



Avant son utilisation les guides d'entretien ont été présentés à notre directeur de thèse, à un cardiologue, assistant chef clinique, enseignant-chercheur à l'Université de Kara (Togo), à deux collègues doctorants de l'Université de Lomé, et à deux jeunes adultes hypertendus pour recueillir leurs commentaires.

❖ **Les commentaires de personnes ressources et la deuxième version du guide d'entretien**

Suite, aux observations du directeur de thèse, de l'enseignant-chercheur de l'Université de Kara, des doctorants et des sujets hypertendus, nous avons apporté des modifications aux guides d'entretien afin d'éviter toute ambiguïté de compréhension. Une version finale a ainsi été élaborée et retenue pour la conduite de nos entretiens. La version finale des trois guides est présentée en annexe de la présente thèse.

❖ Les variables de l'étude qualitative

L'analyse de la situation, la revue de la littérature et le champ théorique mobilisé ont permis de distinguer deux groupes de variables : une variable dépendante (la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo) et quatre variables indépendantes (facteurs médiconutritionnels, facteurs psychologiques, facteurs économiques et facteurs sociaux).

✚ **La variable dépendante** : survenue / complication de l'HTA chez les JA au Togo

✚ **Les variables indépendantes (VI)**

- **La variable indépendante (VI 1)** : Les facteurs médico nutritionnels

Indicateurs

- Antécédent d'HTA familiale
- Antécédents médicaux (Comorbidité diabète, obésité et dyslipidémie)
- Les habitudes de vie et alimentaire à risque (sédentarité, nourriture trop salée, grasse, trop sucrée).

- **La variable indépendante (VI 2)** : Les facteurs psychologiques

Indicateurs

- Troubles anxiodépressifs
- Stress chronique

- **La variable indépendante (VI 3)** : les facteurs économiques

Indicateurs

- Difficulté financière à s'offrir des soins de santé de qualité et autres besoins vitaux.

- **La variable indépendante (VI 4)** : les facteurs sociaux

Indicateurs

- Situation matrimoniale
- Environnement social défavorable

2.2.3.4. Déroulement et conduite des entretiens

Nous présentons ici, les quatre phases de nos entretiens suivies des conditions que nous avons respectées lors de l'utilisation des guides d'entretien.

❖ Déroulement

Nos entretiens se sont effectués en quatre phases : (1) avant l'entretien proprement dit, (2) au début de l'entretien, (3) pendant l'entretien, et (4) à la fin de l'entretien.

(1) Phase d'avant l'entretien proprement dit :

C'est la phase du premier contact et de la mise en confiance du participant de l'étude. La mise en confiance est une étape essentielle qui facilite l'acceptation et l'adhésion à la recherche. L'étape d'avant l'entretien proprement permet d'obtenir une richesse et une sincérité optimale des informations transmises par la personne interrogée. C'est le lieu d'établir un contrat de validation / confidentialité avec l'interviewé et de valider le temps disponible. Dès lors, avant même, le commencement de l'entretien, nous commençons par nous présenter. Ensuite, nous présentons les objectifs de notre recherche. Colle (2006) montre qu'à cette étape, il est fréquent que les personnes interrogées soient sensibles au sujet de la recherche. Dans de pareil cas, le sujet de la recherche n'est pas annoncé au départ. Dans notre étude, nous n'avons pas rencontré de telle situation.

Cette étape est aussi l'étape de faire connaissance. Nous nous présentons et demandons ensuite aux participants de se présenter. Les informations recueillies ici déjà, servent pour l'analyse des caractéristiques sociodémographiques et cliniques. Cette première étape est importante et permet de définir le rôle de chacun et pour qu'une confiance symétrique s'établisse.

(2) Au début de l'entretien :

C'est le début de l'entretien proprement dit. C'est une étape qui amène le participant à un discours essentiel pour l'étude. Cette entame se veut simple, concise et réalisée dans la langue que parle le répondant. Nos guides d'entretien ont été structurés de façon à recueillir d'abord les informations sur la situation de l'HTA dans la cible JA. Nous avons utilisé la technique du « split question » ou de Funnel, en commençant par des questions assez générales pour continuer ensuite avec des questions plus précises. Ainsi, avons-nous commencé nos entretiens auprès des professionnels de santé, administrateurs et points focaux des MNT par la question suivante : « *Parlez-nous de l'HTA ou de ses complications chez les jeunes adultes togolais ?* » et auprès du sujet HTA et sa famille par « *Parlez-nous de votre état de santé actuel et spécifiquement de votre HTA s'il y a lieu* ». Il

s'agira ici pour les professionnels de santé, administrateurs et points focaux des MNT, de nous parler de leurs observations générales de la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes. Pour les sujets hypertendus et les membres de leurs familles, nous nous étions attendus à ce qu'ils nous donnent un aperçu général de leur état de santé, et de celui de leurs familles en matière d'HTA. Ensuite, nous avons cherché à discerner le contenu de chaque élément évoqué étant entendu que plusieurs mots ou expressions puissent avoir des contenus différents. Enfin, nous avons examiné avec précision les propos que l'interviewé juge les plus importants.

(3) *Pendant l'entretien :*

La question d'entame n'étant pas la seule question centrale de notre entretien, nous avons posé ensuite d'autres questions pour orienter l'entretien suivant notre guide en commençant par la question sur les facteurs associés, qui s'énonce comme suit « *Selon vous, quels sont les facteurs associés la survenue / complication de l'HTA ?* ». Nous avons veillé à assurer un flux conversationnel agréable et à réduire les biais liés aux effets d'ordre des questions. Nous avons prévu quelques questions de relance centrées sur les thèmes principaux de notre recherche exploratoire de manière à préciser ou à approfondir les informations recueillies. Les questions de relance utilisées étaient : « *Pouvez-vous expliciter ?* », « *Pouvez-vous me donner des exemples de cela ?* », « *Que voulez-vous dire exactement par cela ?* », « *Pouvez-vous préciser cela ?* ». Nous avons également utilisé des reformulations clarifications telles que : « *Vous voulez dire* », « *Ce que vous dites ne s'explique-t-il pas par...* ». Ces relances nous ont permis de recentrer l'entretien lorsque le répondant s'écartait du sujet d'étude.

(4) *A la fin de l'entretien :*

Nous avons donné la possibilité au répondant d'évoquer un autre point qu'il jugeait pertinent puis nous l'avons remercié d'avoir participé à l'enquête. Nous lui avons proposé de lui communiquer la retranscription de l'entretien, une fois celle-ci effectuée, afin qu'il puisse s'assurer de la fidélité des propos tenus. Cette étape a renforcé la confiance entre nous et les répondants, en témoigne le bon accueil dont nous avons fait objet lors des passages ultérieurs (notamment lors de l'administration du questionnaire de la deuxième phase de notre étude).

❖ **La conduite des entretiens**

Les guides d'entretien nous ont servis de fil conducteur lors de nos entretiens. Toutefois, il convient de préciser les conditions respectées lors de son utilisation. S'appuyant sur les travaux de Rogers et al. (2018), la conduite de nos entretiens a suivi des recommandations importantes :

- (1) Le chercheur doit s'efforcer de poser le moins de questions possible ;
- (2) Le chercheur doit essayer de formuler ses interventions d'une manière aussi ouverte que possible ;
- (3) Il doit s'abstenir de s'impliquer lui-même dans le contenu de l'entretien ;
- (4) Il doit veiller à ce que l'entretien se déroule dans un environnement et un contexte adéquat ;
- (5) Sur le plan technique, il est indispensable en plus de l'enregistrement des entretiens, que des notes soient également prises.

Nous avons tenu compte de ces recommandations lors de nos entretiens. La majorité des répondants ont été interrogés en face-à-face. Selon Malhotra et al (2011, p. 128), « *les entretiens personnels en face à face peuvent se dérouler à domicile, dans un centre commercial ou un lieu public, au travail* ». Dans ce travail de recherche, nous avons privilégié l'entretien sur le lieu de travail. Le fait d'interroger des personnes sur leur lieu de travail présente des avantages. Ainsi, le chercheur peut observer les locaux et apprécier les conditions de travail. Il peut aussi rencontrer d'autres personnes de l'organisation afin de situer les propos de la personne interviewée dans leur contexte.

Par ailleurs, chez les personnes répondant en situation de travail, il est fréquent de constater que les exemples de situations concrètes leur viennent plus facilement à l'esprit et que les discours sont marqués d'une grande authenticité (Colle, 2006). Toutefois, la conduite des entretiens sur le lieu du travail peut également présenter un certain nombre d'inconvénients (Colle, 2006). Tout d'abord la prise de recul peut être difficile pour le répondant. En outre, une émotion subie avant l'entretien peut influencer les informations transmises. Néanmoins, la subjectivité et les émotions du répondant sont des éléments qui peuvent être intéressants dans le cadre d'une analyse qualitative. Conduire des entretiens sur le lieu du travail peut amener le répondant à penser que le chercheur enquête pour le compte de ses supérieurs hiérarchiques. Ceci qui pourrait entraîner des biais dans les réponses.

Avec l'accord du répondant, l'entretien a été enregistré par un portable Android techno. Afin d'aider la personne interrogée à accepter et oublier l'enregistrement nous lui garantissons l'anonymat. Nous proposons au répondant qu'il pourra arrêter l'enregistrement lorsqu'il abordera les points qu'il juge confidentiels ou particulièrement délicats. Seul un répondant a eu à arrêter l'enregistrement lors de l'entretien. Nos perceptions qui, malgré leur subjectivité, ne sauraient être considérées comme sans valeur, ont été notées à la fin des entretiens.

La durée de nos entretiens est en moyenne de 45 minutes. Ainsi nous sommes-nous conformés à ce qui est habituellement suggéré pour des études de nature exploratoire.

Comme le préconise Singly (1992), nous avons expliqué notre démarche aux répondants en insistant sur le fait que nous sommes indépendants vis-à-vis de la direction des formations sanitaires, vis-à-vis des hypertendus ou de leurs familles. Nous avons également garanti la confidentialité des informations recueillies.

Concernant l'attitude et les comportements à adopter durant le déroulement des entretiens, nous avons eu une attitude de neutralité de manière à limiter notre influence sur les réponses du répondant. Le risque est que cette neutralité soit perçue comme gênante par celui-ci. Nous avons évité ce biais dans nos entretiens en proposant de répondre aux questions de l'interviewé à la fin de l'entretien.

Par ailleurs, lors de l'intervention des répondants, nous avons fait preuve d'une grande attention (en utilisant les signes d'acquiescement et de compréhension) en évitant de porter de jugement sur le contenu du discours de la personne interrogée. Nous avons donc laissé les personnes libres de s'exprimer sur leurs vécus, leurs relations, leurs connaissances / pratiques de soins et sur les dimensions de la qualité de soins qu'elles souhaitent aborder. Nous évoquions néanmoins certaines variables de notre objet d'étude lorsque l'interviewé ne le fait pas spontanément. Nous avons également fait attention aux éléments de la communication non verbale telle que les gestes, les postures, les silences, etc. En effet, Igalens et Roussel (1998) notent que dans un entretien, l'information peut être issue d'une communication non verbale.

2.2.3.5. Transcription des données

La transcription des données a été réalisée par nous-même. Tous les entretiens ont été retranscrits mot pour mot sur support informatique, de la manière la plus exhaustive possible, sans chercher à reformuler les propos des enquêtés ni à corriger d'éventuelles fautes de langage. Certains mots ont pu être rajoutés lors de la retranscription, pour signaler des éléments lors de l'entretien (rires, silence...). La durée de retranscription était de 2 heures à 3 heures pour chaque entretien.

Dans les retranscriptions, nous avons désigné les enquêtés par leurs profils en entre parenthèses. Ainsi le médecin est désigné par (Médecin), l'infirmier est désigné (infirmier), l'hypertendu par (sujet HTA) ainsi de suite pour les autres répondants. Les verbatim des répondants sont mis entre guillemets et se présentent en italique.

La façon dont seront conduits nos entretiens ayant été relatée, il convient de dire à présent comment ils seront analysés.

2.2.4. Méthode d'analyse

2.2.4.1. Analyse des données sociodémographiques

Ici, il est important de revenir sur le profil des participants et leur provenance géographique qui montrent la diversité et la richesse des informations recueillies. Rappelons que dans cette étude qualitative nous ne cherchons pas établir des données numériques assurant la représentativité de l'échantillon, mais plutôt à mettre en valeurs certaines caractéristiques des individus interrogés.

2.2.4.2. Analyse des éléments du discours

Pour analyser les informations recueillies, nous nous sommes servis de l'analyse de contenu. L'analyse de contenu s'inscrit dans la phase exploratoire de notre recherche, qui vise à explorer les différents facteurs associés à la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Nous allons présenter tout d'abord les raisons qui ont motivé le choix de cette méthode (1), ensuite exposer la méthode de l'analyse de contenu (2), puis parler du logiciel de traitement des données qualitatives (logiciel Nvivo) utilisé comme support pour notre analyse (3). Enfin, nous évoquerons la question de fiabilité et de validité de la recherche (4).

➤ Le choix de la méthode d'analyse des données qualitatives : l'analyse de contenu thématique

Pour analyser les données de l'entretien, nous avons choisi l'analyse de contenu thématique. L'analyse de contenu thématique est une opération qui amène au moyen des codes, à transformer un texte issu d'un entretien en un texte unique et original de son contenu autour des thèmes et sous thème. C'est une opération de décodage des informations recueillies à l'entretien.

Il faut alors rappeler que ce choix dépend des questions et des objectifs de recherche. Les méthodes qualitatives mettent en œuvre des processus communs qui proviennent de l'induction, de la théorie, de l'approche du phénomène, de l'analyse et de la systématique des relations.

Wanlin (2007) fait un parallèle entre ces méthodes et l'analyse de contenu. Il montre dans un tableau que les processus fondamentaux qui caractérisent ces analyses de données qualitatives à savoir la comparaison, la catégorisation, la mise en relation ou codage, la synthèse compréhensive ou l'invention de forme et de sens se retrouvent aussi dans les analyses de contenu. Ainsi, les deux moments distincts mais complémentaires de l'analyse de données qualitatives que sont

l'organisation des données et leur interprétation se retrouvent dans la majorité des méthodes d'analyse qualitative (Savoie-Zajc, 2000).

En conséquence, il n'existe aucune méthode d'analyse de données qualitatives qui soit meilleure que les autres (Trudel & Gilbert, 1999). Il y a seulement des méthodes qui sont plus appropriées que d'autres, compte tenu de la tradition dans laquelle le chercheur travaille (Trudel & Gilbert, 1999), des objectifs de recherche et du matériel disponibles (Wanlin, 2007). L'analyse de contenu est pertinente dans notre étude. En fonction des unités d'analyse retenues, on distingue particulièrement deux grands types d'analyse de contenu (Thiétart, 2003) :

- Les analyses lexicales utilisées, s'attachent à l'univers et à la fortune du lexique utilisé dans le discours ou le texte, et s'attachent à analyser la fréquence d'apparition des mots. Dans ce cas c'est le mot constitue l'unité d'analyse (Thiétart, 2003).
- Les analyses thématiques quant à elles, adoptent comme unité d'analyse une portion de phrase, une phrase entière, ou un groupe de phrases se rapportant à un même thème. Ce type d'analyse est le plus souvent utilisé dans les études sur les organisations (Dougherty et Bowman, 1995).

Nous avons opté pour l'analyse de contenu thématique car ce dernier type d'analyse, est le plus fréquent, dans les études en sciences humaines et sociales (Thiétart, 2003). Ce choix s'inscrit aussi dans la faveur de la méthode d'entretien choisie.

➤ **Description de l'analyse de contenu**

L'objectif de ce paragraphe est de présenter les étapes de notre analyse qui s'alignent sur celle de la technique d'analyse de contenu thématique des données. L'analyse de contenu comporte plusieurs étapes chronologiques. Selon les auteurs, on distinguera trois (Bardin, 1998), quatre (Robert & Bouillaguet, 2007) voire cinq (Landry, 1992). Dans notre analyse nous retiendrons les trois phases de Bardin (1998) : la préanalyse (1), l'exploitation du matériel (2) ainsi que le traitement des résultats, l'inférence et l'interprétation (3).

(1) La préanalyse

La préanalyse est composée d'activités non structurées et « ouvertes ». Cette première étape consiste à organiser le travail. Il s'agit de délimiter, après un premier tri du matériel recueilli, le corpus sur lequel l'analyse prendra appui. Au cours de cette première phase, Wanlin (2007) décrit trois objectifs, non nécessairement chronologiques, mais très liés entre eux : le choix des documents à soumettre à l'analyse, la formulation des hypothèses, des objectifs de même que l'élaboration des

indicateurs sur lesquels s'appuiera l'interprétation finale. Ces objectifs ne se succèdent pas obligatoirement de manière chronologique mais sont très liés les uns aux autres.

La phase de la préanalyse comporte plusieurs étapes qui sont le choix des documents, la phase de lecture flottante, la formulation des hypothèses et objectifs, le repérage des indices et l'élaboration des indicateurs, la préparation du matériel.

(2) L'exploitation du matériel

Le but poursuivi durant cette phase centrale d'une analyse de contenu consiste à appliquer, au corpus de données, des traitements autorisant l'accès à une signification différente, répondant à la problématique mais ne dénaturant pas le contenu initial (Wanlin, 2007). Selon Wanlin (2007), cette deuxième phase consiste surtout à procéder aux opérations de codage, de décomptage ou d'énumération en fonction des consignes préalablement formulées.

• L'opération de catégorisation

La catégorisation est une opération qui consiste à élaborer ou à appliquer une grille de catégories. Elle permet d'établir des rubriques qui rassemblent des matières ayant les mêmes caractères sous un titre générique. C'est en fait une classification des données du corpus dans celles-ci ; une classification d'éléments constitutifs d'un ensemble par discrimination puis rassemblement par genre (analogie) d'après des critères déterminés afin de fournir, par accumulation, une représentation simplifiée des données brutes (Wanlin, 2007).

D'après des informations recueillies à l'avance en fonction des objectifs d'étude, les choix des catégories peuvent être établis. Dans 1^{er} temps, on parle, d'une approche ouverte et inductive de généralisation et d'abstraction des données ; dans un second temps, on parle d'une démarche close d'évaluation et de traduction des indicateurs d'étude.

• Le codage

Le codage encore appelé le comptage explore, étape par étape, ligne par ligne les textes issus des entretiens ou des observations. Il décrit, classe et transforme les données qualitatives brutes en fonction de la grille d'analyse. Il s'agit d'un processus où on applique les catégories au corpus et où l'on remplit les grilles d'analyse ou catégorie selon l'unité d'enregistrement retenue.

(3) Traitement, interprétation et inférence

La phase de traitement, d'interprétation et inférence est une étape essentielle qui permet d'apprécier la richesse du dispositif d'une part et d'autre part, la valeur des hypothèses. L'inférence est une opération logique par laquelle on tire d'une ou de plusieurs propositions (en l'occurrence les

données établies au terme de l'application des grilles d'analyse) une ou des conséquences qui en résultent nécessairement. Il s'agit donc de justifier la validité de ce qu'on avance à propos de l'objet étudié en exposant les raisons de la preuve (Wanlin, 2007).

➤ **L'analyse des données qualitatives assistée par l'ordinateur : l'utilisation du logiciel NVivo**

Notre analyse de contenu thématique est effectuée à l'aide du logiciel *QSR NVivo8*, abondamment utilisé dans l'analyse des données qualitatives en recherche (Paillé, 1996 ; Paillé et Mucchielli, 2003). Remarquons que même si certains chercheurs procèdent encore de manière artisanale ou quasi artisanale, cette façon comporte de nombreuses contraintes qu'il nous semble important d'évoquer brièvement. Ensuite nous présenterons quelques apports des avancées technologiques au niveau du traitement des données par le logiciel N Vivo. Ces contraintes sont les suivantes :

- difficulté de se retrouver dans un corpus de données complexes et d'y dégager un sens unifié au regard du phénomène à l'étude ;
- difficulté de se retrouver et de manipuler les données lorsqu'il y a plus d'un code (étiquette) à un segment de texte (unité de sens) ou lorsque les unités de sens se chevauchent ;
- difficulté de gérer une importante quantité de papier ;
- difficulté de recouvrer les données stockées selon la méthode de fiche et chemise (technique ciseaux papiers) lors d'un corpus important et/ou diversifié ;
- difficulté de resituer les segments isolés dans leur contexte d'origine si on avait besoin de vérifier à nouveau leur signification;
- les corrections et modifications dans le codage et le classement des segments ne se font pas aisément;
- cette méthode requière beaucoup de temps.

Face à ces contraintes, les programmes informatiques d'analyse qualitative des données sont libérateurs à bien des égards. Ils offrent des avantages significatifs, tout autant qu'un labyrinthe où l'on risque de s'égarer s'ils sont utilisés sans discernement ni méthode (Richards & Richards, 1994 ; Tesch, 1990 ; Weitzman & Miles, 1995). De façon globale, ils facilitent la gestion progressive du travail d'analyse, notamment en ce qui concerne la codification et la manipulation d'un large corpus de données, le codage simultané à différents niveaux d'analyse, le classement des données, et la mise en lien des thèmes ou catégories.

Un autre élément intéressant à noter avec ces logiciels, c'est la possibilité qu'ils donnent d'annoter progressivement toute opération, unité de sens, code ou thème. Cette activité d'annotation est au

cœur de la recherche inductive, car elle permet de consigner, et donc d'objectiver un peu, le mouvement d'analyse et de théorisation.

Plusieurs recensements de logiciels d'analyse de données qualitatives ont été proposés afin d'analyser les forces et les faiblesses de chacun (Weitzma & Miles, 1995 ; Bournois et al, 2002). Le logiciel NVivo (ou NUD*IST qui est l'ancienne appellation) est généralement considéré comme l'un des plus sophistiqués et les plus utilisés dans les recherches (Crowley et al, 2002 ; Weitzma & Miles, 1995). Bournois et al. (2002) considèrent que « *les logiciels tels que NUD*IST optimisent les techniques du codage suggérées (...) par les travaux de Miles et Huberman* » (p. 77). De même, Mukamurera et al. (2006) montrent que dans certains cas, les programmes comme N vivo assistent le chercheur dans sa démarche de construction et de vérification de la théorie qui émerge de l'organisation des données.

Comme le souligne Wanlin (2007), N Vivo permet, par simples clics, de dénombrer chaque extrait, de fournir l'addition du nombre de mots contenus dans chacune de ces références, de donner les pourcentages en colonnes et en lignes, etc. Il donne la possibilité de retourner aux données brutes, aux extraits codés dans les différentes catégories permettant de mieux interpréter. Son principe est relativement simple : il s'agit d'un rangement d'extraits des sources (données brutes initiales) dans des catégories (données *a priori* ou constituées au fur et à mesure). Par simples clics, on peut retrouver tous les extraits rangés dans ces différentes catégories.

En outre, il est possible de donner des attributs (fonction du répondant, durée de la maladie ...) aux éléments sources, le logiciel permet de trier les extraits en fonction de ces critères très précis. De plus, il y a moyen de croiser les catégories entre elles, de les combiner en fonction des attributs. Enfin, on peut schématiser les observations et attribuer aux éléments du schéma ainsi constitué les extraits qui y ont conduit. À nouveau, par simples clics sur les éléments de ce schéma, NVivo nous restitue les extraits que nous y avons rangés.

Bref, ce logiciel permet de structurer les données, de constituer des tableaux de comptage des extraits codés en fonction de catégories ou d'attributs, de schématiser les observations en renvoyant aux extraits des sources. Il fournit des éléments de synthèse des données à partir desquelles le chercheur doit fournir ses observations, descriptions, constats, interprétations et inférences.

2.2.5. La validité de l'analyse et de la signification dégagée du corpus

Selon Baumart et Ibert (2003), l'approche qualitative admet « *tout à la fois la subjectivité du chercheur et celle du sujet* » (p. 99). Néanmoins, il convient de terminer cette partie en s'intéressant à la validité de l'analyse et de la signification que nous donnerons à notre corpus au terme de notre

étude qualitative. Ceci est nécessaire, car on a longtemps reproché à l'analyse qualitative d'être subjective, au sens péjoratif du terme. La question de fond qui est soulevée par cette critique et à laquelle nous sommes sensibles est celle de la validité des analyses et interprétations qu'élabore l'analyste, c'est-à-dire leur crédibilité, stabilité et fiabilité.

L'on convient qu'effectivement sans démarche rigoureuse ni souci constant de vérification les risques d'interprétations aberrantes, non pertinentes ou non conformes à la réalité sont grands, et la scientificité de la recherche compromise. Heureusement les chercheurs disposent aujourd'hui d'un large éventail de procédures de validation (Brouillet & Desmet, 1992 ; Huberman & Miles, 1991 ; Pourtois & Desmet, 1997), qui prennent des formes variées (et des appellations diverses d'un auteur à l'autre) selon les différentes étapes du processus de recherche.

Les chercheurs peuvent donc faire des choix selon leurs besoins, tout en gardant à l'esprit qu'une variété de techniques permet d'atteindre un degré satisfaisant de validité. Ainsi au-delà des opérations de définition opérationnelle des codes ou des catégories (Huberman et Miles, 1991), de contrôle de la saturation des données (Deslauriers, 1991 ; Pourtois & Desmet, 1997 ; Savoie-Zajc, 2000) qui nous semblent être des préalables incontournables dans tout travail d'analyse qui se veut rigoureux, des techniques comme les suivantes offrent des perspectives complémentaires intéressantes de validation des significations dégagées du corpus analysé. Elles sont :

- la triangulation du chercheur, appelée aussi contrôle par les autres chercheurs (Huberman et Miles, 1991; Pourtois et Desmet, 1997). Dans ce cas, nous avons sollicité la réaction de chercheurs au regard d'une partie de nos résultats. Nous avons évalué la fiabilité inter-codeur à partir d'un taux d'accord classique (Drucker-Godard et al., 2003) défini par le nombre d'accords sur le nombre d'accords ajouté au nombre de désaccords.

$$\text{Fiabilité} = \frac{\text{Nombre d'accords}}{\text{Nombre d'accords} + \text{Nombre de désaccords}}$$

Le coefficient d'accord inter-codeur obtenu s'élève à 0,90, ce qui est satisfaisant puisque supérieur au taux acceptable (80%) recommandé par Drucker-Godard et al. (2003).

- Le retour aux acteurs, appelé aussi le contrôle par les acteurs ou la validité écologique : cette procédure repose sur la reconnaissance que « *les personnes interviewées ou observées constituent une des sources les plus logiques de corroboration* » (Huberman & Miles,

1991). Nous avons donc communiqué les résultats de la recherche qualitative à huit (08) enquêtés qui ont certifié qu'ils sont cohérents et représentatifs de la réalité de l'objet étudié. En ce qui concerne la généralisation des résultats, les réflexions des auteurs ont fait émerger une nouvelle notion, plus féconde pour la recherche qualitative. Il s'agit de la notion de transférabilité qui constitue aujourd'hui l'un des critères de scientificité qui suscite l'adhésion de la communauté de recherche (Mukamurera et al., 2006).

D'après Pourtois et Desmet (1997), cette notion renvoie à la préoccupation de savoir si les conclusions auxquelles le chercheur abouti, peuvent s'étendre à d'autres contextes, que celui, étudié. Une façon de régler cette question est de dire que l'on fait de l'abduction et non de l'induction. Dans ce sens, Dumez (2013) souligne que l'avantage de l'étude qualitative est qu'elle permet d'une manière poppérienne de réfuter une théorie (et non de la confirmer) et là un seul cas suffit (Dumez, 2012). Il montre que la transférabilité des résultats est possible en étude qualitative moyennant certaines conditions que nous jugeons indispensables.

La première relève de la constitution de l'échantillon et de sa représentativité en matière de processus sociaux (par opposition à la représentativité statistique). Dans notre étude nous avons satisfait à cette exigence en interviewant différents groupes cibles : sujets HTA et non HTA avec des compléments d'informations obtenus auprès des professionnels de soins, administrateurs, points focaux, dans les centres hospitaliers répartis sur le territoire togolais.

En prolongement du critère de pertinence théorique de l'échantillon, il y a aussi le principe de saturation des catégories qui est de plus en plus la référence pour estimer la fin de la collecte de données et la taille de l'échantillon. Comme le précisent Pourtois et Desmet (1997, p. 121), la saturation est atteinte « *lorsque aucune donnée suffisamment nouvelle ne ressort des derniers entretiens ou observations pour justifier une augmentation du matériel empirique. On dira dans ce cas que l'échantillon est représentatif en ce qui concerne les processus sociaux* ». Nous avons poursuivi nos interviews jusqu'à l'atteinte de la saturation.

La deuxième condition concerne la description détaillée du site étudié (ajoutons aussi du contexte et de l'échantillon) qui, comme le soulignent Pourtois et Desmet, (1997, p. 121), permet « *d'estimer le degré et le type de similitude entre le site observé et d'autres sites sur lesquels on voudrait transférer les conclusions* ». Cela est essentiel non seulement pour une question de transférabilité, mais aussi pour permettre de mieux comprendre les résultats et les conclusions formulées. Comme expliqué précédemment nous avons décrit les centres hospitaliers concernés par nos entretiens.

La troisième et dernière condition évoquée par Mukamurera et al (2006) concerne le niveau d'abstraction que l'analyse doit atteindre. Il nous paraît difficile de tirer des leçons applicables à d'autres terrains si l'analyse reste au niveau de la spécificité des comportements, des événements ou des significations singulières des acteurs. Par conséquent, que le chercheur s'inscrive ou non dans la perspective de la méthode de la théorisation ancrée ; il devrait donc se forcer d'atteindre un bon niveau d'abstraction, en d'autres termes, un bon niveau de concept générique qui rend intelligibles, au-delà de l'« ici et maintenant », les processus sociaux et humains en jeu. Nous avons essayé d'y parvenir en nous efforçant tout au long de l'analyse, de subsumer le particulier sous le général, de replacer l'action, l'événement, la signification ou l'activité immédiate dans une classe plus abstraite.

2.3. La méthodologie quantitative

Une fois que les choix méthodologiques qualitatifs ont été définis, les entretiens auprès de nos cibles ont été réalisés. Avant de les présenter dans la partie résultats, nous expliquons dans la section suivante, nos choix méthodologiques quantitatifs.

En rappel, la présente étude est réalisée en deux phases. Une première phase qualitative qui a permis d'identifier et de décrire les facteurs susceptibles de provoquer la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes (18 – 40 ans) au Togo et une seconde phase au cours de laquelle, nous avons déterminé le poids de chaque facteur dans la survenue / complication de l'HTA à travers une étude quantitative. Celle-ci a permis de déterminer statistiquement l'importance de chaque facteur dans la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo.

L'étude quantitative est subdivisée en trois sous-sections : la sous-section (1) est dédiée à la construction du questionnaire. Elle expose la logique de construction des questionnaires, traite de la question de la fiabilité et de la validité ; la sous-section (2) relate la phase de collecte des données. Elle précise la période au cours de laquelle l'enquête a été réalisée, met l'accent sur le mode d'administration du questionnaire et expose la constitution de notre échantillon ; la sous-section (3) présente les techniques d'analyse des données.

2.3.1. Construction du questionnaire et préparation des données

Cette sous-section est développée en trois points. Le premier traitera de la construction du questionnaire (1). Le second décrira le questionnaire (2) et le troisième évaluera notre recherche par rapport à deux critères généralement retenus pour juger de la qualité d'une recherche : la fiabilité et la validité (3).

(1) Construction du questionnaire : les variables et indicateurs

Nous avons distingué deux types de variables : la variable indépendante et dépendante. L'outil élaboré pour répondre à notre questionnement et valider nos modèles est un questionnaire regroupant l'ensemble des variables relevées par l'étude qualitative.

✓ Les variables indépendantes

• La variable indépendante (VI-1) : Les facteurs médico nutritionnels

Indicateurs

- Antécédent d'HTA familiale
- Antécédents médicaux
- Habitudes alimentaires à risque
- Sédentarité

• La variable indépendante (V-2) : Les facteurs psychologiques

Indicateurs

- Troubles psychologiques (anxiété, état de stress post traumatique, dépression).
- Etats émotionnels (irritable, patience affable, agressivité exigence, colérique, pessimisme).
- Compétences personnelles et sociales de gestion des émotions et de résolution des problèmes.

• La variable indépendante (VI-3) : Les facteurs culturels

Indicateurs

- Recherche mystique de la cause / traitement de l'HTA
- Mauvaise observance du traitement
- Origine mystique de l'HTA
- Méconnaissance de l'HTA, de son traitement et des facteurs de risque

- **La variable indépendante (VI-4) : les facteurs socioaffectifs**

Indicateurs

- Solitude
- Relation conflictuelle
- Déception amoureuse
- Sentiment de manque de soutien socioéconomique
- Sentiment d'incapacité à répondre favorable aux besoins de sa famille

- **La variable indépendante (VI-5) : les facteurs économiques**

Indicateurs

- Difficultés à payer les soins de santé
- Difficultés à couvrir les autres besoins
- Stress économique
- Comportements à risques faute d'argent (consultation tardive, consultation dans les « cliniques sauvages », automédication, achat des médicaments de la rue).

- **La variable indépendante (VI-6) : Les facteurs institutionnels.**

Indicateurs

- Retard du diagnostic ou annonce du statut HTA tardive au patient
- Inaccessibilité des spécialistes (cardiologue, médecin, psychologue)
- Inaccessibilité financière des actes, analyses et médicaments
- Absence d'éducation thérapeutique et d'accompagnement psychologique
- Absence de rendez-vous régulier, pas de bilan de santé régulier

✓ **Le variable dépendante (VD) :** Survenue / complications de l'HTA chez les sujets jeunes adultes de moins de 18 à 40 ans.

Indicateurs

- Sujet hypertendu il y a au moins un an.
- Sujet ayant fait une complication hypertensive (AVC, IR, IC, Rétinopathie...)

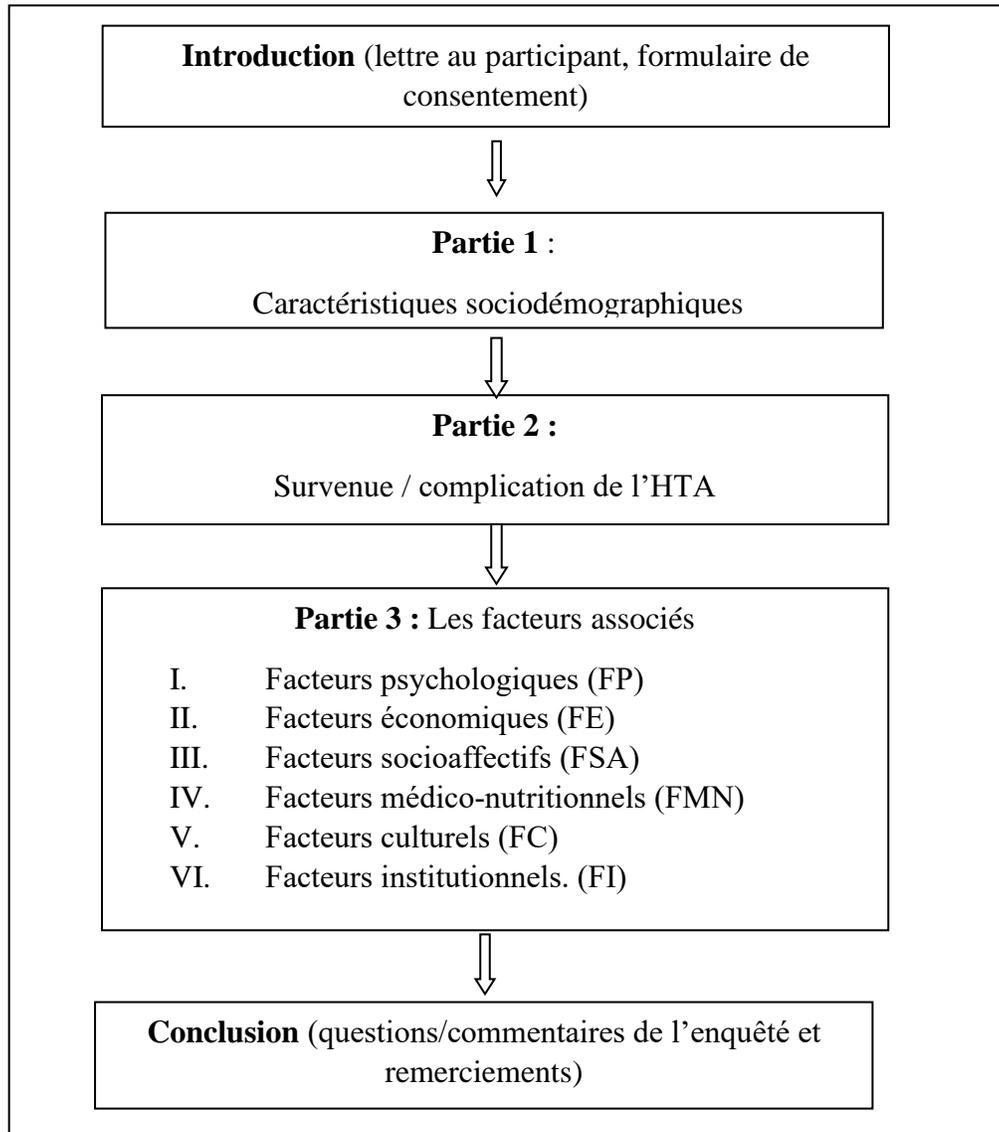
2.3.2. Description du questionnaire

Composé de dix-sept (18) questions différentes, le questionnaire est structuré en trois (03) parties en dehors de la partie introductive (composée de la lettre d'informations au participant et du formulaire de consentement) et de la partie qui conclut l'administration (figure 8).

La première partie, composée de six questions porte sur les données sociodémographiques (sexe – âge – situation matrimoniale – niveau d'étude – occupation et milieu de vie). La deuxième partie porte sur la survenue / complication de l'HTA. Quatre (04) questions explorent le statut HTA, la durée de la maladie d'HTA, les complications de l'HTA et les circonstances de la découverte de l'HTA. Six (06) facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA sont explorés dans la troisième partie. Les facteurs psychologiques constituent le premier groupe de facteurs. Trois dimensions sont documentées (trouble psychologique – états émotionnel et la résilience (capacité d'adaptation ; compétence individuelle de gestion des émotions et de résolution des problèmes)). Le second groupe de facteurs porte sur les facteurs socioaffectifs des jeunes adultes. Ici une seule question permet d'explorer cinq (05) items (solitude – relation conflictuelle – déception amoureuse – sentiment de manque – sentiment d'incapacité à couvrir les besoins de sa famille). Le troisième groupe de facteurs exploré constituent les facteurs médico nutritionnels. Une question a également permis d'explorer quatre items : habitude alimentaire, sédentarité, antécédents médicaux et antécédents d'HTA familiale. Le quatrième groupe de facteurs concerne les facteurs économiques. Nous avons, sous ce groupe, exploré quatre items à travers une question. Ces items sont : difficultés à payer ses soins, à couvrir d'autres besoins, le stress économique et les comportements à risques faute d'argent. Le cinquième facteur est le facteur culturel. Tout comme les autres, une question a permis de collecter les informations sur la représentation/croyance et la connaissance sur l'HTA et les comportements à risques émanant de leur croyance. Le dernier facteur évalué est le facteur institutionnel. Celui-ci, exploré par une question, porte sur la réactivité du système de soins et de la prise en charge de l'HTA dans les structures hospitalières. Il faut relever que pour évaluer les différents facteurs associés, nous avons construit un questionnaire à réponse binaire (oui ou non).

Figure 9 :

Structure du questionnaire utilisé



- Pré-test

La phase de pré-test est importante pour retenir le questionnaire final. Nous avons administré notre questionnaire à un petit échantillon, afin d'identifier et d'éliminer d'éventuels problèmes (Malhotra et al. 2004). Tous les aspects que sont, le contenu, la formulation, l'enchaînement, la forme et la disposition de même que les instructions données, sont testés.

La phase de pré-test s'est réalisée en deux temps. Dans un premier temps, l'outil a été testé en deux phases. Dans la première, il a tout d'abord été soumis à deux enseignants-chercheurs des

Universités au Togo et à un statisticien pour une analyse critique du fond et de la forme. Leurs suggestions nous ont permis d'améliorer la formulation des énoncés et de discuter de la validité faciale du questionnaire. Dans la deuxième phase, les outils ont été soumis à quatre sujets jeunes adultes hypertendus, à quatre jeunes adultes non hypertendus. Les consignes données à nos interlocuteurs ont été de remplir le questionnaire deux fois : une première fois dans des conditions normales comme le ferait tout répondant, puis de manière plus réfléchie en analysant attentivement le texte. Nous avons ensuite interrogé les participants sur les difficultés rencontrées, les termes jugés mal compris ou inadéquats. Ceci nous a permis également de valider la durée d'administration du questionnaire et de nous assurer de la réaction de répondants en situation.

Le deuxième temps du pré-test est la soumission de l'outil à l'appréciation de notre directeur de thèse pour sa validation.

A l'issue de ces phases, nous avons reformulé les items et revu certaines modalités de réponses dans le souci d'apporter plus de clarté dans l'outil. Nous avons également revu la présentation générale de l'outil surtout l'aspect rédactionnel. Ce qui nous a amené à reformuler des questions, à revoir leur ordre. Nous avons, par ailleurs, supprimé des questions jugées inadaptées, et rajouté des informations supplémentaires.

2.3.3. Validité et fiabilité

Une des questions qu'un chercheur se pose souvent est de savoir comment sa recherche peut être à la fois rigoureuse et ré-appropriable par d'autres chercheurs. Cette question amène à s'intéresser aux critères de fiabilité et de validité aussi bien des mesures que de la recherche elle-même. La fiabilité a pour but de démontrer que les opérations de recherche pourraient être répétées par un autre chercheur ou à un autre moment avec le (s) même (s) résultat (s). La validité quant à elle cherche à s'assurer la pertinence (rigueur) des résultats et à évaluer leurs niveaux de généralisation. Plusieurs critères de validité et de fiabilité sont évoqués par les chercheurs : la validité de construit, la fiabilité et validité de l'instrument de mesure, la validité interne et externe de la recherche et la fiabilité de la recherche (Thiétart et al., 2003). Nous classerons suivant Evrard et al (2003) ces critères en deux parties : la fiabilité et la validité de la recherche (ou de l'étude) d'une part et la validité et la fiabilité des mesures d'autre part.

2.3.3.1. Fiabilité et validité de la recherche

Comme énoncé précédemment, la fiabilité et la validité recouvrent des dimensions différentes. Il convient de les distinguer.

Fiabilité de la recherche : L'évaluation de la fiabilité de la recherche consiste à établir et à vérifier que les différentes opérations d'une recherche pourront être répétées avec le même résultat par des chercheurs différents. Silverman (2001) cités par Thiétart et al. (2003) parlent de « répliation ». Thiétart et al. (2003) montrent que pour satisfaire à ce critère de fiabilité de la recherche, le chercheur doit décrire avec précision les différentes étapes de sa recherche, notamment le choix du terrain, le recueil et l'analyse des données et enfin les différents moyens utilisés pour contrôler l'influence du chercheur sur son terrain. C'est ce que nous avons fait depuis l'introduction de cette thèse jusqu'à maintenant, et nous comptons le poursuivre.

La validité de la recherche : Si l'étude de la fiabilité est indispensable dans une recherche, elle reste insuffisante pour garantir une bonne mesure des concepts étudiés et doit être accompagnée d'une évaluation de la validité interne et externe.

