

UNIVERSITÉ DU QUÉBEC

MÉMOIRE PRÉSENTÉ À
L'UNIVERSITÉ DU QUÉBEC À TROIS-RIVIÈRES

COMME EXIGENCE FINALE DE LA
MAÎTRISE EN SCIENCES INFIRMIÈRES

PAR
ANNE-MARIE LECLERC

L'EXPÉRIENCE DES HOMMES ATTEINTS D'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

SEPTEMBRE 2013

Université du Québec à Trois-Rivières

Service de la bibliothèque

Avertissement

L'auteur de ce mémoire ou de cette thèse a autorisé l'Université du Québec à Trois-Rivières à diffuser, à des fins non lucratives, une copie de son mémoire ou de sa thèse.

Cette diffusion n'entraîne pas une renonciation de la part de l'auteur à ses droits de propriété intellectuelle, incluant le droit d'auteur, sur ce mémoire ou cette thèse. Notamment, la reproduction ou la publication de la totalité ou d'une partie importante de ce mémoire ou de cette thèse requiert son autorisation.

Sommaire

L'hypertension artérielle (HTA) est une maladie qui atteint 20 % de la population canadienne. Malgré un taux de prévalence similaire entre les genres, les hommes atteints d'HTA ont un taux de mortalité plus élevé que chez les femmes. Alors que les lignes directrices concernant la prise en charge des personnes atteintes d'HTA sont sans distinction quant au genre, des études québécoises et canadiennes présentent les hommes comme ayant davantage de comportements à risque que les femmes, utilisant moins les services de santé et étant associés à un taux élevé d'interruption du traitement de l'HTA. Le but de ce projet est d'explorer l'expérience des hommes atteints d'HTA. La question de recherche est : « Quelles sont les perceptions et croyances des hommes, en regard de l'HTA? » Par un devis phénoménologique, des entretiens semi-structurés ont été réalisés. Les résultats présentent les perceptions et croyances de dix hommes atteints d'HTA, de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec. Deux thèmes ont émergé du discours des participants, soit le sens accordé à l'HTA (une maladie inévitable, la banalisation de l'HTA et le stress comme synonyme de l'HTA) et la prise en charge de cette maladie (la notion de contrôle, le paradoxe entre les connaissances et la mise en application de saines habitudes de vie ainsi que la symbolique de la médication antihypertensive). Ces résultats permettent de formuler des recommandations pour la pratique clinique, la recherche, la gestion et la formation en sciences infirmières.

Mots-clés : hypertension, perceptions, croyances, comportements de santé, connaissances sur la santé, genre, santé des hommes et adhésion au traitement.

Table des matières

Sommaire.....	vi
Abstract	vii
Table des matières	iv
Liste des tableaux	6
Liste des figures.....	7
Abréviations et symboles utilisés	8
Remerciements	9
Introduction.....	10
Chapitre 1 : Problématique.....	6
La conception de la santé	7
Les comportements de santé.....	8
Les habitudes de vie.....	9
La construction sociale de la masculinité	10
L'utilisation des services de santé.....	11
Les différences physiologiques	13
L'adhésion au traitement pharmacologique	15
Chapitre 2 : Recension des écrits	7

L'hypertension artérielle (HTA).....	22
La définition de l'HTA.....	22
La prévalence de l'HTA.....	22
Les conséquences de l'HTA.....	23
Le traitement de l'HTA.....	24
Le rôle de l'infirmière dans la gestion de l'HTA.....	26
La santé des hommes.....	27
La masculinité.....	28
Les comportements de santé.....	34
L'utilisation des services de santé.....	35
L'adhésion au traitement.....	38
La compréhension de l'HTA.....	47
La conception de l'HTA.....	48
Les connaissances sur l'HTA.....	57
La perception du risque cardiovasculaire.....	60
Les cadres de référence.....	61
La technique de l'incident critique.....	61
Le modèle des croyances relatives à la santé (<i>Health Belief Model</i>).....	64
Chapitre 3 : Méthodologie.....	20

Le devis	96
Le milieu de l'étude.....	74
L'échantillon	76
Les critères d'inclusion	77
Déroulement de l'étude	77
Le recrutement des participants.....	77
Outils de collecte de données.....	79
Critères de validité.....	83
L'analyse des données	84
La cueillette des données verbales.....	85
La lecture des données.....	85
La division des données en unités significatives	86
L'organisation des données brutes dans le langage de la discipline	86
La synthèse des données.....	86
Forces, limites et biais de l'étude.....	87
Considérations éthiques.....	90
Chapitre 4 : Résultats	68
Portrait des participants.....	120
Les perceptions et croyances des hommes atteints d'HTA.....	94

Le sens accordé à l'HTA	95
La prise en charge de l'HTA	102
L'analyse des perceptions et croyances des hommes atteints d'HTA.....	108
La perception de sa vulnérabilité face à l'HTA	109
La perception de la sévérité des conséquences de l'HTA	110
La perception des menaces engendrées par l'apparition de la maladie	110
La croyance en l'efficacité de l'action préventive.....	110
Autres variables et éléments déclencheurs	111
Chapitre 5 : Discussion	136
La perception de sa vulnérabilité.....	135
La perception de la sévérité des conséquences.....	116
La perception des menaces engendrées par l'apparition de la maladie.....	117
La croyance en l'efficacité de l'action préventive	118
Perception des bénéfices de l'action préventive	118
Perception des inconvénients de l'action préventive.....	119
La perception de l'auto-efficacité	123
Autres variables et éléments déclencheurs de l'action.....	123
Limites de l'étude	124
Recommandations	125

La pratique clinique	125
La recherche.....	128
La gestion.....	129
La formation	130
Chapitre 6 : Conclusion.....	156
Références.....	134
Appendice A.....	163
Appendice B.....	165
Appendice C.....	165
Appendice D.....	163
Appendice E.....	171
Appendice F	185
Appendice G.....	187
Appendice H.....	188
Appendice I.....	193

Abstract

High blood pressure (HBP) is a disease that affects 20% of the Canadian population. Despite a similar prevalence between genders, men with HBP have a higher mortality rate than women. While guidelines for the management of HBP are without distinction for gender, Québec and Canadian studies show men that men engage more in risky behaviors than women, using health services less and being associated with a high rate of discontinuation of HBP antihypertensive treatment. The purpose of this project is to explore men's the experiences of men with HBP The research question is : « What are the perceptions and beliefs of men, related to HBP? ». Using a phenomenological design, semi-structured interviews were conducted. The results show the perceptions and beliefs of ten men living with HBP, from the region of Mauricie and Centre-du-Québec. Two themes emerged from the participant's discourses: the meaning given to HBP (an inevitable illness, trivialisation of the illness and stress as a synonym for HBP) and the management of this illness (the notion of control, the paradox between knowledge and implementation of healthy lifestyle and the symbolism of HBP medication). These results allow us to make recommendations for nursing clinical practice, research, management and education .

Keywords : "Hypertension", "Attitude to health", "Health Knowledge, attitude, practice", "Social perception", Sex factors, "Men's health" et "Patient compliance".

Liste des tableaux

Tableau 1: Recommandations du PECH pour l'adoption de saines habitudes de vie	25
Tableau 2 : Études sur l'adhésion au traitement.....	40