➤ La validité interne

On parle d'une forte validité interne, lorsque les variations de la variable dépendante sont causées uniquement par celles de la variable indépendante. Cela suppose qu'aucune variable externe n'est intervenue dans cette relation. Afin d'assurer une forte validité interne à notre étude, il est important de neutraliser les effets extérieurs. Ainsi, nous avons évité un certain nombre de biais pouvant affecter notre étude.

- Le premier est l'effet d'histoire. Il traduit l'impact d'évènements spécifiques qui se produit au même moment que l'expérimentation de l'étude. Ignorés ces évènements, pourraient ainsi fausser les résultats de l'étude. Cet effet intervient généralement lorsque la période de l'étude est longue. Nous avons respecté le calendrier de cette thèse afin d'éviter l'effet d'histoire.
- Le second effet est celui de la maturation. Cet effet traduit les changements qui pourront intervenir au cours de l'étude et qui se rapportent à l'équipe de recherche et surtout à la population d'étude pendant l'enquête. Ces acteurs peuvent ressentir une fatigue qui sera matérialisée par un désintérêt croissant. Pour pallier cet effet, nous avons élaboré un questionnaire assez court, clair et concis.

- Le troisième effet, celui dû aux erreurs des instruments de mesure (effet d'instrumentation) a été évité dans notre recherche. En effet nous avons conçu des instruments simples qui ont été préalablement testés.
- Nous avons également fait attention aux effets de régression statistique (quatrième biais). En effet, nous nous sommes organisés de façon à ne pas choisir le moment où le patient est encore alité pour que les informations ne soient pas biaisées.
- Par ailleurs, nous avons considéré un cinquième biais en veillant à ce que notre échantillon soit représentatif de la population et cohérent avec l'objet d'études (effet de sélection). L'effet de mortalité expérimentale (6^e biais pris en compte) correspond à la disparition d'unités expérimentales au cours de l'expérimentation, autrement dit, le problème lié aux caractéristiques de l'échantillon au début et à la fin de l'étude. Il est également possible d'ajouter la gestion des non-réponses de certaines questions qui peuvent parfois conduire à l'élimination des questionnaires. Le mode d'administration de nos questionnaires a été la « face en face », ce qui nous a permis de réduire le problème des non-réponses, car les répondants répondaient immédiatement.
- Enfin, l'effet de contamination qui se réfère au fait que la population d'étude modifie ses réponses en apprenant le nom du commanditaire de l'étude ou de l'objet de l'étude a été neutralisé. En effet, nous avons expliqué l'objet de l'étude et le cadre dans lequel elle est menée dans la lettre d'information à l'enquêté. La validité interne de l'étude est donc correctement assurée.

➤ **La validité externe**

Le test ou la préoccupation de validité externe d'une étude est double : le chercheur doit examiner dans quelle mesure les résultats mis en évidence sur son échantillon peuvent être généralisés à l'ensemble de la population. C'est seulement après cela, qu'il pourra évaluer, dans quelle mesure, ces résultats pourront être transférés ou réappropriés pour l'étude et la connaissance d'autres terrains. Pour satisfaire à cette exigence, nous avons veillé à obtenir un échantillon représentatif.

2.3.3.2. Fiabilité et validité des instruments de mesure

Outre la fiabilité et la validité des études, les auteurs évoquent la validité des mesures ou des instruments de mesure (Thiétart et al., 2003 ; Evrard et al., 1997). Nous exposerons dans cette partie comment notre recherche satisfait à ses conditions.

La fiabilité des instruments de mesure : La fiabilité (ou fidélité) de cohérence interne correspond

au degré avec lequel les instruments utilisés mesurent de façon constante le « construit étudié » (Evrard et al. 2003). Son analyse permet de s'assurer que la part d'erreur aléatoire liée à la conception de l'instrument et aux conditions de la collecte des données reste faible. Pour s'assurer de la fiabilité d'une mesure, différentes techniques sont envisageables :

- **La technique du « *test / retest* »** consiste à administrer une seconde fois le questionnaire auprès de la même population. Cette technique est difficile à mettre en application et semble indiquée lors d'études spécifiquement dédiées à la mise au point d'instruments de mesure ;
- **La technique du « *split half* » (ou des deux moitiés)** scinde l'échantillon en deux pour tester s'il y a une similitude entre les réponses des deux moitiés de la population. Cette technique présente aussi des difficultés car elle pose le problème d'effet de sélection (les deux échantillons sont-ils appariés ?).
- **La technique des formes alternatives (échelles multiples)** administre deux tests aux mêmes individus, la différence étant que le second test n'est pas identique au premier mais en est une forme alternative. Si cette technique permet de limiter les effets de mémoire critiqués dans la méthode du test / retest, il est difficile de construire deux tests alternatifs.
- **La méthode de la cohérence interne** permet d'éviter le recours à de telles manipulations.

Dans le cadre de notre travail, c'est le coefficient **alpha de Cronbach** qui est utilisé comme indicateur de fiabilité de nos échelles de mesure. Il s'agit en effet d'une méthode éprouvée et qui est la plus utilisée dans les travaux de recherche actuels (Evrard et al. 2003).

Selon Roussel (1994), ce coefficient permet de vérifier si les énoncés d'une échelle de mesure partagent des notions communes, c'est-à-dire si chaque item présente une cohérence avec l'ensemble des autres énoncés de l'échelle. En pratique, l'alpha de Cronbach est un nombre inférieur à 1 qui doit être le plus élevé possible (Bourque, 2019). Si le score de l'alpha est satisfaisant, alors les items sont cohérents entre eux et peuvent être additionnés pour former un score global puisqu'ils mesurent le même phénomène.

La qualité de l'alpha est évaluée par rapport à un seuil empirique donné par l'expérience. Au vu de la littérature, il n'existe toutefois pas de règle faisant autorité en matière de seuil et les recommandations en ce sens varient selon les auteurs (Evrard et al. 2003). Néanmoins, on considère que plus la valeur de alpha est proche de 1 plus la cohérence interne de l'échelle (ou sa fiabilité) est forte. On accepte généralement des valeurs supérieures ou égales à 0,7 (Thiétart et al., 2003). C'est ce seuil que nous retenons dans le cadre de notre travail, et tous les alphas de Cronbach

calculés dans le cadre de nos analyses factorielles des correspondances multiples sont supérieurs à 0,7.

La validité des instruments de mesure : Déterminer la validité d'un construit revient à vérifier la capacité des instruments à mesurer précisément et uniquement les construits analysés (Evrard et al. 2003). Le test de validité interne a donc pour objectif de vérifier si les différents items d'un instrument sont une bonne représentation du phénomène étudié. Un construit est bien représenté s'il est exploré par un nombre d'items relevant l'importance du phénomène étudié. En effet, la surreprésentation d'un domaine, ici d'un facteur, par un trop grand nombre d'items entraîne une sous-représentation des autres domaines, même si ceux-ci contribuent de façon prépondérante à la compréhension du phénomène étudié.

Une méthode statistique souvent utilisée à cet effet est l'analyse factorielle. L'analyse factorielle sert ainsi de « *révélateur à un cadre conceptuel sous-jacent masqué par le « bruit » des mesures* » (Evrard et al., 2003, p. 376). Elle cherche « à résumer l'information » en remplaçant les variables initiales par un nombre plus petit de variables composites ou facteurs. Selon Evrard et al. (2003), ce résumé sert de phase intermédiaire de calcul préalable à l'utilisation des méthodes multivariées. Plusieurs types d'analyse factorielle existent en fonction de la nature des données.

Selon Messad (2008), les Analyses en Composantes Principales (ACP) et les Analyses Factorielles des Correspondances (AFC) sont les méthodes les plus répandues. L'analyse des correspondances peut être simple ou multiple. Le premier cas s'applique à des situations où les individus statistiques sont décrits par deux variables nominales. Cependant, il est fréquent de disposer d'individus décrits par plusieurs variables nominales ou ordinales. Ce dernier cas correspond à une extension de l'AFC simple qui est généralement appelée Analyse des Correspondances Multiples ou ACM.

Dans ce travail de recherche, nous sommes confrontés à un nombre important de facteurs associés de nature qualitative. Nous avons, à travers l'analyse des correspondances multiples (ACM), extrait les axes factoriels qui ont constitué les dimensions de l'étude quantitative. Cette méthode nous a aidés également à s'assurer de l'unidimensionnalité de nos variables.

Selon Escofier et Pagès (2008), on considère qu'en-deçà de 100, le nombre d'individus n'est pas suffisant pour assurer la stabilité de l'ACM. En ce qui nous concerne, nous disposons de cent soixante-huit (168) questionnaires valides sur les cent soixante-treize (173) administrés directement (cinq questionnaires ayant été jugé non valides). Ce qui nous permet de procéder à l'ACM. Ainsi, nous avons effectué une Analyse des Correspondances Multiples (ACM) pour

chacun des facteurs associés retenus pour la validation des différents modèles de recherche proposés dans cette étude.

Selon Evrard et al (2003), plusieurs critères théoriques ont été proposés pour choisir le nombre d'axes à retenir et les items à supprimer. Parmi eux on peut citer la méthode de restitution minimum, l'examen des valeurs propres et l'examen de la courbe des valeurs propres.

Dans le cadre de cette thèse, nous avons retenu le critère de l'examen des valeurs propres selon lequel l'axe à retenir doit avoir au moins une valeur propre supérieure à $1/p$ (ou en pourcentage $100/p$) ; p étant le nombre de variables introduites. Ainsi, six analyses factorielles ont été effectuées pour les six facteurs associés. Nous avons retenu deux axes factoriels pour chacune de ces variables. En conséquence nous avons retenu en totalité douze axes factoriels. Tout comme d'auteurs en sciences sociales (Allani-Soltan et al., 2005 ; Razouk, 2007), nous n'avons pas cherché des axes factoriels pour la variable de la survenue / complication de l'HTA car elle sera recodée plus loin en variable dichotomique afin d'entrer dans une régression logistique. Le calcul du coefficient alpha de Cronbach a donné des résultats acceptables qui vont dans le sens de la fiabilité des différentes variables retenues.

2.3.4. Collecte des données quantitatives

Après la construction et la description du questionnaire, nous exposons ici le second point de la méthodologie quantitative. Celui-ci a pour objet de présenter la phase de collecte des données. Elle précise la période au cours de laquelle l'enquête a été réalisée, met l'accent sur le mode d'administration du questionnaire et parle de la constitution de notre échantillon.

Nous allons aborder la démarche suivie pour opérer la collecte et préciser ensuite l'échantillon visé par cette collecte.

2.3.4.1. Démarche de la collecte de données

- **Lieu et période couverte par l'étude**

La collecte de l'étude quantitative a eu lieu au Centre Hospitalier Régional de Sokodé (Togo). Les outils ont été administrés aux patients jeunes adultes hypertendus et aux jeunes adultes non hypertendus dans les mois de novembre à décembre 2020. La brièveté de cette durée nous a permis d'éviter l'effet de contamination décrit précédemment.

- **Mode d'administration et de passation des outils**

Aujourd'hui, il existe de multiples modes d'administration pour les enquêtes par questionnaire : la voie postale, la face à face, le téléphone, la voie électronique, etc. Le mode d'administration des questionnaires pour lequel nous avons opté dans le cadre de cette recherche est l'enquête face à face car il nous a permis d'obtenir une grande quantité d'informations. Aussi, avec ce mode d'administration, nous nous sommes situés dans un contexte d'observation, ce qui nous a permis de collecter des informations non verbales (mimiques, geste...). Ainsi les biais de non-réponses dans les enquêtes ont-ils été limités dans notre recherche.

S'agissant de la passation des outils, un courrier demandant l'autorisation de collecte des données a été envoyé au responsable du CHR-Sokodé. Une fois que notre demande a été acceptée, nous avons rencontré notre cible pour effectuer l'administration de face à face qui dure environ 30 à 45 minutes. Il faut faire remarquer cette durée n'est pas rigide. Il arrive d'aller au-delà lorsque le patient (enquêté) en sollicite. Au cours de l'administration, nous prenons note afin d'éviter la perte des informations. Les explications des enquêtés sont également consignées. Le fait que les enquêtés soient les patients que nous suivons déjà au CHR nous a facilité la collecte.

L'enquête des sujets non hypertendus a été faite lors des hospitalisations de leurs frères / sœurs hypertendus. Quelques-uns ont été enquêtés en dehors de l'hôpital. Leur contact est facilité par le sujet hypertendu lui-même. Nous leur présentons les objectifs du travail de recherche, obtenons leur consentement et d'administrons le questionnaire. Par ailleurs, l'indisponibilité de certains des sujets non hypertendus, nous a amené à prendre des rendez-vous avec eux et aussi à administrer en des rares fois en deux séances le questionnaire.

Nous rappelons qu'avant l'administration du questionnaire, les enquêtés prennent connaissance du formulaire de consentement et le signe pour ceux qui veulent participer à l'étude.

2.3.4.2. Participants à l'étude quantitative

Les participants de cette phase quantitative proviennent de deux groupes :

Le premier groupe est le groupe clinique. Il est composé des sujets hypertendus colligés au cours des consultations ou des hospitalisations au Centre Hospitalier Régional de Sokodé. Ce groupe est dénommé dans la présente étude « **sujet HTA** ».

Le deuxième groupe, constitué de sujets « témoins » appelé « **sujet non HTA** ». Ils sont issus de la fratrie des sujets HTA et ayant une histoire événementielle proche et comparable à celle de ces

derniers. Ces sujets ne doivent pas recevoir un diagnostic d'HTA. D'ailleurs, un dépistage a été effectué pour s'assurer de l'absence d'une maladie d'hypertension artérielle.

Le recrutement des participants et la taille de l'échantillon

A défaut d'une base de sujets hypertendus avec tous les identifiants, le protocole de recherche s'est appuyé sur la liste des sujets jeunes hypertendus colligés auprès des professionnels de santé au fur et à mesure qu'ils viennent consulter ou sont hospitalisés. Etant donné que nous sommes dans les deux services (cardiologie et de médecine générale) qui accueillent les sujets hypertendus, nous assistons aux consultations des cardiologues, des médecins généralistes et des techniciens supérieurs de la santé. Ceux-ci nous présentent aux sujets HTA et expliquent même le but de l'étude. Une fois, le patient qui consulte est éligible à notre étude, nous l'enroulons dans notre échantillon. Nous nous mettons en contact avec ces sujets et planifions des rendez-vous pour l'enquête. Souvent, le questionnaire est administré après la consultation de cardiologie ou de médecine générale.

Il faut noter que certains sujets HTA ont été référés et reçus pour motifs de troubles anxieux sur HTA ou pour motif de non-observance du traitement HTA. Ce qui a permis facilement leur enroutement. D'autres participants ont été rencontrés au cours de leurs hospitalisations. Nous avons mis en place un groupe de parole pour les sujets hypertendus qui a également servi de creuset pour recruter notre cible. Cet exercice a permis de constituer un échantillon de quatre-vingt-quatre (84) individus hypertendus au cours de la période de collecte. Pour nous assurer de la représentativité de cet échantillon, nous avons suivi les entrées (admissions) des sujets HTA sur au moins un trimestre. En moyenne, nous avons recensé près de 30 patients jeunes adultes HTA qui fréquentent le centre par mois. Par trimestre, environ 90 patients sont reçus au CHR-Sokodé. Et nous avons pu enquêter quatre-vingt-quatre (84) sujets HTA soit un pourcentage de 93,33%.

A partir de cette cohorte, le deuxième groupe de sujets « témoins » a été constitué à l'aide des sujets HTA. Pour atteindre les quatre-vingt-quatre (84) sujets et compte tenu des critères de sélection, nous avons choisi plus d'un membre dans certaines familles. Le groupe témoin est aussi composé de quatre-vingt-quatre (84) sujets portant la taille de notre échantillon à cent soixante-huit (168) individus.

- Critères d'inclusion des sujets HTA

Pour faire partir de ce groupe de sujets-HTA, il faut avoir été diagnostiqué d'hypertension ou avoir développé une de ses complications, il y a au moins une année. Le sujet HTA doit avoir au moins dix-huit (18) ans et au plus quarante (40) ans d'âge et est suivi au CHR Sokodé. Après ces préliminaires, le premier critère d'inclusion est le consentement libre et éclairé obtenu chez tous les participants. Ensuite, nous avons inclus dans ce groupe, tout sujet parlant une même langue que nous (telles que le français, le kotokoli, le kabyè, l'éwé) et lucide, coopérant et qui ne présente pas d'histoire de dépendance à l'alcool ou d'autres drogues au moment de la collecte.

- Critères d'exclusion du sujet HTA

Nous avons exclu tout « *sujet HTA* » de 18 à 40 ans, en phase de décompensation ou alité, des « sujets HTA » ayant une double pathologie chronique ne résultant pas de la complication de l'HTA telle HTA-VIH dans le but d'avoir un groupe clinique relativement homogène. Outre cela, la comorbidité constituerait un biais majeur puisque nous ne saurons pas lier avec évidence les résultats obtenus à l'exclusivité de la problématique HTA. Au-delà de ces critères, nous avons exclu du groupe « sujet HTA », les sujets n'ayant pas donné leur consentement à participer à la présente recherche et ceux avec lesquels il existe une barrière linguistique.

- Critères d'inclusion du sujet non HTA

Le premier critère est le consentement des frères / sœurs des sujets HTA. Nous avons également veillé à ce qu'ils ne soient pas un sujet HTA. Pour cela, les mesures de la pression artérielle ont été prises. Par ailleurs, afin de garder l'homogénéité du groupe d'étude, nous avons aussi retenu des sujets non HTA ayant entre 18 et 40 ans. Enfin, ceux parlant les langues du milieu (Kotokoli, Kabyè, Ewé), ont été enrôlés.

- Critères d'exclusion du sujet non HTA

Nous avons exclu de cette étude, les frères et sœurs qui présentent l'HTA à l'issue du dépistage. Ceux ne comprenant pas les langues du milieu ont aussi été écartés, de même que ceux n'ayant pas l'âge admis dans cette étude. Par ailleurs, les sujets non HTA n'ayant pas de disponibilité à se faire administrer le questionnaire sont écartés.

La description de la collecte des données et la constitution de notre échantillon étant effectuée, il est utile maintenant de présenter les méthodes d'analyse et de traitement de nos données quantitatives.

2.3.5. Méthodes d'analyses des données quantitatives

Pour traiter les données de l'étude quantitative, nous avons réalisé des tests statistiques. Ceux-ci ont permis d'éprouver les hypothèses de recherche. Notre population étant constituée de deux groupes (sujets HTA et sujets non HTA), nous avons effectué une comparaison inter groupes et intra groupes à plusieurs niveaux.

Dans un premier temps, les analyses sont portées sur l'étude descriptive de diverses caractéristiques de notre échantillon. Les effectifs, les proportions et la moyenne ont été calculés. Ils ont permis de visualiser les variables à travers les graphiques et de les comparer.

Ensuite, nous avons appliqué la statistique inférentielle. Des calculs de corrélation ont été réalisés. Enfin, nous avons appliqué l'analyse de la variance (ANOVA) et de la régression linéaire multiple. Le dépouillement des données quantitatives a été effectué à l'aide du logiciel Sphinx Plus 2, version 4.5. Toutes les données ont été transportées vers le logiciel IBM SPSS (Statistical Package for the Social Sciences), version 21 pour Windows. Nous avons retenu 0.05 ou 0.01 comme seuil de significativité. Ce seuil est admis généralement en sciences sociales et fait un large consensus auprès de la communauté scientifique.

2.3.5.1. Analyse factorielle et contrôle des qualités métriques des outils

Nous avons veillé au cours de cette étude à la qualité métrologique de nos outils. En effet, la qualité d'une recherche ne dépend pas seulement du schéma opératoire, mais aussi des qualités métrologiques des outils. Trois opérations statistiques ont été réalisées pour mesurer la qualité métrologique de notre questionnaire.

Dans un premier temps, à partir de la méthode de rotation oblique, nous avons confirmé les structures mesurées par le questionnaire. Chaque facteur associé (sous échelle) à l'HTA, a été mesuré. Lorsque les items ne convergent pas vers le facteur mesuré, nous appliquons la méthode de rotation orthogonale de type Varimax. Ce qui a permis de retenir des items les plus pertinents. Le coefficient de saturation retenu est de .30.

Dans un second temps, nous avons déterminé la cohérence interne de l'ensemble des items de l'outil. L'Alpha de Cronbach (α) a permis d'indiquer la fiabilité.

2.3.5.2. Analyse descriptive

Afin de calculer les fréquences, les proportions et les moyennes en matière de pourcentages valides et cumulés, nous avons employé l'analyse descriptive. Cette dernière a été utile pour décrire les données sociodémographiques de notre recherche (sexe, âge, statut matrimonial, profession, niveau scolaire...), cliniques (durée de la maladie, circonstance de découverte, complications) et factuels (facteurs associés).

2.3.5.3. Analyse corrélacionnelle

L'analyse scientifique utilisée aussi pour élaborer la partie quantitative de notre recherche est de type corrélacionnel. Ce choix est défini par notre objectif de départ : décrire. Elle s'explique par le fait que la méthode corrélacionnelle offre essentiellement une approche descriptive des liens entre les variables à l'étude qui sont d'ailleurs données au départ contrairement à la méthode expérimentale au sens strict du terme. En effet nous avons utilisé l'analyse corrélacionnelle pour établir le lien entre la survenue / complications de l'HTA et les facteurs associés. Cette analyse nous a permis de confirmer ou d'infirmer la relation préétablie.

En ce qui concerne les données recueillies, elles ont été traitées statistiquement par le logiciel SPSS. Les tests statistiques appliqués sont la comparaison de fréquences (khi carré) et de moyennes (analyse de variance, ANOVA). Nous avons également calculé le coefficient de contingence (C) qui nous a permis non seulement d'estimer l'existence d'une relation ou corrélacion entre deux ou plusieurs variables afin de déterminer leur possibilité d'apparition mais aussi permet d'estimer le degré de cette liaison entre ces variables. Elle varie de + 1 à -1. La corrélacion +1 est la liaison parfaite et la corrélacion -1 est la liaison parfaite mais inverse.

- Lorsque C'est supérieur à 0,8 : la relation est très forte.
- Lorsque C se situe entre 0,5 et 0,8 : la relation est forte.
- Lorsque C se situe entre 0,2 et 0 ; 5 : la relation est d'intensité moyenne.
- La relation est faible si C de situe entre 0 et 0,2
- Lorsque C'est nul cela signifie qu'il n'y a pas de liaison.

2.3.5.4. Analyse de régression linéaire multiple

L'objectif de cette étude est d'identifier les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA. Nous nous inscrivons dans une optique de prédire l'effet de ces facteurs sur la survenue / complications de l'HTA. Les modèles de régression sont alors les appropriés pour expliquer (ou prédire, selon l'analyse) la variance de la variable dépendante ici l'HTA. Ceci à l'aide d'une construction de facteurs indépendants (explicatifs).

On distingue le modèle de régression linéaire simple qui ne contient qu'une seule variable indépendante et le modèle de régression linéaire encore appelé multiple qui est composé d'au moins de deux variables indépendantes. Notre étude aborde six facteurs indépendants. Pour déterminer les facteurs qui prédisent la survenue / complication de l'HTA, nous nous sommes servis de la régression linéaire multiple. Pour cela, nous avons utilisé le logiciel SPSS grâce auquel nous avons mesuré la qualité des modèles en calculant le R^2 (coefficient de détermination), vérifié l'apport marginal de chaque variable explicative, pour enfin retenir le modèle optimal qui explique mieux la survenue / complication de l'HTA.

2.3.6. Les considérations éthiques

Selon le Conseil national du développement des Sciences Humaines et Sociale (2001), les dangers d'une science sans conscience ont été dénoncés à l'aube même de la science moderne et le besoin d'une « éthique de la recherche » n'a donc rien de radicalement neuf. Selon le Conseil national du développement des Sciences Humaines et Sociale (2001), cette préoccupation est cependant demeurée marginale tant qu'ont prévalu la confiance dans la raison humaine et la foi dans les vertus du progrès scientifique et technique. L'optimisme scientifique ne laissait alors guère de place au doute ou aux interrogations, facilement mises sur le compte de l'obscurantisme. Selon le Conseil national du développement des Sciences Humaines et Sociale (2001), il a fallu les grands drames du XXe siècle, ses techniques de massacres de masse et ses entreprises de négation de l'homme au nom de la Science, pour que cette dernière soit à nouveau saisie comme question, et non pas comme réponse à toutes les questions.

Selon le Comité Universitaire d'Éthique de la Recherche (CUER) de l'Université de Montréal (2012), l'éthique de la recherche vise la protection des êtres humains qui prennent part à la recherche scientifique. « Elle est fondée sur le respect des personnes, le souci de leur bien-être et de la justice », précise Bowen (2012), président du CUER.

Dans la présente étude, nous avons veillé aux respects des principes éthiques de la recherche en respectant suffisamment les participants de l'étude. Nous avons ainsi minimisé les risques associés à une détresse que notre recherche pouvait engendrer. Dans un premier temps, nous nous rassurons que les sujets qui participent à notre étude, sont bien informés de l'objet de l'étude et sont consentants. Par ailleurs, nous nous sommes préoccupés du bien-être des participants. En effet, nous leur avons accordé plus de temps d'écoute et d'empathie lorsqu'ils le souhaitent ou lorsque notre question rappelle des souvenirs douloureux. Nous avons aussi respecté leur dignité en

respectant leur choix de ne point répondre à telle ou telle question. Il nous a été important de garder la confidentialité des données recueillies. Nous nous sommes efforcés, malgré les choix qu'il faille faire dans le traitement des données, d'être aussi fidèle aux propos des participants.

Au Togo, le Comité de Bioéthique pour la Recherche en Santé du ministère de la Santé (CBRS) veille au respect des principes éthiques de toutes les recherches dans le domaine de la santé. Une approbation doit être obtenue par tout chercheur avant la réalisation. Notre étude a été approuvée par le Comité Bioéthique pour la Recherche en Santé du ministère de la Santé (CBRS) au Togo dont le numéro d'approbation : 015/2020/CBRS / 10 août 2020.

2.3.7. Difficultés rencontrées au cours de la collecte

La présente recherche a été ponctuée de plusieurs difficultés. Même si elles ne nous ont pas empêchés d'atteindre nos objectifs de recherche, elles méritent d'être précisées.

La première difficulté rencontrée est la situation sanitaire de covid-19. Le confinement des régions a entaché le déroulement de l'enquête. Nous nous sommes alors adaptés à ce contexte. En effet, le temps d'enquête a été entrecoupé et plus long. L'enquête a été faite en plusieurs passages sur les sites de collecte. Quelquefois, les compléments d'informations sont obtenus par contact téléphonique.

La deuxième difficulté est celle relative à l'autorisation des responsables des centres hospitaliers régionaux pour avoir accès à leurs structures et à leurs personnels puis aux patients. Obtenir cette autorisation n'a pas été aisée. Malgré l'approbation du comité bioéthique pour la recherche en santé (CBRS) au Togo, nous avons été confrontés une lenteur administrative et à beaucoup d'autres questionnements pour justifier notre enquête. Il a fallu attendre plusieurs semaines avant d'avoir accès à ces structures.

Enquêter les soignants a été notre troisième difficulté. Ceux-ci sont difficiles d'accès compte tenu de leur emploi du temps chargé et de leur sensibilité. Certains soignants ne sont pas disponibles et d'autres refusent de participer à la recherche. D'autres encore ont donné des rendez-vous manqués. Nous avons dû mettre plus de temps dans certains centres de santé et expliquer davantage afin de pouvoir atteindre nos objectifs d'enquête.

La quatrième difficulté est relative à l'entrée en contact avec les sujets HTA et leurs familles. Il faut relever qu'il n'existe pas d'unité/cellule de soins dédiés à ces patients HTA. Les sujets HTA sont mêlés à tous les patients tant en consultation qu'en hospitalisation. Il n'existe pas, non plus,

une base de données sur les sujets HTA qui consultent le CHR-S. Ce qui demandait un travail préalable d'identification. Devant une absence de base de données sur les sujets HTA, le travail devenait encore ardu. Il fallait consulter des dossiers médicaux pour être statué sur le diagnostic HTA et sur certains antécédents. Ces dossiers médicaux sont peu classés et cela demandait encore un temps fou.

Abordé les sujets HTA, qui parfois ne comprennent que le vernaculaire ou peu le français était un autre défi. Une fois rentrés en communication, certains ne souhaitent pas se prononcer surtout sur les aspects psychologiques et socioaffectifs de leur maladie. Il fallait parfois reformuler la question ou rassurer le sujet pour obtenir des réponses. D'autres ne cessent de demander qu'alliez-vous faire avec ces informations malgré notre explication et leur consentement obtenu. D'autres encore ont refusé de signer la lettre de consentement mais acceptent répondre.

Les sujets HTA rencontrés nous introduisaient aisément auprès de leurs frères et sœurs. Mais également, il faut une bonne dose de patience pour rencontrer certains d'entre eux soit à l'hôpital, ou soit à leurs domiciles, ou soit encore sur leurs lieux de travail et ceci après plusieurs rendez-vous. Aussi, fallait-il parcourir des distances pour rencontrer les membres de famille. L'exercice de la ré-explication du « pourquoi cette étude » a permis de toucher un nombre conséquent malgré que certains aient manifesté leurs désintéressements.

DEUXIEME PARTIE :

RESULTATS, ANALYSES, DISCUSSIONS

Introduction de la deuxième partie

La deuxième et dernière partie de notre travail de recherche est consacrée à la présentation, aux commentaires et à la discussion de nos résultats. Elle est composée de deux chapitres.

Le premier (**chapitre III**) est structuré en deux sections. La section 1 est destinée à la présentation des résultats de l'étude qualitative. Ces résultats analysés et discutés, sont relatifs aux différents facteurs associés à la survenue/complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Il est présenté également le modèle théorique enrichi et contextualisé devant servir à l'étude quantitative. La section 2 du chapitre III présente les résultats du test de nos hypothèses (recherche quantitative). Ces résultats quantitatifs témoignent de la nature et le poids des facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Des analyses typologiques y sont également présentées.

Le quatrième et dernier chapitre confronte l'ensemble de nos résultats à la littérature (discussion). Nous tenterons d'expliquer certaines de nos conclusions qui paraissent inattendues au regard des recherches antérieures et/ou qui apportent une lumière sur la question de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. On y trouve également les principales contributions mises en valeur et les limites dégagées ainsi que les perspectives de recherches.

CHAPITRE 3

PRESENTATION DES RESULTATS

Ce chapitre porte sur les résultats de notre recherche (qualitative et quantitative). D'abord nous avons exposé les résultats de nos entretiens avec les professionnels de santé, de même que ceux avec les points focaux des MNT, les guérisseurs traditionnels, les sujets hypertendus et leurs familles. Ensuite, nous avons présenté les résultats de l'étude quantitative (mesure de la relation et du poids des facteurs dans la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes).

Ce chapitre est organisé en deux sections :

- Dans la section 1, nous avons présenté les résultats de l'étude qualitative. Un guide d'entretien présenté en annexe de cette thèse, a été utilisé, non pas comme un modèle à tester, mais plutôt comme un guide d'exploration. Il a permis de collecter un ensemble d'informations ou de données et d'orienter leur analyse. Dans cette première section, nous avons également discuté les résultats qualitatifs et dégagé les variables/indicateurs de l'étude quantitative.
- Dans la section 2, nous avons présenté nos résultats quantitatifs et validé nos hypothèses.

SECTION-1 : PRESENTATION ET DISCUSSION DES RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE EXPLORATOIRE

Rappelons que l'objectif principal de cette phase exploratoire est d'identifier les facteurs associés à la survenue/complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Cette phase exploratoire a permis de compléter, repréciser et de contextualiser les variables du modèle théorique (figure 5) élaboré à l'issue de nos observations de terrain et de l'analyse de la littérature. Ainsi, sont dégagés de cette exploration un modèle enrichi et des hypothèses de la recherche. Ces hypothèses sont testées dans une perspective de validation quantitative. Une telle démarche méthodologique est d'ailleurs à la base de recherches importantes en sciences humaines et sociales (Creswell et al., 2018).

1. LES RESULTATS DE L'ETUDE QUALITATIVE

L'analyse de contenu thématique réalisée sur le corpus, issue de nos entretiens, a permis de dégager des éléments essentiels de réponses à notre interrogation. Ainsi, six facteurs sont-ils identifiés et associés à la survenue et aux complications de l'hypertension artérielle chez les jeunes adultes au Togo : les facteurs psychologiques, socioaffectifs, médico nutritionnels, culturels, économiques et institutionnels.

1.1. Les facteurs psychologiques

L'étude qualitative a mis en évidence le rôle des facteurs psychologiques dans la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes au Togo. Différents verbatim le traduisent : « *Les facteurs psychologiques sont bien sûrs associés à l'HTA chez les jeunes adultes. Les circonstances de vie stressantes voire traumatiques en rapport avec leur vécu quotidien, le stress induit par le chômage, les problèmes relationnels (les déceptions amoureuses et conflits avec leur l'entourage), conduisent à une élévation des chiffres tensionnels puis au développement de l'HTA si rien n'est fait* » (Cardiologue). « *Je dirai que les facteurs psychologiques sont en grande partie la cause de l'HTA chez les jeunes adultes par leurs composantes stress* » (Technicien supérieur de la santé). Cette association des facteurs psychologiques et la survenue / complications de l'HTA ne se limite pas au secteur professionnel de la santé. En effet, plusieurs membres de familles et patients ont relevé ce lien. Un patient nous disait en substance : « *Mon hypertension est psychologique, cela ne m'a pas surpris quand on me l'a annoncée quoique cela m'a fait mal, car, j'ai traversé le dur dans ma vie ...il y a de quoi.* », « *Mon frère est tout le temps triste* » (frère du sujet HTA).

Les entretiens ont montré que les facteurs psychologiques sont associés à la survenue / complications de l'HTA sous trois aspects :

✓ **Rôle du stress chronique et des conflits/traumatismes anciens**

Le **stress chronique** est une réponse prolongée de l'organisme à une situation déplaisante ou source de **stress**. Il n'est pas qu'un simple sentiment, il inclut une réponse du cerveau qui, en réponse à l'agression perçue, augmente la production de corticoïdes. Les participants de l'étude ont relevé le rôle des situations déplaisantes dans la survenue / complications de l'HTA. Ils soulignent qu'au début, l'individu déploie ces ressources pour y faire face. Mais lorsque la situation perdure, et que l'individu n'a plus de ressources et ne peut plus solliciter d'aide, il finit par faire de l'hypertension. On pourra alors entendre des verbatim comme : *« je suis épuisé, toujours c'est la même chose. Mon mari ne me permet pas de vivre et si je fais l'HTA aujourd'hui c'est purement nos querelles qui n'en finit jamais »* (sujet HTA). Un infirmier nous confia qu'un de ses patients ne cesse de se plaindre jusqu'au jour, il lui a découvert une hypertension artérielle. *« Ses difficultés commerciales n'ont jamais quitté sa bouche et au finish, elle ne fait que tombé malade »*.

Un jeune qui accompagne sa mère pour le suivi nous disait que *« ma mère ne s'est jamais remise depuis le suicide de mon petit frère et si ses chiffres tensionnels ne sont pas stables, c'est qu'elle ne dort pas les nuits. Vu aussi que le petit frère est enterré à la maison, elle passe tout son temps sur la tombe »*. Ces situations décrites, montrent bien le poids du vécu dans la survenue / complications de l'HTA.

Un technicien supérieur de la santé dit avoir été choqué par le vécu de ses patients. Il voit un peu le lourd fardeau dont trainent ces derniers. Il dit : *« Quand tu écoutes l'histoire des sujets HTA, tout part d'une situation mal vécue et qu'on a, du mal à s'en remettre. »* et *« tu ne peux rester indifférent »* (Technicien supérieur de santé).

On constate auprès de plusieurs sujets HTA, un relâchement : ils ne veulent plus se battre pour la vie *« Très longtemps, j'ai plus le goût à la vie et je trouve qu'il ne sert plus à rien de se battre pour une cause sans issue »* (sujet HTA).

Le rôle des vieux conflits, des événements douloureux et des conditions de vie actuelle dans la survenue / complications de l'hypertension artérielle est ainsi démontré par les répondants. Selon les participants, l'HTA provient des traumatismes non assimilés et des situations vécues qui empoisonnent toujours le quotidien des sujets HTA. On pourra entendre :

- « *Nous avons découvert l'HTA, chez une jeune dame de vingt-cinq ans qui a vécu beaucoup de difficultés dans sa relation de couple. De tels patients, nous en rencontrons si souvent* ». (Technicien supérieur de la santé).
- « *Mon père nous a abandonnés, je ne m'en suis jamais remis. Rien qu'en y pensant, je rougis, il est la cause de ma situation aujourd'hui* ». (Sujet HTA).
- « *J'ai perdu mon fils de 23 ans par suicide ; depuis ce jour je ne vis plus* » (Sujet HTA).

Le manque de ressources, tant, physiques, psychologiques et socio-économiques pour faire face à l'adversité conduit à des troubles structurés selon les participants. Ceux-ci affirment que les personnes qui manifestent la dépression ou l'anxiété ou un état de stress chronique sont prédisposées à faire l'hypertension. Ce que témoigne ce professionnel de santé « *Quand, je compilais mes rapports en fin d'année, cela m'a sauté aux yeux. J'ai vérifié et j'ai constaté que la plupart de mes patients anxieux, déprimés avaient une hypertension artérielle* » (Spécialiste santé mentale).

Tout porte donc à croire que, lorsqu'on vit un problème psychologique, il est possible de faire l'HTA ou ses complications. Le profil du sujet hypertendu serait-il celui-là qui a traversé des difficultés dans sa vie et auxquelles il manque les ressources pour y faire face selon les participants ?

✓ **Rôle des états émotionnels**

Comme le traduisent ces verbatim, les participants affirment que les jeunes adultes et généralement les personnes qui sont toujours en colère, irritées et qui voient l'avenir négativement tout en développant une peur sans objet finissent hypertendues :

- « *Durant mes sept années d'exercices, j'ai constaté que les personnes colériques, irritables, agressives, pessimistes, finissent, dans la majorité des cas, par développer une maladie somatique telle l'hypertension artérielle* » (Psychologue clinicien).
- « *La peur est palpable chez la plupart de mes patients et j'en suis arriver à conclure qu'une personne qui vit toujours dans la peur est susceptible de devenir hypertendue* ». (Cardiologue).
- « *Nos malades trainent toujours une peur et je trouve que c'est le facteur qui entraine des complications* » (Médecin généraliste).

Les entretiens montrent que l'hyper-émotivité, l'hypersensibilité provoquent une augmentation de la T.A. et compliquent l'état d'HTA si rien n'est fait :

- « *Le malade, du fait de son H.T.A., se révèle plus sensible aux stimuli émotionnels, et réagit plus violemment, d'où l'augmentation de la pression retentissant sur la réceptivité émotionnelle et affective elle-même nocive* » (Psychologue clinicien).
- « *Moi, je suis trop sensible, au moindre bruit, je sursaute, et cela ne date pas d'aujourd'hui* » (sujet HTA)
- « *Les jeunes qui manqueraient alors la capacité de se maîtriser, de gérer ses émotions et de pouvoir résoudre ses problèmes, sont vulnérables à la survenue / complications de l'HTA* » (Médecin).

✓ **Rôle des troubles psychologiques dans la survenue des complications de l'HTA**

Si les facteurs psychologiques ont été mis en exergue avant l'HTA, ils l'ont été aussi après le diagnostic. On pourra alors très vite le percevoir déjà à l'annonce de l'HTA à une personne. Les sentiments de surprise, d'étonnement s'installent. Ils sont suivis d'un déni comme les propos de ce patient le démontrent : « *Non, moi, je ne suis pas hypertendu. J'accepte que mes chiffres tensionnels soient élevés mais hypertendus, non, non* » (sujet hypertendu). L'angoisse de la maladie accompagne l'annonce et détermine la suite du traitement selon le cardiologue. « *Selon mes expériences, si cette angoisse n'est pas dissipée, les chiffres tensionnels sont hors contrôle et cela conduit la plupart de ces patients aux complications* » (Cardiologue).

Les sujets hypertendus vivent non seulement l'angoisse de l'annonce d'une pathologie chronique, mais aussi l'angoisse d'une prise à long terme de médicaments et des complications invalidantes qui peuvent en découler. « *Le vécu de la maladie devient lourd et gênant prédisposant les hypertendus aux complications d'HTA* » nous confia un médecin. Concrètement cet état d'angoisse agit sur la prise des médicaments. On n'est plus observant des prescriptions comme le constate cet infirmier du service de la médecine : « *On constate que les patients sont tellement angoissés qu'ils oublient le traitement médicamenteux* » (Infirmier).

L'angoisse des complications notamment d'accident vasculaire cérébral (AVC) et l'angoisse d'une mort imminente, qui accompagnent l'annonce du diagnostic de l'HTA, sont les plus citées, par les patients et leurs familles. Des angoisses que les patients manifestent en ces termes :

- « *Docteur, je ferai un AVC comme mon oncle qui souffrait de l'HTA ?* » (Médecin chef médecine).
- « *Je ne veux pas perdre l'usage de mes membres* » (sujet HTA).

- « *Je ne peux pas accepter ce que vous me dites, docteur, moi, je ne suis pas hypertendu, et mon frère non plus* » (frère d'un jeune hypertendu).

1.2. Les facteurs socioaffectifs

Chez les jeunes adultes, les facteurs socioaffectifs associés à l'HTA, communément évoqué dans les entretiens sont axés sur la relation des jeunes adultes avec leur entourage (familles, amis, collègues). La relation conflictuelle, la solitude et le manque de soutien économique et social, prédisposent les jeunes adultes à la survenue / complications de l'hypertension artérielle selon les participants. Selon un sujet HTA : « *Lorsque je me sens seul ou contrarié par mes proches, ma tension artérielle augmente* ». C'est dans cet ordre d'idée que le cardiologue affirme que : « *... le sentiment d'appartenance à un réseau social est déterminant pour la santé cardiovasculaire des jeunes adultes*»

Quelques verbatim recueillis témoignent également du lien établi entre l'HTA et les facteurs socioaffectifs par les participants :

- « *C'est le moment, où les jeunes aiment avec passion. Ils supportent très peu les déceptions et cela peut les conduire à des troubles du rythme cardiaque et donc au développement de l'HTA si de telle décharge émotionnelle se prolonge* ». (Technicien supérieur de la santé)
- Un médecin abordant également dans le même sens dit : « *Parmi les jeunes qui ont fait l'AVC, il y avait un nombre important de jeunes femmes avec des difficultés au foyer ; elles estiment plus souvent être déçues par leur mari* ».
- Un sujet HTA, quant à lui estime que « *Ma famille et moi, avons rompus le pont depuis belle lurette, je ne peux comprendre pourquoi cela* ».

Ces jeunes déçus dans leurs relations familiales ou professionnelles, le vivent douloureusement comme c'est le cas de ces sujets HTA :

- « *Mon grand frère est un cadre de la fonction publique, il m'a promis du boulot après ma licence, me voilà depuis trois ans sans rien faire, malade en plus. Si j'avais ce boulot, rien de tout cela n'allait m'arriver* » (Sujet hypertendu).
- « *L'atmosphère de travail n'est pas envieuse, j'ai souvent du mal à aller au boulot et quand j'y suis, j'ai hâte de rentrer à mon domicile...si je pouvais trouver un autre travail, j'allais démissionner et ne plus voir la tête de certains collègues* »

L'incapacité de certains jeunes à couvrir les besoins de leur entourage est aussi mal vécue :

- « *Comment voulez-vous que j'aie à merveille si je ne peux rien apporter à ma famille.* » (Sujet HTA).
- « *Je suis l'aîné de ma famille, j'ai mes petits frères. Mon devoir c'est de prendre soin d'eux mais je n'y arrive et c'est frustrant* » (sujet HTA)

La dimension sociale semble préoccupée la plupart des participants. Ils sont nombreux à dire que la famille est sacrée. Ils soulignent que le soutien de sa famille voire de sa communauté est indispensable pour la santé des membres de la famille. « *Plus le climat relationnel est défavorable, plus les individus se portent mal* » affirme le frère d'un sujet HTA. Il ajouta : « *imaginer que moi, je ne suis pas à côté de mon frère à l'hôpital, est-ce l'argent qui ira lui procurer les médicaments ?* ». Un autre membre de famille confirma les propos de ce dernier en disant : « *Un individu peut avoir plusieurs millions mais sans les siens, il est malheureux* ».

Aller à l'hôpital ici, est synonyme d'avoir un accompagnant, un membre de famille. Sans ce dernier l'individu peine à se rendre à l'hôpital nous confia un médecin. « *Très souvent, vous êtes débordés de visiteurs, ils viennent pour prendre les nouvelles de leur frère malade et parfois veulent même qu'on leur dise de quoi il souffre* » affirme un infirmier.

« *Chez nous, quand quelqu'un est à l'hôpital, et tu ne vas pas pour le saluer, on dira que c'est toi qui es à l'origine de sa maladie, tu es sorcier* » affirme un patient HTA.

Il est donc impossible de dissocier cet aspect social des soins dans le contexte africain. Très vite, le soignant qui ne montre pas d'empathie est pris pour mauvais et le patient peut décider quitter le cadre hospitalier.

1.3. Les facteurs médico nutritionnels

Les facteurs qui reviennent plus souvent dans le discours des participants lorsqu'ils évoquent les facteurs médico nutritionnels associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes sont l'alimentation trop grasse, trop salée, trop sucrée, les antécédents d'HTA familiale, la comorbidité et la sédentarité. C'est qu'illustre ce verbatim d'un technicien supérieur de la santé : « *La relation entre les facteurs médico nutritionnels et l'HTA n'est plus à démontrer. D'ailleurs, c'est le facteur que nous tous, nous incriminons dans la survenue / complication de l'HTA* ».

Selon les participants, les jeunes adultes se donnent de plus en plus aux boissons alcoolisées, tonifiantes énergisantes, et à une alimentation trop salée, trop sucrée et trop grasse. Aussi, le repas domestique est très peu pris par ces jeunes adultes. Ils mangent chez les revendeuses de la rue dont les repas sont trop salés et gras. Ce qui n'est pas sans conséquence sur leur système cardiovasculaire affirme un cardiologue. Selon les soignants, les jeunes adultes développent une

hypertension artérielle très précocement pour avoir stressé l'organisme par une alimentation toxique. Cette analyse est partagée par un médecin qui nous confie que : « *Les jeunes sont aujourd'hui, dépendant des médicaments de rue particulièrement du tramadol frelaté et de diverses boissons énergisantes. Tous ces médicaments et boissons nuisent à leur santé cardiovasculaire, hépatique et rénale, bref à tout le corps* ».

Du côté des patients, on finit par l'avouer et regretter : « *c'est mon alimentation qui me tue, on me l'avait pourtant dit* » (sujet HTA). Un autre sujet HTA nous confia : « *Je connais l'origine de ma tension, j'ai pris l'habitude de manger assez de cubes, je mange pour remplir le ventre ; et comme si cela ne suffisait pas, je prenais beaucoup la boisson locale* »

L'autre facteur indexé parmi les facteurs médico nutritionnel est l'HTA familiale. « *On dirait que je l'ai hérité, maman et papa sont hypertendus* » nous confia un sujet HTA. Les sujets HTA ayant des parents hypertendus sont nombreux dans la file des patients suivis dans nos centres hospitaliers nous confie un médecin en ces termes : « *Au moins le quart de nos patients, ont des parents hypertendus* ». Cela est confirmé par certains des patients : « *Sur nos quatre enfants de la famille, nous sommes trois à être hypertendu. Notre oncle nous avait dit que nos deux parents étaient hypertendus* » (sujet HTA).

La sédentarité des jeunes adultes est aussi relevée par les participants de l'étude. On constate que les activités physiques ne sont pas régulières comme le témoigne ce sujet HTA « *moi, je fais le sport quand je suis libre* ». Les jeunes marchent très peu de nos jours, ils préfèrent prendre des taxi-moto même pour une petite distance. Avec l'avènement des motos taxis, la sédentarité est de mise chez les jeunes adultes, observe un membre de famille de sujets HTA.

L'association HTA-autre pathologie chronique (comorbidité) a complété la liste des associations faites par les participants. L'une appelle l'autre nous dit un cardiologue et « *La plupart de nos patients développent une comorbidité diabète-HTA* » (Médecin généraliste). Il est fréquent de rencontrer alors des patients comorbides : « *Je suis diabétique et hypertendu* » (sujet HTA).

1.4. Les facteurs économiques

Les facteurs économiques sont cités parmi ceux associés à la survenue / complications de l'HTA. La question ne se pose même plus nous disent les participants. « *Pas d'argent pas de santé* ». (Sujet HTA). Deux tendances se dégagent de ces entretiens :

Dans la première, les répondants affirment que le manque des moyens financiers est source de stress (stress économique) pour les jeunes adultes. Ils soulignent que c'est l'âge auquel le jeune veut se faire une identité, un statut. Le désir d'être autonome vis-à-vis de son entourage est de plus

en plus grand. L'instabilité financière due au chômage ou à un travail instable / précaire, constitue une source d'angoisse d'autant plus que le jeune a des obligations familiales. Cette situation financière mal vécue, serait un facteur de risque dans la survenue / complications de l'HTA. Cette analyse est perceptible dans les verbatim des participants à cette étude :

- « *A 30 ans, il n'est pas aisé de rester chez ses parents et leur demander de l'argent. Souvent, je n'ai rien mais, je ne l'exprime pas. Toutes ces frustrations ne peuvent donner que des maladies* » (Sujet HTA)
- « *Quand il n'a pas l'argent, tu ne le vois plus, il s'enferme dans la chambre et deux jours après ; vous vous retrouver à l'hôpital avec des chiffres tensionnels très élevés* » (Mère d'un sujet HTA)
- « *La veille du jour de ma crise hypertensive, ma femme m'a seulement demandé 1500 francs CFA (2,30€). Dans l'incapacité de les lui donner, je n'ai pas dormi de toute la nuit. Et c'est le petit matin que j'ai piqué la crise avec des chiffres tensionnels allant jusqu'à 20* » (sujet HTA).
- « *Quand, je n'ai pas d'argent, je suis très gêné et en colère, et ma tension artérielle augmente* » (sujet hypertendu).
- « *L'argent est comme de l'air dans les poumons, si tu l'as, tu ne te fais pas de soucis ; tu ne l'as pas, tu es malade* » (Frère du sujet hypertendu).

La deuxième tendance qui se dégage est relative au fait que le manque de moyens économiques et financiers entraîne des comportements à risques. En effet, les jeunes, par manque d'argent, achètent des médicaments non conventionnels (produit de la rue) et préparent des infusions pour boire. Ils ne savent pas le mal pour lequel ils ont mal, mais prennent des médicaments de rue. Ils se soignent dans les « cliniques sauvages » où aucun bilan paraclinique n'est fait. Ce comportement à risques nuit gravement à leur état de santé nous confia un médecin. D'autres participants se sont également prononcés à cet effet :

- « *Les jeunes ayant un faible pouvoir d'achat, ne consultent pas les centres hospitaliers aux premiers symptômes, ils tardent à venir et développent une automédication, ce qui constitue un facteur de risque de la survenue / complication de plusieurs maladies dont l'HTA* » (Technicien supérieur de santé).
- « *Le manque de moyens financiers occasionne l'adoption par les jeunes, des mesures non conventionnelles (achat des produits de la rue, infusion, prières...) lorsqu'ils sont souffrants.*

Ils fréquentent tardivement les hôpitaux et souvent arrivent c'est trop tard, quand les complications se sont installées » (Point focal région MNT).

1.5. Les facteurs culturels

Dans cette phase exploratoire, les facteurs culturels sont reconnus avoir une place dans l'étiologie et l'évolution de l'HTA.

L'étiologie de l'HTA est due à un envoutement. En effet, les patients attribuent une cause mystique à l'HTA. Ils affirment que l'HTA apparaît comme un ensorcellement, on ne la voit pas venir. Un matin, tu arrives à l'hôpital pour un motif et on te dit que tu as de l'hypertension artérielle. *« C'est difficile d'accepter une telle maladie » (Sujet HTA).* Un autre patient ajouta *« même si c'est le cas, elle n'est pas une maladie de l'hôpital, il faut consulter un charlatan pour mieux comprendre ce qui ne va pas ».*

Les participants affirment que la croyance erronée et la méconnaissance des facteurs de risque de l'HTA constituent un facteur déterminant de la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes. Selon un cardiologue *« Dans tous les cas les croyances peuvent contribuer à la fois à la cause et à la non-observance du traitement de l'hypertension artérielle ».*

Selon certains participants, l'HTA a une cause extérieure. Selon un guérisseur traditionnel *« l'HTA provient des « dieux », et/ou des « ancêtres » ou encore d'un « sorcier » et serait une maladie envoûtée ».* Un autre guérisseur nous affirme que : *« Aucun traitement conventionnel ne peut avoir un effet positif ».* Les familles partagent cette représentation de la maladie.

Cette façon de percevoir la maladie traduit des comportements qu'évoque le Technicien supérieur de santé : *« Plusieurs patients hypertendus refusent le traitement, décident de rentrer à domicile contre avis médical. Plus souvent c'est pour se rendre chez les charlatans, estimant que la maladie a sa source ailleurs ».* Cette situation est fréquente surtout dans les milieux ruraux nous confie un infirmier. Ce dernier fait aussi observer que : *« C'est fréquent de trouver des amulettes sous le lit d'hôpital ou à la hanche du malade lors des injections ».*

Les patients, en fonction de leurs représentations de l'HTA, adoptent des comportements à risques : long itinéraire thérapeutique à la recherche de la cause et du traitement, automédication, consultation médicale tardive. C'est en cela qu'un médecin affirme que *« Ils recherchent la cause du mal et vont de charlatan en charlatan, de centre de prière en centre de prière et arrivent dans les structures de soins dans une phase de complications ».*

La plupart des jeunes adultes disposent de peu de connaissances sur l'HTA et sur ses facteurs de risque. « *...lorsque ces connaissances et croyances sur l'HTA sont erronées, il y a d'abord le retard du diagnostic, parce qu'on prend le temps d'aller chercher la cause de l'HTA ailleurs qu'à l'hôpital ; ensuite, il y a l'inobservance du traitement* » (Cardiologue).

La plupart des patients ignorent le caractère chronique de l'HTA. Ils pensent que c'est une maladie de quelques jours. Ils commencent le traitement et l'abandonnent chemin faisant soi-disant guéri lorsqu'ils n'ont plus les symptômes qu'ils avaient avant le début du traitement. Ils reprennent leurs vieilles habitudes (alimentation trop grasse, salée, consommation d'alcool, tabac...). Cela se confirme dans les propos de ce sujet HTA qui dit : « *Pour moi, mes chiffres sont élevés, je vais prendre les médicaments et cela va baisser et après, je laisse les médicaments* » (sujet HTA).

1.6. Les facteurs institutionnels

Les facteurs institutionnels, relevés dans les entretiens avec les participants, et associés à la survenue / complications de l'HTA sont des facteurs liés à la prévention et à la prise en charge de l'HTA.

En rapport à la prévention, les participants affirment que le système de santé togolais ne dispose pas d'un protocole de prévention orienté vers la population, encore moins vers les jeunes. A cet effet un point focal des MNT, estime que : « *Il n'existe pas un guide de prévention ni de prise en charge de l'HTA au Togo. Les jeunes adultes sont peu informés sur les facteurs de risque de l'HTA* ».

Lorsque la question est posée aux cliniciens, ils pensent eux aussi qu'il n'existe pas de dispositifs pour instruire les jeunes sur la question de l'HTA. Un cardiologue nous confie que « *les jeunes manquent la culture du contrôle des chiffres tensionnels* ». Une autre ajouta que : « *L'HTA est découverte au hasard, au cours d'une consultation pour un autre souci de santé ou carrément après une crise / complications d'hypertension artérielle* ». Cela a été confirmé par certains patients : « *...c'est au cours de ma consultation pour un accès palustre qu'on m'a découvert la tension artérielle* ». (Sujet HTA). Il faut donc remarquer que les structures sanitaires se positionnent pour traiter les maladies et non pour prévenir. Les quelques séances de sensibilisations couplées de dépistage sont rares. « *Il faut attendre une fête traditionnelle pour le faire* » nous confie un membre de famille du sujet HTA.

Quant à la prise en charge, il faut remarquer dans un premier temps que le dépistage de l'HTA souffre de plusieurs maux. Selon un cardiologue, le diagnostic de l'HTA est parfois mal posé par

certaines professions de santé. Il affirme en substance que : « *Certains professionnels se pressent pour déclarer le sujet hypertendu et le mets sous des antihypertenseurs* ». Un autre nous confia que : « *Plus souvent, on ne prend pas le temps de reprendre la tension, de faire un bilan et questionner le patient sur son vécu* » (cardiologue).

Aussi, il n'est pas à perdre de vue que les appareils de tension artérielle dans certaines structures sont vétustes et ne donnent plus de chiffres fiables. C'est dire que nous avons des faux positifs et des faux négatifs. Un surveillant de service nous confie que « *Le dépistage de l'HTA est un défi dans leur centre* » et au médecin-chef de dire « *C'est important de revoir comment se passe le dépistage des malades HTA* ».

Lorsque le diagnostic est posé, l'annonce est souvent non faite, comme le témoignent les propos de cet infirmier : « *les patients ne connaissent pas leur statut HTA, l'annonce de la maladie n'est pas faite, et les sujets adhèrent difficilement au traitement* ». La plupart des patients ne savent pas qu'ils sont hypertendus. Ils ignorent par conséquent la chronicité de l'HTA. Ils débutent le traitement et ne continuent plus quand ils se sentent mieux. Pour les patients, c'est juste une maladie aiguë qui passe après quelques jours de traitement. Comme le dit ce frère du sujet HTA : « *un sujet HTA est traité comme un sujet ayant un paludisme* » (frère sujet HTA). Le sujet HTA n'est pas intégré dans un système de soins à long terme ajouta un point focal.

Parfois, seules les analyses d'initiation du traitement sont demandées et parfois même pas. Un surveillant de service a confié que « *Peu de patients font les bilans HTA, les soignants en demandent aussi moins ou pas du tout pour plusieurs raisons* ».

Le protocole thérapeutique présente peu de succès, constatent les participants. La prise en charge est moins organisée. Le sujet HTA est moulu à tous les autres patients. Il est parfois non revu après sa première crise de tension. Les patients ne bénéficient pas d'éducation thérapeutique nous dit un médecin. Il ajoute que ces patients reviennent dans une phase de complications.

Certains participants font donc observer que la prise en charge du sujet HTA se révèle très difficile. Le plateau technique est peu fourni : « *Les centres de santé manquent des appareils de prise de tension, d'électrocardiogramme et d'échodoppler...même s'ils sont là, ces appareils sont désuets ou carrément non fonctionnels* » (point focal MNT). Il est aussi difficile pour les sujets HTA de rencontrer le cardiologue estime un sujet HTA. Malgré les angoisses d'une pathologie chronique et les difficultés d'adaptation à un traitement au long cours. « *Les sujets HTA sont moins orientés vers le psychologue* » (Médecin généraliste). Les coûts des actes (bon de consultation et analyse) et les médicaments sont au-dessus du pouvoir économique des jeunes adultes. Le système de santé

manque de couverture universelle de santé. Seuls les fonctionnaires du secteur public et quelques structures privées disposent une assurance santé. Encore faut-il voir combien sont pris en charge les coûts des soins et d'achat de médicaments estime un participant. Les patients présentent des difficultés à se soigner comme l'exprime la sœur d'un sujet HTA : « *Mon frère n'arrive plus à honorer ses ordonnances* ».

2. DISCUSSION DES RESULTATS QUALITATIFS ET MODELE DE RECHERCHE ENRICHI

Un des objectifs de l'étude qualitative exploratoire était de vérifier la pertinence globale du modèle théorique élaboré à l'issue de l'analyse de la littérature (figure 5). Ce modèle et les variables qui le composent ont été confrontés à la réalité du terrain au cours de cette étude. L'étude qualitative a donc permis de dégager des variables applicables et compréhensibles dans le contexte togolais. Nous pouvons à présent proposer quelques adaptations du modèle initial et ainsi proposer le modèle et les hypothèses de recherche qui seront testés par la suite, dans une perspective de validation quantitative.

En confrontant les résultats de l'étude qualitative aux travaux antérieurs sur l'HTA, il faut remarquer que l'étude qualitative confirme la présence de quatre facteurs précédemment identifiés dans la littérature (les facteurs médico nutritionnels, psychologiques, sociaux et économiques) et identifie deux autres (facteurs institutionnels et facteurs culturels), portant à six les facteurs explicatifs de la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo.

L'étude qualitative a permis aussi d'améliorer la compréhension des facteurs. Ainsi les indicateurs de certaines variables (facteurs) ont été redéfinis, précisés et contextualisés à l'issue de cette exploration. Toutes les variables explicatives identifiées à l'issue de la phase qualitative sont présentées dans les paragraphes ci-dessous.

2.1. Les variables de la littérature redéfinies et précisées à l'étude qualitative

- Les facteurs médico nutritionnels

La revue de la littérature a permis d'identifier les antécédents d'HTA familiale, les antécédents médicaux, la comorbidité et les habitudes à risque comme des facteurs associés à l'HTA (Atta, 2021 ; Beevers, 2007 ; Pobee, 1993 ; Wasungu, 2016). Les résultats de l'étude qualitative exploratoire soulignent aussi les facteurs médico nutritionnels comme un facteur déterminant la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes. Ils précisent toutefois, pour ce qui concerne les habitudes alimentaires des jeunes adultes au Togo, une consommation non contrôlée de médicaments de rue, de substances psychoactives et de boissons énergisantes / tonifiantes. Ce qui serait un indicateur important des facteurs médico nutritionnels. Nos résultats précisent aussi que les jeunes adultes au Togo se donnent aux repas des revendeuses qui bordent les rues et dont

la cuisson répond à un objectif commercial plutôt que sanitaire. Ainsi, ces nourritures du bord de la route sont trop salées et trop grasses et pas toujours aseptiques.

A l'issue de cette phase exploratoire, nous dégagons quatre principaux indicateurs pour définir les facteurs médico nutritionnels : *les antécédents d'HTA familiale, les antécédents médicaux & la comorbidité* (diabète, dyslipidémie, insuffisance rénale et autres maladies cardiovasculaires) et *les habitudes alimentaires à risque* (alimentation trop grasse, trop salée, trop sucrée, la consommation excessive du tabac et de l'alcool, la prise de médicaments psychoactifs et de boissons tonifiantes/énergisantes) et *la sédentarité*.

- Les facteurs psychologiques

Dans la littérature, la détresse psychologique a été associée à la survenue/complications de l'HTA (Hamer, 2008 ; Robinson, 2004). Cette variable a été retrouvée dans la présente étude qualitative. Cette dernière a permis d'approfondir cette dimension psychologique. Les résultats ont donc permis de constater une vulnérabilité psychologique des jeunes adultes marquée par de l'anxiété, de la dépression, l'état de stress post traumatique (ESPT) et des troubles émotifs (irritabilité, colérique, peur, agressif...). Aussi, l'analyse a permis de comprendre que le manque de compétence du jeune adulte, à gérer ses émotions et à résoudre ses problèmes sanitaires, socioaffectifs, économiques... le rend vulnérable à la maladie de l'HTA ou à ses complications. En effet le poids de la maladie chronique, le faible pouvoir économique et les difficultés relationnelles entraînent une frustration, qui mal gérée, peut fragiliser le système cardiovasculaire et par là dresser le lit à la maladie de l'HTA.

A l'issue donc de la phase exploratoire, les facteurs psychologiques sont définis par : *troubles psychopathologiques (anxiété, dépression, ESPT) ; traits ou états émotionnels rigides et non adaptés au contexte de vie ; manque de compétence de gestion des émotions et de résolution des problèmes*.

- Les facteurs socioaffectifs

Dans la littérature, les études à l'instar de celle de Spruil (2010), ont mis en évidence la relation entre la solitude et les chiffres tensionnels. D'autres chercheurs ont mis, également en exergue, l'interrelation entre l'environnement social et la maladie du sujet (Engel, 1980). Dans cette étude qualitative, la relation entre l'environnement social et la survenue / complications de l'HTA a été documentée. Les résultats montrent qu'en plus de la solitude, les relations conflictuelles, les

déceptions amoureuses non assimilées, le manque de soutien socio-économique, le sentiment d'exclusion sociale et le vécu d'une pression sociale constituent des facteurs qui prédisposent les jeunes adultes à la survenue / complications de l'HTA.

Pour la suite de cette étude, quatre indicateurs sont retenus pour définir la variable socioaffective : *la solitude, les relations conflictuelles, le manque de soutien socio-économique et le sentiment d'incapacité à satisfaire les besoins de la famille.*

- Les facteurs économiques

Dans la littérature, le niveau socioéconomique auquel on appartient a été investigué dans les études de prévalence de l'HTA en Afrique. Les résultats de ces études montrent que la prévalence de l'HTA augmentait si l'on passe d'une couche sociale basse à une couche sociale plus élevée. Les agriculteurs ruraux avaient la plus faible prévalence (14 %) comparée à celle des pauvres urbains (25 %) et des cheminots (29 %) Kaufman, 1996). De semblables résultats ont été trouvés au Ghana (Niakara, 2007).

Dans la phase qualitative de cette étude, le statut socioéconomique des jeunes adultes est associé à l'HTA. L'association du statut économique des jeunes et la survenue de l'HTA se présente deux façons. La première, le faible pouvoir économique des jeunes adultes les amène à l'adopter des comportements à risques de survenue d'une HTA (consultation tardive, automédication, achat des produits de la rue, prise des infusions...). La seconde, le faible pouvoir économique est un facteur de stress pour les JA. Ils ne peuvent couvrir leurs besoins vitaux. Le faible pouvoir économique constitue un handicap pour les jeunes adultes à s'offrir des soins de santé de qualité et à répondre aux sollicitations financières de leurs entourages. Plus souvent, le stress négatif prend place et ronge à petit feu le système cardiovasculaire prédisposant le jeune à la maladie de l'HTA. Les indicateurs des facteurs économiques sont : *difficultés à payer les soins de santé ; difficultés à couvrir les autres besoins ; stress économique et comportements à risques par faute d'argent.*

2.2. Les variables ou facteurs explicatifs révélés par l'étude qualitative

L'étude qualitative a permis d'identifier deux nouvelles variables. Il s'agit des facteurs culturels et des facteurs institutionnels qui sont associés à l'HTA chez les jeunes adultes au Togo.

- Les facteurs culturels

Moins perceptibles dans la littérature, ils ont été relevés dans cette étude qualitative. Les résultats montrent que les croyances et la connaissance qu'ont les jeunes adultes de l'HTA est un élément important à considérer dans l'explication de la survenue / complications de l'HTA. La croyance erronée et la méconnaissance de l'HTA induiraient des comportements à risques tels que la consultation tardive, le départ de l'hôpital contre avis médical, la prise des infusions, la non-observance du traitement médical, la fréquentation des camps de prières au détriment des hôpitaux... Plus souvent, les sujets adoptent une médecine traditionnelle et recherchent la cause sur le plan spirituel. On trouve même sous les lits des hôpitaux des gri-gris. Aussi ces gris-gris sont attachés à la hanche du patient. Ainsi les facteurs culturels se caractérisent-ils par *une croyance mystique de l'origine de l'HTA, la recherche mystique de la cause / traitement de l'HTA, une méconnaissance de l'HTA et l'adoption d'un comportement culturel à risque (refus du traitement médical, consultation tardive, départ de l'hôpital sans avis médical...)*.

- Les facteurs institutionnels

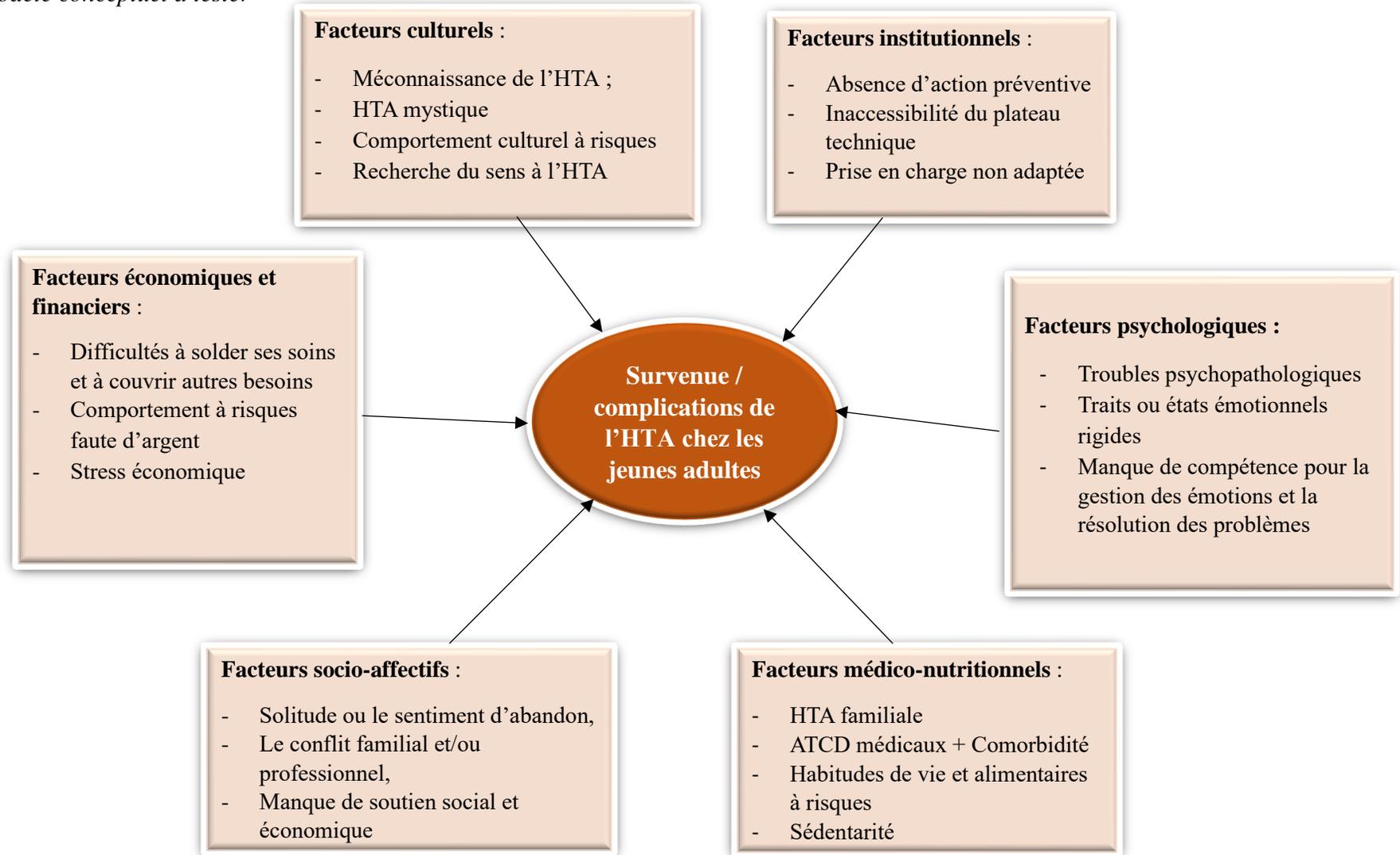
Les facteurs institutionnels associés à la survenue / complications de l'HTA portent sur la prévention et la prise en charge de l'HTA au niveau institutionnel autrement dit au niveau du ministère et des structures hospitalières. En effet, il est à noter l'absence d'un dispositif régional et même national de prévention et de prise en charge, adapté aux besoins des malades chroniques tels les sujets HTA. Le Togo ne dispose non plus de guides de prévention et prise en charge de l'HTA. Chaque prestataire soigne en fonction de sa connaissance et de ses expériences du terrain. Les appareils pour un bon diagnostic sont vétustes voire inexistants. Le traitement est onéreux et moins organisé. Le sujet HTA est traité comme un patient souffrant d'une pathologie aiguë.

Les indicateurs qui défissent cette variable dans la présente étude sont : *rareté des campagnes de dépistage donc retard de diagnostic ; accessibilité difficile des spécialistes pour le suivi HTA ; le coût onéreux des actes et des médicaments ; absence d'éducation thérapeutique du patient ; absence d'une prise en charge pluridisciplinaire et d'un suivi régulier.*

A l'issue de la discussion des résultats de l'étude qualitative, nous avons alors construit un modèle de recherche devant conduire l'étude quantitative (figure 9).

Figure 10 :

Modèle conceptuel à tester



2.3. Hypothèses de travail enrichies

L'étude qualitative a permis d'enrichir notre premier modèle théorique issu de l'analyse de la littérature. En somme, à l'issue de cette démarche qualitative, nous obtenons six principaux facteurs explicatifs de la survenue / complications de l'HTA : facteurs médico nutritionnels, psychologiques, socioaffectifs, économiques, culturels et institutionnels. Ainsi, dans le tableau 6 ci-dessous, nous avons exposé les hypothèses du modèle théorique enrichi, qui, vont servir dans la conduite de l'étude quantitative.

Tableau 6 :

Hypothèses enrichies pour servir à l'étude quantitative

N°	Intitulé de l'hypothèse
H1	La vulnérabilité psychologique contribue à la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes
H2	L'environnement social défectueux du jeune adulte contribue à la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes
H3	L'état de santé physique défectueux et les conduites alimentaires malsaines contribuent à la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes.
H4	L'environnement économique défectueux du jeune adulte contribue à la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes
H5	Le contexte culturel contribue à la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes.
H6	Le cadre institutionnel du contrôle de l'HTA contribue à la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes.

En définitive, ce volet qualitatif, basé exclusivement sur l'entretien avec les différents acteurs de la prise en charge de l'HTA y compris les patients et leurs familles, a permis d'identifier les différents facteurs en jeu dans l'explication de l'HTA chez les jeunes adultes. Cette partie de la thèse nous a permis de présenter notre étude qualitative exploratoire, laquelle présente un double intérêt :

- Vérifier la pertinence du modèle proposé à l'issue de l'analyse de la littérature et,

éventuellement le compléter ;

- Préparer la phase quantitative et le test du modèle de recherche en complétant les éléments disponibles dans la littérature sur les instruments de mesure de certaines variables.

Par ailleurs, l'étude qualitative aura le mérite de la découverte de deux nouvelles variables explicatives du phénomène et de la contextualisation des variables précédemment identifiées dans la revue de la littérature. Ce qui a enfin rendu facile l'enrichissement du modèle de recherche et la reformulation de nos hypothèses. Ces derniers doivent, à présent, être testés, dans une perspective quantitative dans la dernière section de ce chapitre. Toutefois, elle suscite l'importance de situer le poids des facteurs associés et d'indiquer les trois premiers facteurs prépondérants dans la survenue de l'HTA sur lesquels les premières actions correctrices peuvent être basées pour réduire la prévalence de l'HTA chez les jeunes adultes.

SECTION 2 : PRESENTATION DES RESULTATS DE L'ETUDE QUANTITATIVE

L'étude qualitative nous a permis d'avoir une vue globale des différents facteurs que les acteurs de la prise en charge associent à l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Ainsi le premier objectif de la présente étude est atteint. Les relations établies entre ces facteurs et l'HTA ne constituent pas des faits scientifiques, mais des opinions. Par conséquent, elles ne permettent pas de conclure une relation causale entre ces facteurs et l'HTA chez les JA, d'où l'intérêt d'une étude quantitative. Les résultats de cette dernière sont présentés dans la présente section.

1. Les caractéristiques sociodémographiques des participants

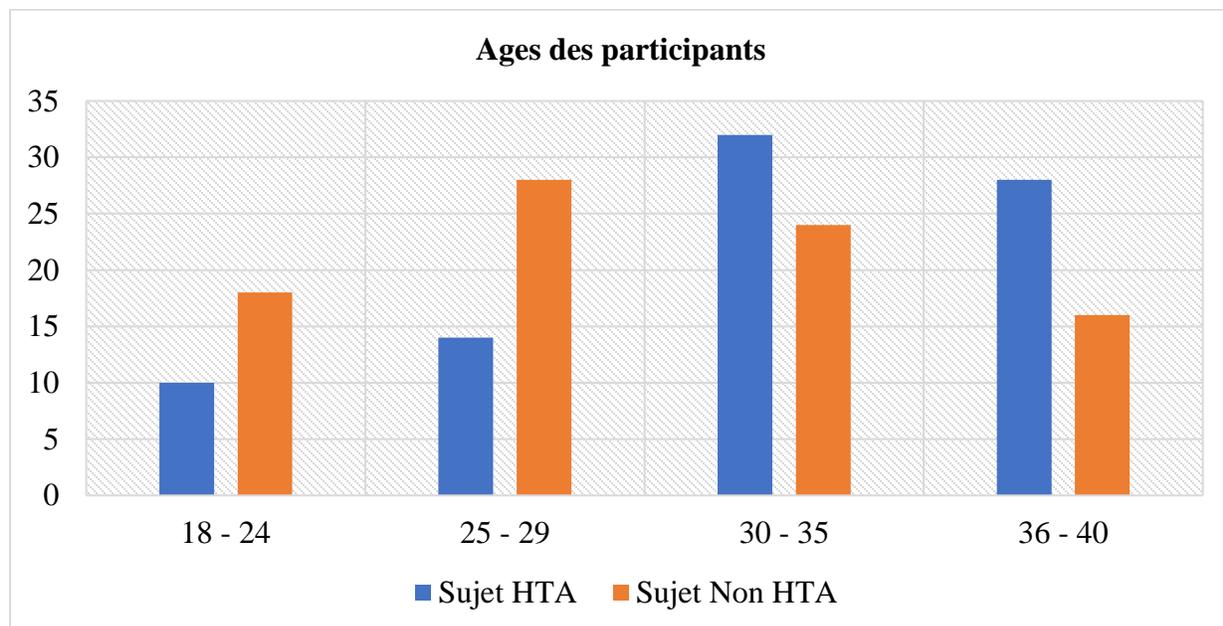
Avant d'aborder l'analyse des résultats, nous renseignons ici le lecteur sur l'âge, le sexe, la situation matrimoniale, le niveau d'études, le milieu de vie et l'occupation des participants de l'étude quantitative. En rappel, cette phase a porté sur un échantillon de 168 individus dont 84 sujets HTA et 84 sujets non HTA (fratrie des sujets HTA).

1.1. Age des participants

La tranche d'âge de 30 à 40 ans est la plus représentée (71,4%) suivie de la tranche d'âge de 18 à 29 ans (28,6%) dans le groupe des sujets HTA. Dans le groupe des sujets non HTA, la différence n'est pas significative entre les deux tranches d'âge, ils sont respectivement 52,38% (18 à 29 ans) et 47,62% (30 à 40 ans).

Figure 11 :

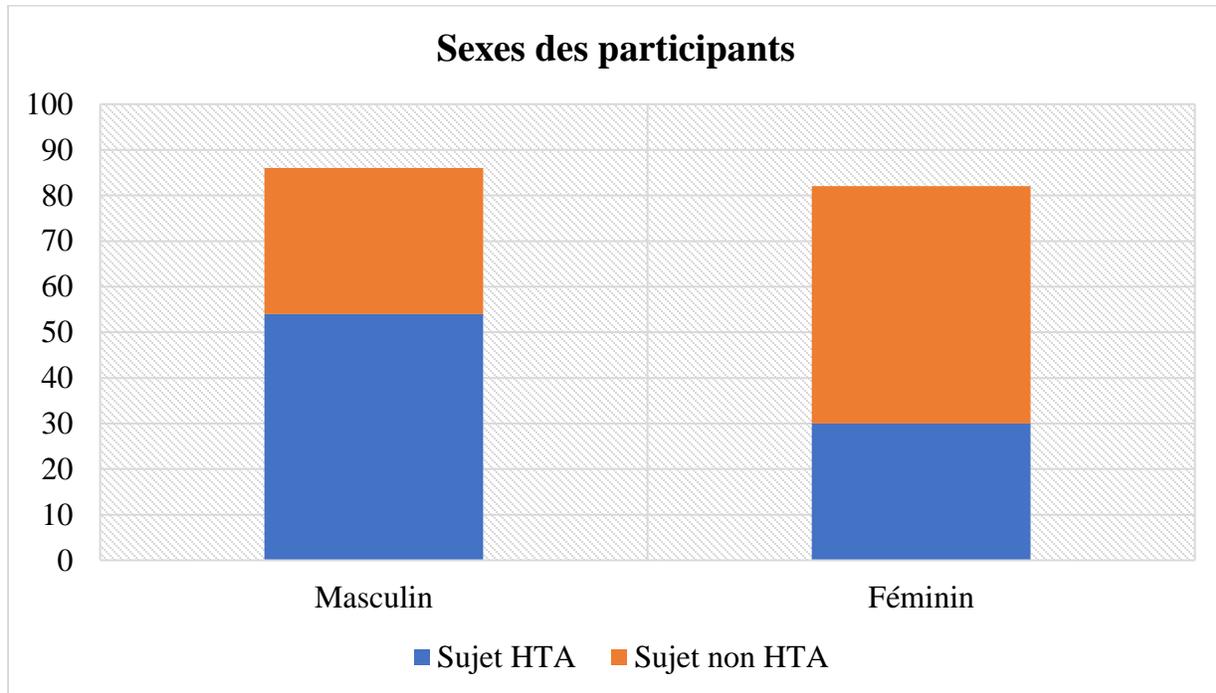
Graphique de répartition des participants en fonction de leur âge (N=168)



1.2. Sexe des participants

Figure 12 :

Graphique de répartition des participants en fonction de leur sexe (N = 168)

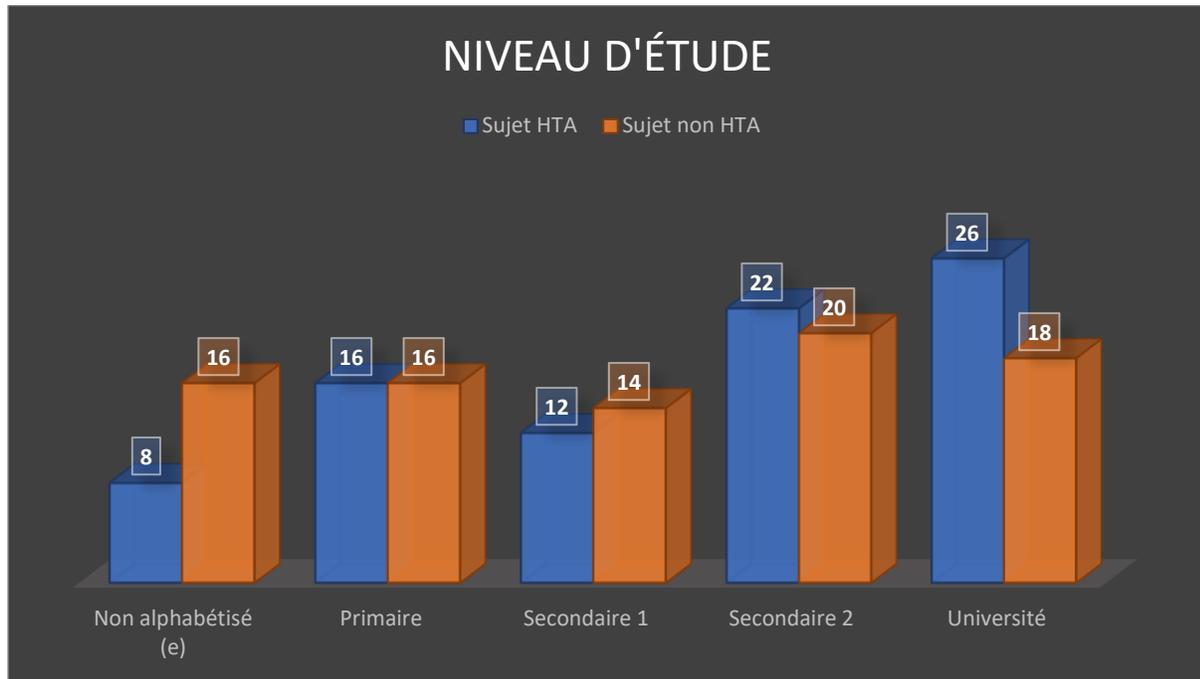


Comme le montre la figure 12 ci-dessus, le groupe des sujets HTA est composé 54 hommes (64,3%) et 30 femmes (37,7%) avec une sexe-ratio de 1,8. Celui des sujets non HTA est composé de 32 femmes (38,1%) et de 52 hommes (61,9%) avec une sexe-ratio de 1,6. On remarque alors qu'il y a plus de jeunes hommes hypertendus que de jeunes femmes parmi les participants de cette étude.

1.3. Niveau d'études des participants

Figure 13 :

Graphique de répartition du niveau d'études des participants (N = 168)



La figure 13 présente le niveau d'études des participants. Dans les deux groupes, on remarque que la plupart des participants ont atteint le niveau secondaire 2 et universitaire. Ils représentent 60,2% des sujets HTA et 45,2% des sujets non HTA.

1.4. Occupation des sujets HTA et non HTA

Tableau 7 :

Répartition des participants en fonction de leur occupation

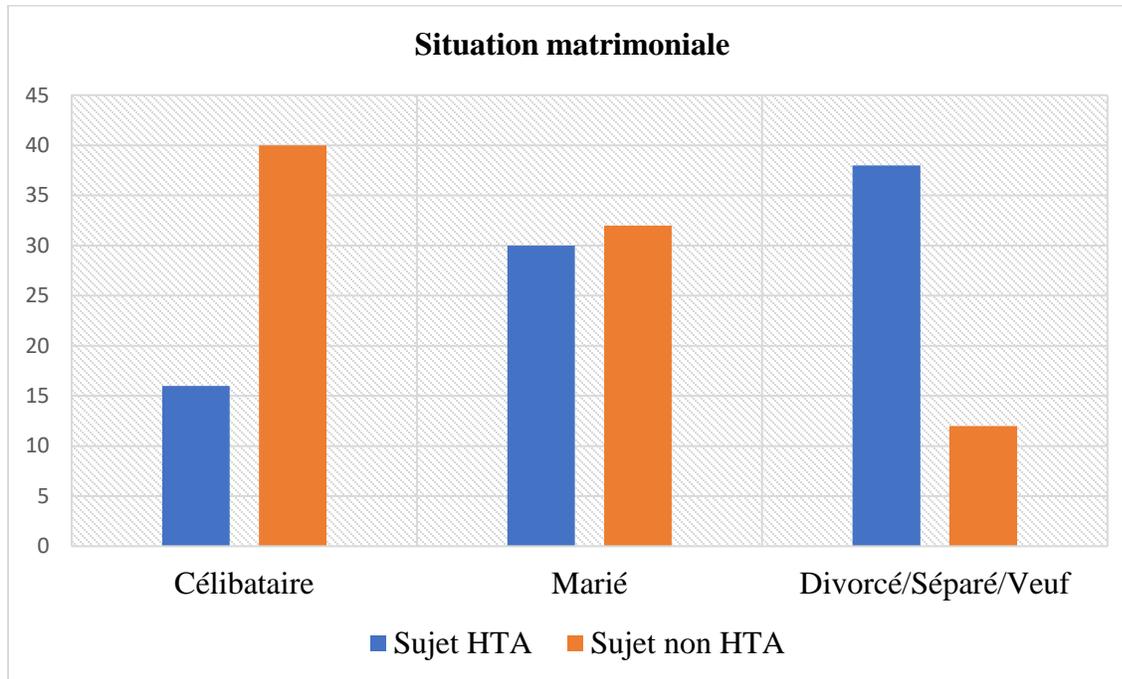
	Sujets HTA		Sujets non HTA	
	N	%	N	%
Occupation				
Activité professionnelle	58	69	44	52,38
Chômage	20	23,8	28	33,33
Formation	6	7,1	12	14,29
Total	84	100	84	100

En rapport avec l'occupation des sujets, 69% des sujets HTA sont en activité contre 52,38% dans le groupe des sujets non HTA, 23,8% en chômage contre 33,33% ; et 7,10% sujets HTA sont encore en formation contre 14,29% sujets non HTA.

1.5. Situation matrimoniale des participants

Figure 14 :

Graphique de répartition des participants en fonction de leurs situation matrimoniale (N = 168)

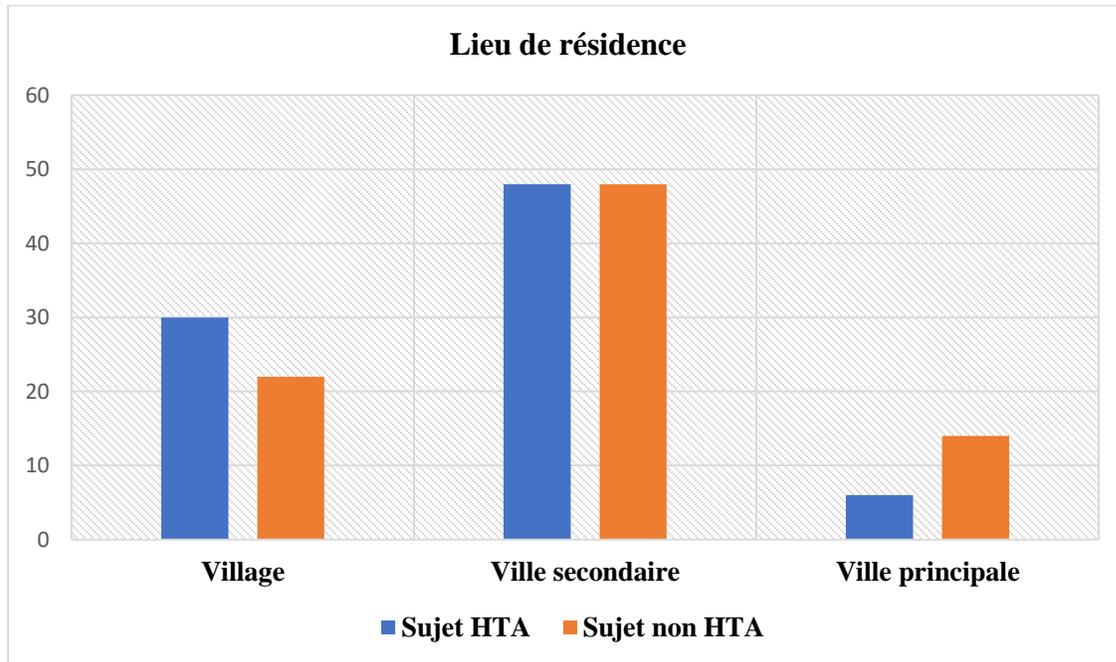


Par rapport à la situation matrimoniale, les sujets HTA en situation de divorce / séparation ou en situation de veuvage sont les plus nombreux (45,2%) contre 14,3% dans le groupe des sujets non HTA. 35,7% des sujets HTA sont mariés contre 38,1% des sujets non HTA. 19% des sujets HTA sont célibataires contre 47,6% des sujets non HTA.

1.6. Lieux de résidence des participants

Figure 15 :

Graphique de répartition des participants en fonction de leurs lieux de résidence (N = 168)



Plus de la moitié des participants résident dans une ville secondaire (57,14%). Ils sont suivis de ceux qui résident dans un village (30,95%) puis dans une ville principale (11,90%). En comparant les deux groupes, on constate que les participants (sujet HTA et non HTA) vivent ensemble dans le même environnement géographique.

2. Les résultats liés à la survenue / complications de l'HTA

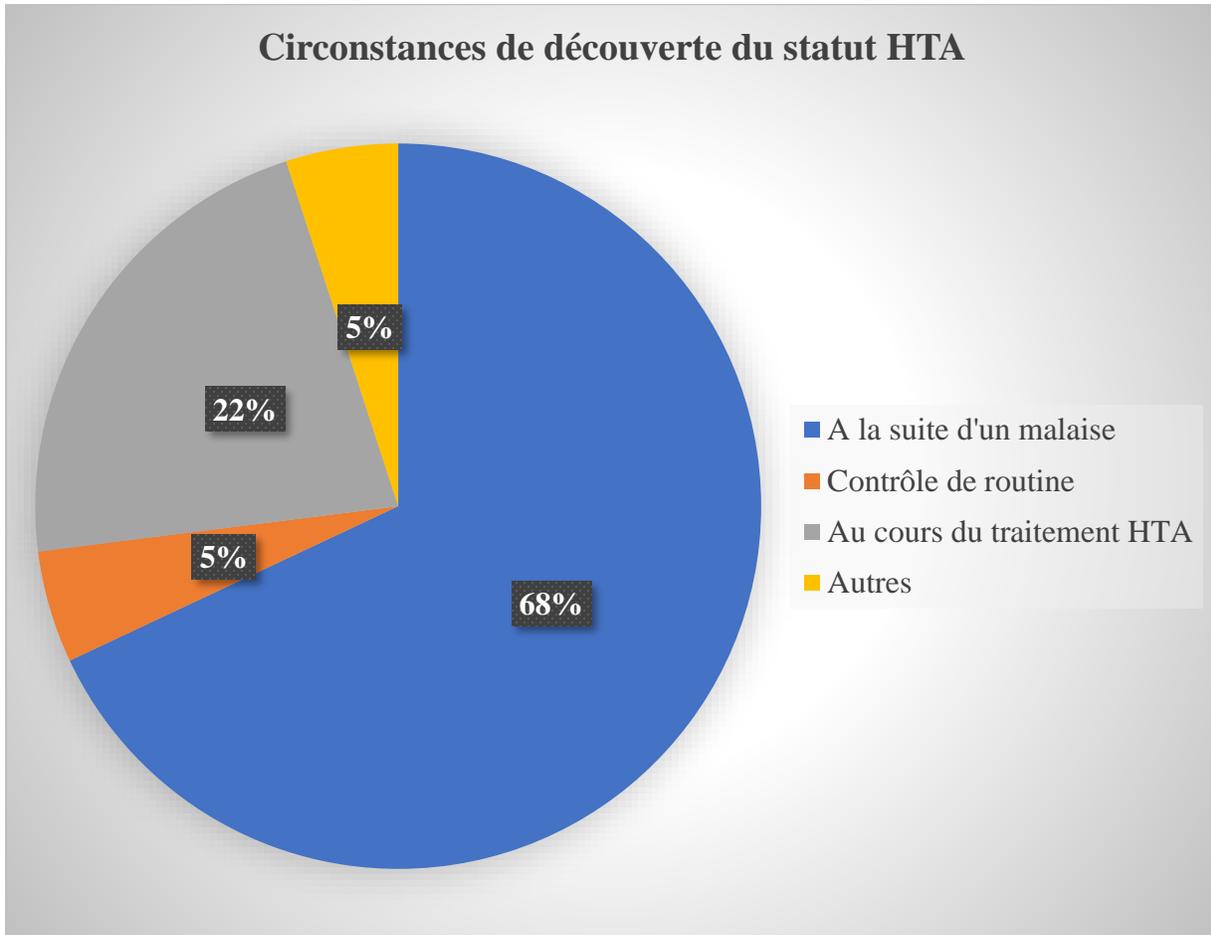
2.1. Les circonstances de découverte de l'HTA

Figure 16 :

Graphique de répartition des sujets HTA selon les circonstances de découverte de l'HTA

Comment avez-vous découvert votre HTA ?

84 réponses



La figure 16 présente les circonstances dans lesquelles les jeunes adultes ont découvert leur hypertension artérielle. Comme le montre la figure 16, 68% des sujets l'ont découvert à la suite d'un malaise, 22%, pendant le traitement HTA, 5% lors d'un contrôle de routine et 5% pour autres circonstances. Ce résultat montre que les jeunes adultes n'ont pas une culture de contrôle de la tension artérielle et que les soignants n'ont pas une culture systématique d'annonce de statut HTA. C'est d'ailleurs pourquoi la plupart découvrent l'HTA en phase de complications.

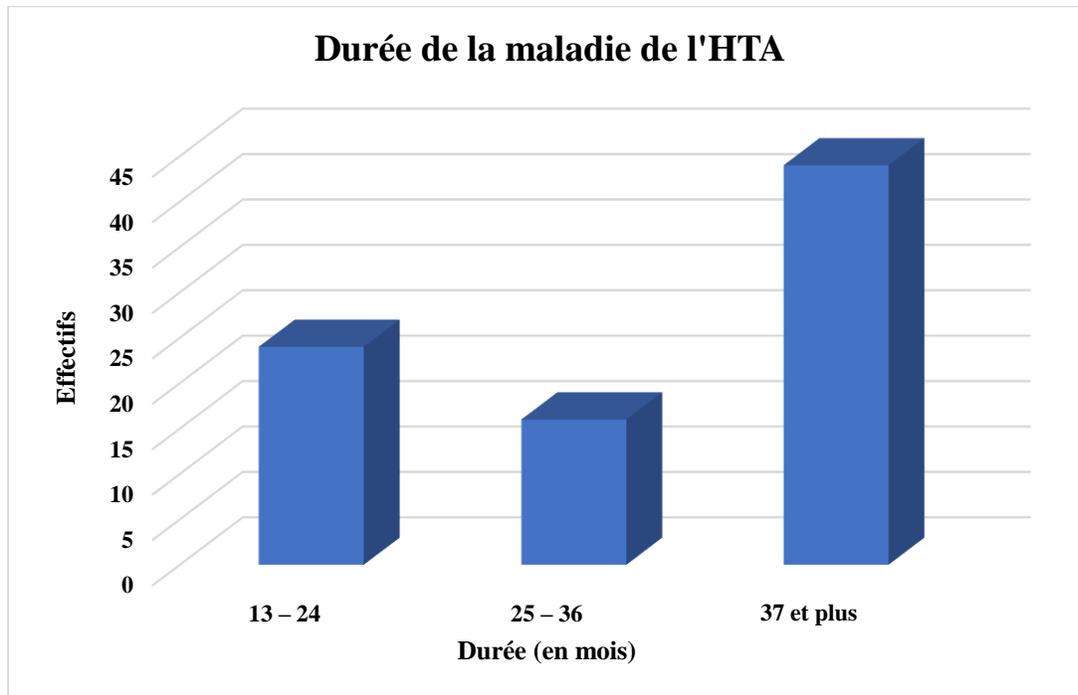
2.2. La durée de la maladie de l'HTA

Figure 17 :

Graphique de répartition des sujets HTA selon la durée de la maladie.

Depuis combien de temps souffrez-vous de l'HTA ?

84 réponses



La figure 17 présente la répartition des sujets HTA en fonction de la durée de leurs maladies d'HTA. 47,6% des patients ont une HTA de découverte de moins de trois (03) ans. Ceux ayant une HTA de plus de trois (03) ans représentent 52,4% de notre échantillon.

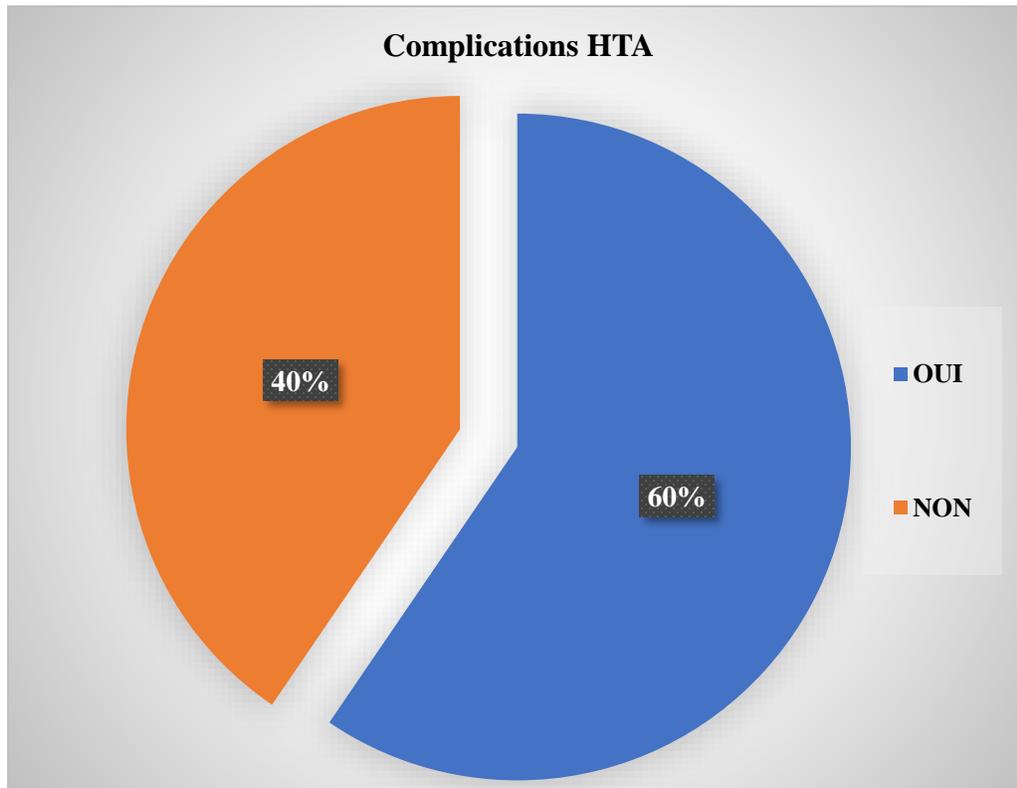
2.3. Les complications de l'HTA

Figure 18 :

Répartition des sujets HTA ayant fait au moins une complication de l'HTA.

Avez-vous fait une complication de l'HTA ?

84 réponses



La figure 18 expose les sujets ayant fait une complication de l'HTA. Le nombre de sujets qui développent une complication (oculaire et/ou cérébrale et/ou vasculaire et/ou rénal et/ou cardiaque) est supérieur (60%) à ceux qui n'en développent pas (40%). Ce résultat dénote du retard par lequel les sujets HTA sont découverts (souvent dépistés en phase de complications).

3. Les facteurs associés à la survenue / complication de l'HTA

3.1. Les facteurs psychologiques

3.1.1. Les troubles psychopathologiques manifestes chez les participants

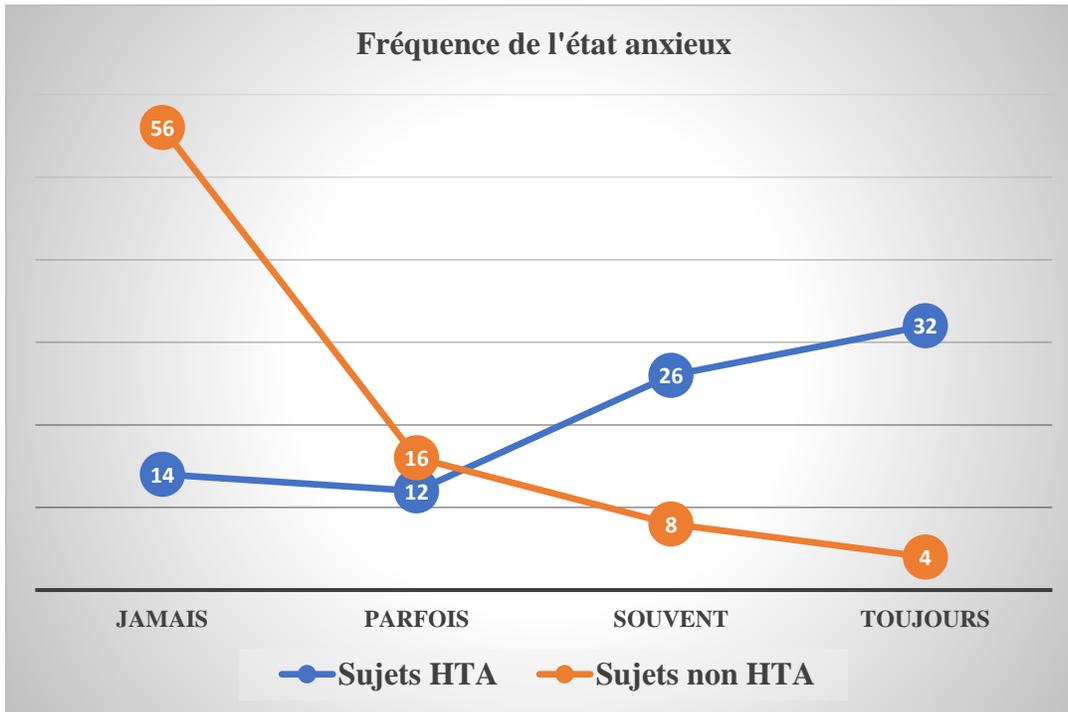
- Anxiété

Figure 19 :

Graphique de répartition des participants selon la fréquence de l'anxiété dans leur quotidien.

A quelle fréquence pensez-vous être anxieux dans votre quotidien ?

168 réponses



La figure 19 présente l'état psychologique (anxiété) des sujets HTA et non HTA. Ce graphique fait observer que plus on s'approche d'une régularité (souvent et toujours) du vécu d'anxiété, plus les sujets HTA sont nombreux et moins se trouvent les sujets non HTA. 69,04% de sujets HTA estiment être souvent et toujours anxieux contre 14,28% des sujets non HTA. Ce qui montre que les sujets hypertendus sont plus anxieux que ceux non hypertendus.

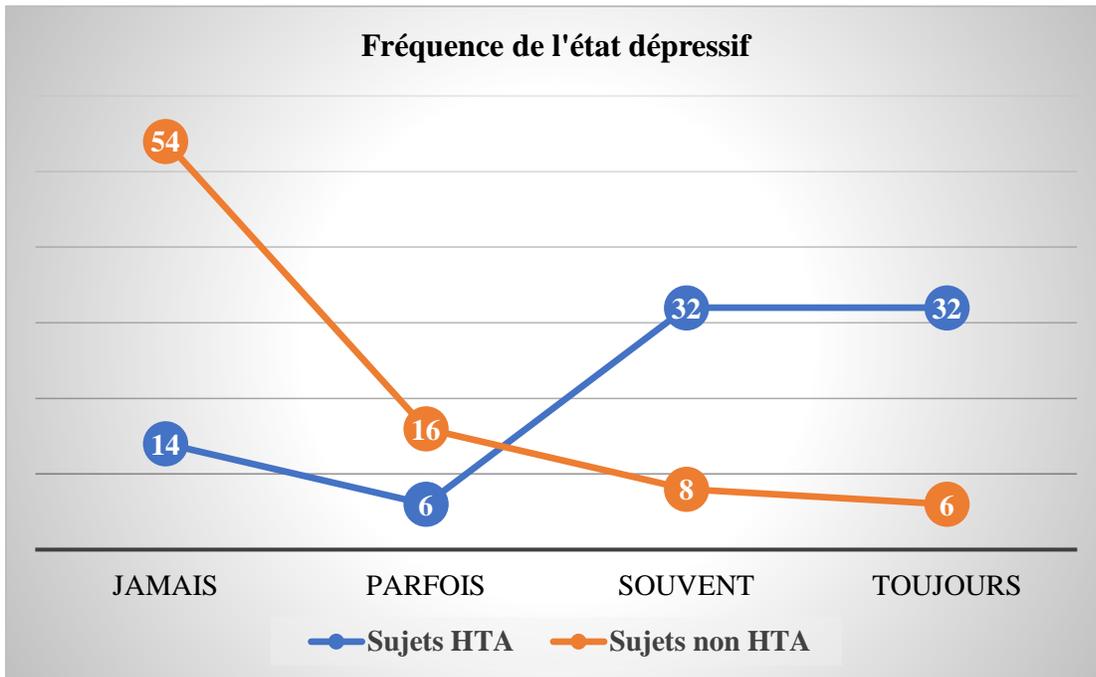
○ **Dépression**

Figure 20 :

Graphique de répartition des participants selon la fréquence de la dépression dans leur quotidien.

A quelle fréquence sentez-vous déprimer dans votre quotidien ?

168 réponses



La figure 20 est caractéristique de l'état dépressif des participants de l'étude. Cette courbe donne une allure similaire à celle de la courbe de l'état anxieux. On remarque ici que les sujets HTA (76,19%) sont plus nombreux à manifester souvent et toujours un état dépressif. Par contre, dans le groupe des sujets non HTA seuls 16,66% manifestent un état dépressif souvent et toujours.

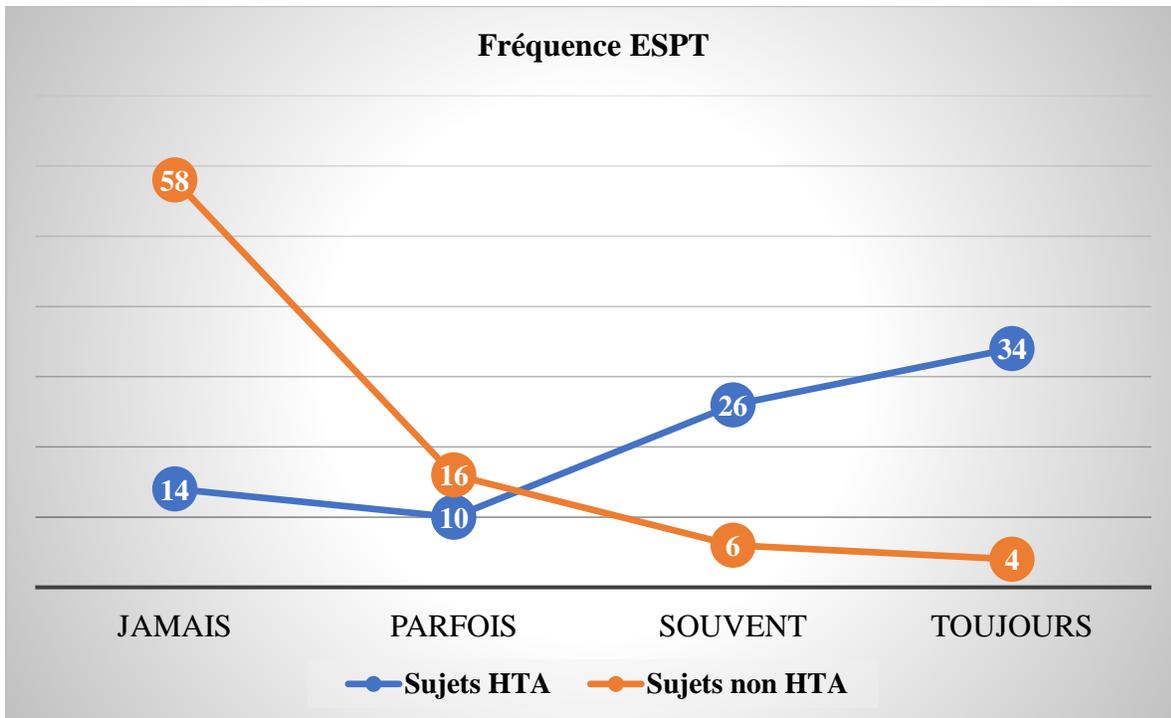
○ **Etat de stress post traumatique (ESPT)**

Figure 21 :

Graphique de répartition des participants selon la fréquence de manifestation d'un ESPT dans leur quotidien.

A quelle fréquence avez-vous manifesté un ESPT dans votre quotidien ?

168 réponses



La figure 21 porte sur la répartition des participants selon la fréquence de manifestation d'un état de stress post traumatique dans leur vie. 71,43% de sujets HTA manifestent souvent et toujours un ESPT contre 11,90% de sujets non HTA. Ce qui laisse penser que les sujets manifestant un ESPT sont plus vulnérables face à l'HTA que ceux qui n'en manifestent pas.

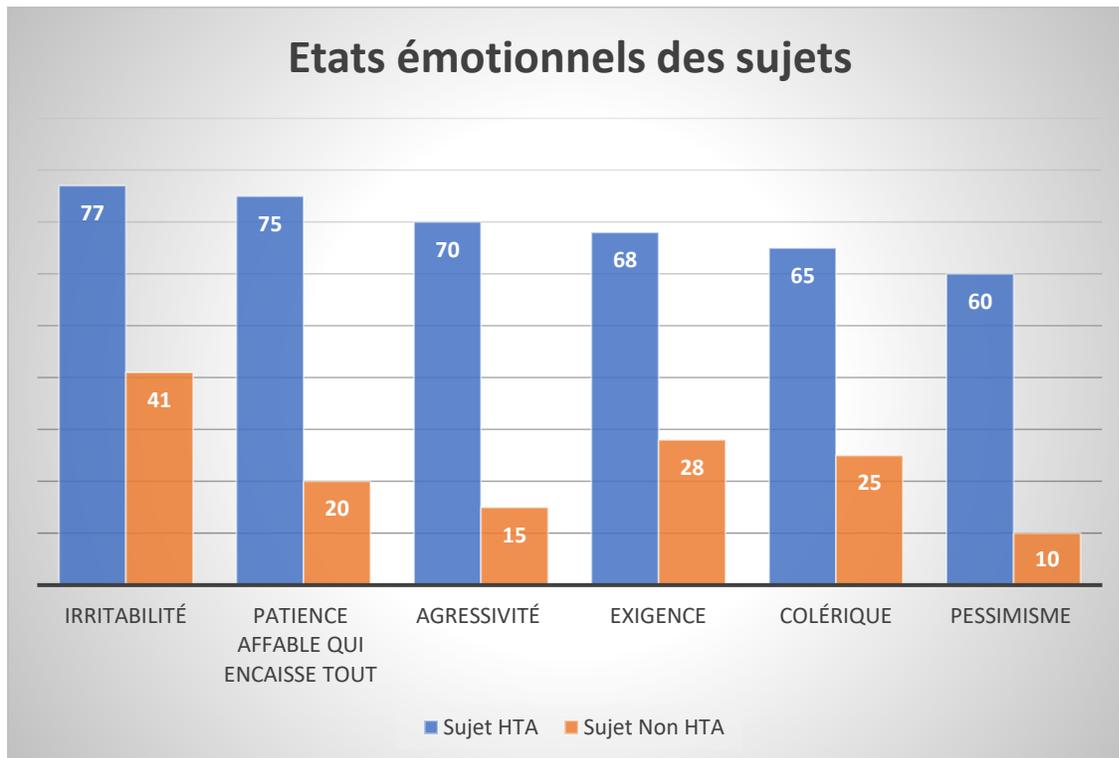
3.1.2. Les états émotionnels

Figure 22 :

Graphique traduisant les états émotionnels des participants.

Dites-nous les traits/états émotionnels qui vous caractérisent le mieux ou qui vous animent fréquemment dans votre quotidien (plusieurs réponses possibles) ?

168 réponses



Sur la figure 22 ci-dessus, le nombre de jeunes adultes HTA irritables, affable qui encaissent tout, agressifs, exigeants, colériques et pessimistes est nettement plus élevé que celui de jeunes adultes non HTA. Nous pourrions dire, à la vue de ce résultat, que ces états émotionnels sont liés au statut HTA des jeunes adultes. Les émotions contribuent donc à la survenue / complications de l'HTA

3.1.3. Compétences personnelles et sociales des participants

Tableau 8 :

Répartition des participants selon leur compétence personnelle et sociale à faire face à l'adversité (N=168)

		Sujets HTA		Sujets non HTA	
		N	%	N	%
J'arrive à gérer mes émotions et à résoudre mes problèmes	Très difficilement	36	42,8	2	2,4
	Difficile	24	28,5	9	10,7
	Sans opinion	11	13,1	6	7,1
	Facilement	8	9,5	43	51,2
	Très facilement	5	5,9	24	28,5
Total		84	100	84	100

Le tableau 8 nous montre que la majorité des sujets HTA (71,3%) gère très difficilement et difficilement leur émotion et à résoudre leur problème, contrairement aux sujets non HTA (13,1%). Ce qui laisse entrevoir relation entre la gestion des émotions et la survenue / complications de l'HTA.

3.2. Les facteurs socioaffectifs

Tableau 9 :

Répartition des participants selon les facteurs socioaffectifs associés à l'HTA chez les jeunes au Togo. (N=168)

		Sujets HTA		Sujets non HTA	
		N	%	N	%
Facteurs socioaffectifs	Solitude	77	91,7	21	25
	Relation conflictuelle	75	89,2	16	19,0
	Déception amoureuse	70	83,3	15	17,8
	Sentiment de manque de soutien	68	80,9	14	16,6
	Sentiment d'incapacité à répondre aux besoins de la famille	65	77,3	10	11,9

Dans le tableau 9, 91,7% des sujets HTA contre 25% des sujets non HTA se sentent solitaires, 89,2% des sujets HTA contre 19% des sujets non HTA traversent une situation conflictuelle. De même 83,3% des sujets HTA contre 17,8% des sujets non HTA ont subi une déception amoureuse et 80,9% des sujets HTA contre 16,6% des sujets non HTA ont un sentiment de manque de soutien en cas de coup dur de la vie. Par ailleurs 77,3% des sujets HTA contre 11,9% des sujets non HTA éprouvent un sentiment d'incapacité à répondre aux besoins de leurs familles.

On remarque que les jeunes adultes qui vivent des perturbations socioaffectives sont plus nombreux dans le groupe des sujets HTA. On pourra alors dire que les difficultés socioaffectives contribuent donc à la survenue / complications de l'HTA.

3.3. Les facteurs médico nutritionnels

Tableau 10 :

Répartition des participants en fonction des facteurs médico nutritionnels (N=168)

		Sujets HTA		Sujets non HTA	
		N	%	N	%
Facteurs médico- nutritionnels	Habitude alimentaire à risque	68	80,9	25	29,7
	Sédentarité	65	77,4	23	27,4
	Antécédents médicaux ou comorbidité	26	30,9	18	21,4
	Antécédents d'HTA familiales	21	25,0	15	17,8

Le tableau 10 indique que 80,9% des sujets HTA contre 29,7% de sujets non HTA adoptent un comportement alimentaire à risque. 77,4% des sujets HTA contre 27,4% des sujets non HTA sont sédentaires. Aussi 30,9% des sujets HTA contre 21,4% des sujets non HTA présentent des antécédents médicaux ou une comorbidité. On trouve dans notre échantillon 25% de sujets HTA contre 17,8% des sujets non HTA avec des antécédents d'HTA familiale. Au regard des effectifs, les sujets HTA ont une alimentation à risque et sont sédentaires.

3.4. Les facteurs économiques

Tableau 11 :

Répartition des participants en fonction de leurs situation économique (N=168)

Facteurs économiques	Sujets HTA		Sujets non HTA	
	N	%	N	%
Difficultés à payer les besoins de santé	77	91,6	60	71,4
Difficultés à couvrir les besoins d'ordre général	75	89,3	56	66,6
Stress économique	69	82,1	50	59,5
Comportements à risques faute d'argent.	63	75,0	40	47,6

Le tableau 11 nous présente la répartition des participants selon leur capacité financière. Nous remarquons que les jeunes adultes HTA (91,60%) ou non HTA (71,40%) ont des difficultés à payer leurs soins de santé et à subvenir à d'autres besoins (89,3% et 66,6%). 82,1% contre 59,5% sont affectés psychologiquement par leur manque d'argent. Respectivement 75% et 47,6% des sujets HTA et non HTA adoptent des comportements à risques par manque d'argent : consultent dans les « cliniques sauvages », achètent des médicaments de la rue et développent une automédication.

3.5. Les facteurs culturels

Tableau 12 :

Répartition des participants selon les facteurs culturels (N=168)

	Sujets HTA		Sujets non HTA	
	N	%	N	%
La recherche mystique de la cause/traitement	79	94,0	75	89,3
Mauvaise observance thérapeutique	70	83,3	72	85,7
HTA a une origine mystique	60	71,4	65	77,4
Bonne connaissance sur l'HTA	15	17,8	10	11,9

Le tableau 12 présente la répartition des participants selon les facteurs culturels. On constate que les participants de l'étude, dans leur majorité (94% sujets HTA et 89,3% sujets non HTA), font une recherche mystique des problèmes de santé auxquels ils sont confrontés. Ils conçoivent généralement que l'HTA est d'origine mystique (71,4% de sujets HTA et 77,4% de sujets non HTA). Par conséquent, ils abandonnent le traitement médical pour d'autres approches thérapeutiques, plus souvent traditionnelle ou spirituelle. Le tableau 12 fait aussi observer que seul un petit nombre des participants a une bonne connaissance de l'HTA (17,8% de sujets HTA et 11,9% de sujets non HTA).

3.6. Les facteurs institutionnels

Tableau 13 :

Répartition des sujets HTA en fonction des facteurs institutionnels (N= 84)

Les facteurs institutionnels	N	%
Retard de diagnostic / annonce tardive	80	95,2
Accessibilité difficile aux spécialistes	77	91,6
Coût onéreux des actes et médicaments	69	82,1
Absence d'éducation thérapeutique et de soutien psychologique	66	78,5
Suivi non régulier	63	75,0

Le tableau 13 ci-dessus, objective un retard dans le diagnostic et dans la communication de celui-ci (95,2% des sujets HTA). 91,6% des patients HTA relèvent la difficile accessibilité des spécialistes. 82,1% des sujets HTA soulignent le coût onéreux des actes médicaux et des médicaments. De même 78,5% des sujets HTA évoquent l'absence d'éducation thérapeutique et de soutien psychologique et 75% des sujets HTA se sont rendu compte que leurs suivis n'étaient pas réguliers.

4. Relation entre les facteurs associés et la survenue / complication de l'HTA

Nous rappelons ici que nous avons utilisé le test khi 2, la corrélation r de Pearson et la régression linéaire multiple pour examiner la relation entre nos variables et pour déterminer les variables prédictives de l'HTA chez les jeunes adultes. Le test de khi 2 nous a permis d'établir la dépendance / indépendance entre deux variables. Le coefficient de corrélation linéaire r (Pearson) nous a permis de mesurer la nature et la force de la relation entre deux variables. Enfin, pour déterminer les facteurs qui prédisent la survenue / complication de l'HTA, nous nous sommes servis de la régression linéaire multiple. Pour ce faire, nous avons utilisé le logiciel SPSS grâce auquel nous avons aussi mesuré la qualité des modèles en calculant le R^2 (coefficient de détermination), vérifié l'apport marginal de chaque variable explicative, pour enfin retenir le modèle optimal qui explique mieux la survenue / complication de l'HTA.

4.1. Relation entre les facteurs psychologiques et la survenue / complication de l'HTA

Peut-on établir une relation d'indépendance (H_0) entre les facteurs psychologiques et la survenue / complication de l'HTA ?

4.1.1. Les troubles anxieux et l'HTA chez les jeunes adultes

Tableau 14 :

Relation entre anxiété et la survenue / complications de l'HTA (N=168)

	Sujets HTA	Sujets non HTA
Anxiété	Jamais	14
	Parfois	12
	Souvent	26
	Toujours	32
Ddl = 3	Khi 2 = 53,085	p = 0,00

En se référant aux données du tableau 14, on constate que la valeur de p est inférieure au seuil de signification (0,05). Ce qui nous permet de rejeter l'hypothèse d'indépendance entre ces deux variables. Nous pourrions alors conclure qu'il existe une association statistiquement significative entre la survenue / complication de l'HTA et l'anxiété des jeunes adultes.

4.1.2. La dépression et l'HTA chez les jeunes adultes

Tableau 15 :

Relation entre la dépression et la survenue / complication de l'HTA (N=168)

	Sujets HTA	Sujets non HTA
Jamais	54	14
Parfois	16	6
Souvent	8	32
Toujours	6	32
Ddl = 3	Khi 2 = 55,721	p = 0,00

Le tableau 15 nous renseigne qu'il existe une dépendance entre l'état dépressif des jeunes adultes et la survenue / complication de l'HTA. En effet, les calculs statistiques font observer que le $p = 0,00$ est inférieure au seuil .05.

4.1.3. L'état de stress post traumatique (ESPT) et l'HTA chez les jeunes adultes

Tableau 16 :

Relation entre ESPT et la survenue / complications de l'HTA (N=168)

	Sujets HTA	Sujets non HTA
Jamais	58	14
Parfois	16	10
Souvent	6	26
Toujours	4	34
Ddl = 3	Khi 2 = 60,054	p = 0,00

La valeur de $p < 0,05$ dans le tableau 16 ci-dessus. Nous pouvons alors conclure une association statistiquement significative et rejeter l'hypothèse d'indépendance entre ces deux variables. La manifestation d'un ESPT prédispose le jeune adulte à la manifestation d'une HTA ou des complications hypertensives.

4.1.4. Etat émotionnel et l'HTA chez les jeunes adultes

Tableau : 17 :

Relation entre l'état émotionnel et l'HTA chez les jeunes adultes (N=168)

		Sujets HTA	Sujets non HTA
Etats émotionnels	Irritabilité	77	41
	Encaisse	75	20
	Agressivité	70	15
	Exigence	68	28
	Colérique	65	25
	Pessimiste	60	10
	Ddl = 5	Khi 2 = 14,725	p = 0,0116

On observe dans le tableau 17 que la valeur $p = 0,0116$. Elle est inférieure au seuil de signification de 0,05 admise en sciences humaines et sociales. La relation entre les états émotionnels et l'HTA chez les jeunes adultes est statistiquement significative. Il existe une relation de dépendance entre ces deux variables. Plus les jeunes adultes sont irritables, encaissent, agressifs, exigeants, colériques et pessimistes, plus ils sont à risque de manifester l'hypertension artérielle.

4.1.5. Compétences de gestion des émotions / résolution des problèmes et HTA chez les jeunes adultes

Tableau 18 :

Relation entre les compétences et l'HTA chez les jeunes adultes (N=168)

		Sujets HTA	Sujets non HTA
J'arrive à gérer mes émotions et à résoudre mes problèmes	Très difficilement	36	2
	Difficile	24	9
	Sans opinion	11	6
	Facilement	8	43
	Très facilement	5	24
Ddl = 4	Khi 2 cal = 69,377	p = 0,00	

La valeur p de probabilité est inférieure au seuil de signification de 0,05. Par conséquent, nous pouvons conclure une relation de dépendance entre la gestion des émotions/capacité de résoudre les problèmes et la survenue / complications de l'HTA. Plus les jeunes adultes ont du mal à gérer leur émotion et résoudre leur problème, plus ils développent l'HTA.

Nous avons vérifié, la relation de dépendance entre les indicateurs des facteurs psychologiques et la survenue / complications de l'HTA. Nous constatons à travers ces résultats ci-dessus présentés qu'il existe une relation entre chacun de ces indicateurs psychologiques et l'HTA chez les jeunes adultes. Par conséquent notre hypothèse selon laquelle, la vulnérabilité psychologique contribue à la survenue / complication de l'HTA est vérifiée.

4.2. Relation entre les facteurs socioaffectifs et la survenue / complication de l'HTA

Tableau 19 :

Relation entre les facteurs socioaffectifs et l'HTA chez les jeunes adultes (N=168)

	Sujets HTA	Sujets non HTA
Solitude	77	21
Relation conflictuelle	75	16
Déception amoureuse	70	15
Facteurs socioaffectifs Sentiment de manque de soutien	68	14
Sentiment d'incapacité à répondre aux besoins de la famille	65	10
r = 0,93	p= 0,02	S.05

La corrélation $r = 0,93$ et le p est inférieur au seuil .05. Il y a donc une très forte relation entre les facteurs socioaffectifs et la survenue / complications de l'HTA. L'hypothèse selon laquelle l'environnement social défectueux du jeune adulte contribue à la survenue / complications de l'HTA chez les JAT est vérifiée.

4.3. Relation entre les facteurs médico-nutritionnels et la survenue / complication de l'HTA

Tableau 20 :

Relation entre les facteurs médico-nutritionnels et la survenue / complication de l'HTA

		Sujets HTA	Sujets non HTA
Facteurs médico- nutritionnels	Habitude alimentaire à risque	68	25
	Sédentarité	65	23
	Antécédents médicaux ou comorbidité	26	18
	Antécédents d'HTA familiales	21	15
r = 0,97		p = 0,02	S .05

La relation entre les facteurs médico nutritionnels et la survenue / complication de l'HTA se révèle très forte ($r = 0,97$). La valeur p inférieure au S .05, on conclut la fragilité physique (antécédents médicaux et d'HTA familiale) associée à des comportements alimentaires à risques (consommation de trop de sel, d'aliments gras, d'alcool et de tabac) conduit à l'HTA ou aux complications hypertensives. Notre hypothèse qui stipule que l'état de santé physique défectueux et les comportements alimentaires à risques conduit à la survenue / complication de l'HTA est donc vérifiée.

4.4. Relation entre les facteurs économiques et la survenue / complications de l'HTA

Tableau 21 :

Relation entre les facteurs économiques et la survenue / complications de l'HTA

		Sujets HTA	Sujets non HTA
Facteurs économiques	Difficultés à payer les besoins de santé	77	60
	Difficultés à couvrir les besoins d'ordre général	75	56
	Automédication	69	50
	Achat des médicaments de la rue	63	40
r = 0.9937		p = 0.00	S .05

Le tableau 21 qui traduit la relation entre le facteur économique et l'HTA chez les jeunes adultes, présente un $r = 0,99$ et $p = 0,00 < S .05$. Les facteurs économiques exercent de ce fait une influence considérable sur la survenue / complications de l'HTA. L'hypothèse d'un environnement économique défavorable conduit à la survenue / complications de l'HTA est vérifiée.

4.5. Relation entre les facteurs culturels et la survenue / complications de l'HTA

Tableau 22 :

Relation entre les facteurs culturels et la survenue / complications de l'HTA

		Sujets HTA	Sujets non HTA
Facteurs culturels	La recherche mystique de la cause/traitement	79	75
	Mauvaise observance thérapeutique	70	72
	HTA a une origine mystique	60	65
	Connaissance sur l'HTA	15	10
r = 0,98		p =0,01	S .05

Les données obtenues du tableau 22 ci-dessus confirment une relation très forte entre les façons de penser et de faire des sujets HTA et le phénomène de l'HTA chez les jeunes adultes. En effet

dans ce tableau le $r = 0,98$ et le $p = 0,01 < S .05$. L'hypothèse de l'influence culturelle dans la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes est donc vérifiée.

5. Le poids des facteurs associés à la survenue/complications de l'HTA

5.1. Calcul du coefficient de détermination R^2

Le coefficient de détermination (R^2 , soit le carré du coefficient de corrélation linéaire r) est un indicateur qui permet de juger la qualité d'une régression linéaire simple.

Tableau 23 :

Calcul du coefficient de détermination (R^2)

Modèle	R	R-deux	R-deux ajusté	Erreur standard de l'estimation
1	,725 ^a	,526	,519	1,271

a. **Prédicteurs** : FP+FSA+FMN+FE+FC+FI

Dans le tableau 23, le coefficient de détermination calculé est de ,526 donc le modèle explique 52,6% de la variance de la variable « **survenue / complication de l'HTA** ».

5.2. Analyse de la variance et coefficients de régression

L'analyse de variance permet de savoir si tous les échantillons suivent une même loi normale. Dans le cas où l'on rejeterait l'hypothèse nulle, cette analyse ne permet pas de savoir quels sont les échantillons qui s'écartent de cette loi.

Tableau 24 :

Analyse de la variance

ANOVA^b

	Model	Sum of squares	Df	Mean Square	F	Sig.
1	Regression	492,922	4	123,231	76,260	,000 ^a
	Residual	444,378	275	1,616		
	Total	937,300	279			

a. **Prédicteurs** : FP+FSA+FMN+FE+FC+FI

b. **Variable dépendante** : survenue/complications de l'HTA

Dans le tableau 24, la signification du modèle testé est inférieure à 0.05. Ainsi l'absence de liaison entre les variables peut être rejetée. Globalement le modèle est bon. La statistique $F = 76,260$ dépasse largement la valeur critique 3 lue dans la table de Fisher à 2 et 275 degrés de liberté, pour un seuil de signification de 5%. En comparant la signification associée (0,000) au seuil de signification, on atteint la même conclusion, à savoir que la régression est très significative.

Tableau 25 :

Les coefficients de régression

		Coefficients					Statistiques de colinéarité	
		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés				
Modèle		B	Erreur standard	Bêta	t	Sig.	Tolérance	VIF
	(Constante)	-3,241	,372		-8,720	,000		
1	FP	,722	,082	,630	8,766	,000	,334	2,994
	FSA	,200	,067	,140	2,996	,003	,786	1,272
	FMN	,199	,066	,139	2,981	,003	,782	1,265
	FE	,190	,063	,133	2,846	,003	,747	1,208
	FC	,187	,062	,130	2,801	,002	,735	1,189
	FI	,014	,079	,012	,174	,862	,341	2,932

a. Variable dépendante : **Survenue/complications de l'HTA**

Dans le tableau 25, nous avons pour bêta 0, (la constante) égal à $-3,241$, pour bêta 1 relatif aux facteurs psychologiques, elle est égale $0,722$, bêta 2 relatif aux facteurs socioaffectifs est égal à $0,2$, bêta 3, correspondant aux facteurs médico nutritionnels est égale $0,199$ et bêta 4, relatif aux facteurs économiques est égal à $0,190$, bêta 5, relatif aux facteurs culturels est égal à $0,187$, bêta 6, correspondant aux facteurs institutionnels est égal à $0,014$.

En regardant la significativité, seules les cinq (5) premières variables sont significatives, inférieure à $0,05$. La dernière (FI) n'est pas significative. Si on essaye de voir la colinéarité, on trouve que la tolérance est supérieure à $0,334$. Le problème de la colinéarité ne se pose pas donc puisque le VIF est inférieur à 4 , donc il n'y a donc pas de colinéarité entre les variables.

En somme, les facteurs institutionnels (signification = 0,862) ne sont pas intégrés dans l'explication de la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. De ce fait, l'hypothèse 6 n'est pas validée. Par contre les hypothèses 1-2-3-4 et 5 sont validées.

Ainsi, avons-nous refait la régression en impliquant uniquement les variables significatives (tableau 26 ci-dessous).

Tableau 26 :

Coefficients de la nouvelle régression

		Coefficients					Statistiques de colinéarité	
		Coefficients non standardisés		Coefficients standardisés				
Modèle		B	Erreur standard	Bêta	t	Sig.	Tolérance	VIF
	(Constante)	-3,039	,342		-8,888	,000		
1	FP	,741	,053	,647	14,085	,000	,818	1,223
	FSA	,500	,036	,436	9,504	,000	,552	,825
	FMN	,399	,028	,348	7,584	,000	,440	,658
	FE	,290	,027	,253	5,512	,000	,320	,478
	FC	,200	,014	,147	3,802	,000	,221	,330

a. Variable dépendante : **Survenue/complications de l'HTA**

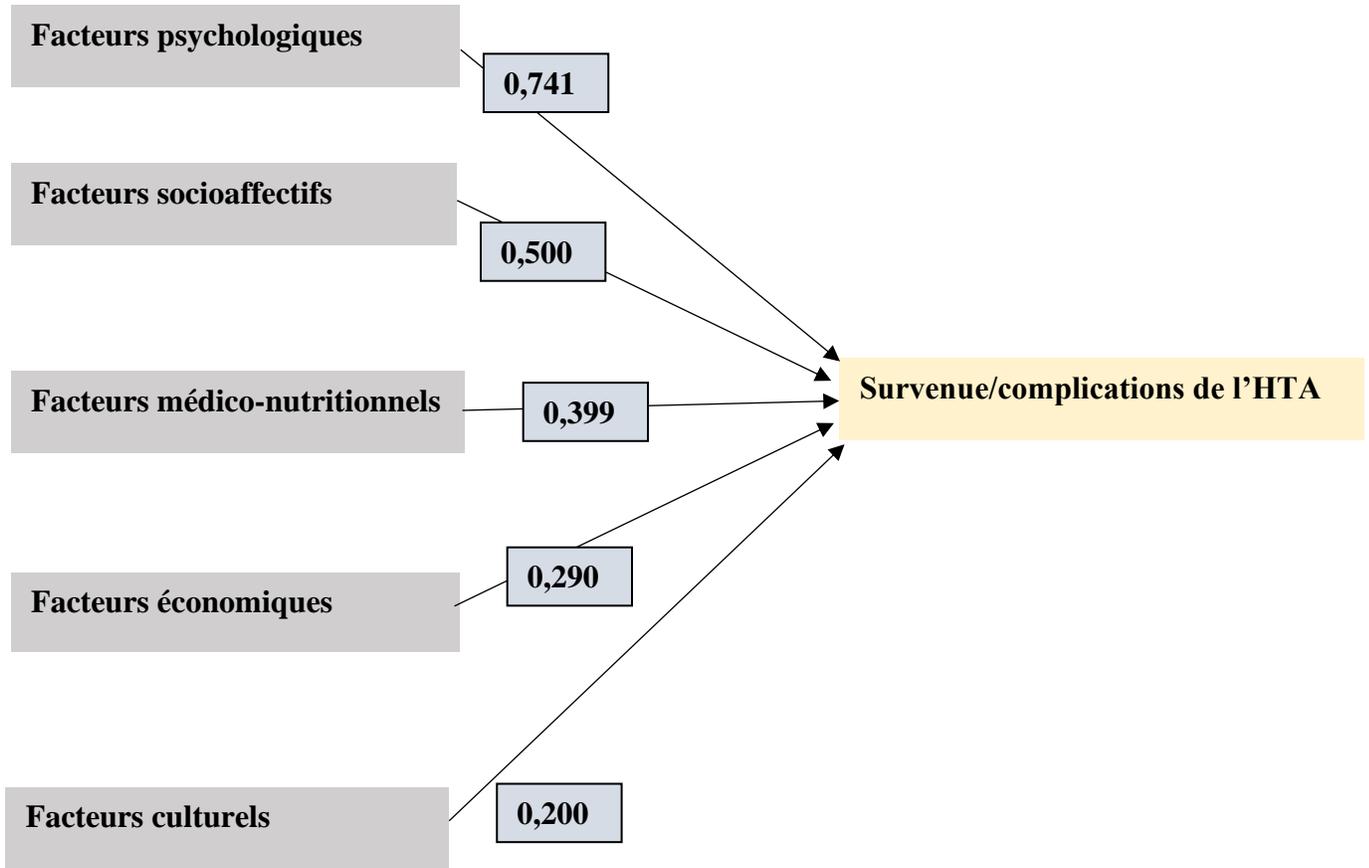
La nouvelle régression s'écrit : $Y = -3,039 + 0,741FP + 0,5FSA + 0,399FMN + 0,290FE + 0,2FC$ de la survenue/complications de l'HTA.

Par ordre d'importance croissant des facteurs prédictors de la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo, nous avons : facteurs culturels (0,200) – facteurs économiques (0,290) – facteurs médico nutritionnels (0,399) – facteurs socioaffectifs (0,5) – facteurs psychologiques (0,741)

Nous obtenons un modèle conceptuel valide qui se présente comme suit :

Figure 23 :

Modèle conceptuel valide



Cette figure 23 montre que la survenue / complications de l'HTA est expliquée par cinq facteurs dont les facteurs psychologiques, socioaffectifs, médico nutritionnels, économiques et culturels. L'hypertension artérielle a donc une étiologie multifactorielle. On peut aussi observer sur cette figure que dans le contexte togolais, les facteurs psychologiques, socioaffectifs et médico nutritionnels sont les plus importants facteurs qui prédisent la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes de 18 à 40 ans.

CHAPITRE 4

DISCUSSION THEORICO-CLINIQUE DES RESULTATS ET LEURS MISES EN PERSPECTIVES

L'objectif de cette étude est d'identifier et de mesurer le poids des facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Pour mener à bien notre étude, nous avons utilisé une démarche mixte d'approches qualitative et quantitative. En effet, nous avons identifié, dans une première phase qualitative exploratoire, tous les facteurs susceptibles de faire élever et rendre constante les chiffres tensionnels et dans une seconde phase, nous avons mesuré la relation entre les variables et l'importance de chaque facteur dans la survenue / complication de l'HTA à travers des calculs statistiques.

Ce chapitre, le dernier de cette thèse, est pour nous l'occasion de nous arrêter sur l'ensemble de la recherche que nous avons menée depuis les observations du terrain, la revue de la littérature, en passant par l'étude qualitative, jusqu'aux résultats de la phase quantitative et d'en discuter les résultats et leurs portés.

Il est structuré en trois sections :

- La première est consacrée à la discussion des principaux résultats, occasion pour nous, de relever les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo et de préciser leurs importances tout en les confrontant aux travaux antérieurs.
- La deuxième, présente les apports de cette recherche sur le plan théorique et clinique. Nous ferons des préconisations aux responsables sanitaires et acteurs associés quant aux actions à mener pour améliorer la prévention et la prise en charge de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo.
- Enfin, à travers la troisième section, nous porterons un regard critique sur notre travail. Nous soulignerons ses limites qui tiennent aux variables que nous avons retenues dans notre modèle théorique, aux choix méthodologiques que nous avons effectués ainsi qu'à la constitution de notre échantillon. Puis, nous partirons de ces limites pour suggérer des voies de recherche qui sont nombreuses et mériteraient d'être examinées dans l'avenir.

SECTION 1 : DISCUSSION DES PRINCIPAUX RESULTATS

1. Les facteurs associés à la survenue / complication de l'HTA

1.1. Les facteurs psychologiques

La présente étude a mis en évidence les facteurs psychologiques dans la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Trois dimensions psychologiques sont abordées pour expliquer la survenue / complication de l'HTA : les troubles psychopathologiques (anxiété, dépression et l'état de stress post traumatique), l'état émotionnel (irritabilité, patient affable, agressivité, exigence, colère et pessimisme) et la résilience (le manque de compétence pour la gestion des émotions et la résolution des problèmes).

1.1.1. Les troubles psychopathologiques

Nous avons découvert dans la présente étude que les troubles psychopathologiques fragilisent les jeunes adultes et les prédisposent au développement d'une hypertension artérielle. Trois principaux troubles ont été mis en exergue :

- Les troubles anxieux

Il faut très rapidement distinguer l'anxiété du trouble anxieux. Alors que l'anxiété est une réaction normale à certaines situations, un trouble anxieux est diagnostiqué quand les symptômes d'anxiété créent une détresse significative et un certain niveau de dysfonctionnement dans la vie de tous les jours.

Dans la présente étude, nous avons exploré et comparé la présence d'un trouble anxieux chez les sujets JA hypertendus ou non. Nous avons découvert une prévalence élevée de l'anxiété dans le groupe de sujets hypertendus. En effet 69,04% de sujets HTA manifestaient un trouble anxieux contre 14,28% de sujets non HTA. Les sujets HTA témoignent de la présence d'une détresse significative dans leurs quotidiens. Cette détresse est liée aux problèmes existentiels. Le manque de moyens financier, le manque d'emploi, les problèmes relationnels et professionnels étaient plus cités par les jeunes adultes pour expliquer leurs anxiétés. Par ailleurs, d'autres étaient plus attachés à leur avenir. Ils anticipaient négativement le futur et n'avaient plus confiance en eux-mêmes.

Viennent alors les problèmes de santé qui enfoncent le clou. L'état d'hypertension artérielle devient une situation anxiogène. Une anxiété qui se caractérise par le refus même du diagnostic. Les jeunes adultes n'acceptent pas leurs statuts HTA. Ce qui fait qu'ils circulent de centre de santé en centre

pour vérifier leur état de santé. Mais, ils ne s'arrêtent pas là. Ils se dirigent dans cette angoisse vers les tradithérapeutes et vers le monde spirituel.

En conséquence, le traitement est très mal suivi. Ce qui retarde la stabilisation des chiffres tensionnels et provoque des complications. L'anxiété est alors nourrie par les nouvelles situations inhérentes aux complications. Ce qui enferme, au finish, le sujet dans une boucle de stress, d'anxiété voire des troubles psychopathologiques structurés.

La relation entre les troubles anxieux ou encore le stress chronique a été documentée dans la littérature. Nos résultats vont donc le même sens que Hamer et al. (2008) qui prouvent dans leurs travaux une association entre la détresse psychologique et les maladies cardiovasculaires. Il faut tout de même relever que ces auteurs ne spécifient pas dans leurs études, la relation à l'HTA mais à toutes les maladies cardiovasculaires, comme nous l'avons montrée. Plusieurs autres études de cohorte ont aussi montré le lien entre le niveau élevé d'anxiété et l'HTA. Davidson (2000) montrait que l'anxiété est un facteur de risque de survenue de l'HTA. Ce qu'a trouvé également Meyer (2004) dans ses travaux.

- **La dépression**

Les résultats de notre étude mettent en évidence un état dépressif des participants hypertendus à l'étude. En effet, nous avons découvert que 79,19% de jeunes adultes qui ont développé une HTA ou l'une de ses complications, présentaient une humeur dépressive pratiquement toute la journée, presque tous les jours. On pourra entendre : « *je me sens vide* », ou « *je me sens triste* » ou encore « *je me sens désespéré, j'ai plus goût à la vie* ». Nous avons rencontré qui, au cours de l'entretien se fondaient facilement en larmes. Par contre, dans le groupe des jeunes non hypertendus, seulement 16,66% manifestaient le même état. Souvent cette humeur est la réaction à une perte significative : le décès d'un membre, la ruine financière, une affection médicale. Les multiples plaintes des jeunes adultes hypertendus sont des indicateurs de souffrances psychiques. Les jeunes adultes ne sont pas satisfaits ou nous dirons, sont sceptiques du résultat des analyses biologiques et du traitement. Par conséquent, le traitement est peu respecté. Les complications ne cessent de suivre.

Le présent résultat vient s'inscrire dans la droite ligne de plusieurs autres études réalisées sur le lien entre l'HTA et la dépression. En effet, une méta analyse réalisée par Meng (2012) sur les études de cohorte prospectives a conclu que la dépression augmenterait de 40% le risque d'incidence de l'HTA. Ce que confirment Baragou et al. (2011), qui trouvent dans leurs travaux

que l'HTA est fortement liée au syndrome anxiodépressif. Les résultats de l'étude INTERHEART ne sont pas isolés, mais s'inscrivent également dans le même sens que nous. Ces résultats ont montré un lien entre les maladies cardiovasculaires et l'anxiété (Rozanski, 1999), le stress professionnel (Pieper, 2005) et la dépression (Frasure-Smith, 2000).

- **Etat de stress post traumatique**

Les troubles du stress post-traumatiques (TSPT) sont des troubles psychiatriques qui surviennent après un événement traumatisant. Ils se traduisent par une souffrance morale et des complications physiques qui altèrent profondément la vie personnelle, sociale et professionnelle. Ce trouble a été retrouvé chez la plupart (71,43%) de nos jeunes adultes hypertendus. Les jeunes adultes témoignent au cours des entretiens, des événements auxquels ils n'arrivent pas à leur attribuer un « sens ». Ils disent souvent « *je ne comprends pas...* » ou « *pourquoi cela arrive à moi* » ou encore « *Je n'arrive pas à penser autre chose, ces souvenirs me reviennent* ».

Ces jeunes adultes à majorité hypertendus (71,43%) mettent en évidence dans leur vie des situations extrêmement traumatisantes qui se manifestent par une reviviscence régulière, accompagnée de manifestations physiques liées à l'émotion extrême ressentie. Ce qui altère de façon significative la vie personnelle et familiale/ et/ou socioprofessionnelle.

Parfois, nous sentons que leurs états somatiques leur préoccupent peu. Ils sont plus accrochés à un passé et se posent des questions sans fin. Il n'est pas rare de constater des comportements d'évitements ou de refus des prescriptions ou conseils. Nous avons rencontré une dame au cours de notre enquête qui a quitté sa résidence pour s'isoler complètement dans un village à plus de 200 kilomètres de l'hôpital. Malgré qu'elle se plaigne de la distance qu'elle parcourt avant d'arriver au centre de santé, elle y préfère pour ne pas rencontrer un corps habillé (soldat) affirme-t-elle. En effet, elle a été victime d'agression lors des manifestations sociopolitiques. Un souvenir qui ne l'a jamais quitté.

Le stress post traumatique est alors nourri par des vécus douloureux anciens et/ou actuels. Les problèmes psychosociaux et économiques alimentent les différents troubles des jeunes adultes.

Le rôle des conflits anciens et des conditions de vie actuelle dans la survenue de l'hypertension artérielle chez le sujet jeune adulte a été évoqué dans divers entretiens. Ce rôle est ramené aux retentissements profonds qu'ils provoquent et encore au stress chronique qu'ils engendrent. Les bouleversements brutaux, des traumatismes affectifs, violents et répétés, des difficultés vitales objectives sont revenues très souvent dans les discours des répondants.

La découverte du statut HTA constitue un choc traumatique. Le jeune adulte ne se fait pas l'idée d'une HTA (ne se croyant pas vieux pour en souffrir) jusqu'à ce qu'il la découvre et parfois déjà sous les molécules antihypertenseurs. Il se pose des questions sur l'origine de sa maladie. Des questions auxquelles, il n'obtient pas de réponse. Généralement, il a ses pensées sur les personnes hypertendues qu'il connaît et qui ont fait des complications surtout d'AVC. L'anxiété d'un éminent accident vasculaire cérébral (AVC) et/ou une mort imminente accompagne la connaissance du diagnostic de l'HTA. Une anxiété que les patients matérialisent souvent par le refus d'être hypertendu et par la non-adhérence au traitement. Ce qui entretient l'anxiété, la dépression et l'état de stress post traumatique.

Le traitement est l'autre source d'angoisse. Le jeune voit son quotidien changer, il doit composer avec la prise régulière d'un traitement à long terme, se rendre régulièrement à l'hôpital pour un suivi médical, réaliser des bilans de santé. On note la présence constante d'une angoisse d'une prise à vie de médicaments hypertensifs et l'angoisse liée aux potentielles complications invalidantes. Ce changement est lourd à réaliser surtout quand on ne sent rien dans son corps et qu'on doit continuer par prendre le médicament.

La relation entre le traumatisme psychologique et un désordre somatique a fait objet de plusieurs recherches. Ainsi, notre étude va dans le même sens que celle de Djibril et al. (2009) qui ont aussi montré que le stress post traumatique est un facteur de risque des maladies cardiovasculaires. Baragou et al. (2011) ont également prouvé une corrélation entre l'HTA et un événement traumatique (le décès d'un proche et des conflits). Ils affirment que les événements traumatiques ont pour conséquence l'augmentation des chiffres tensionnels difficilement maîtrisable par un traitement médicamenteux, la rupture thérapeutique volontaire, des crises hypertensives compliquées d'insuffisance cardiaque et coronarienne et d'accidents vasculaires cérébraux.

Face à un même événement traumatique, le risque de développer une hypertension artérielle est alors assez grand pour les jeunes adultes, et cela en fonction de leurs résiliences.

1.1.2. L'état émotionnel

Le second indicateur psychologique (en dehors les troubles psychopathologiques), retrouvé dans la présente étude est l'état émotionnel des participants. Ces états se résument à l'irritabilité, à la colère, à l'agressivité, à l'exigence, au pessimisme et au caractère affable qui encaisse tout. Nous avons cherché à connaître l'état émotionnel qui caractériserait le mieux les sujets HTA et les sujets non HTA dans leur quotidien.

Nous avons alors découvert que ces états sont plus manifestes dans le groupe des jeunes adultes hypertendus. En effet, dans ce groupe on trouve 91,66% de sujets irritables, 89,28% affables, 83,33% agressifs, 80,95% exigeants, 77,38% colériques et 71,42% pessimistes. Dans le groupe des sujets non hypertendus, on trouve 48,80% de sujets irritables, 23,81% affables, 17,86% agressifs, 33,33% exigeants, 29,76% colériques et 11,90% pessimistes. L'analyse comparative réalisée dans les deux groupes de sujets (sujet HTA et non HTA) montre clairement la vulnérabilité d'un tel profil dans la survenue / complications de l'HTA.

Dans notre recherche, la plupart des jeunes adultes sont pessimistes, quant à ce qui concerne leur l'avenir. Ainsi 76,1% de sujets HTA se projettent négativement dans l'avenir. L'analyse statistique a montré une relation forte entre la survenue/complications de l'HTA et le manque de confiance dans son propre futur : Le fait de se projeter négativement aurait un impact sur sa santé notamment sur la santé cardiovasculaire des jeunes adultes. En effet, dans la littérature, elle a pu être rapportée au manque d'espérance, aux états dépressifs, au manque de renforcement positif. Le manque de confiance dans son propre futur semble similaire au manque d'espérance ("hopelessness"), pour laquelle une relation forte avec l'incidence de l'hypertension artérielle a été décrite par Everson (2000). Dans une cohorte de 616 sujets finlandais suivis 4 ans, les sujets ayant un niveau élevé de désespérance ont développé trois fois plus que leurs homologues une hypertension artérielle. Plus récemment, Ursin & Eriksen ont suggéré que le manque d'espérance pourrait constituer un obstacle à l'introduction ou l'acceptation de modes de vie bénéfiques, et augmenter ainsi l'incidence de l'HTA (Ursin, 2007).

Les résultats auxquels nous sommes parvenus vont également dans le même sens que les travaux de Baragou et al. (2011). Ces derniers, dans une étude sur l'influence des facteurs psychologiques et environnementaux sur l'hypertension artérielle et ses complications chez l'hypertendu noir togolais traité, ont mis en évidence le facteur agressivité, colère, nervosité et les idées de persécution. Cette étude porte toutefois sur la population générale mais ressort une dimension bien présente chez les jeunes adultes : état émotionnel.

D'autres études ont aussi découvert le lien entre l'HTA et l'état émotionnel. Les données de l'étude CARDIA publiée en 2003, portant sur une analyse de cohorte de 3308 sujets jeunes, âgés de 18 à 30 ans et suivis 15 ans, en sont une illustration. L'évaluation portait sur la relation entre les caractéristiques psychologiques et l'incidence de l'hypertension artérielle. Les caractéristiques psychologiques comme l'impatience (time urgency/impatience) et l'hostilité (que l'on peut traduire

aussi par agressivité) ont été évaluées selon une échelle cotée de 0 à 4. Pour l'impatience (time urgency / impatience), le risque relatif de devenir hypertendu passait de 1,51 (IC 95 % : 1,12-2,03) pour un score de 1, à un risque relatif de 1,84 (1,33-2,54) pour un score de 3-4 (par rapport à un score de 0, $p < 0,001$) ; le même type de résultats était rapporté pour l'hostilité. La somatisation est associée à des troubles de la personnalité dans 50 à 70% des cas : histrionique, antisociale, évitante, obsessionnelle compulsive, dépendante et narcissique.

1.1.3. Les compétences personnelles de gestion des émotions / résolutions des problèmes

Notre étude découvre que le manque de compétence personnelles de gestion des émotions et de résolution des problèmes rend vulnérable les jeunes adultes face à la maladie de l'HTA. Pour tirer cette conclusion, nous avons comparé deux groupes de sujets (HTA ou non HTA). Dans le groupe des sujets HTA, on trouve 71,30% de sujets ont du mal à gérer leurs émotions et à adopter une attitude plus saine devant l'adversité. Ils manquent d'habiletés de communication, de capacité à gérer leurs émotions et à résoudre leurs problèmes ou à faire face aux situations difficiles. Ils sont très souvent impulsifs et agressifs voire impatientes. Les réactions sont souvent irrationnelles et très émotives. Nous avons rencontré un jeune adulte qui est allé à la pharmacie pour acheter son antidépresseur. Arrivé, on lui a expliqué que cet antidépresseur est en rupture et qu'il fallait revenir voir son prescripteur. Il quitta la pharmacie en larmes en disant qu'il va mourir. De ces situations sont courantes dans le groupe de sujets jeunes HTA.

Les compétences de gestion des émotions et de résolutions des problèmes sont autant sollicitées pendant l'annonce qu'au cours de la maladie. En effet les questions de la reconnaissance et de l'acceptation de la maladie (ou du renoncement) sont aussi capitales. La chronicité demande une continuité dans la prise en charge mais surtout l'acceptation d'un traitement de longue durée, souvent contraignant, et qui n'est pas sans incidence dans toutes les sphères de la vie de la personne concernée. Cela est d'autant plus vrai que le patient est jeune.

L'HTA a des conséquences majeures sur l'organisation et la qualité de la vie quotidienne de la personne atteinte, et sur sa situation financière. En premier lieu, elle entraîne des complications que le jeune adulte devra apprendre à surmonter. Parmi ces complications possibles, on peut noter l'apparition et l'aggravation progressive d'un handicap (une paralysie issue des complications de l'HTA : Accident Vasculaire Cérébral) : l'HTA engendre parfois un handicap physique qui pénalise alors la personne dans la vie courante (accès handicapés, fatigue chronique, irritabilité...); un certain isolement géographique, le malade étant souvent limité dans ses

déplacements ; et la peur d'être un fardeau pour les autres. En second lieu, les conséquences financières de la maladie sont en général très importantes. Le patient doit honorer ses ordonnances et réaliser ses bilans.

En définitive, les troubles psychopathologiques impactent la survenue / complication de l'HTA. Inversement la présence de l'HTA crée une perturbation psychologique, un état de stress qui peut évoluer vers des pathologies mentales structurées en fonction de sa structure de personnalité initiale. La résilience est sérieusement sollicitée. Par faute d'adaptation, le jeune adulte somatise. Cette influence réciproque est bien connue par Benson (2010) qui démontra l'efficacité des méthodes de relaxation pour prévenir ou contrôler l'HTA.

1.2. Les facteurs socioaffectifs

L'un des facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes est les facteurs socio-affectifs. On entend par facteurs socioaffectifs, la solitude, les conflits relationnels, la déception amoureuse, le sentiment de manque de soutien socioéconomique et le sentiment d'incapacité à répondre aux besoins de son entourage.

Plus concrètement, notre étude a permis de constater que 91,70% des jeunes adultes hypertendus se sentaient seuls. Ce sentiment de solitude est découvert chez 25% de jeunes adultes non hypertendus. Le sentiment de solitude a été perçu dans le discours des sujets HTA « *je me sens souvent seul et quand je prends ma tension, les chiffres augmentent* », « *parfois, je me demande si quelqu'un m'aime aussi* ». Ce sentiment qui traduit une souffrance rend vulnérable le jeune adulte. Ce dernier se perd souvent dans les soucis et a du mal à se créer des liens sociaux. Nous avons d'ailleurs remarqué une timidité chez plus d'uns.

La situation conflictuelle est notifiée comme étant déterminante de l'HTA chez les jeunes adultes. Nous avons en effet trouvé que 89,20% n'étaient pas en bon terme avec leurs entourages. Une situation qu'ils vivent difficilement. En écoutant ces jeunes adultes, les difficultés relationnelles ne datent pas de la survenue de l'HTA mais existaient bien fort longtemps : « *Mon père nous a abandonnés, il est parti et n'est plus revenu. Aujourd'hui, il veut que je le pardonne, j'essaye mais je n'y arrive pas* ». Ces conflits anciens et/ou actuels sont souvent notés dans les entretiens.

Les déceptions amoureuses sont également plus manifestes chez les sujets HTA que chez les sujets non HTA. 83,30% des sujets jeunes adultes HTA en souffraient. Il s'agit parfois des tromperies, des ruptures ou d'une désillusion que vivent ces jeunes adultes. Ces situations ont pour la plupart,

débouché sur des conflits voire des séparations. Les sujets sont tenus de faire face à cette douleur et au même moment faire face aux charges que l'autre l'aurait laissé. Nous avons découvert ainsi l'HTA chez une dame qui consultait il y a six mois pour un trouble anxieux post rupture amoureuse. Ces situations sont bien présentes et provoquent un désordre somatique, plus souvent un trouble cardiovasculaire. Beaucoup de patients se sont alors plaints de leurs cœurs. On entend souvent « *mon cœur me fait mal* » après une dispute.

Par ailleurs, nous avons rencontré des patients qui vivent la pression de l'âge. Après donc la séparation amoureuse, ils arrivent plus à nouer une nouvelle relation. Ils se plaignent que leurs âges avancent. La situation est encore plus difficile pour ceux qui n'ont pas encore d'enfants. La déception amoureuse génère ainsi un réel stress chez les individus.

L'autre indicateur des facteurs socioaffectifs est le sentiment de manque de soutien social et économique que ressentent les jeunes adultes. Ce sentiment a été associé à la survenue / complications de l'HTA. Ainsi, avons-nous découvert dans la présente étude que 80,90% de jeunes adultes hypertendus contre 16,60% JA non HTA, présentaient ce sentiment.

Les JA nourrissaient de grands espoirs pour la plupart nous racontent-ils. Ces espoirs étaient fondés sur le soutien de leurs frères ou sœurs qui économiquement sont bien posés et allaient leur venir en aide en cas de difficultés. Cette illusion s'est effondrée laissant place à un sentiment d'amertume parfois de haine. Pour ainsi reprendre les paroles d'un jeune qui disait « *mon frère est un cadre de la fonction publique, il m'a promis qu'après mon diplôme, il allait m'aider à trouver un travail. J'ai mon diplôme, cela fait aujourd'hui 6 ans, je galère et pourtant, je sais qu'il en est capable* ». Cet espoir se rapporte plus souvent à la situation économique. Certains jeunes adultes affirment que leurs maladies sont liées à cette situation. Ils déplorent le manque de soutien des familles voire de l'Etat aux jeunes estimant qu'il y a trop de chômeurs dans le pays. On ne peut même pas compter sur quelqu'un disent-ils. Les concours de la fonction publique n'entrôlent que peu de diplômés. « *C'est tout cela qui fait que nous sommes malades* » affirment-ils.

Le dernier indicateur du facteur socioaffectif évoqué dans notre étude est le sentiment d'inutilité à l'égard de sa famille et de sa communauté. Cet indicateur est associé à la survenue / complications de l'HTA. En effet, dans le groupe des sujets HTA, nous avons constaté que 77,30% de jeunes adultes développent un sentiment d'inutilité. Ils soutiennent qu'il est temps de prendre soin de ses parents et de ses frères / sœurs. Mais la situation socioéconomique ne leur permet pas de le faire. La bonne volonté se heurte à l'incapacité nous disait un jeune homme. Il ajouta qu'il est d'ailleurs

difficile de voir ses parents se battre pour le nourrir encore, difficile de rester sous le toit parental jusqu'à 30 – 40 ans.

Nous avons rencontré des jeunes adultes qui sont déjà engagés dans un lien de mariage et qui avaient des enfants. Parfois, c'est l'un des conjoints qui couvre les besoins du ménage. Ce qui est mal vécu par l'autre avons-nous constaté dans le groupe des sujets HTA.

En somme, le facteur socioaffectif est résumé par le sentiment de solitude, d'amertume et de ressentiment en lien avec son environnement social. Ce dernier se révèle gage de la santé de ces membres. Lorsque cet environnement n'est pas sûr, solidaire, les individus qui y vivent sont désorientés et en souffrent. Cette souffrance dresse le lit aux troubles somatiques dont l'HTA.

Les résultats de l'étude qualitative ont montré que la solitude ou le sentiment d'abandon ressenti par les jeunes adultes les prédispose à l'HTA. De même, les conflits familiaux jouent un rôle important dans la survenue / complications de cette même pathologie. Par ailleurs, les déceptions amoureuses occasionnent une décharge émotionnelle importante et lorsqu'elle est prolongée, constituent un indicateur non négligeable de la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes. De plus, le vécu d'un manque de soutien socioéconomique lors de la survenue d'évènements douloureux, de coup dur de la vie a été relevé comme contribuant à la survenue / complication de l'HTA.

Nos résultats concordent avec ceux de Baragou et al. (2013) qui stipulent que les plus facteurs qui influencent l'HTA sont les conflits de tout genre et le décès d'un proche avec respectivement 24 % et 20 %. Ces facteurs ont eu pour impact, l'élévation des chiffres tensionnels difficilement maîtrisable par le traitement médicamenteux, la rupture thérapeutique volontaire, les crises hypertensives compliquées d'insuffisance cardiaque et coronarienne et d'accidents vasculaires cérébraux.

Ils vont également dans le sens des travaux de Spruill (2010) qui montrent que la solitude engendrée du fait de déphasage entre le niveau actuel de liens sociaux et le niveau désiré, est associée à la fonction cardiovasculaire dont à l'HTA. Ils (les résultats) ne s'écartent pas non plus des enquêtes de Gallup (2011 ; de 2015) qui soulignent que de nombreux jeunes ne bénéficient pas du soutien de leurs proches, et que les femmes et les résidents ruraux sont particulièrement isolés. Les données de ces enquêtes révèlent que près de la moitié (45%) des jeunes togolais (15-29 ans) ne bénéficiaient pas d'un soutien social en 2015. Une situation à risques de survenue / complication

de l'HTA car selon Inamo (2008), l'absence de support par la famille est associée à une prévalence significativement plus élevée de l'hypertension artérielle (39,7% vs. 25,3%, $p < 0,05$).

Face aux défis auxquels font face les jeunes, ces derniers optent pour un isolement qui devient préoccupant. En effet, la situation des jeunes adultes citadins est d'autant plus préoccupante que, plus de la moitié d'entre eux ne peuvent pas compter sur le soutien de leurs proches (50.5 % et 51.4 %, respectivement). De même, les jeunes sont d'autant plus isolés qu'ils sont peu éduqués et que leurs conditions de vie sont difficiles : 65.9 % des jeunes qui n'ont jamais intégré le système éducatif et 52.2 % des plus pauvres ne sont pas soutenus par leur famille ou leurs amis et se retrouvent seuls face à leurs problèmes (enquête Gallup, 2015).

En somme, les jeunes togolais hypertendus ne jouissent pas d'un capital social élevé, ni d'une ambiance chaleureuse. Lorsqu'ils disposent d'un réseau de soutien social, celui-ci se limite essentiellement au cercle familial, en premier lieu la parenté immédiate. Bien que la confiance interpersonnelle des jeunes soit avant tout centrée sur la famille, elle n'exclut pas dans certains cas le recours à des connaissances extrafamiliales ou à des acteurs de la communauté, tels que les autorités locales et les associations communautaires voire l'Etat. Mais ces acteurs, de même que les institutions publiques en général, ont une mauvaise presse auprès des jeunes et suscitent chez eux une grande défiance (OCDE, 2017).

1.3. Les facteurs économiques

Il faut entendre par facteur économique dans la présente étude, la capacité financière et économique des jeunes adultes à assurer leurs besoins vitaux particulièrement le besoin de la santé. Nous avons cherché à savoir si les moyens économiques influençaient la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes. A travers les résultats nous avons découvert que la majorité des participants avaient des difficultés à répondre à leurs besoins vitaux. Cette difficulté ne se rapporte pas seulement aux sujets HTA mais à tous les jeunes adultes. Deux tendances se dégagent des résultats.

La première, les répondants affirment que le manque des moyens financiers est source de stress pour les jeunes adultes. Ils soulignent que la jeunesse est la période pendant laquelle le jeune veut se faire une identité et veut se rendre autonome vis-à-vis de son entourage. L'instabilité financière due au chômage ou à un travail instable, constitue une source d'angoisse, d'autant plus que le jeune a des obligations familiales (a une femme et des enfants). Cette situation financière mal vécue, serait un facteur de risque de survenue de l'HTA.

La seconde tendance est relative aux comportements à risques par manque de moyens financiers. Les facteurs socio-économiques non seulement sont sources de stress, mais ils influencent également le choix du traitement des jeunes HTA, de même que leurs observances. Comme palliatif au manque d'argent, les jeunes s'orientent vers la médecine non conventionnelle. Ils font usage des médicaments non prescrits et des infusions. Ils se soignent dans les cliniques sauvages où aucun bilan paraclinique n'est fait. Ce comportement nuit gravement à leur état de santé surtout cardiovasculaire dans un environnement déjà de stress économique.

Ces résultats vont dans le sens de plusieurs travaux. En effet l'enquête sur la Transition de l'école à la Vie Active (OIT, 2014) montre que la majorité des jeunes adultes togolais sont inactives (62,5%) et la prise en charge des soins demeure une préoccupation majeure pour eux d'autant puisqu'il faut être de la fonction publique pour bénéficier d'une assurance santé (INAM).

En 2014, au Togo, plus de la moitié des jeunes travailleurs âgés de 15 à 29 ans (56,2%) désiraient changer d'emploi. Cette proportion est relativement plus élevée chez les jeunes travailleurs hommes (62,1%) que celle des jeunes femmes travailleuses (51,4%). Les raisons avancées par ces derniers sont diverses. L'examen des motivations de changement d'emploi met en exergue trois principales raisons : l'envie d'avoir un meilleur revenu par heure de travail (36,9%), la temporalité de l'emploi (24%) et l'amélioration des conditions de travail (22,9%). Honorer les ordonnances et les bilans de santé est difficile pour ces travailleurs.

Nos résultats vont aussi dans le sens des études de l'OMS (2014) qui affirment que l'accès aux services de soins de santé en Afrique est encore extrêmement limité par l'existence de frais de soins directs que seul un faible nombre de ménages peut se permettre. Les contraintes d'ordre économique constituent des limites dans la mise en place et l'adoption du traitement de l'hypertension (Kengne, 2014). Les jeunes adultes ne disposent pas de moyens financiers suffisants leur permettant de s'offrir un traitement médicamenteux de longue durée en raison du coût relativement prohibitif des médicaments et l'irrégularité observée dans l'approvisionnement.

Cette situation, selon l'OMS, a conduit plusieurs responsables gouvernementaux à penser qu'aucun schéma thérapeutique de l'hypertension en Afrique ne pouvait avoir de valeur, et qu'il ne s'agit au contraire que d'un gaspillage de ressources (OMS, 2006).

En raison de ces obstacles économiques, l'Afrique s'active davantage dans le développement de la médecine traditionnelle dans le cadre de la lutte contre l'hypertension artérielle (Yaya et al,

2014). En effet, près de 80 % des populations rurales ont recours à la médecine traditionnelle pour répondre à leurs besoins en soins de santé (OMS, 2001 ; Diallo et al., 2010).

L'étude INTERHEART a mis en évidence l'importance des variables socioéconomiques dans l'incidence des maladies cardio-vasculaires (Rosengren, 2004). Ces résultats ne sont pas isolés, mais s'inscrivent au contraire dans le cadre de nombreuses autres études précédentes ayant montré un lien entre les maladies cardiovasculaires et le niveau socioéconomique (Wong, 2002).

Il faut relever une tranche de jeunes nantis qui développent l'HTA selon les participants. Ce résultat va dans le même sens que, Kaufman (1996) et Niakara (2007) qui soutiennent que, ceux qui sont plus nantis adopteraient des modes de vie à risque pour l'HTA et les maladies cardiovasculaires.

1.4. Les facteurs médico-nutritionnels

Les résultats de la présente étude associent les facteurs médico nutritionnels à la survenue / complication de l'HTA. Ainsi faut-il entendre par facteurs médico nutritionnels, le comportement alimentaire à risque (consommation d'alcool, de tabac, des repas trop salés, trop gras), la sédentarité, les antécédents médicaux et l'antécédent d'HTA familiale.

Les résultats ont permis de constater que les jeunes adultes qui avaient un comportement alimentaire à risque sont fortement représentés dans le groupe de sujets HTA (80,90%) de même que les sédentaires (77,40%). Il faut alors analyser ces chiffres et comprendre que les individus qui ont un profil alimentaire à risque et qui ne développent pas une activité physique sont vulnérables à la survenue / complications de l'HTA. Lorsqu'ils associent des antécédents médicaux et d'HTA familiale, le risque de survenue est accru.

De plus, les résultats de la présente étude montrent que le mode de vie des jeunes adultes est associé à la survenue/complications de l'HTA. La consommation excessive des médicaments de la rue (notamment le tramadol), de l'alcool, du tabac, des boissons énergisantes et tonifiantes, prédispose les jeunes adultes à la survenue / complications de l'HTA. Selon nos résultats, le déséquilibre alimentaire joue un rôle important dans la survenue / complication de l'HTA. Aussi, les résultats montrent que la présence des antécédents médicaux tels que le diabète, l'insuffisance rénale, insuffisance cardiaque, le cancer et le VIH/Sida augmentent le risque de survenue / complications de l'HTA. Le risque de devenir sujet HTA est alors plus grand lorsqu'on présente un antécédent médical. Par ailleurs avoir un parent hypertendu augmentait le risque de survenue de l'HTA.

Ces résultats concordent avec plusieurs autres études. En effet de nombreux auteurs reconnaissent que l'existence d'une histoire familiale d'HTA constitue un facteur de risque pour un individu (Beevers, 2007). Pick trouvait en Afrique du Sud qu'en présence d'une histoire familiale d'HTA, le rapport de cote de l'HTA était de 1,68 (95 % IC : 1,23-2,27) et en présence d'une histoire familiale d'accident vasculaire cérébral, le rapport de cote était estimé à 1,33 (95 % IC : 1,04 - 1,71) (Pick, 1990). Cette association entre l'HTA et l'histoire familiale d'HTA est confirmée au Ghana (Pobie, 1993). La présence d'une histoire familiale d'HTA est donc un facteur de risque non modifiable qui décrit, de ce fait, tous ceux qui sont concernés, comme un groupe à risque qui mérite un suivi particulier.

Les résultats concordent aussi avec ceux de Flores-Le Roux et al. (2011). Ces derniers affirment que le diabète augmente le risque de MCV et de décès par MCV. Cette relation a été prouvée par de larges études de cohortes. Le diabète peut se compliquer d'AOMI, d'AVC ou de cardiopathie ischémique. Le diabète est fréquent parmi les cas d'insuffisance cardiaque. Le diabète fait partie de presque tous les algorithmes de risque cardiovasculaire mis à disposition dans la littérature.

Nos résultats vont également dans le sens des travaux de Lelong et al. (2019) qui montrent qu'un style de vie sain a un grand impact sur celui de développer l'HTA. Ils vont également dans le sens des travaux de Pearson (1996) et de Rouiller (2005) qui montrent l'effet délétère de la consommation importante d'alcool sur le système cardiovasculaire. La consommation importante d'alcool est susceptible d'augmenter la pression artérielle (Zheng et al., 2014). L'alcool favoriserait plus particulièrement la survenue de la fibrillation atriale, des AVC hémorragiques, du diabète (WHO 2014). Le risque relatif de survenue des AVC en relation avec une consommation excessive régulière d'alcool supérieure à 60g/jour était d'environ 1,7 pour l'AVC ischémique et 2,2 pour l'AVC hémorragique (Reynolds et al. 2003). Elle augmentait le risque d'IDM dans une population chinoise masculine (Bazzano et al. 2009).

L'enquête ETVA (2014) relevait déjà la relation entre le mode de vie des jeunes Togolais et les maladies non transmissibles (MNT) telle que l'HTA. Les résultats de cette enquête montrent que les MNT constituent la deuxième cause majeure de décès à la fois chez les jeunes hommes (32.8 %) et chez les jeunes femmes (29.8 %). Le tabagisme, la sédentarité, la mauvaise alimentation et l'usage nocif d'alcool sont des facteurs de risque déterminants des maladies chroniques. Les maladies chroniques les plus meurtrières chez les jeunes adultes sont les maladies

cardiovasculaires (6.8 %). En association avec les troubles digestifs ils tuent davantage de jeunes hommes (13.9 %) que de jeunes femmes (11.2 %).

Selon l'ETVA, l'alcool est de loin la substance psychoactive la plus consommée par les jeunes adultes togolais, suivi de la cigarette. Bien que moins répandu, l'usage de la drogue, de même que pour les autres substances nocives, est beaucoup plus fréquent en milieu urbain, notamment à Lomé. En outre, la consommation de drogues ne concerne pas uniquement la jeunesse marginalisée mais touche aussi les jeunes en milieu scolaire ainsi que ceux issus de milieux aisés.

D'autres études ont mis en évidence l'importance de la consommation de drogues chez les jeunes au Togo. C'est le cas notamment de cette enquête réalisée en 2011 dans les principales villes du pays auprès de 1 580 jeunes, âgés de 12 à 30 ans, extrascolaires ou en situation de rue (PNLSD-IST, 2012). D'après cette enquête, près d'un jeune sur cinq (17.8 %) a consommé de la drogue au cours des douze derniers mois précédant l'enquête, principalement du cannabis (9.4 %) et du chanvre indien (5.7 %). Les trois quarts d'entre eux n'ont pas plus de 25 ans. Par ailleurs, plus de huit jeunes sur dix (81.4 %) déclarent avoir entendu parler de la drogue, la cocaïne étant la plus connue (38.8 %), suivie du cannabis (25.8 %) et du chanvre indien (17.1 %). Cette situation laisse penser au capital de santé futur des jeunes.

1.5. Les facteurs culturels

Les facteurs culturels sont également associés à la survenue / complications de l'HTA. Ces facteurs se résument à la connaissance du sujet jeune sur la maladie de l'HTA et de ses facteurs associés d'une part et à la façon de penser (représentation de l'HTA) et de faire de la communauté jeune adulte d'autre part.

Nous avons découvert dans la présente étude que les jeunes adultes qu'ils soient hypertendus ou non font une recherche mystique des problèmes de santé auxquels ils sont confrontés. Ils pensent en fait généralement que l'HTA est d'origine mystique (71,4% de sujets HTA et 77,4% de sujets non HTA). Par conséquent, ils abandonnent le traitement médical pour d'autres. Par ailleurs, les résultats nous montrent que seul un petit nombre a une connaissance de l'HTA (17,8% de sujets HTA et 11,9% de sujets non HTA).

Influencés généralement par la famille ou la communauté, les jeunes adultes réalisent une recherche sur l'origine de leurs HTA. Ils consultent les charlatans, les féticheurs, les pasteurs ou

les imans selon leurs croyances. Ils sont persuadés que le problème vient de l'extérieur : envoûtement, punition des « dieux » ou des ancêtres.

De ces consultations ressortent des prescriptions : prise d'infusion, sacrifices d'animaux, prière... Ils reçoivent aussi des interdits : ne pas sortir à une heure tardive la nuit, abandonner les traitements antérieurs. Sous la pression et menace de l'entourage, ils abandonnent le traitement de la médecine moderne. Quelque temps après, ils développent des complications qui sont encore interprétées par le guérisseur traditionnel comme "le jeune n'a pas respecté les interdits". La famille rentre souvent dans un cercle vicieux. La décision de quitter ces guérisseurs est souvent prise très tardivement car les familles sont sous l'influence de ces derniers. : un parent nous confia que le guérisseur leur a dit que « *les dieux vont se fâcher s'ils abandonnent ses prescriptions que lui, reçoit, des dieux* ».

On aurait cru que le phénomène est rural. Nous avons constaté que les sujets jeunes adultes quel qu'en soient leurs résidences, dans leurs dénis de l'HTA, font un long itinéraire thérapeutique. Ils oscillent entre les médecines modernes et traditionnelles. Ils parcourent les villes et les villages à la recherche de causes et de traitements. Le fait que l'HTA ne s'accompagne pas de symptômes remarquables pouvant orienter son diagnostic est pour eux un argument pour évoquer un envoûtement, une punition des « dieux » ou encore la colère des ancêtres. Ils proclament des hypothèses sorcières de la maladie.

En somme, cette façon de penser ou de faire témoigne de l'ignorance et de la méconnaissance de l'HTA et de ses facteurs de risque par une grande partie de la communauté africaine. Elle traduit le mode général de représentation de la maladie et de la recherche de la guérison en Afrique.

Cette relation entre le comportement culturel et la survenue / complications de l'HTA a été mise en évidence dans les travaux de Lafay et al (2014). Ces auteurs évoquent le refus des soins comme est un obstacle majeur à la prise en charge de l'HTA en Afrique. D'autres études soutiennent l'origine spirituelle de l'HTA qui est une représentation admise culturellement. Levesque (2015) montrait que les pratiques que les familles utilisent pour promouvoir la santé sont liées à la façon dont elles définissent la santé. De même, les représentations des maladies semblent jouer un rôle déterminant dans la façon dont un individu réagit face à un ensemble de symptômes. Elles orientent la prise de décision, la source de soins et les pratiques, visant à rétablir l'état de santé de la personne malade. Levesque relève ainsi l'importance de s'interroger au sujet des représentations de la santé

et des maladies, du point de vue des individus et des processus relationnels entre patients, professionnels de la santé et famille (Levesque, 2015).

L'origine mystico spirituelle de l'HTA est conforme aux représentations culturelles négro-africaines de la dynamique des forces de l'univers. Dans cette dynamique, rien ne survient de façon fortuite (Laplantine, 1986). On trouve toujours une cause qui sous-tend l'apparition des désordres de tout genre. La maladie est perçue comme la rupture du malade avec le monde dont il dépend (conséquence de ses actes), d'où le sentiment de rejet et d'exclusion aggravé par les croyances en un châtement émanant des ancêtres, des génies ou des membres de la société. Ainsi, la représentation de l'HTA donne du sens à certains comportements des jeunes adultes et de leurs familles. L'HTA serait une maladie dont on ne doit pas parler, un tabou.

1.6. Les facteurs institutionnels

Les résultats de la présente étude accordent une place aux facteurs institutionnels dans la survenue/complication de l'HTA. Cette place est relative aux mécanismes de prévention et de prise en charge de l'HTA dans le système de santé togolais. En matière de la prévention, nos résultats indiquent que le dispositif de soins togolais n'anticipe pas sur les problèmes de santé des jeunes. C'est un système curatif plutôt que préventif. Selon les participants, il n'existe pas de programme de prévention orienté vers la cible jeune adulte. Un participant fait remarquer que « *Le jeune est peu instruit, moins sensibilisé sur la maladie de l'HTA et sur ses facteurs de risque* ».

En matière de la prise en charge, la qualité du processus de prise en charge a été incriminée. 95,2% soulignent un retard de diagnostic. « *Parfois, on est déjà sous les antihypertenseurs avant de savoir qu'on est hypertendu* » disait un sujet HTA. On note également une accessibilité difficile des spécialistes (91,6%), un effectif insuffisant de personnels de santé surtout à l'intérieur du pays, et le manque de recyclage du personnel. On constate aussi une désuétude du plateau technique pour les soins des patients, une rupture fréquente des antihypertenseurs. La pratique clinique de prise en charge n'est pas uniformisée. Chaque prestataire travaille en fonction de ses connaissances. Ainsi, note-t-on une évaluation insuffisante des facteurs de risque cardiovasculaires, un bilan HTA non demandé et un suivi non systématique des patients. Ailleurs, les sujets ayant une élévation des chiffres tensionnels sont rapidement mis sous médicaments antihypertenseurs sans qu'un réel diagnostic ne soit posé.

L'inaccessibilité géographique et financière des soins cardiologiques entraîne des complications de l'HTA chez les sujets jeunes adultes. Même proches des centres de santé, des patients affirment ne pas avoir assez de temps pour exposer leurs difficultés aux soignants. Ils ne bénéficient pas des séances d'éducation thérapeutique, ni d'un accompagnement psychologique (78,5%). Les sujets HTA semblent être laissés à eux-mêmes devant une pathologie chronique qui nécessite un suivi organisé, global et continu. C'est dans ce sens que des répondants affirment ainsi que la prise en charge des sujets HTA n'est pas adaptée aux réalités des sujets HTA. Le manque de cellules de prise en charge des hypertendus, l'absence de consultations spécifiques aux sujets HTA et l'absence d'un programme multidisciplinaire impactent négativement le contrôle de l'HTA au Togo.

Les difficultés de prévention et de prise en charge de l'HTA ont été relevées dans plusieurs études. Ainsi nos résultats concordent-ils avec ceux de Capiou (2019) qui montrent que l'offre de soins aux patients hypertendus dans les centres de santé du Togo. Nos résultats vont également dans le même sens de ceux de Huard et Schaller (2010) qui stipulent que la prise en charge des affections chroniques dont l'HTA n'a pas toujours été optimale d'un point de vue clinique et organisationnelle, ce qui peut engendrer une utilisation sous-optimale des soins de santé. Nos résultats font remarquer que les systèmes de santé actuels sont encore souvent dominés par des approches réactives en cas de complications (Capiou, 2019). Il arrive dès lors fréquemment qu'un dommage irréparable soit déjà survenu tel qu'un AVC ou un infarctus du myocarde chez des patients hypertendus Capiou (2019).

2. Poids des facteurs associés dans la survenue / complications de l'HTA

Dans l'élaboration de la présente étude, nous avons senti utile de ne pas nous limiter sur l'identification des facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA mais aussi d'évaluer le poids de chaque facteur. L'objectif est de faciliter les réponses aux problèmes de l'HTA chez les jeunes adultes en s'attaquant aux facteurs ayant le plus d'importance.

Nous avons découvert que les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA n'avaient pas la même importance (poids). En effet par ordre d'importance décroissante, nous avons les facteurs psychologiques (0,741), les facteurs socioaffectifs (0,5), les facteurs médico nutritionnels (0,399), les facteurs économiques (0,290) et les facteurs culturels (0,200).

Il faut remarquer alors que les deux premiers facteurs rassemblent à eux seuls plus de la moitié du poids de l'ensemble des facteurs. Ce qui est important à remarquer également est l'effet cumulatif que les facteurs peuvent avoir dans la survenue / complication de l'HTA. Ceci pour dire que si on note la présence par exemple d'une dépression chez le jeune adulte, associée à un manque de soutien socioéconomique sur fond d'antécédents médicaux et de dépendance alcoolique ou tabagique dans un contexte de manque d'argent et de fortes pressions culturelle, on ne peut qu'aboutir à un désordre physique (HTA). Encore que le jeune adulte manquerait de la capacité de gérer l'adversité.

Les résultats ci-contre nous enseignent sur l'origine de l'HTA ou de ses complications. L'HTA doit être appréhendée sous l'angle plurifactoriel. Plusieurs facteurs, lorsqu'ils sont mis ensemble provoquent rapidement l'HTA chez les jeunes adultes. Aussi, ces résultats mettent en exergue l'importance des facteurs psychologiques dans la survenue / complications de l'HTA. Les facteurs psychologiques sont au centre des autres facteurs. En effet que ce soit les difficultés d'ordre psychologique, les problèmes socioaffectifs, médicaux, économiques et institutionnels, c'est la façon dont les jeunes adultes vont les accueillir qui déterminent en partie la survenue / complication de l'HTA d'où sa résilience. Ceci met en évidence le rôle de l'état mental des jeunes adultes dans la survenue / complication de l'HTA. Lorsque l'état mental est défaillant et se caractérise par la présence de symptômes dépressifs ou anxieux ou par des symptômes post traumatique, ou par des dysfonctionnements sociaux, ou encore par des états émotionnels non adaptés, il favorise la survenue d'un désordre somatique, ici l'HTA.

L'exploration de l'état psychopathologique des hypertendus comparés aux sujets non hypertendus a permis de constater la place de ces troubles dans la survenue / complications de l'HTA. Les sujets souffrant des troubles psychopathologiques développent à long terme une hypertension artérielle. Les patients souffrant des troubles psychopathologiques ou traversant une situation de vie difficile, dans leur adaptation à la maladie (mobilisation d'énergie mentale, physique, sociale, financière, voire spirituelle), endommagent leurs systèmes cardiovasculaires à travers une somatisation. Les jeunes adultes, encore immatures, ne disposant pas de compétences personnelles et sociales de gestion des émotions et de résolution des problèmes, en arrivent à développer une HTA. Le manque de contrôle émotionnel, de résolution des conflits internes ou externes, constituerait le pont entre les troubles psychopathologiques, le vécu de l'adversité et les troubles somatiques (ici l'HTA).

Le nombre des hypertendus qui disposent des compétences personnelles et sociales de gestion des émotions et de résolution des problèmes est très peu (5,9%). On pourrait donc penser qu'avoir ces compétences devient un facteur protecteur de la survenue/complications de l'HTA. A travers l'analyse statistique, il existe une tendance significative à l'augmentation de la prévalence de l'hypertension artérielle chez les jeunes qui manquent des compétences personnelles et sociales de gestion des émotions et de résolution des problèmes. Non seulement chaque jeune adulte est unique sur le plan biologique, mais il a une histoire unique. Au fil du temps, il acquiert et développe des compétences personnelles et sociales, à savoir un ensemble de ressources (connaissances, compétences et attitudes) qui lui permettent de faire face aux défis de la vie quotidienne. Celles-ci englobent les habiletés physiques, cognitives, affectives et sociales, et incluent, par exemple, les habiletés de communication, la capacité de gérer ses émotions, de résoudre des problèmes ou de faire face aux situations difficiles ainsi que les habiletés à coopérer et à établir des relations sociales de qualité. L'absence de ces habiletés le prédispose au stress chronique qui se révèle nocif pour la santé cardiovasculaire du jeune. Le stress provoque sur l'organisme des réactions internes qui se manifestent par l'activation du système nerveux « sympathique » et la libération « d'hormones de stress » qui agissent sur la plupart des organes, dont le cœur et les vaisseaux. Une élévation de la pression artérielle et une accélération de la fréquence cardiaque sont une des conséquences habituelles de la réponse au stress. Lorsque ce stress devient chronique, il entretient l'élévation des chiffres tensionnels et plus tard crée l'HTA.

Dans la littérature, plusieurs études se sont penchées sur l'importance des facteurs psychologiques dans la survenue de l'HTA. Nobila (2015) a travaillé sur les symptômes anxio-dépressifs et risque cardio-vasculaire chez les hypertendus noirs africains : étude transversale de 414 hypertendus suivis en ambulatoire au CHU de Ouagadougou (Burkina Faso). Il trouve que les troubles du sommeil étaient retrouvés dans 72,2% des cas et dominés par l'insomnie (49,2%), le syndrome d'apnée du sommeil (33,5%) et le syndrome des jambes sans repos (25,8%). L'anxiété était retrouvée dans 37,1% des cas et la dépression dans 16,6% des cas. Nous avons trouvé des prévalences plus élevées. Les contextes sociodémographiques et les tranches d'âges différents expliqueraient la différence des résultats. Les jeunes sont plus sensibles à l'anxiété et à la dépression que les adultes.

La dépression, l'hostilité, le stress, l'irritabilité et l'isolement social peuvent augmenter le risque de MCV et de mortalité cardiovasculaire (Carney et al. 2002 ; Lett et al. 2004 ; Toobert et al. 1998

; Walcott-McQuigg 2000). Selon une méta analyse (Charlson et al. 2013), les patients déprimés ont un risque plus élevé de cardiopathies ischémiques comparativement aux non-déprimés (RR global = 1,56 ; IC95% : 1,30-1,87). Par ailleurs, la dépression chez les patients porteurs de MCV est fréquente et peut aggraver leur pronostic. Plusieurs mécanismes explicatifs sont proposés, notamment l'altération de la fonction neuroendocrine, la non-adhérence au traitement contre les MCV, la cardiotoxicité des antidépresseurs, le processus inflammatoire, l'altération de l'autonomie du système nerveux et l'effet potentialisateur d'autres FDRCV (Carney et al. 1995 ; Carney et al. 2002).

Le poids des facteurs socioaffectifs n'est pas à négliger dans la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes (23%). Les problèmes socioaffectifs provoquent des chocs émotionnels, parfois si grand que toute la structure psychologique du sujet est bouleversée ; entraînant des régressions ou un début de désorganisation mentale accompagnée de somatisations. Lorsque l'environnement et les conditions de vie sont une source intarissable de stressors susceptibles de provoquer chez les jeunes, des réactions physiologiques et psychologiques qui, par leur intensité ou leur fréquence (ou les deux à la fois), risquent d'entraîner des problèmes biologiques, somatiques, psychologiques ou sociologiques plus ou moins importants. Parmi les stressors réels et les stressors potentiels, la solitude (91,70%), les conflits (89,2%) et les déceptions (83,30%) ont retenu plus particulièrement notre attention. Ils impactent le bien-être des jeunes adultes.

Chez les sujets HTA, l'on retrouve effectivement un environnement social insécure. Ainsi, se trouve-t-on le plus souvent, en présence de jeunes adultes émotifs, irritables, volontiers hostiles, mais d'humeur labile, dont l'anxiété se fait jour en chaque geste, et dont l'impatience est manifeste. Les explosions coléreuses sont fréquentes. La manifestation des interactions des jeunes adultes avec leur environnement physique ou social prend généralement la forme d'événements ou de changements. Ces derniers obligent à s'adapter, à puiser dans leurs ressources innées ou à en développer pour réagir au stimulus. A défaut, le jeune adulte somatise en une maladie somatique dont l'hypertension artérielle.

Au Togo, le bien-être subjectif des jeunes est dégradé, un résultat attendu qui ne fait que refléter les nombreuses difficultés auxquelles ils sont confrontés et qui ont été documentées dans l'enquête de transition à la vie active (OIT, 2014). Sur une échelle de 0 à 10, le niveau de satisfaction reporté par les jeunes (15-29 ans) à l'égard de leur vie ne s'élève en moyenne qu'à 4.0 en 2015, un score

bien bas et qui n'a connu qu'une légère amélioration depuis 2011 (3.1). L'insatisfaction des jeunes n'est cependant pas aussi sévère que celle des adultes (30 ans et plus) (3.6). Le pessimisme semble s'abattre sur les jeunes des villes qui sont les seuls à exprimer une insatisfaction grandissante (4.0 en 2015 contre 4.2 en 2011). Pour autant, les écarts de niveau de satisfaction chez les jeunes, que ce soit selon le milieu de résidence ou le sexe, sont négligeables. Autrement dit, l'insatisfaction règne de façon généralisée au sein de la jeunesse.

Les jeunes sont très nombreux à éprouver des émotions négatives. Sur la base des enquêtes Gallup, les individus sont considérés comme éprouvant des émotions négatives si, durant l'essentiel de la journée précédant l'enquête, ils ont ressenti de la tristesse, de l'anxiété, du stress ou de la colère. Selon les données de 2015, pas moins de six jeunes (15-29 ans) sur dix éprouvent des émotions négatives (61.8 %). Leur nombre atteint même 68.8 % chez les femmes, 74.7 % chez les jeunes dont les conditions de vie sont les plus difficiles, et 76.4 % chez les jeunes qui ne sont jamais allés à l'école, ce qui laisse craindre pour la santé mentale et somatique des jeunes togolais. Encore une fois, les jeunes sans instruction et les jeunes touchés par la pauvreté sont les plus mal en point. Une comparaison avec les données de 2011 révèle, en effet, qu'ils sont de plus en plus instables émotionnellement (+15.5 % et +4.7 %, respectivement), contrairement aux jeunes plus aisés et mieux éduqués qui sont de moins en moins altérés par des émotions négatives.

L'influence des facteurs psychosociaux sur l'état de santé est connue depuis la médecine d'Hippocrate. L'impact de l'environnement sur le développement des pathologies chroniques et aiguës n'est plus à démontrer. La psychologie de la santé par ses recherches montre que les différences interindividuelles en matière de la santé et de bien-être social sont associées à diverses variables psycho-sociales (comportements sains ou à risque, adhésion thérapeutique, soutien social, hostilité, dépression, contrôle, endurance etc.). Les divers facteurs psychosociaux constatés sont de plusieurs ordres : familiaux (instabilité, alcoolisme et tabagisme, carence alimentaire, maltraitance), économiques (revenu insuffisant, habitat inadéquat et surpeuplé), professionnels (chômage familial, emploi précaire, absence de qualification etc.) environnementaux (quartier sale, pollué, accès difficile à des soins, etc.). Ces facteurs en interaction avec d'autres facteurs cumulent leurs effets nocifs et augmentent, par conséquent, les risques de survenue/complication de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo.

De nombreuses études observationnelles ont été réalisées dans le but d'étudier cet hypothétique lien entre le déclenchement de la maladie ou des poussées hypertensives et des événements stressants de la vie. Des résultats parfois discordants ont été obtenus, d'où l'intérêt des méta-analyses comme celle publiée en 2004 par l'équipe de David (2004). Dans cette publication, les auteurs ont retenu 14 études sur 20 dont 7 études prospectives avec cas contrôlé, répondant à des critères d'inclusion rigoureux. Les résultats ont montré une augmentation significative du risque d'aggravation de la maladie après un événement stressant, sans mettre en évidence d'événements spécifiques prépondérants.

L'importance des autres facteurs associés (médico nutritionnels, économiques et culturels) est non négligeable. En effet, même si les facteurs psychologiques et socioaffectifs ont un poids considérable, leur effet est ressenti sur le corps qui se dégrade pour matérialiser une hypertension artérielle ou une complication hypertensive. Le corps devient alors un support du vécu des sujets. Lorsqu'il ne peut plus, il s'écroule. Le poids du facteur économique n'est pas des moindres. Le manque d'argent pour se soigner est source de stress et détermine les choix thérapeutiques : achat des médicaments de rue, consultation dans les cliniques sauvages. Ce comportement rend vulnérable le jeune adulte face à l'HTA. Il faut enfin relever l'impact de l'environnement culturel. Ce facteur influence les représentations et les choix thérapeutiques des sujets jeunes adultes. La présence de la médecine moderne influence largement le choix des jeunes adultes. Les jeunes adultes font le choix de la médecine moderne qui leur est contemporaine si ce choix se limitait uniquement à eux. Il faut alors comprendre que les familles sont parfois divisées entre la médecine moderne et traditionnelle.

SECTION 2 : LES CONTRIBUTIONS THEORIQUES ET IMPLICATIONS CLINIQUES / ORGANISATIONNELLES

1. Les contributions théoriques de la recherche

Cette recherche est une contribution à la compréhension du phénomène de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Elle a permis, plus concrètement, de cerner les facteurs associés, de même que leurs poids dans la survenue / complications de l'HTA chez ces jeunes adultes. Elle soutient par conséquent la vision multifactorielle de l'étiologie de l'hypertension artérielle dans le champ de la littérature et apporte ainsi une nouvelle dynamique dans la prévention et la prise en charge de l'HTA chez les jeunes adultes. Quelles contributions apportent cette étude de façon spécifique ?

Sur le plan théorique, la première contribution de cette recherche est relative à la définition étiologique de l'HTA qui était dominée par l'approche biomédicale dans le contexte togolais. En effet l'HTA se définissait par la plupart des praticiens hospitaliers comme une maladie causée par des désordres biologiques et médicaux. La compréhension du phénomène est restreinte à cette seule approche. Parfois, d'autres hypothèses étiologiques émergent pour comprendre le phénomène mais les soignants restent démunis pour les explorer. Aujourd'hui, cette recherche nous éclaire sur d'autres facteurs y compris les facteurs médicaux. Elle a légitimé les facteurs psychologiques, socioaffectifs, médico nutritionnels, économiques, culturels et institutionnels dans l'explication de la survenue / complications de l'HTA.

La présente étude permet ainsi de comprendre que la survenue / complications de l'HTA n'est pas seulement le fruit d'un désordre physique mais la résultante d'un désordre psychologique, social, économique, culturel, institutionnel et médical. En clair, plus les jeunes adultes présentent une vulnérabilité psychologique (caractérisée par des troubles anxieux, dépressifs et traumatiques), manquent de compétences individuelles de gestion des émotions et de résolution des problèmes, plus ils développent une HTA ou ses complications. De même, plus les jeunes adultes se sentent seuls, traversent des situations conflictuelles et/ou manque un soutien socioéconomique, plus ils développent une HTA ou ses complications. L'environnement social défectueux du jeune adulte contribue également à la survenue / complications de l'HTA. Aussi, plus les jeunes adultes présentent des antécédents familiaux d'HTA, une comorbidité, sont sédentaires et adoptent des habitudes alimentaires à risque, plus ils développent une HTA ou ses complications. Par ailleurs, l'environnement économique défavorable traduit par le stress financier des jeunes adultes est un facteur à risques de survenue / complication de l'HTA. En effet, plus, les jeunes adultes ont un pouvoir économique faible, plus ils sont stressés, choisissent des traitements à risque et fréquentent

des cliniques dites « sauvages ». Ce qui fragilisent leur système cardiovasculaire et par conséquent ils développent une HTA ou des complications hypertensives. Enfin, lorsque les jeunes adultes méconnaissent l'HTA et développent des croyances erronées de la maladie, ils font un choix thérapeutique qui influence négativement leur santé en général et la santé cardiovasculaire en particulier.

La seconde contribution théorique se rapporte aux poids des facteurs précédemment identifiés dans la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes. La présente étude découvre un poids considérable aux facteurs psychologiques et socioaffectifs. Ces derniers sont suivis des facteurs médico nutritionnels. Par avant, les praticiens hospitaliers, s'ils doivent entrevoir d'autres facteurs liés à l'HTA, évoquaient sommairement les facteurs psychologiques à travers sa composante stress. Cette recherche inclut d'autres indicateurs dans l'analyse des facteurs psychologiques : les troubles psychopathologiques, les états émotionnels (personnalité) et la résilience des sujets. Elle montre que ce facteur n'est pas des moindres et mérite d'être pris au sérieux dans la lutte contre l'HTA chez les jeunes. Quant aux facteurs socioaffectifs, les praticiens sont souvent informés de l'environnement social insécure de leurs malades sans toutefois prendre cette information en considération, ne sachant quoi en faire, comment agir, et comment établir la relation entre l'HTA et le monde social du sujet malade. Cette étude nous y éclaire.

Dans cette considération multifactorielle de l'origine de l'HTA, les autres facteurs, quoi que statistiquement, moins représentés, il importe de ne pas les négliger. Même si les facteurs psychologiques et socioaffectifs sont prépondérants, l'effet se produit sur le soma (corps) d'où l'importance d'accorder une considération au corps donc aux aspects médicaux à risque de l'HTA.

La troisième contribution se résume à l'importance de la place du sujet HTA, que révèle la présente étude. Sa participation est auparavant peu manifeste et non incitée par l'équipe soignante. L'objectif thérapeutique est focalisé sur les chiffres tensionnels. On se rend compte que malgré la médication, l'objectif est difficilement atteint. Cette étude permet de porter un regard au corps mais aussi aux vécus et aux représentations des sujets traités. La participation active du jeune adulte est essentielle tant dans sa quête du sens de la maladie ou de la recherche de la cause de sa maladie que tant dans la recherche des soins ou des pratiques de soins. A ne pas perdre de vue que les croyances et attentes des jeunes adultes influencent directement sa santé. En conséquence, les discordances entre les représentations profanes et scientifiques de ce dernier doivent être

discutées : le corollaire de la participation active du sujet HTA est important pour le volet éducation et information. Notre étude invite le soignant à reconnaître et accepter le modèle explicatif du sujet afin de limiter les réactions défensives rigides menaçant la prévention et la prise en charge. La pratique médicale doit s'inscrire non seulement dans la culture de la population mais aussi, prendre en compte leur jeune âge.

2. Les implications cliniques et organisationnelles

2.1. Les implications cliniques

Sur le plan clinique, il est identifié deux implications de la présente recherche. La première est relative à la prévention de l'HTA chez les jeunes adultes et la seconde à leur prise en charge.

La connaissance des facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA permettra d'améliorer les activités d'IEC (information, éducation, communication) dans les centres hospitaliers. Les animateurs de ces séances pourront en effet bâtir leur argumentaire sur les résultats de cette recherche. Les sensibilisations de masse peuvent également être bâties sur les facteurs identifiés.

Aussi, la connaissance des facteurs associés à l'HTA améliorera l'examen clinique et étiologique des facteurs de risque de l'HTA et des complications hypertensives. Précédemment, l'analyse étiologique est limitée aux aspects médicaux de l'HTA. Le lien ainsi prouvé entre les facteurs psychologiques, socioaffectifs, économiques, culturels et l'HTA, apporte une nouvelle dynamique dans l'élucidation des problèmes de santé cardiovasculaire des jeunes adultes. Au cours de l'évaluation, le soignant doit être particulièrement sensible, en plus et non à la place du bilan somatique, à une évaluation des attitudes et croyances, des attentes, de la condition financière, des comportements, des facteurs émotionnels et relationnels.

L'approche thérapeutique de l'HTA sera également améliorée à partir de cette recherche. On accède à une profonde modification de la relation thérapeutique, nécessitant de développer un éventail élargi de compétence de soins aux jeunes adultes. L'élargissement des perspectives thérapeutiques se traduirait par le fait que le soignant conserve en permanence à l'esprit que l'HTA provient de plusieurs facteurs. Ainsi les stratégies thérapeutiques à mettre en œuvre doivent mettre en évidence, outre les modalités « culturelles » visant à ne pas créer de résistance aux soins (inobservance et le départ de l'hôpital sans avis médical), divers moyens permettant d'agir sur les

facteurs psychosociaux perçus comme participant au problème de santé. Plusieurs modalités thérapeutiques différentes seront en général, associées. L'identification des facteurs agissant sur la stabilité des chiffres tensionnels contribuera à la mise en place des soins médicaux, psychosociaux et des appuis économiques, le tout s'inscrivant dans le besoin culturel du sujet. Est-il important alors, de préciser qu'avec cette étude, c'est tout le regard étiologique et thérapeutique qui change dans l'abord des questions de l'HTA chez les jeunes adultes. L'évaluation et le traitement accordent une importance particulière aux attitudes, croyances et attentes des patients.

L'une des implications de cette recherche est la reconnaissance du profil de jeunes vulnérables à la survenue / complications de l'HTA. En effet, lorsque ces facteurs se retrouvent chez un jeune, il sera important d'anticiper en lui apportant de l'aide, des soins allant des mesures hygiéno-diététiques, aux suivis médicopsychologiques voire aux soutiens socio-économiques. A défaut, il pourra manifester plus tard un désordre somatique notamment l'hypertension artérielle.

Par ailleurs, la connaissance du poids des facteurs est un indicateur qui nous permet de savoir les facteurs auxquels, il faut s'attaquer en premier si l'on veut réduire la prévalence de l'HTA dans la cible jeune adulte. Ainsi serait-il important de déployer des actions telles que la formation, le suivi psychologique, l'éducation thérapeutique du patient et les thérapies de groupe pour les aider à gérer leurs troubles psychologiques et émotionnels.

Nous suggérons une amélioration de la pratique clinique en matière des soins aux sujets HTA. Nous proposons que les acteurs de la santé puissent redéfinir leur grille d'évaluation des risques de survenue ou de décompensation en matière de la prise en charge du sujet HTA. Une grille qui prendra en compte les six facteurs étudiés. Aussi, la présente étude, ayant largement démontré le rôle des facteurs psychologiques dans la survenue/complications de l'HTA, nous suggérons que chaque patient HTA soit consulté par un psychologue systématiquement.

Il faut relever que la conduite de cette thèse, nous a permis de mettre en place des activités de prévention et de prise en charge. A l'issue de la phase qualitative de notre recherche, nous avons partagé les résultats obtenus avec les collègues du CHR-S. Ce qui a abouti à l'organisation des séances de sensibilisations dans les différentes entreprises de la ville de Sokodé et environ. Nous avons également soumis au directeur régional de la santé, un projet de formation des médecins généralistes sur la prise en charge pluridisciplinaire du sujet HTA. Une formation que, nous avons coanimée, avec le cardiologue du CHR et l'endocrinologue venu de Lomé (la capitale) en

décembre 2020. Nous avons également mis en place un groupe de parole des sujets hypertendus. Les séances se déroulent au Centre Médical La Source du Puits de Jacob tous les 1^{er} et 3^e samedi du mois. Ces séances sont également coanimées avec le cardiologue du CHR-S.

2.2. Implications cliniques ou organisationnelles

Les apports énumérés précédemment ouvrent ainsi des pistes intéressantes sur le plan organisationnel. Au regard des constats de la problématique de l'HTA dans la cible jeune adulte dans le contexte togolais, nous suggérons l'élaboration d'un plan national de lutte contre l'HTA qui n'existe pas en ce jour. Ce guide servira de repère clinique et permettrait d'évaluer les réponses de soins offertes dans les structures hospitalières. Il permettra aussi d'adopter une démarche uniformisée des actions préventives qui tiennent compte des facteurs identifiés dans la présente étude.

Au vu des résultats, il est nécessaire d'initier une prise en charge pluridisciplinaire adéquate à la population hypertendue en général et des jeunes en particulier. Une prise en charge qui prend en compte les dimensions psychologiques, médicales, sociales, culturelles, économiques et institutionnelles du sujet. Par conséquent, ladite recherche implique la formation des soignants sur le travail en interdisciplinarité centré sur le patient. Également une formation sur les aspects d'interculturalité / transculturalité (théories et méthodes des soins) s'avère importante.

Plus concrètement, nous suggérons la création des cellules régionales de soins pluridisciplinaires équipées d'un plateau technique et de la logistique adaptés aux besoins des sujets HTA. Ces cellules organiseront la prévention et la prise en charge au niveau de chaque région. Ces cellules doivent mettre en place un programme de psychoéducation dont l'objectif serait un suivi médical, nutritionnel, psychologique, socioéconomique et éducatif, à l'endroit des sujets jeunes hypertendus ou non. Il s'agit de fournir l'accueil, l'information, l'évaluation et le dépistage aux jeunes ainsi que l'orientation dans les soins. Les politiques doivent aussi promouvoir autant que possible le soutien financier, administratif et organisationnel de ces cellules de première ligne.

Un travail de concert entre les agents de santé et les associations de patients doivent être mené. Comme le souligne Epping-Jordan (2003), « lorsque c'est l'expérience qui dicte les décisions, et non pas l'intuition ou l'impulsion, les soins pour les maladies chroniques sont optimisés. »

Par ailleurs, les agents de santé ont besoin d'être recyclés pour une meilleure prise en charge de l'HTA. La prévalence de plus en plus grande oblige à une adaptation des pratiques de soins. Une

pratique à jour de connaissance (ou les nouvelles recherches sur l'HTA sont connues) et qui est centrée sur les préoccupations du patient. Une formation qui permet aux soignants de s'inscrire dans une approche holistique de la personne malade. Aussi, la formation doit être structurée sur le travail en équipe des soignants car l'HTA affecte plusieurs dimensions de l'humain et exige une prise en charge pluridisciplinaire.

La prépondérance des facteurs psychologiques, socioaffectifs et culturels dans la survenue de l'HTA impose alors de ne plus être focalisé sur les aspects médicaux. Ainsi le ministère de la santé doit intégrer suffisamment, dans les diverses offres de recrutement des profils psychologiques, sociologiques et anthropologiques.

Il est donc essentiel, au vu de la progression des affections chroniques, de renforcer, d'une part, la formation initiale dans le domaine de la prise en charge de l'HTA pour toutes les professions de santé. D'autre part, nous préconisons de développer la formation continue, une fois de plus pour l'ensemble des prestataires de santé, afin d'actualiser leurs connaissances et compétences. Durant ces formations initiales et continues, l'accent devrait être mis sur l'importance d'inclure le patient hypertendu dans la prise en charge de sa maladie. La dimension pluridisciplinaire devait en constituer un module de ces recyclages.

Enfin, nous suggérons l'adoption des textes légaux qui instituent la formation des soignants et définissent la qualité des soins des malades chroniques notamment hypertendus au niveau de chaque structure.

SECTION 3 : LIMITES ET PERSPECTIVES DE RECHERCHE

Comme toute recherche, notre travail comporte un certain nombre de limites qu'il convient de relever. Certaines découlent des contraintes qu'il fallait respecter et d'autres des choix méthodologiques. Ces limites présentent les perspectives pour des recherches futures.

1. Les limites de la recherche

Les limites de notre recherche tiennent au choix des variables et de leur mesure, au protocole méthodologique mis en place et à la taille de notre échantillon.

✓ Limites relatives à la définition des variables

Notre étude qualitative a pour objectif d'identifier les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Ainsi, n'a-t-elle pas pris en compte les facteurs associés spécifiquement à la survenue de même que ceux en lien avec les complications. Ce choix nous paraît insuffisant car il aurait été intéressant d'identifier les facteurs associés à la survenue puis les facteurs associés aux complications de l'HTA. Toutefois le fait de les combiner en une seule variable dépendante s'explique par le fait que les facteurs qui provoquent la survenue sont majoritairement ceux qui provoquent les complications à l'exception certes des manquements et insuffisances de soins et des facteurs de non-observance (OMS, 2013).

Il aurait été souhaitable dans le cadre de l'étude qualitative exploratoire, d'identifier les facteurs individuels, les facteurs du milieu, les facteurs systémiques et les facteurs du contexte global. Nous nous sommes en fait positionnés au regard des réponses aux questions de l'HTA qui sont dans le contexte togolais, purement et simplement médicales. Nous avons voulu aux côtés de ces réponses, identifier d'autres sur le plan psychologique, social, économique, culturel et institutionnel.

Il serait également révélateur de pousser plus loin la logique contingente en n'utilisant les compétences personnelles et sociales, la connaissance de l'HTA, le soutien social et l'offre de soins comme des variables médiatrices entre les difficultés psychologiques, socioaffectives, économiques, et la survenue / complication de l'HTA. Ce choix alourdirait l'étude qui embrassera, dans ce cas, beaucoup de variables.

✓ Limites relatives aux choix méthodologiques

L'objectif annoncé est l'identification des facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. La méthodologie transversale employée pour répondre à notre question peut être améliorée. En effet nous avons recueilli les données auprès des participants à un moment précis dans le temps. La chronologie exacte de certains facteurs de risque a été difficile à

déterminer. Une recherche sur les facteurs de risque associés à une pathologie demanderait des études épidémiologiques assez vastes et répétées. Une étude longitudinale qui permettra de suivre les jeunes adultes dans leurs quotidiens permettrait d'apporter un éclairage supplémentaire sur l'antériorité des facteurs associés et sur les délais éventuels de la survenue / complication de l'HTA chez ces derniers. Toutefois comme le recommande Motreff (2006) et Derzon (2010), la formulation des éléments de notre questionnaire et l'utilisation du modèle séquentiel comparatif (comparaison des sujets HTA et non HTA) nous ont permis de pallier cette limite et d'établir l'antériorité de facteurs associés à l'HTA.

Une autre limite de cette thèse est relative aux items utilisés pour mesurer nos variables de recherche. Ils présentent des modalités qui correspondent à des estimations de position (exemple jamais, parfois, souvent et toujours). Nous avons codé ces modalités de réponses 1 à 4 et nous avons effectué nos traitements en assimilant ces échelles de réponses à des variables métriques. Or, pour qu'une échelle puisse être considérée comme une échelle d'intervalle il faut que la distance entre deux de ces modalités reste constante (Pedhazur et Schmelkin cités par Henninger-Vacher, 2000). Pour ce qui est de notre recherche, nous ne pouvons pas affirmer avec certitude que nos répondants ont perçu un même écart entre les différentes modalités de réponses proposées. Nous n'avons donc fait qu'une approximation de la réalité qui nécessiterait des études ultérieures. L'évaluation des dimensions telles que l'anxiété, la dépression et l'état de stress post traumatique, a été aussi approximative et mérite d'être approfondie. En effet l'évaluation de ces dernières exigerait des outils appropriés et validés dans le contexte togolais. Nous avons néanmoins, pour pallier cette insuffisance, administré nous-même le questionnaire en faisant usage de notre flair de clinicien. Nous avons aussi confronté les propos des participants à leurs dossiers médicaux qui nous renseignaient sur leurs antécédents sur ces troubles. Rappelons quand même que de telles mesures sont d'usage fréquent en sciences sociales (Arcand, 2000 ; Henninger-Vacher, 2000).

Cette thèse est également différente de bien d'autres recherches, en ce sens qu'elle a cherché à trianguler l'information de manière à minimiser les biais liés aux répondants. Cependant, nous n'ignorons pas que notre étude ne fait qu'une photographie de la situation à un instant donné, elle ne permet pas de suivre la relation dans la durée.

Par ailleurs, les approches théoriques utilisées ne sauraient être uniques. En dépit des démonstrations pour expliquer l'effet des facteurs associés sur la survenue / complications de l'HTA, nous devons toutefois reconnaître que le chemin emprunté tout au long de ce processus de

recherche n'est qu'un des sentiers possibles d'explorer une telle problématique. Bien que nous considérons cette thèse comme une prémices utile pour le contrôle de l'HTA au Togo et en Afrique, il est impérieux de rester vigilant pour analyser sous d'autres angles cet important problème de santé publique. Une analyse complète de la réponse aux pathologies chroniques, s'impose donc.

Enfin dans notre étude, nous avons recherché les facteurs associés chez les jeunes adultes sans pousser plus loin cette analyse sur leurs caractéristiques sociodémographiques. En effet, nous n'avons pas cherché à explorer par exemple les facteurs qui sont prédominants chez les jeunes hommes que chez les jeunes femmes. Une telle analyse alourdirait notre étude et fera objet de nos futures recherches.

✓ **Limites relatives à la taille de l'échantillon**

La phase quantitative de ce travail a porté sur deux groupes de sujets, l'un *hypertendu* (n= 84) et l'autre *non hypertendu* (n=84) dans le contexte essentiellement togolais. Une limite évidente tient à la taille réduite des participants à l'étude quantitative, qui indique une portée relative de nos résultats et une validation statistique à minima. L'échantillon d'étude composée de deux groupes de 84 sujets. Le groupe clinique des hypertendus provient du Centre Hospitalier Régional de Sokodé, le centre de référence de la région centrale en matière de prise en charge des sujets HTA. Le deuxième groupe a rassemblé les frères et sœurs des sujets HTA. L'approche comparative entre les sujets HTA et leurs frères et sœurs non HTA a rendu difficile l'étude d'un vaste échantillon. Ainsi la question de généralisation des résultats à l'ensemble de la population hypertendue au Togo peut se poser. Cependant les conclusions tirées sont valables à l'ensemble des patients de la région centrale et ses environs.

2. Les perspectives de la recherche

Ce travail permet d'entrevoir d'autres perspectives de recherche. En effet, d'autres études permettront de pallier les limites de notre étude. Elles pourront rebondir sur les problématiques peu développées ou suscitées ou encore dérivées de ladite recherche.

✓ **Perspectives en réponse aux limites**

Nous avons décrit précédemment les points à améliorer de notre travail de recherche. Ceci a donc facilité d'entrevoir des pistes de recherches possibles.

L'étude qualitative a distingué les facteurs associés de la survenue / complications de l'HTA. Compte tenu de nos propositions précédentes qui consistaient à étudier séparément ces facteurs,

nous proposons en perspective des études approfondies des facteurs inhérents à la survenue puis aux complications de l'HTA. Il se peut que ces études aient des caractéristiques plus ou moins différentes. L'étude qualitative aurait également comme objectif de cerner, de manière plus fine et contextualisée, les facteurs individuels, sociaux, systémiques et globaux du processus de survenue et aussi celui des complications ; étude que nous proposons dans les perspectives.

Il serait également intéressant, toujours dans le cadre de l'étude qualitative quantitative longitudinale, de voir comment les différents facteurs interagissent entre eux pour produire l'effet HTA chez les jeunes adultes. Des études de cas seront intéressantes car elles permettront non seulement de relever la relation entre les facteurs mais aussi la relation entre les facteurs et la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. De plus, cette étude permettrait d'évaluer le temps entre l'exposition au facteur de risque et le début de l'HTA ou de la complication. Ce qui permettrait de développer des réponses adaptées dans le temps aux questions de l'HTA chez les jeunes.

Enfin, il pourrait être intéressant de renouveler cette étude en s'intéressant avec beaucoup plus d'acuité aux facteurs psychologiques qui se révèlent être le pont ou le dénominateur communs de tous les facteurs à travers sa composante stress et aussi le facteur prépondérant. Appréhender encore cette relation entre facteurs psychologiques et HTA sera d'une grande utilité tant préventive que thérapeutique.

Conscient que notre recherche n'a été réalisée que sur une période relativement courte, nous envisageons mener des études longitudinales au cours desquelles un dépistage précoce des pathologies psychologiques notamment l'anxiété, la dépression, l'état de stress post traumatique sera effectué pour une prise en charge précoce. Ceci permettra de suivre les jeunes adultes sur une période et d'évaluer les risques de vulnérabilité psychologiques pouvant générer un désordre somatique.

✓ **Voies de recherche en réponse aux nouvelles problématiques issues de notre étude**

Notre étude a suscité de nouvelles problématiques auxquelles il serait intéressant de trouver des réponses dans les recherches ultérieures.

Les résultats obtenus dans cette thèse ont permis de montrer que les facteurs psychologiques, médico nutritionnels, psychosociaux, culturels et économiques sont de véritables déterminants de la survenue / complication de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Cette conclusion, pour être actionnable, suppose la compréhension d'un certain nombre de questions : comment

opérationnaliser les résultats de cette recherche ? Quelles réponses apportées à la prévalence galopante de l'HTA dans la cible jeune en se basant sur les facteurs étiologiques ? Quelle politique de soins développée ? Quels acteurs impliqués ? Quels sont en définitive les enjeux d'une telle réponse pour les jeunes au Togo ? Il faut que dans nos recherches à venir, nous trouvons des réponses à ces questions par des études comparées et des recherches actions efficaces.

CONCLUSION GENERALE

L'hypertension artérielle est un problème mondial de santé (OMS, 2016). Sa prévalence a sensiblement augmenté au cours des deux dernières décennies dans le monde où on estime à 1,13 milliard d'hypertendus (Lancet, 2017). Les pays en voie de développement sont beaucoup concernés. Les trois quarts de la population mondiale hypertendue vivront dans ces pays en 2025 (Kearney et al., 2005). Le nombre d'hypertendus devrait accroître de 80% dans ces pays quand cette augmentation ne sera que de 24% dans les pays développés (Kearney et al., 2005).

L'Afrique subsaharienne est particulièrement touchée sans toutefois avoir une réponse théorique et clinique devant juguler le mal qu'elle occasionne. En 2000, environ 80 millions de personnes souffraient d'hypertension en Afrique subsaharienne et les prévisions fondées sur les données épidémiologiques actuelles, suggèrent que ce nombre atteindra 150 millions en 2025 (Kearney, 2005).

Conséquemment, il est noté une augmentation des complications de l'hypertension, en particulier les accidents vasculaires cérébraux (AVC) de même que l'insuffisance cardiaque en Afrique. Ces tendances ont été fortement associées aux changements intervenus dans les modes de vie des individus et des sociétés. Par exemple, l'accroissement de la consommation de tabac, la consommation immodérée d'alcool, une activité physique réduite et l'adoption d'habitudes alimentaires riches en sel, en sucre raffiné et en matières grasses néfastes à la santé.

Au Togo, l'hypertension artérielle et ses complications font parties des maladies qui représentent un lourd fardeau de morbidité et de mortalité. Alors que le phénomène de tension artérielle élevée était pratiquement inconnu dans les sociétés togolaises dans la première moitié du 20ème siècle, la prévalence de l'HTA est actuellement estimée à plus de 30% de la population générale (Mijiyawa, 2019). Les centres hospitaliers togolais rapportent une prévalence de plus de 74,29% dans les services de neurologie (Damorou et al. 2011). Le secteur professionnel souffrirait avec une prévalence de 28,9% (Baragou et al., 2013) et les villes avec de 36,7% (Yayehd et Al., 2013). Quoique, peu chiffrées, les complications de l'HTA ne se font pas attendre dans l'atmosphère togolaise. Elles constituent une épine dorsale pour la population hypertendue, leurs familles et des équipes soignantes. Selon le programme national de lutte contre les maladies non transmissibles (2014), l'HTA est à l'origine de l'insuffisance cardiaque (59%), de l'accident vasculaire cérébral (30%), de l'insuffisance rénale (25%) et des atteintes oculaires (18%).

L'hypertension artérielle, selon les guidelines internationales, est définie comme une élévation de la pression artérielle (PA), comprenant une pression artérielle systolique (PAS) ≥ 140 mm Hg et/ou

une pression artérielle diastolique (PAD) ≥ 90 mm Hg, mesurée au cabinet médical et confirmée sur plusieurs consultations. (HAS, 2016). L'HTA est une maladie due à une augmentation de la PA non transitoire, prise au repos et confirmée plusieurs fois (deux au moins) et en dehors du cabinet par des automesures ou un holter tensionnel. Elle ne présente pas de signes avant-coureurs. Elle est très prépondérante dans la cible des personnes de 3^e âge car serait facilitée par la perte de l'élasticité du système cardiovasculaire due à l'âge. La senescence entraîne des modifications structurales et fonctionnelles qui touchent les valvules, le tissu nodal et les parois vasculaires, responsables d'une diminution de la capacité d'effort et d'une élévation de la pression artérielle (Grossen, 2002).

Cependant, dans l'exercice de notre fonction de psychologue dans le service de médecine au CHR-Sokodé, nous avons constaté que ce ne sont pas seulement les personnes âgées qui sont touchées par l'HTA. De plus en plus de jeunes adultes le sont également. En 2020, plus de la moitié (52%) d'hypertendus reçus dans le service de médecine au CHR-Sokodé avaient moins de 50 ans. Cette observation avait déjà été révélée par une étude nationale en 2010 : 15,2% de jeunes âgés de 25-34 ans et de 24,8% d'adultes âgés de 35 – 44 ans (Agoudavi, 2012), montrant ainsi que l'HTA gagne le terrain dans toutes les cibles. Ce qui a suscité en nous une première interrogation : comment comprendre l'HTA chez les jeunes ?

Explorant la cause de l'HTA chez les jeunes adultes, nos lectures nous ont partiellement satisfaits. Ces lectures nous ont permis de distinguer deux formes d'HTA : secondaire et essentielle. L'HTA secondaire à une cause connue : une pathologie sous-jacente. L'HTA dont nous parlons, celle constatée chez les jeunes adultes est dite « essentielle » : elle n'a pas de cause unique que l'on pourrait corriger, comme un problème de rein.

Aussi les lectures ont permis de mesurer l'ampleur ou ce que représente l'HTA pour les jeunes adultes. L'HTA serait une maladie à risque mortel en si peu de temps lorsqu'elle est précoce. Souffrir d'une maladie telle que l'HTA est surprenante, autant pour les jeunes et leurs familles, que pour les soignants pour avoir écouté plus d'un. Beaucoup de questions entourent son origine et son pronostic.

Dans la littérature, les causes précises de la maladie restent mal connues (Anaes, 1997 ; Beaufile, 2005). Il est donc difficile de concevoir et d'accepter la maladie de l'HTA et/ou ses complications chez les sujets jeunes adultes. La survenue de l'HTA chez un sujet jeune expose donc à une

mortalité cardiovasculaire majeure de façon quasi certaine après quelques années d'évolution : « *Faire une HTA avant 40 ans augmente le risque d'accidents cardiovasculaires...* » Yuichiro (2021). Également, les lectures nous ont renseignés sur la variabilité des prévalences de l'HTA d'une région à une autre. Ce qui suggère que l'environnement exerce une influence sur la maladie. Nous sommes alors interrogés sur les facteurs associés à l'HTA dans l'environnement togolais. L'analyse des travaux antérieurs, à la recherche des réponses à notre interrogation, a permis de constater que, peu d'études ont été réalisées sur l'HTA chez les jeunes sur le continent et encore moins au Togo. Les études qui existent ont eu pour terrain d'étude les pays occidentaux et restent moins utilisables au Togo dont le contexte culturel n'est pas le même.

Nous avons défini un cadre conceptuel et théorique qui compose trois approches théoriques (biopsychosociale, psychosomatique et anthropologique / interculturelle). Ces approches ont été choisies pour le fait qu'elles fournissent non seulement un ensemble cohérent et articulé d'hypothèses explicatives de la maladie et de la santé mais elles constituent un outil clinique, un ensemble de moyens diagnostiques et thérapeutiques pour nous éclairer sur le devenir de l'HTA. Ce cadre théorique couplé d'une méta-analyse des travaux antérieurs nous a permis de mieux préciser notre question de recherche et d'élaborer un premier modèle de recherche afin d'interroger notre terrain de recherche qu'est le Togo.

Pour tester notre modèle de recherche, nous avons adopté une méthodologie mixte qualitative quantitative. L'objectif de la méthodologie qualitative est de vérifier la pertinence du modèle proposé à l'issue de la revue de la littérature, éventuellement le compléter, de préparer la phase quantitative et le test du modèle de recherche en complétant les éléments disponibles dans la littérature sur les instruments de mesure de certaines variables. Par ailleurs, l'étude qualitative a permis d'identifier deux nouvelles variables explicatives du phénomène et la contextualisation des variables précédemment identifiées dans la revue de la littérature. Ce qui a enfin rendu facile l'enrichissement du modèle de recherche et la reformulation de nos hypothèses. Ce sont ce modèle et hypothèses de recherche que nous avons testé dans une seconde phase quantitative.

Ce volet qualitatif est basé exclusivement sur l'entretien avec les différents acteurs de la prise en charge de l'HTA : professionnels de santé, les administrateurs de services de santé, les patients y compris leurs familles et les guérisseurs traditionnels. 56 acteurs de soins ont été rencontrés dans les différentes régions sanitaires du Togo. Ils se sont prononcés fondamentalement sur les causes

de la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes. L'analyse de contenu thématique nous a permis d'identifier six (6) principaux facteurs : médico nutritionnels, psychologiques, socioaffectifs, économiques, culturels et institutionnels.

A partir de ces facteurs contextuels et locaux, nous avons élaboré un questionnaire que nous avons soumis à deux groupes de sujets jeunes adultes (84 sujets hypertendus et 84 sujets non hypertendus). Les données ainsi collectées ont fait objet de traitements statistiques : calcul des fréquences, moyennes, khi 2, la corrélation et du coefficient de régression. L'étude quantitative a testé six relations causales.

Les résultats de cette étude valident cinq hypothèses et réfutent une hypothèse. Ils permettent ainsi de retenir que les facteurs psychologiques, socioaffectifs, médico nutritionnels, économiques et culturels contribuent à expliquer la survenue/complication de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. Le facteur institutionnel ne saurait être utilisé pour expliquer la survenue / complications de l'HTA. En rapport aux poids de chaque facteur dans la survenue / complications de l'HTA, les résultats donnent par ordre décroissant (du plus important au moins important) : les facteurs psychologiques (0,741), les facteurs socioaffectifs (0,5), les facteurs médico nutritionnels (0,399), les facteurs économiques (0,290) et les facteurs culturels (0,200).

Au terme de nos analyses, nous avons abouti à plusieurs résultats dont la portée heuristique invite à reconsidérer la prévention et la prise en charge des sujets jeunes HTA. Ainsi, ces résultats invitent-ils les gouvernants à la conception des programmes de prévention, de contrôle et d'éducation qui accroîtraient les compétences des jeunes adultes de la maladie de l'HTA, des compétences pour la gestion des émotions et la résolution des problèmes. Ceci permettrait aux JA, devant l'adversité sociale, économique, sanitaire ; de savoir-faire face et ne pas, en arriver à une somatisation.

Les réponses à la prévalence galopante de l'HTA chez les jeunes adultes doivent s'inscrire dans une perspective biologique, psychologique et socio-économique, culturel et institutionnel. Entendu que le terme « psychologique » ne relève pas seulement de la psychopathologie mais réfère à des processus d'adaptation. L'évaluation et le traitement doivent accorder une importance particulière aux attitudes, croyances et attentes des patients. Enfin la participation active du jeune adulte est particulièrement importante.

Ces implications cliniques et managériales, pour être actionnable, supposent la compréhension d'un certain nombre de questions : comment trouver le langage juste pour parler de l'HTA (maladie chronique) dans un contexte culturel afin de maintenir les patients dans le traitement ? comment opérationnaliser les résultats de cette recherche ? comment travailler en équipe pluridisciplinaire pour répondre aux besoins des jeunes ? comment prendre en compte dans une pratique de médecine moderne, les croyances des JA ? Des recherches ultérieures permettront de répondre à ces différentes questions.

REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

1. Abrougui, M. (2021). Dédution – Induction – abduction. Consulté le 14 avril 2021 sur le <https://hal.archives-ouvertes.fr/hal-00880344/document>
2. Abubakari A., Lauder, W., Agyemang, C., Jones, M., Kirk, A., & Bhopal, R. (2009). Prevalence and time trends in obesity among adult West African populations: a meta-analysis. *Obésité. Reviews*; 9(4):297-311.
3. Adams, S., Dammers, P. M., & Saia, T. L. (1994). Stress, depression and anxiety predict average symptom severity and daily symptom fluctuation in systemic lupus erythematosus. *J. Behav Med*, 17,459-477.
4. Addo, J., Amoah, A., & Koram, K. (2006). The changing patterns of hypertension in Ghana: A study of four rural communities in the Ga District. *Ethn. Dis*, 16:894-899.
5. Addo, J., Smeeth, L., & Leon, D. A. (2007). *Hypertension in sub-Saharan Africa: a systematic review. Hypertension*, 50(6):1012-8.
6. Agence National de l'Accréditation et d'Evaluation en Santé. (2000). *Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle : recommandations cliniques et données économiques*. Consulté le 10 mai 2020 sur <https://urgences-serveur.fr/IMG/pdf/hta2000.pdf>
7. Agoudavi, K. (2012). *Rapport final de l'enquête STEPS Togo 2010*. Ministère de la santé du Togo.
8. Agrinier, N., Rat, A. (2010). Quelles définitions pour la maladie chronique ? *ADSP*, 72. 12-14.
9. Alhassane, C. (2012). *Le sens de la maladie en Afrique et dans la migration : diagnostic, pronostic et prise en charge*. Paris : le Harmattan. p. 235.
10. Allani-Soltan, N., Bayad, M., & Arcand, M. (2004). Etude de l'efficacité de la GRH des entreprises françaises : l'approche configurationnelle, Actes du 15ème Congrès annuel de l'AGRH, Montréal, pp. 1-30.
11. Allard-Poesi, F., Maréchal, G. (2014). Construction de l'objet de la recherche. Thiétart R.-A. et al. *Méthodes de recherche en management*, Dunod, pp.48-76, (hal-01123768)
12. Amoah, A. (2003). Hypertension in Ghana: a cross-sectional community prevalence study in greater Accra. *Ethn. Dis*. 2003; 13(3):310-5.

13. Amouyel, P., (2005). Cardiovascular risk factors. *La Revue Du Praticien*, 55(16), p.1755-1763.
14. Ataklte, F., Erqou, S., & Kaptoge, S. (2015). *Burden of Undiagnosed Hypertension in Sub-Saharan Africa: A Systematic Review and Meta-Analysis*. *Hypertension*, 65, 291-298.
<https://doi.org/10.1161/HYPERTENSIONAHA.114.04394>
15. Atkinson, P., & Hammersley, M. (1996). Ethnography and participant observation. In N.K Denzin et Y.S Lincoln (Eds), *Handbook of Qualitative Research* (pp. 248-261). London/New Delhi: SAGE Publications.
16. Atta, B., Pio, M., Afassinou, Y., Baragou, S., Keziga, D., Simwetare, F., & Pessinabban F. (2021). Contrôle de l'HTA chez le patient reçu en consultation de cardiologie au CHU Sylvanus Olympio de Lome (Togo). *Journal de la recherche scientifique de l'université de Lomé*, 22(4).
17. Agyemang, C., Bruijnzeels, M., & Owusu-Dabo, E. (2006). Factors associated with hypertension awareness, treatment, and control in Ghana, West Africa. *J Hypertension* 20(1) :67-71
18. Balint M. (1996). *Le Médecin, son malade et la maladie*. Trad. J.P. Valabrega, 7^o éd. Petite coll. PAYOT, PARIS
19. Baragou, S., PIO, M., AFANGNON, Y., ATTA, B., & OLOUDE-KAKPOVI, E. N. (2015). Prévalence de l'hypertension artérielle et des autres facteurs de risque cardiovasculaire en milieu professionnel subsaharien (Togo). *Revue tropicale*. Numéro spécial 151.
20. Bardin, L. (1977). « L'analyse de contenu ». *PUF*.
21. Bardin, L. (1998). *L'analyse de contenu*. Paris : Presses Universitaires de France.
22. Baron, J., & Kreps, D. (1999). « Strategic Human Resources Frameworks for General Managers ». Wiley, New York, NY.
23. Baumart, P., & Ibert, J. (2003). « Quelles approches avec quelles données ». In *Thiétart, R-A. (coord), Méthodes de Recherche en Management, Dunod, Paris*, p. 81-103.
24. Bazzano, L.A. et al., (2009). Alcohol consumption and risk of coronary heart disease among Chinese men. *International Journal of Cardiology*, 135(1), p.78-85.

25. Beevers, D., & Lip, G. (2007). The management of hypertensive disease in blacks patients. *QJM*, 92(4):187-92.
26. Beghennou, A. (2011). La relation interculturelle à l'hôpital. Institut de formation en soins infirmiers. Hôpital G. Marchant.
27. Berelson, B. (1952). « Content Analysis in Communication ». *Research, The Free Press*.
28. Berney S., Roten Y., Söderström, D., Despland J.-N. (2009). L'étude des mécanismes de défense psychotiques : un outil pour la recherche en psychothérapie psychanalytique. *Psychothérapies*, Vol. 29, 2009, N° 3, pp. 133-144.
29. Berthoz, A. (2010). Développement corporel et relation avec autrui », *La lettre du Collège de France*, 30. p. 22-23.
30. Benabdellah, S. (2008). « Les choix d'options comptables lors de la première application des normes IAS/IFRS : observation et compréhension des choix effectués par les groupes français ». *Thèse de doctorat ès sciences de gestion Université de Nice-Sophia Antipolis*, p. P. 485.
31. Benchemam, F. (2009, Juin 30). « La Gestion des Ressources Humaines dans l'industrie de l'investissement institutionnel : le cas des analystes financiers français sell-side ». *Ecole doctorale Economie, Gestion et Espace, Institut de Recherche en Gestion Université Paris-Est*, p. P. 354.
32. Berg I. (2002). School avoidance, school phobia, and truancy. In: Lewis, M., editor. *Child and Adolescent Psychiatry: a comprehensive textbook*. 3rd ed. Sydney: *Lippincott Williams and Wilkins*, p.1260-1266.
33. Bernard, P. (2010). Chronique. Dans *le Trésor de la Langue Française informatisée*.
34. Biswas, A. (2015). Sedentary time and its association with risk for disease incidence, mortality, and hospitalization in adults: a systematic review and meta-analysis. *Annals of Internal Medicine*, 162(2), p.123-132

35. Binggeli, E. (2016). La prise en soin interculturelle auprès de personnes migrantes en situation de précarité atteintes du VIH/SIDA. Consulté le 21 juin 2021 sur <https://sonar.ch/hesso/documents/315284>
36. Björkegren, J. (2015). Genome-Wide Significant Loci: How Important Are They? Systems Genetics to Understand Heritability of Coronary Artery Disease and Other Common Complex Disorders. *Journal of the American College of Cardiology*, 65(8), p.830-845.
37. Blanchet, A., & Gotman, A. (1992). « *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* ». Paris, Nathan, Collection Sociologie.
38. Bolger, N. (1990). Coping as a personality process: A prospective study. *Journal of Personality and Social Psychology*, 59, 525-537.
39. Bougerol, T. (2012). Psychologie médicale, le malade et sa maladie, le médecin et son malade. Université Joseph fourier de Grenoble.
40. Bournois, F., Point, S., & Voynet-Fourboul, C. (2002). « L'analyse des données qualitatives assistées par ordinateur : une évaluation ». *Revue Française de Gestion*, Vol. 28 (n°137), pp. P. 71-84.
41. Brabet, J. (2003). « Des méthodologies qualitatives pour la recherche en GRH ? ». In *Encyclopédie des Ressources Humaines*, Allouche J. (coord.), Vuibert, Paris, pp. P. 888-896.
42. Bruchon-Schweitzer, M. (2002b). Un modèle intégratif en psychologie de la santé. Dans G.-N. Fischer, (dir.), *Traité de psychologie de la santé* (p. 4771). Paris, France : Dunod.
43. Bruchon-Schweitzer, M. (2002). *Psychologie de la santé : modèles, concepts et méthodes*, Paris, Dunod, p. 440.
44. Carney, R. (2002). Depression as a risk factor for cardiac mortality and morbidity: a review of potential mechanisms. *Journal of Psychosomatic Research*, 53(4), p.897-902.
45. Carney, R. (1995). Depression as a risk factor for cardiac events in established coronary heart disease: a review of possible mechanisms. *Annals of Behavioral Medicine*, 17(2), p.142-149.

46. Center for Disease Control and Prevention. (2009). Chronic Diseases. The Power to Prevent, The Call to Control. *At a Glance. Consulté le 12 mai 2019 sur <http://www.cdc.gov/nccdphp/publications/AAG/chronic.htm>*
47. Centre Hospitalier Régional de Sokodé. (2020). *Rapport annuel des activités du service de la médecine*. Service de la statistique.
48. Charlson, F. (2013). The contribution of major depression to the global burden of ischemic heart disease: a comparative risk assessment. *BMC medicine*, 11, p.250.
49. Charreire, S., & Durieux, F. (2003). « Explorer et tester : deux voies pour la recherche ». *Dans Méthodes de Recherche en Management. Thiétart. Ed. Dunod.*, pp. P. 57-81.
50. Charreire I., Huault, S. (2001). Le constructivisme dans la pratique de recherche : une évaluation à partir de seize thèses de doctorat. Université Paris 12-Val de Marne Finance Contrôle Stratégie – Vol. 4, N° 3, septembre, p. 31 - 55.
51. Centre de développement de l'OCDE (2017), « *Examen du bien-être et des politiques de la jeunesse au Togo* », Projet OCDE-UE Inclusion des jeunes, Paris.
52. Coffey, A. et Atkinson, P. (1996). *Making sense of qualitative. data*. Thousand Oaks, CA:Sage.
53. Coffey, A., & Atkinson, P. (1996) *Making Sense of Qualitative Data: Complementary Research Strategies* (Thousand Oaks, CA: Sage).
54. Cohen, J. (1988) *Statistical power analysis for the behavioral sciences*, 2nd edn. Taylor and Francis, Hoboken
55. Colle, R. (2006). *L'influence de la GRH à la carte sur la fidélité des salariés : le rôle du sentiment d'autodétermination* ». [Thèse de doctorat, Université Paul Cezanne, Aix-Marseilles III]. Thèse.fr. Doi: 10.13140/RG.2.2.18225.94564
56. Conseil national du développement des SHS, . (2001). L'éthique de la recherche en sciences humaines et sociales. Dans Conseil national du développement des SHS, *Pour une politique des sciences de l'Homme et de la société : Recueil des travaux (1998-2000)* (pp. 93-114). Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France.
57. Cossi, M.-J. (2012). Stroke: prevalence and disability in Cotonou, Benin. *Cerebrovascular Diseases*, 33(2), p.166-172.

58. Couty, P. (1984). *La vérité doit être construite*. Paris, 20(1), pp. P. 5-15.
59. Couvreur, A., & Lehuede, F. (2002, Novembre). « Essai de comparaison de méthodes quantitatives et qualitatives à partir d'un exemple : le passage à l'euro vécu par les consommateurs ». *Cahier de Recherche Centre de Recherche pour l'Etude et l'Observation des Conditions de Vie Credoc, n° 176*, p. P. 106.
60. Creswell, J. W. et Plano Clark, V. L. (2018). *Designing and conducting mixed methods research* (3^e éd.). Thousand Oaks, CA: Sage Publications.
61. Creusat, L. (2000). Gestion traditionnelle de la maladie et politiques de santé en Afrique du Sud. Clermont-Ferrand : *Presses universitaires Blaise Pascal*, p. 273.
62. Crowley, C., Harré, R., & Tagg, C. (2002). Qualitative research and computing: Methodological issues and practices in using NVivo and NUD*IST. *International Journal of Social Research Methodology*, 5(3), 193-197.
63. Damorou, F., Pessinaba, S., Tchéro, T., Yayehd, K., Ndassa, S. M., & Soussou, B. (2011). Hypertension artérielle du sujet noir âgé de 50 ans et plus à Lomé : aspects épidémiologiques et évaluation du risque cardiovasculaire (étude prospective et longitudinale de 1485 patients). *Annales de cardiologie et d'Angéiologie*, 60(2) :61–66. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S000339281000082X>
64. Damorou, F., Togbossi, E., Pessinaba, S., & Soussou, B. (2008). Epidémiologie et circonstances de découverte de l'hypertension artérielle en milieu hospitalier à Kpalimé. Consulté sur le <https://www.bibliosante.ml/handle/123456789/3488>
65. Damasceno, A., Azevedo, A., Silva-Matos, C., Prista, A., Diogo, D., & Lunet N. (2009) Hypertension prevalence, awareness, treatment, and control in mozambique: urban/rural gap during epidemiological transition. *Hypertension* ; 54(1) :77-83.
66. David, A. (1999). Logique, épistémologie et méthodologie en sciences de gestion. *Conférence de l'aims*, p. 23 p.
67. Davidson, K., Jonas, B., Dixon, K., & Markovitz, J. (2000). Do depression symptoms predict early hypertension incidence in young adults in the CARDIA study? Coronary Artery Risk Development in Young Adults. *Arch. Intern. Med*, 160(10):1495-500.
68. Delamare, J., & Garnier M. (2017). Hypertension. Dans dictionnaire des termes de médecine.

69. Denoux, P. (1994a). Pour une nouvelle définition de l'interculturalité. Perspectives interculturelles. Paris : Harmattan.
70. Depelteau, F. (2000). La démarche d'une recherche en sciences humaines. *Bruxelles : De Boeck Université*. 12(1), pp. 52-64.
71. Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal : McGraw-Hill.
72. Derzon, J. (2010). The correspondence of family feature with problem, aggressive, criminal, and violent behavior: A meta-analysis. *Journal of Experimental Criminology*, 6, p. 263-292.
73. De Ramirez S., Enquobahrie, D., Nyadzi, G., Mjungu, D., Magombo, F., & Ramirez, M. (2010). Prevalence and correlates of hypertension: a cross-sectional study among rural populations in sub-Saharan Africa. *Journal of Human Hypertension*, 24(12):786-95
74. Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale. (2015). Troisième enquête démographique et de santé (EDST-III 2013-2014) consulté sur le <https://www.afro.who.int/sites/default/files/2017-10/edst%20iii.pdf>
75. Dictionnaire médical de l'Académie de Médecine. Version 2002.
76. Djibril, M., Baragou, S., Pio, M., Awide, K., & Damorou, F. (2009). Prévalence de l'hypertension artérielle dans la population adulte de Kara (ville secondaire du nord Togo). *Journal de la recherche scientifique de l'université de Lomé*, 13(2).
77. Drucker-Godard, C., Ehlinger, S., Grenier, C. (2003). Validité et fiabilité de la recherche, in Thiétart, R.-A. (coord.), *Méthodes de recherche en management*, Paris, Dunod, pp 257–287.
78. Dumez, H. (2013). *Méthodologie de la recherche qualitative*, Paris, Vuibert.
79. L'Écuyer, R. (1990). *Méthodologie de l'analyse développementale des contenus. Méthode GPS et concept de soi*. Presses de l'Université du Québec.
80. Eisenberg L., & Kleinman A. (1981). Culture, Illness, and Care: Clinical Lessons From Anthropologic and Cross-Cultural Research. *Annals of Internal Medicine*, 88(2): 251-8
81. Engel G. (1977). The need for a new medical model: *A challenge for biomedicine*. *Science*, 198 :129-96.

82. Engel G. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137 : 535-44.
83. Enquête sur la Transition de l'École vers la Vie Active 2012 (2014). Direction Générale de la Statistique et de la Comptabilité Nationale (DGSCN)
84. Escande, M. (1996). Bases psychopathologiques de la psychologie médicale.
85. Escofier, B., & Pages, J. (2008). *Analyses factorielles simples et multiples : Objectifs, méthodes* (éd. 4ème). Dunod.
86. Esfeld, M. (2009). « *Philosophie des sciences une introduction* ». Presses polytechniques et universitaires romandes, 2e édition revue et mise à jour.
87. Evrard Y., Pras B., & Roux E. (2003). *Market Etudes et recherches en marketing*, 3ème édition, Dunod.
88. Evrard, Y., Pras, B., & Roux, E. (1997). « *Market : études et recherches en marketing*, Editions Nathan, Paris, 2^{ème} éd.
89. Farrington, D. (2003). *Early prevention of adult antisocial behaviour*. New York, Cambridge University Press.
90. Ferragut, E. (2003). *Le coprs dans la prise en charge psychosomatique*. Elsevier-Masson – Psychosomatique – santé – Douleur.
91. Ferreira, J-P. (2004). La morale comme maladie : éléments pour une psychopathologie nietzschéenne des sentiments moraux », *Tracés. Revue de Sciences humaines*. DOI : <https://doi.org/10.4000/traces.2963>
92. Fourasté ; R. (1985). *Introduction à l'ethnopsychiatrie*. Toulouse : Privat, 1985, 177p
93. Flores-Le Roux. (2011). Seven-year mortality in heart failure patients with undiagnosed diabetes: an observational study. *Cardiovascular Diabetology*, 10, p.39
94. Fourcade L., Paule, P., & Mafart, B. (2007). *Hypertension artérielle en Afrique subsaharienne : actualité et perspectives*. *Med. Trop.* 67, 559-567.
95. Freud, A. (1938).
96. Gardener, H. (2012). Dietary sodium and risk of stroke in the Northern Manhattan study. *Stroke*, 43(5), p.1200-1205.

97. Gaziano, T., & Gaziano, J. (2011). *Global burden of cardiovascular disease Braunwald Heart Disease: A textbook of cardiovascular medicine*. 201 Boston. Elsevier Saunders.
98. Global Burden of Disease (2013) & Mortality and Causes of Death Collaborators (2015). "Global, regional, and national age–sex specific all-cause and cause-specific mortality for 240 causes of death, 1990–2013: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2013." *Lancet*, 385 : 117–71.
99. Global Burden of Disease. (2015). *Mortality and Causes of Death Collaborators. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980–2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. Lancet* 2016; 388: 1459–44.
100. Gluckman, P., & Hanson, M. (2004). The developmental origins of the metabolic syndrome. *Trends in endocrinology and metabolism*, 15(4), p.183-187.
101. Godfrey, R., & Julien, M. (2011). Urbanisation and health. *Clin. Med*, 5(2):137-41.
102. Girod-Seville, M., & Perret, V. (1999). *Fondements épistémologiques de la recherche*. Dans R-A Thietard, *Méthodes de recherche en management*, Dunod, Chapitre I, pp. 13-33.
103. Gross F., Pisa, Z., Strasser, T., & Zanchetti, A. (1986). *Prise en charge de l'hypertension artérielle Guide pratique à l'usage des médecins et du personnel paramédical*. ISBN 92 4 254197 4.
104. Grossen, R., (2002). *Effet du vieillissement sur le système cardiovasculaire : influence de l'activité physique*. *Médecine et hygiène*, 60(2400). 1384-1390.
105. Le Guérinel, N., Sacco, F. (1971). *L'aspect psychothérapeutique de la relaxation*, Paris, Institut de Psychiatrie de la Rochefoucault.
106. Guyotat J. (1978). *Psychothérapies Médicales*, collection Médecine et Psychothérapie, Masson, Paris.
107. Hakim, H., et Wegmann, D. (2002). *A comparative Evaluation of the Perceptions of Health of Elders of Different Multicultural Backgrounds*», *Journal of Community Health Nursing*, 19(3). p. 161-171.
108. Halliday, J. (2009). Psychological aspect of rheumatoid arthritis. *Proc Roy Soc Med*, 35, 455-457.

109. Hamer, M., Molloy, G., & Stamatakis E. (2008). Psychological distress as a risk factor for cardiovascular events: pathophysiological and behavioral mechanisms. *J. Am. Coll. Cardiol.*; 52(25):2156-62.
110. Haute Autorité de Santé. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle. Actualisation 2005. Saint-Denis La Plaine: HAS; 2005.
http://www.hassante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2011-09/hta_2005_-_recommandations.pdf
111. Haute Autorité de Santé. (2016). *Fiche mémo : prise en charge de l'hypertension artérielle chez l'adulte*. Consulté le 12 juin 2020 sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2016-10/fiche_memo_hta_mel.pdf
112. Helene-Pelage, J. (2016). Médecine et Religion. Consulté le 12 juin 2020 sur <https://docplayer.fr/107510770-Medecine-religion-culture-pr-j-helene-pelage-uemg-23-septembre-2016.html>
113. Haut Autorité de Santé. (2014). Parcours de soins - Maladie chronique Annonce et accompagnement du diagnostic d'un patient ayant une maladie chronique. Consulté le 12 juin 2021 sur https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2014-05/2e_version_format2clics-aa_patient_mc_300414.pdf
114. Hecaen (1961), *L'image du corps et ses troubles*, Paris, Fayard, p. 58.
115. Henninger-Vacher, M. (2000). *Recherche d'une congruence entre stratégie de diversification et politique de rémunération appliquée aux cadres non dirigeants*. [Thèse de doctorat, Université Toulouse I]. Thèse.fr. Laboratoire Interdisciplinaire de Recherche sur Les Ressources Humaines et l'Emploi LIRHE-UMR/CNRS n° 5066.
116. Heurtin, R., & Reisin E. (1992). The relation of culturally influenced lay models of hypertension to compliance with treatment. *American Journal of Hypertension* 5(11), p.787-792
117. He, F., Brinsden, H., & MacGregor, G. (2014). Salt reduction in the United Kingdom: a successful experiment in public health. *Journal of Human Hypertension*, 28(6), p.345-352.
118. Hlady-Rispal, M. (2002). *La méthode des cas : application à la recherche en gestion*. Bruxelles De Boeck Université, (ed).

119. Holmes, M. (2014). Association between alcohol and cardiovascular disease: Mendelian randomisation analysis based on individual participant data. *British Medical Journal*, 349, p. 4164-4164.
120. Hunt, D. (1991), Positivism and paradigm dominance in consumer research: toward critical pluralism and rapprochement, *Journal of Consumer Research*, 18, 1, 32-44.
121. Igalens, J., & Roussel, P. (1998). « Méthodes de recherche en gestion des ressources humaines ». *Paris, Economica*.
122. Imhof, A. (2001). Effect of alcohol consumption on systemic markers of inflammation. *Lancet*, 357(9258), p.763-767.
123. Inamo J., Lang T., Atallah A. (2005). Prevalence and therapeutic control of hypertension in French Caribbean regions. *J. Hypertens*, 23. 1341-1346
124. Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale. (2018). Hypertension artérielle (HTA) : Une affection cardiovasculaire fréquente aux conséquences sévères. Consulté le 20 juin 2021 sur le <https://www.inserm.fr/dossier/hypertension-arterielle-hta/#:~:text=Les%20principales%20complications%20auxquelles%20sont,l'art%C3%A9riopathie%20des%20membres%20inf%C3%A9rieurs>
125. Jeammet, P. (1996). Psychologie médicale, coll. Abrégés, Masson, Paris, 2^o éd. 1996
126. Jenson, A., Omar, A., Omar, M., Rishad, A., & Khoshnood, K. (2011). Assessment of hypertension control in a district of Mombasa, Kenya. *Global public health*, 6(3):293-306.
127. Jordan C., Slater M., Kottke, T. (2008). Preventing chronic disease risk factors: rationale and feasibility. *Medicina (Kaunas)*, 44(10):745-50.
128. Joshipura, K. (1999). Fruit and vegetable intake in relation to risk of ischemic stroke. *JAMA*, 282(13), p.1233-1239.
129. Kandel E., (2002). La biologie et le futur de la psychanalyse : un nouveau cadre conceptuel de travail pour une psychiatrie revisitée. *Evol Psychiatr*, 67. 40-87.
130. Kaufman, J., Owoaje, E., James, S., Rotimi, C., & Cooper, R. (1996). Determinants of hypertension in West Africa: contribution of anthropometric and dietary factors to urban-rural and socioeconomic gradients. *Am. J. Epidemiol*, 143(12):1203-18.

131. Kazdin, A., Kraemer, R., Kessler, D., Kupfer, & Offord. (1997). Contributions of risk-factor research to developmental psychopathology. *Clinical Psychology Review*, 17 p. 375-406.
132. Kearney, P., Whelton, M., & Reynolds, K. (2005). *Global burden of hypertension: analysis of worldwide data*. *Lancet* 365, 217-223.
133. Kengne A P, Hachini S Y. (2014). *Prévention des maladies cardiovasculaires*. Presses de l'Université de Laval. ISBN 2763721303.
134. Klat, M. (1955). *Précis de Cardiologie*. Editions La Sève.
135. Kottak (2006). *Mirror for Humanity*, McGraw-Hill, New York. p. 47. (ISBN 978-0-07-803490-9).
136. Kleinman, A. (1980). Patients and Healers in the Context of Culture - An exploration of the Borderland between Anthropology, Medecine, and Psychiatry. Berkeley : University of California press, pp. 51-60.
137. Kleinman, A. (1980). The illness narratives – The Challenge of a Meaning-centered Model. pp. 259-265.
138. Kraemer, H. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, p. 337-343.
139. Ksensée, A. (2004). Dépression essentielle et narcissisme. *Revue française de psychanalyse*, 68, 1283-1296. <https://doi.org/10.3917/rfp.684.1283>
140. Laarraf, Z. (2010). De la perception de la RSE à la traduction GRH- *Cas de dirigeants de PME en Aquitaines* ». Thèse de doctorat en sciences de gestion CNAM Paris Institut de Recherche en Gestion des Organisations, p. 165.
141. Laffon, M., & Laffon, C. (2003). *Médecines d'ailleurs*. Paris : La Martinière, p. 185.
142. Langley, A. (1997). « Stratégies d'analyse de données processuelles ». *Recherches qualitatives*, Vol. 17, pp. P. 206-231.
143. Laplantine, F. (1986). *Anthropologie de la maladie*. Paris : Payot, p. 411.
144. Larousse. (2008). Chronique. Dans *Le Dictionnaire Larousse*.
145. Lee, I.-M. (2010). Physical activity and cardiac protection. *Current Sports Medicine Reports*, 9(4), p.214-219.

146. Le Moigne, J.-L. (1995). « Les épistémologies constructivistes ». *Coll. Que Sais-je ? Presses universitaires de France*.
147. Leserman, J., Jackson, E., & Petito, J. (1999). Progression to AIDS: the effects of stress, depressive symptoms and social support. *Psychosom Med*, 61; 397-406.
148. Lett, H. (2004). Depression as a risk factor for coronary artery disease: evidence, mechanisms, and treatment. *Psychosomatic Medicine*, 66(3), p.305-315.
149. Levesque, A., LI, H. (2014) «The Relationship Between Culture, Health Conceptions, and Health Practices: A Qualitative-Quantitative Approach», *Journal of Cross-Cultural Psychology*, vol. 45, no 4, p. 628-645.
150. Lim, S., Vos, T., Flaxman, A., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., Amann, M., Anderson, H. R., Andrews, K. G., Aryee, M., Atkinson, C., Bacchus, L. J., Bahalim, A. N., Balakrishnan, K., Balmes, J., Barker-Collo, S., Baxter, A., Bell, M. L., Blore, J. D., ...Memish, Z. A. (2012). *A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study. The Lancet* 15;380(9859):2224-60. doi: 10.1016/S0140-6736(12)61766-8.
151. Lim, S., Vos, T., Flaxman, A., & Danaei G. (2012). A comparative risk assessment of burden of disease and injury attributable to 67 risk factors and risk factor clusters in 21 regions, 1990-2010 : a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study" *The Lancet*.
152. Loeber, R., & Farrington, D. (2000). Young children who commit crime: Epidemiology, developmental origins, risk factors, early interventions, and policy implications. *Development and Psychopathology*, 12, p. 737-762.
153. Loeber, R., & Stouthamer, M. (2005). La prediction de la délinquance. *Criminologie*, 19 (2). p. 49-77.
154. Locke, SE. (2006). Psychosomatic medicine and biodefense preparedness – a new role for the American Psychosomatic Society 2006;68(5):698-705.

155. Lösel, F., & Bender, D. (2006). Risk factors for serious and violent antisocial behaviour in children and youth. *Journal of Quantitative Criminology* <https://doi.org/10.1007/s10940-021-09536-3>
156. Macia, E., Duboz, P., & Gueye L. (2011). Prevalence, awareness, treatment and control of hypertension among adults 50 years and older in Dakar, Senegal. *Cardiovascular journal of Africa*; 22:1-5.
157. Malhotra, N., Decaudin, J.-M., Bouguerra, A., & Bories, D. (2011). « Etudes marketing ». Pearson Education France 6e édition.
158. Mancia, G., Fagard, R., Narkiewicz, K., & Redon, J. (2013). *Guidelines for the management of arterial hypertension: the Task Force for the management of arterial hypertension of the European Society of Hypertension (ESH) and of the European Society of Cardiology (ESC)*. *J Hypertens* 2013;31(7):1281-357.
159. Manimben, O. (2020). Transculturalité et fin de vie. Médecine humaine et pathologie. Consulté le 22 juin 2022 sur le <https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-03102399>
160. Mash, J., & Wolfe, A. (2010). *Abnormal child psychology* (4^e éd.). Belmont (Californie), Wadsworth.
161. Mashele, N., Van-Rooyen, J., Malan, L., & Potgieter, J.. (2010). Cardiovascular function and psychological distress in urbanised black South Africans: the SABPA study. *Cardiovascular journal of Africa*; 21(4):206-11.
162. Massé, R. (1994) « Les apports de l'anthropologie à l'épidémiologie : le cas du rôle étiologique de l'isolement social », *Santé — Culture — Health*, X (1 et 2) : 109-139.
163. Maunsell, E., Brisson, J., & Deschenes L, Social support and survival among women with breast cancer. *Cancer*, 1995, 76; 631-637.
164. Mattéi, J. (2011). *Le procès de l'Europe : Grandeur et misère de la culture européenne*. Paris cedex 14 : Presses Universitaires de France. pp. 95-134.
165. Marty, P. (2006). La relation objectale allergique. *Revue française de psychosomatique*. Consulté le 18 novembre 2018 sur <http://www.cairn.info/revue-francaise-de-psychosomatique2006-1-p-7.htm>

166. Masten, S., & Cicchetti, D. (2010). Developmental cascades [Editorial]. *Development and Psychopathology*, 22(3), 491–495. <https://doi.org/10.1017/S0954579410000222>
167. Marty, P. (1998). *Psychosomatique de l'adulte*. Paris. Payot.
168. Mayega, R., Makumbi, F., Rutebemberwa, E., Peterson, S., Ostenson, C., & Tomson G. (2012). Modifiable socio-behavioural factors associated with overweight and hypertension among persons aged 35 to 60 years in eastern Uganda. *Plos ONE*, 7(10): 47632.
169. McKenna, M. (1998). Current Issues and Challenges in Chronic Disease Control. In: Brownson RC, Remington PL, Davis JR, editors. *Chronic Disease Epidemiology and Control*. 2nd ed. Washington D.C.: American Public Health Association, 1(26).
170. McMillen, I., & Robinson, J. (2005). Developmental origins of the metabolic syndrome: prediction, plasticity, and programming. *Physiological Reviews*, 85(2), p.571-633.
171. McMillan, D., Hastings, D., & Salter, H. (2008). Developmental risk factor research and sexual offending against children: A review of some methodological issues. *Archives of Sexual Behavior*, 38. p. 877-890.
172. McMullin, J. (2005) «The call to life: Revitalizing a healthy Hawaiian identity», *Social Science and Medicine*, vol. 61, no 4, p. 809-820.
173. Ménard J. (2010). Les va-et-vient de l'histoire de l'hypertension artérielle. *La Revue du Praticien*, 60, p. 638-643.
174. Ménard J. (2010). Les va-et-vient de l'histoire de l'hypertension artérielle. *La Revue du Praticien*, 60, p. 638-643.
175. Meng, L., Chen, D., Yang, Y., Zheng, Y., & Hui, R. (2012). Depression increases the risk of hypertension incidence: a meta-analysis of prospective cohort studies. *J. Hypertens*, 30(5):842-51.
176. Meyer, C., Armenian, H., Eaton, W., & Ford D., (2004). Incident hypertension associated with depression in the Baltimore Epidemiologic Catchment area follow-up study. *J. Affect. Disord*, 83(2-3):127-33.
177. Meystre-Agustonié, G. (1997). *Chomage et santé*. Lausanne : service de la santé publique.

178. Mijiyawa, M. (2019). *Politique nationale de santé au Togo*. Ministère de la Santé, de l'Hygiène Publique et de l'Accès Universel aux Soins. Consulté le 24 avril 2020 sur le <https://sante.gouv.tg/politique-nationale-de-sante-au-togo/>
179. Miles, M., & Huberman, M. (1991). « Analyse des données qualitatives. Recueil de nouvelles méthodes ». *Bruxelles, De Boeck*.
180. Miles, M. B., & Huberman, M. A. (2003). *Analyse des données qualitatives*. (2 éd.). Paris : De Boeck.
181. Miles, M.B., & Huberman, A.M. (1994). *Analyse des données qualitatives*. Traduction de la 2e édition américaine (2005). Bruxelles : De Boeck.
182. Milon, H. (2005). *Cardiologie*. Lyon Nord.
183. Ministère de la santé et des services sociaux. (2010). *Cadre conceptuel de la santé et de ses déterminants : résultat d'une réflexion commune*. Québec.
184. Ministère de la Santé et de l'hygiène publique de la Côte d'Ivoire (2005). Enquête sur les facteurs de risque des maladies non transmissibles. Abidjan : Ministère de la santé et de l'hygiène publique.
185. Ministère de la Santé Publique de la Mauritanie. (2007). Enquête sur les maladies non transmissibles selon l'approche STEPwise de l'OMS : étude de l'hypertension artérielle, du diabète et des autres facteurs de risque. Nouakchott.
186. Ministère de la Santé et de la population du Congo. (2004). Hypertension artérielle et les autres facteurs de risque cardio-vasculaires à Brazzaville. Brazzaville : Ministère de la santé.
187. Misdrahi, D., Llorca, P. M., Lançon, C., & Bayle, F. J. (2002). L'observance dans la schizophrénie : facteurs prédictifs, voies de recherches, implications thérapeutiques. *L'Encephale*, 28(3), 266–272.
189. Molo-Bettelini, C., Ermolli, G., Clerici, N., Marinoni, A., Torre, E., & Degrate, A. (1997). The new chronic condition in hospital Factors associated. *European Psychiatry* 12(2): 169S. ISSN/ISBN: 0924-9338.
190. Morgane, B. (2020). *Caractérisation et influence du proche et de l'environnement social dans le quotidien des patients souffrant de maladie chronique*. [Thèse de doctorat non publiée]. Université de Lorraine.

191. Motreff, P. (2006). Facteurs de risque cardio-vasculaire. *Information diététique*, (1), p.4-10.
192. Moukouta, C. S. (2019). *Le cancer à l'épreuve de la relation soignant-soigné. Plaidoyer pour une approche psychopathologique et interculturelle*. Paris. Paari éditeur.
193. Mourad J.-J., Cremer, A., & Ladane, A.-B. (2016). *Le grand livre de l'hypertension artérielle*. Eyrolles. ISBN : 978-2-212-56490-7.
194. Mourad, J., Cremer, A., & Azernour-Bonnefoy, L. (2017). *Le grand livre de l'hypertension artérielle*. Eyrolles. www.edition-eyrolles.com
195. Murabito, J. (2012). Association between chromosome 9p21 variants and the anklebrachial index identified by a meta-analysis of 21 genome-wide association studies. *Circulation. Cardiovascular Genetics*, 5(1), p.100-112.
196. Msyamboza, K., Ngwira, B., Dzewela, T., Mvula, C., Kathyola, D., & Harries, A. (2011). The burden of selected chronic non-communicable diseases and their risk factors in Malawi: nationwide STEPS survey. *Plos ONE*, 6(5): e 20316.
197. Mucchielli, A. (1996). *Dictionnaire des méthodes qualitatives en sciences humaines et sociales*. Paris : Arman Colin.
198. Mucchielli, A. (2006). Les processus intellectuels fondamentaux sous-jacents aux techniques et méthodes qualitatives. *Conférence au Colloque international « recherche qualitative : Bilan et prospective »*. Béziers.
199. Niakara, A., Nebie, L., Zagre, N., Ouedraogo, N., & Megnigbeto, A. (2007). Connaissances d'une population urbaine sur l'hypertension artérielle : enquête prospective menée à Ouagadougou, Burkina Faso. *Bull. Soc. Pathol. Exot*, 96(3):219-22.
200. Ogden, J. (2008). *Psychologie de la santé*, Bruxelles, De Boeck, p. 426.
201. Onwuchekwa, A., Mezie-Okoye, M., & Babatunde, S. (2012). Prevalence of hypertension in Kegbara-Dere, a rural community in the Niger Delta region, Nigeria. *Ethn. Dis.* 22(3) : 340-6.
202. Opie, L. H., & Seedat, Y. K. (2005). *Hypertension in Sub-Saharan African Populations*. *Circulation*, 112, 3562-3568. <https://doi.org/10.1161/circulationaha.105.539569>

203. Osamor, P., & Owumi, B. (2010). Complementary and alternative medicine in the management of hypertension in an urban Nigerian community. *BioMed Central Complementary and Alternative Medicine*, 10, pp. 1-9.
204. Organisation mondiale de la santé. (2021, 25 août). *Hypertension*. Site officiel de l'Organisation mondiale de la Santé. Consulté le 16 décembre 2021 sur <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/hypertension>.
205. Organisation Mondiale de la Santé. (2018). *Principaux repères : Maladie non transmissible*. Consulté le 12 mars 2020 sur le <https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases>
206. Organisation Mondiale de la Santé & Programme des Nations Unis pour le Développement. (2016). *Maladies Non Transmissibles : ce que les chefs d'Etat et de gouvernement doivent savoir*. Consulté le 12 mars 2020 sur le <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/255659/WHO-NMH-NMA-16.92-fre.pdf?sequence=1>
207. Organisation mondiale de la santé. (2009). "Global status report on noncommunicable diseases". Consulté le 28 juin 2021 sur le https://www.who.int/nmh/publications/ncd_report2010/fr/
208. Organisation Mondiale de la Santé. (2013). *Panorama mondial de l'hypertension : un tueur silencieux responsable d'une crise de santé publique mondiale : Journée mondiale de la santé*. Consulté le 12 mai 2020 sur https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85334/WHO_DCO_WHD_2013.2_fre.pdf?Sequence=1&isallowed=y
209. Organisation Mondiale de la Santé. (2013). Manuel STEPS. WHO. Available at: consulté le 10 janvier 2019 sur <http://www.who.int/chp/steps/manual/fr/>
210. Organisation mondiale de la santé. (2013). Dossier "Panorama de l'hypertension - Journée mondiale de la santé 2013". Consulté le 5 avril 2018 sur le https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/85334/WHO_DCO_WHD_2013.2_fre.pdf;jsessionid=373FB07B0775890731D24201D004EF27?sequence=1
211. Organisation mondiale de la santé. (2008). *Causes of death 2008: data sources and methods Department of Health Statistics and Informatics World Health Organization*,

- Geneva, consulté le 12 Avril 2019 sur
https://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/cod_2008_sources_methods.pdf
212. Organisation Mondiale de la Santé & Bureau régional de l’Afrique (2014). La santé des populations : les mesures efficaces – le Rapport sur la santé dans la Région africaine
213. Organisation Mondiale de la Santé (2010), Facteurs de risque. WHO. Available Consulté le 13 août, 2019 sur le http://www.who.int/topics/risk_factors/fr/
214. Organisation des Nations Unies. (2011). Déclaration politique de la réunion de haut niveau de l'Assemblée Générale sur la prévention et la maîtrise des maladies non transmissibles. Consulté le 03 décembre 2018 sur <https://apps.who.int/iris/handle/10665/173043>
215. Ozaki, K., & Tanaka, T. (2015). Molecular genetics of coronary artery disease. *Journal of Human Genetics*
216. Paillé, P., & Mucchielli, A. (2016). *L'analyse qualitative en sciences humaines et sociales* (4^e édition). Armand Colin.
217. Pearson, T. (1996). Alcohol and Heart Disease. *Circulation*, 94(11), p.3023-3025.
218. Pechère-Bertschi, P., Michel, Y., Brandstatter, H. (2009). Lecture de la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) par le médecin de premier recours. *Rev Med Suisse*; 5: 1876-80
219. Pick, W., Myers, J., Sayed, A., Dhansay, J., George, R., & Barday, A. (1990). The epidemiology of hypertension in family practice in Cape Town. *Sud. Africa. Medecine. Journal*, 78(1) :7-10.
220. Plotsky, P., & Nemeroff C. (2000). Effects of early adverse experiences on brain structure and function: clinical implications. *Biol Psychiatry* 48: 778-790
221. Pobe, J. (1993). Community-based high blood pressure programs in sub-Saharan Africa. *Ethn. Dis. 3 Suppl*: S38-45.
222. Poirier, P., Després, J-P. (2003). Waist circumference, visceral obesity, and cardiovascular risk. *J Cardiopulm Rehabil.* 23: 161–9.

223. Popkin, B., Horton, S., Kim, S., Mahal, A., Shuigao, J. (2001). Trends in diet, nutritional status, and diet-related noncommunicable diseases in China and India : The economic costs of the nutrition transition. *Nutr Rev* ; 59: 378- 90.
224. Postel-Vinay, P. (1996). Histoire de l'hypertension artérielle et du risque vasculaire : aux origines des mutations de la médecine contemporaine. *Histoire des sciences médicales*, 30(2). p. 235-241.
225. Pourtois, J.-P., & Desmet, H. (1997). *Épistémologie et instrumentation en sciences humaines* (2e éd.). Sprimont : Mardaga Éditeur.
226. Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles. (2012). *Politique et plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles 2012-2015*. Ministère de la santé du Togo. https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Togo_Plan_PSI_MNT_2012-2015.pdf
227. Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles-TOGO. (2012). *Politique et plan stratégique intégré de lutte contre les maladies non transmissibles (PSIMNT) 2012-2015*. Consulté le 20 décembre 2020 sur https://www.iccp-portal.org/system/files/plans/Togo_Plan_PSI_MNT_2012-2015.pdf
228. Razouk, A. (2007). Gestion stratégique des ressources humaines recherche théorique et empirique sur la durabilité de la relation entre stratégie RH et performance, Thèse de Doctorat en Sciences de Gestion, Nancy, Université Nancy 2, 405 p.
229. Reynolds, K. (2003). Alcohol consumption and risk of stroke: a meta-analysis. *Journal of the American Medical Association*, 289(5), p.579-588.
230. Richards, T. and Richards, L. (1994) Using computers in qualitative analysis, in N. Denzin and Y. Lincoln (eds.) *Handbook of Qualitative Research* (Thousand Oaks, CA: Sage), pp. 445-462
231. Richters, J. (1997). The Hubble hypothesis and the developmentalist's dilemma. *Development and Psychopathology* 9, p. 193-229.
232. Robert, A. D., & Bouillaguet, A. (2007). « L'analyse de contenu ». (*Coll. « Que sais-je? »*). Paris : PUF.
233. Roberts, K. A., & Wilson, R. W. (2002). ICT and the Research Process: Issues Around the Compatibility of Technology with Qualitative Data Analysis. *Forum Qualitative*

- Sozialforschung / Forum: Qualitative Social Research, 3(2). <https://doi.org/10.17169/fqs-3.2.862>
234. Robles, T., & Kiecolt-Glaser J. (2003). The physiology of marriage: pathways to health. *Physiol. Behav.* 79(3) : 409-16.
235. Rogers, E., & Wright, P. (2018). « Measuring organizational Performance in Strategic Human Resources Management: Problems, Prospects and Performance Information Markets ». *Human Resources Management Review*, Vol 8(n° 3), pp. P. 311-331.
236. Romelaer, P. (2005). « L'entretien de recherche ». In Roussel, P. Et Wacheux, F. (coord) *Management des Ressources Humaines-Méthodes de recherche en sciences humaines et sociales*. De Boeck, pp. P. 101-137.
237. Ronksley, P. (2011). Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal*, 342, p.671.
238. Ross, R. (1999). Atherosclerosis is an inflammatory disease. *American Heart Journal*, 138(5) p.S419-420.
239. Rouillier, P. (2005). Alcohol and Atherosclerotic Vascular Disease Risk Factors in French Men: Relationships Are Linear, J-Shaped, and U-Shaped. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 29(1), p.84-88.
240. Royer, I., & Zarlowsky, P. (2003). Le design de la recherche. In Thiétart (Ed) *Méthodes de recherches en management ; 2e édition*, Paris, Dunod.
241. Ruilope, L., Zanchetti, A., Kerins, M., Kjeldsen, S. E., Kreutz, R., Laurent, S., ...Desormais, I. (2018). *Guidelines for the management of arterial hypertension*. *Eur Heart J.* 39(33), 3021-3104. Doi.org/10.1093/eurheartj/ehy339.
242. Ruzsniowski, M. (1995). Face à la maladie grave. Paris: Dunod, 1995. p. 206.
243. Rutter, M. (1985). Resilience in the face of adversity: Protective factors and resistant to psychiatric disorder. *British Journal of Psychiatry*, vol. 147 p. 598-611.
244. Sampson, R. (2001). Foreword dans A. Piquero et P. Mazerolle (dir.), *Life course criminology: Contemporary and classic readings*, Belmont (Californie), Wadsworth, p. V-vii.

245. Sanghavi, S. & Vassalotti, J. (2013). Dietary sodium: a therapeutic target in the treatment of hypertension and CKD. *Journal of renal nutrition*, 23(3), p.223-227.
246. Savoie-Zajc, L. (2000). « La recherche qualitative/interprétative en éducation ». Dans Th. Karsenti & L. Savoie-Zajc (2000). *Introduction à la recherche en éducation* (pp.171-198). Sherbrooke : Éditions du CRP.
247. Service de Médecine Général. (2020). *Rapport annuel des activités*. Centre Hospitalier Régional de Sokodé.
248. Seulin, C. (2004). Aux confins de l'hystérie : la douleur comme forme de conversion. *Revue française de psychosomatique*. 25. p.19-37. <https://doi.org/10.3917/rfps.025.0019>
249. Shah, C. (1998). *Public Health and Preventive Medicine in Canada*. 4th Edition ed. Toronto : University of Toronto Press.
250. Shonkoff, P., & Bales, S. (2011). Science does not speak for itself: translating child development research for the public and its policymakers. *National Library of Medicine*. DOI: [10.1111/j.1467-8624.2010.01538.x](https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2010.01538.x)
251. Silverman, D. (2009). *Doing Qualitative Research*, 3rd ed. Newbury Park, London: SAGE Publications Ltd p. 472.
252. Société européenne de cardiologie. (2018). Guidelines for the management of arterial hypertension. *Journal of hypertension*, 31 : 1281-1357
253. Spruill, T. (2010). Chronic psychosocial stress and hypertension. *Curr. Hypertens*. 12(1):10-6.
254. Steyn, K., Gaziano, A., Bradshaw, D., Laubscher, R., & Fourie J. (2001). Hypertension in South African adults: results from the Demographic and Health Survey, 1998. *J. Hypertens*. 19(10):1717-25.
255. Stora, J.-B. (1999). *Quand le corps prend la relève. Stress, traumatismes et maladies somatiques*, Paris, Odile Jacob, Coll : Psychologie.
256. - Stora, J.-B. (2013) *La nouvelle approche psychosomatique, 9 cas cliniques* MJW édition, 265 pages Collection : Psychopathologie fondamentale.
257. Taïeb, O. (2005). Donner un sens à la maladie : de l'anthropologie médicale à l'épidémiologie culturelle. *Médecine et maladies infectieuses*, 35. p. 173-185

258. Tan, Y.-J. (2009). [Relationship between alcohol consumption and risk factors for cardiovascular disease]. *Zhejiang Da Xue Xue Bao. Yi Xue Ban = Journal of Zhejiang University. Medical Sciences*, 38(1), p.89-94.
259. Tanuseputro, P., Manuel, D., Leung, M., Nguyen, K., & Johansen, H. (2013) Canadian Cardiovascular Outcomes Research T. Risk factors for cardiovascular disease in Canada. *Can. J. Cardiol*, 19(11):1249-59.
260. Tesch, R. (1990) *Qualitative Research: Analysis Types and Software Tools* (New York: Falmer Press).
261. Tesfaye, F., Nawi N., Van-Minh H., Byass, P., Berhane, Y., Bonita, R. (2007). Association between body mass index and blood pressure across three populations in Africa and Asia. *J. Hum. Hypertens*, 21(1) :28-37.
262. Tete-Benissan, A., Degbe, M., Akpalo, E., Aklikokou, K., & Gbeassor, M. (2016). Prévalence des facteurs de risque des maladies cardiovasculaires chez les OGO du Togo. *Revue Cames*, 03 (2). ISSN 2424-7235.
263. Thietart, R. A. (2003). « Méthodes de recherche en management » (coord). *2ième édition Paris, Dunod*.
264. The New Oxford Dictionary of English Oxford: Oxford University Press, 1998. xxi + 2152 pp. £29.99 (hb).
265. Thurin J-M., & Baumann N. (2003). *Modèles généraux des relations entre stress et somatisations, facteurs de risque et de chance, trajectoires, Stress, pathologie et immunité*. Édition Flammarion, 287p.
266. Toobert, D. (1998). Behavioral and psychosocial effects of intensive lifestyle management for women with coronary heart disease. *Patient Education and Counseling*, 35(3), p.177-188.
267. Trudel, P., & Gilbert, W. (1999). « Compléter la formation des chercheurs avec le logiciel NUD*IST ». *Recherches qualitatives, Vol. 20*, pp. P. 87-111.
268. United Nations. World Urbanization Prospects, the 2011 Revision: Country profile. New York: UN; 2012. Available at: consulté le 5 avril 2019 sur <http://esa.un.org/unup/Documentation/faq.htm> .

269. Vallerand, J., & Hess, U. (2000). *Méthodes de recherche en psychologie* (3e édition). G Morin. ISBN 2891057414, 9782891057417.
270. Vega, A. (2001). *Soignants/soignés : pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Paris, Bruxelles : De Boeck Université. P. 19.
271. Wacheux, F. (2005). *Méthodes qualitatives et recherche en gestion*. Paris, Economica.
272. Wassel, C. (2012). Genetic determinants of the ankle-brachial index: a meta-analysis of a cardiovascular candidate gene 50K SNP panel in the candidate gene association resource (CARE) consortium. *Atherosclerosis*, 222(1), p.138-147.
273. Walcott-McQuigg, J.A., 2000. Psychological factors influencing cardiovascular risk reduction behavior in low and middle income African-American women. *Journal of National Black Nurses' Association : JNBNA*, 11(1), p.27-35.
274. Weitzman, E. A. and Miles, M. B. (1995) *Computer Programs for Qualitative Data Analysis*. (Thousand Oaks, CA: Sage).
275. Weitzman, E. (1999) Analysing qualitative data with computer software. *HSR: Health Services Research*, 34, 1241–1263.
276. Williams, B., Mancina, G., Spiering, W., Agabiti, R. E., Azizi, M., Burnier, M., Clement, D. L., Coca, A., de Simone, G., Dominiczak, A., Kahan, T., Mahfoud, F., Redon, J.,
277. Wanlin, P. (2007). « L'analyse de contenu comme méthode d'analyse qualitative d'entretiens : une comparaison entre les traitements manuels et l'utilisation de logiciels ». *Recherches qualitatives– Hors-Série – numéro 3 Actes du colloque Bilan et prospectives de la recherche qualitative Association pour la recherche qualitative*, p. 30. P.
278. Wanlin, P., & Houssemand, C. (2006a). *Evaluation de la mise en oeuvre de l'apprentissage pour adultes au Luxembourg. Rapport Quantitatif I*. Luxembourg: Université du Luxembourg, Faculté des Lettres, des Sciences Humaines, des Arts et des Sciences de l'éducation, Unité de Recherche « Educational Measurement and Applied Cognitive Science ».
279. Winter, G., (1984), *Deux méthodes d'investigation irréductibles mais complémentaires*. Paris, 20(1), pp 17-24.

280. World Health Organization (2008). The global burden of Disease: 2004 Update. 2008, Geneva. *WHO Library Cataloguing-in-Publication Data*. Consulté le 28 juin 2021 sur http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/2004_report_update/en.
281. World Health Organization & International Society of Hypertension. (1999). *Guidelines for the Management of Hyper-tension*. *J Hypertens*, 17 : 151-83.
282. World Health Organization. (2014). Global status report on noncommunicable diseases 2014, Geneva: *WHO Press*.
283. Yayehd, K., Damorou, F., Akakpo, R., Tchéro, T., N'DA, N.-W., Pessinaba, S., Belle, L., & Johnson ; A. (2013). Prévalence de l'hypertension artérielle et description de ses facteurs de risque à Lomé (Togo) : résultats d'un dépistage réalisé dans la population générale en mai 2011. *Annales de cardiologie et d'Angéiologie*, 62(1), 43-45.
<https://doi.org/10.1016/j.ancard.2012.09.006>
284. Yuichiro, Y. (2021). *Association of Blood Pressure Classification in Young Adults Using the 2017 American College of Cardiology/American Heart Association Blood Pressure Guideline With Cardiovascular Events Later in Life*. *Journal of the American Medical Association Cardiol.* 6(8):869-871. Doi: 10.1001/jamacardio.2021.1122.
285. Zhao, D., Qi, Y., Zheng, Z., Wang, Y., Zhang, X.-Y., Li, H.-J., Liu, H.-H., Zhang, X.-T., Di, J., & Liu, J. (2011). Dietary factors associated with hypertension. *Nature reviews cardiology*, 8. p. 446-465.
286. Zheng, Y. (2014). Metabolomic patterns and alcohol consumption in African Americans in the Atherosclerosis Risk in Communities Study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 99(6), p.1470-1478.

LISTES DES TABLEAUX

Tableau 1 :	Tableau présentant la classification de l'hypertension artérielle (mm Hg) (OMS & SIHA, 1999).....	31
Tableau 2 :	Synthèse des trois principales postures épistémologiques (Girod-Séville & Perret, 1999).....	108
Tableau 3 :	Les trois formes de raisonnement déduction, induction, abduction (David, 1999).....	111
Tableau 4 :	Les critères de choix d'un échantillon théorique (Hlady-Rispal, 2002).....	122
Tableau 5 :	Types d'entretien et techniques d'animation (Caumont, 2002).....	126
Tableau 6 :	Hypothèses enrichies pour servir à l'étude quantitative.....	183
Tableau 7 :	Répartition des participants en fonction de leurs occupations.....	187
Tableau 8 :	Répartition des participants selon leur compétence personnelle et sociale à faire face à l'adversité (N=168).....	197
Tableau 9 :	Répartition des participants selon les facteurs socioaffectifs associés à l'HTA chez les jeunes au Togo. (N=168).....	198
Tableau 10 :	Répartition des participants en fonction des facteurs médico-nutritionnels (N=168).....	199
Tableau 11 :	Répartition des participants en fonction de leurs situations économiques (N=168).....	200
Tableau 12 :	Répartition des participants selon les facteurs culturels (N=168).....	201
Tableau 13 :	Répartition des sujets HTA en fonction des facteurs institutionnels (N=84).....	202
Tableau 14 :	Relation entre anxiété et la survenue / complications de l'HTA (N=168).....	203
Tableau 15 :	Relation entre la dépression et la survenue / complications de l'HTA (N=168).....	204
Tableau 16 :	Relation entre ESPT et la survenue / complications de l'HTA (N=168).....	204

Tableau 17 :	Relation entre l'état émotionnel et l'HTA chez les jeunes adultes (N=168).....	205
Tableau 18 :	Relation entre les compétences et l'HTA chez les jeunes adultes (N=168).....	205
Tableau 19 :	Relation entre les facteurs socioaffectifs et l'HTA chez les jeunes adultes (N=168).....	206
Tableau 20 :	Relation entre les facteurs médico-nutritionnels et la survenue / complications de l'HTA.....	207
Tableau 21 :	Relation entre les facteurs économiques et la survenue / complications de l'HTA.....	208
Tableau 22 :	Relation entre les facteurs culturels et la survenue / complications de l'HTA.....	208
Tableau 23 :	Calcul du coefficient de détermination (R^2).....	209
Tableau 24 :	Analyse de la variance.....	209
Tableau 25 :	Les coefficients de régression.....	210
Tableau 26 :	Coefficients de la nouvelle régression.....	211

LISTE DES FIGURES

Figure 1 :	Les principaux organes touchés par l'HTA (Inserm, 2018).....	35
Figure 2	Relations entre les FDR et les MNT (Global Burden of diseases, OMS 2010).....	53
Figure 3 :	Les facteurs de risque modifiables et non (ou peu) modifiables de l'HTA.....	54
Figure 4 :	Le modèle biopsychosocial de Engel (1980).....	75
Figure 5 :	La psychosomatique intégrative (Stora, 2013).....	82
Figure 6 :	Modèle de recherche qualitative élaboré à l'issue de la revue de la littérature.....	104
Figure 7 :	Schéma de l'organisation pyramidale du système de santé au Togo (Ministère de la santé).....	118
Figure 8 :	Structure du guide d'entretien utilisé.....	130
Figure 9 :	Structure du questionnaire utilisé.....	147
Figure 10 :	Modèle conceptuel à tester.....	181
Figure 11	Graphique de répartition des participants en fonction de leurs âges (N=168).....	184
Figure 12	Graphique de Répartition des participants en fonction de leurs sexes (N = 168).....	185
Figure 13	Graphique de répartition du niveau d'étude des participants (N = 168).....	186
Figure 14	Graphique de répartition des participants en fonction de leurs situations matrimoniales (N = 168).....	188
Figure 15	Graphique de répartition des participants en fonction de leurs lieux de résidence (N = 168).....	189
Figure 16	Graphique de répartition des sujets HTA selon les circonstances de découverte de l'HTA.....	190
Figure 17	Graphique de répartition des sujets HTA selon la durée de la maladie.....	191

Figure 18	Graphique de répartition des sujets HTA ayant fait une complication de l'HTA	192
Figure 19	Graphique de répartition des participants selon la fréquence de l'anxiété dans leur quotidien.....	193
Figure 20	Graphique de répartition des participants selon la fréquence de la dépression dans leur quotidien.....	194
Figure 21	Graphique de répartition des participants selon la fréquence de manifestation d'un ESPT dans leur quotidien.....	195
Figure 22	Graphique traduisant les états émotionnels des participants.....	196
Figure 23	Modèle conceptuel valide.....	212

ANNEXE

ANNEXE A : Lettre d'informations aux enquêtés et formulaire de consentement

I. Renseignements aux participants

1. Contexte et objectifs de la recherche

De plus en plus de personnes développent aujourd'hui l'hypertension artérielle ou l'une de ses complications dont la plus fréquente est l'Accident Vasculaire Cérébrale (AVC), première cause d'admission au service de neurologie au Centre Hospitalier Universitaire Campus (CHU Campus, 2018). La prévalence de l'HTA au Togo est de 30% (Mijiyawa, 2019). Les données hospitalières font état d'une prévalence de plus de 74% (Damorou, 2011). L'HTA touche non seulement les personnes âgées, jugées ordinaires mais aussi les jeunes. La précocité de l'HTA dans la cible jeune prend de l'ampleur et devient inquiétante. Toutefois, le phénomène est peu exploré et les causes/facteurs déterminants restent peu connus.

L'étude à laquelle nous sollicitons votre participation porte en effet sur les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez les sujets jeunes adultes de 18 à 40 ans au Togo. Nous cherchons à identifier d'une part les facteurs médico-nutritionnels, les facteurs psychologiques, socioaffectifs, économiques, culturels et institutionnels et d'autre part évaluer le poids de chaque facteur dans la survenue / complications de l'HTA chez les jeunes adultes au Togo. À terme, l'étude vise à faire des recommandations pour améliorer la prévention et la prise en charge de l'HTA chez les jeunes adultes hypertendus au Togo.

2. Participation à la recherche

La participation à cette recherche consiste à rencontrer le chercheur ou l'investigateur lors d'une ou deux entrevues d'environ 1h selon vos disponibilités. Les rencontres s'effectueront dans les Centres Hospitaliers Régionaux ou aux lieux de travail des répondants (Direction régionale). Afin de permettre une analyse optimale et avec votre accord, les entrevues seront enregistrées avec une Android pour permettre une retranscription fidèle de vos propos.

3. Confidentialité

Toutes les informations dévoilées au cours des entretiens et fournies dans le questionnaire seront strictement confidentielles et anonymes. Chaque enregistrement sera sécurisé après sa retranscription. Lors de cette recherche votre nom n'apparaîtra en aucun cas, il pourra être

remplacé par la fonction/titre (par exemple un infirmier a dit...). De plus, nous nous engageons à utiliser ces données seulement dans le cadre de cette recherche, qui peut être soumise à publications ou être objet de communication lors des congrès scientifiques.

4. Avantages et inconvénients :

Le fait de participer à ce travail de recherche vous permet de contribuer à l'apport de nouvelles connaissances sur les facteurs déterminants la survenue /complications de l'HTA chez les jeunes adultes dans le contexte togolais. Par là, vous contribuerez à l'amélioration de la prévention de l'HTA chez les jeunes adultes en général et la prise en charge des sujets jeunes adultes hypertendus en particulier. Par ailleurs, votre participation peut également vous permettre de comprendre davantage votre comportement afin d'anticiper. Néanmoins, vous serez amenés à évoquer vos relations et expériences douloureuses de la vie, ce qui peut provoquer des émotions désagréables. Si tel était le cas, n'hésitez pas à en parler avec l'investigateur.

5. Droit de retrait :

Votre participation est entièrement volontaire. Vous êtes libre de vous retirer à tout moment sur simple avis, sans préjudice et sans devoir justifier votre décision. Si vous décidez de vous retirer de la recherche, vous pouvez le notifier à l'investigateur par avis verbal ou communiquer avec le chercheur à l'adresse mail indiquée ci-dessous.

6. Déontologie et éthique :

Les informations que vous donnerez dans le cadre de cette étude, servent uniquement aux objectifs de celle-ci. Ces informations seront traitées avec une stricte confidentialité et dans l'anonymat. S'il vous advenait qu'en remplissant ces questionnaires, des souvenirs trop douloureux vous reviennent sans cesse, vous avez le plein droit de décider d'arrêter votre participation ou de nous en parler.

Le chercheur s'engage à préserver absolument la confidentialité et le secret professionnel pour toutes informations concernant la personne.

Nous vous remercions d'accepter généreusement de participer à cette étude.

II. Formulaire de consentement

Je déclare avoir pris connaissance des informations ci-dessus, avoir obtenu les réponses à mes questions sur ma participation à la recherche et avoir compris le but, la nature, les avantages et les inconvénients de ce travail. Après réflexion, je consens à participer à cette recherche. Je sais que je peux me retirer en tout temps, sur simple avis verbal, sans aucun préjudice.

Je consens à ce que les données recueillies dans le cadre de cette recherche soient anonymisées et utilisées pour des projets de recherche ultérieurs de même nature, conditionnellement à leur approbation éthique et dans le respect des mêmes principes de confidentialité et de protection des informations.

Oui

Non

Signature.....Date.....

Prénom.....Fonction.....

Je déclare avoir expliqué le but, la nature, les avantages et les inconvénients de l'étude et avoir répondu au meilleur de ma connaissance aux questions posées.

Signature du chercheurDate.....

(ou de son représentant)

Nom..... Prénom.....

Pour toute question relative à la recherche ou pour vous retirer de la recherche, vous pouvez communiquer avec M. SEDO Yaovi N. W., à l'adresse email nofe.wuayi.yaovi.sedo@etud.u-picardie.fr ou sedojo@yahoo.fr ; au numéro de téléphone : +228 90 34 32 28 / 0033 7 65 28 93 96.

Toutes remarques, observations relatives à votre participation à cette recherche peuvent être adressées à : M. Charlemagne MOUKOUTA, Professeur à l'Université Picardie Jules Verne Chemin du Thil, 80025-Amiens et à l'adresse suivante email : charlemagne.moukouta@u-picardie.fr ou moukouta_cs@hotmail.com

Fait en deux exemplaires : un exemplaire est remis au volontaire, le second exemplaire est conservé par l'investigateur.

ANNEXE B : Guide d'entretien pour les professionnels de santé, les administrateurs de services de soins et les points focaux MNT

Question principale	Questions complémentaires / d'approfondissement
Nous vous remercions pour le temps que vous accordez à cet entretien Présentez-vous	Donnez-nous svp votre âge, sexe, niveau d'instruction, profession, situation matrimoniale et lieu de résidence.
Faites-nous un état des lieux de la prévention et de la prise en charge de l'HTA dans votre centre et district sanitaire	<ul style="list-style-type: none"> • Quels constats dressez-vous à propos de l'HTA ? • Quelle est la prévalence locale de l'HTA ? • Existe-t-il un protocole de prévention de l'HTA ? • Parlez-nous de la prise en charge de l'HTA.
Quels sont les facteurs associés à la survenue / complications de l'HTA chez vos patients ?	<ul style="list-style-type: none"> • Comment expliquez-vous l'origine de l'hypertension artérielle et son ampleur aujourd'hui chez les jeunes adultes ? • Distinguez-vous certains facteurs qui conduisent à l'HTA et d'autres qui agissent sur son évolution ? • Peut-on expliquer l'HTA uniquement par des facteurs médico-nutritionnels ou existe-t-il d'autres facteurs tels psychologiques, sociaux, économiques ? si oui expliquez.
Existe-t-il d'autres facteurs pour expliquer l'HTA qui soit peut-être particulier aux jeunes togolais ?	Souhaitez-vous évoquer d'autres facteurs ou aspects de votre vie dont nous n'avons pas parler ?
Question de l'enquêté et remerciement	Avez-vous des questions à nous poser ? Merci pour avoir accepté cet entretien

ANNEXE C : Guide d'entretien pour sujet hypertendus et sa famille

Question principale	Questions complémentaires / d'approfondissement
Je vous remercie pour le temps que vous accordez à cet entretien Présentez-vous	Donnez-nous svp votre âge, sexe, niveau d'instruction, profession, situation matrimoniale et lieu de résidence.
Parlez-nous de comment est survenue votre maladie, de ses manifestations et des évolutions	Parlez-nous de comment êtes-vous devenus hypertendu et comment vous vous portez aujourd'hui ?
Quand vous pensez à votre état d'hypertendu, quels sont les facteurs que vous associez à la survenue / complications de votre hypertension artérielle ?	<ul style="list-style-type: none"> ● Parlez-nous des facteurs bien présents avant (et qui auraient influencé l'installation de votre HTA) ● Parlez-nous des facteurs bien présents après (et qui auraient contribué aux complications) ● Pensez-vous que les facteurs médicaux conduisent à la survenue / complications de l'HTA ? Expliquez ● Pensez-vous qu'il est possible d'incriminer les habitudes alimentaires dans la survenue / complications de l'HTA ? ● Peut-on penser que des facteurs psychologiques jouent un rôle dans la survenue / complications de l'HTA ? Expliquez ● Pensez-vous que l'environnement socioéconomique a un impact sur la survenue / complications de votre HTA ? Expliquez
Existe-t-il d'autres facteurs pour expliquer l'HTA qui soit peut-être particulier aux jeunes togolais ?	Souhaitez-vous évoquer d'autres facteurs ou aspects de votre vie dont nous n'avons pas parlé ?
Question de l'enquête et remerciement	Avez-vous des questions à me poser ? Merci pour avoir accepté cet entretien

ANNEXE D : Guide d'entretien pour les guérisseurs traditionnels et religieux

Question principale	Questions complémentaires / d'approfondissement
Je vous remercie pour le temps que vous accordez à cet entretien Présentez-vous	Donnez-nous svp votre âge, sexe, niveau d'instruction, profession, situation matrimoniale et lieu de résidence.
Vous avez l'habitude de recevoir des sujets hypertendus. Pouvez-vous nous dire à quelle fin viennent-ils ?	<ul style="list-style-type: none"> • Comment définissez-vous l'hypertension artérielle ? • Comment soignez-vous l'HTA ? • Trouvez-vous la solution à ceux qui vous consulte ?
Quels sont, selon vous, l'origine de l'hypertension artérielle ou des complications ?	<ul style="list-style-type: none"> • Existe-t-il une façon de faire des sujets HTA qui les amène à cette maladie ? si oui, expliquez ! • Comment expliquez-vous l'hypertension des patients qui vous consultent ? • HTA est une maladie qui provient des causes médicales ou psychologiques et sociales ? • Ce que nous mangeons peut expliquer l'hypertension artérielle ? • Pensez-vous que l'environnement social a un impact sur la survenue / complications de votre HTA ? Expliquez • Peut-on établir un lien entre ses conditions économiques et la survenue / complications de l'HTA ? Expliquez
Existe-t-il d'autres facteurs pour expliquer l'HTA qui soit peut-être particulier aux jeunes togolais ?	Souhaitez-vous évoquer d'autres facteurs ou aspects de votre vie dont nous n'avons pas parler ?
Question de l'enquête et remerciement	Avez-vous des questions à me poser ? Merci pour avoir accepté cet entretien

ANNEXE E : Questionnaire

PARTIE 1 : DONNEES SOCIODEMOGRAPHIQUES	
1. Vous êtes	1. F 2. M
2. Quel âge avez-vous (en année) ?
3. Quelle est votre situation conjugale ?	1. Célibataire (jamais marié (e)) 2. Marié (e) 3. Divorcé (e) 4. Séparé (e) 5. Concubinage 6. Veuf/veuve
4. Quel est le plus haut niveau que vous avez atteint ?	1. Non alphabétisé (e) 2. Primaire 3. Secondaire 1 4. Secondaire 2 5. Universitaire
5. Dans quel milieu vivez-vous (majoritairement) ?	1. Rurale (village) 2. Semi-urbaine (petite ville) 3. Urbaine (grande ville)
6. Quel genre de travail faites-vous (occupation) ?	1. En activité professionnelle 2. En chômage 3. En formation

Agressivité		
Exigence		
Colérique		
Pessimisme		

- Compétences individuelles et sociales des jeunes adultes

Dites-nous avec quelle habileté gérez-vous ou résolvez vos problèmes	Très difficilement	Difficilement	Sans opinion	Facile	Très facile
J'ai des compétences pour gérer mes émotions et pour résoudre mes problèmes					

II. LES FACTEURS SOCIO-AFFECTIFS

		OUI	NON
Parmi ces facteurs dites-nous lesquels s'applique à votre situation de vie (plusieurs réponses possibles)	Solitude		
	Relation conflictuelle		
	Déception amoureuse		
	Sentiment de manque de soutien		
	Sentiment d'incapacité à répondre aux besoins de la famille		

III. LES FACTEURS MEDICO-NUTRITIONNELS

		OUI	NON
Parmi ces facteurs dites-nous lesquels s'applique à votre situation de vie (plusieurs réponses possibles)	Habitude alimentaire à risque		
	Sédentarité		
	Antécédents médicaux ou comorbidité		
	Antécédents d'HTA familiale		

IV. LES FACTEURS ECONOMIQUES

		OUI	NON
Parmi ces facteurs dites-nous lesquels s'applique à votre situation de vie (plusieurs réponses possibles)	Difficultés à payer les besoins de santé		
	Difficultés à couvrir les besoins d'ordre général		
	Stress économique		
	Comportements à risque (consultation dans les cliniques sauvages, achat des médicaments de la rue, automédication, consultation tardive)		

V. FACTEURS CULTURELS

		OUI	NON
Parmi ces facteurs dites-nous lesquels s'applique à votre situation de vie (plusieurs réponses possibles)	Recherche mystique de la cause / traitement de l'HTA		
	Non observance thérapeutique et des mesures hygiéno-diététiques		
	HTA, maladie mystique		
	Bonne connaissance sur l'HTA		

VI. FACTEURS INSTITUTIONNELS (Uniquement les sujets HTA)

		OUI	NON
Parmi ces facteurs dites-nous lesquels s'applique à votre situation de vie (Plusieurs réponses possibles)	Retard de diagnostic ou annonce tardive		
	Accessibilité difficile aux spécialistes		
	Coût onéreux des actes et médicaments		
	Absence d'éducation thérapeutique et de soutien psychologique		
	Suivi non régulier		

LISTE DES SIGLES ET ACRONYMES

AVC	Accident Vasculaire Cérébral
CHR-S	Centre Hospitalier Régional de Sokodé
CHU / CHP	Centre Hospitalier Universitaire / Centre Hospitalier Périphérique
ESC	European Society of Cardiology
FA	Facteurs Associés
FC	Facteurs Culturels
FDR	Facteurs De Risque
FE	Facteurs Economiques
FI	Facteurs Institutionnels
FMN	Facteurs Médico-Nutritionnels
FP	Facteurs Psychologiques
FS	Facteurs Socioaffectifs
HAS	Haute Autorité de la Santé
HTA	Hypertension artérielle
INSERM	Institut National de la Santé et de la Recherche Médicale
JA ou JAT	Jeune Adulte ou Jeune Adulte Togolais
MNT	Maladie Non Transmissible
MCV	Maladie Cardiovasculaire
OCDE	Organisation de Coopération et de Développement Economique
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PAD	Pression Artérielle Diastolique
PAS	Pression Artérielle Systolique
PED	Pays en Voie de Développement
PNDS	Plan National de Développement Sanitaire
PNLMNT	Programme National de Lutte contre les Maladies Non Transmissibles
PNUD	Programme des Nations Unis pour le Développement
SIHA	Société Internationale de l'Hypertension Artérielle
WHO	World Health Organization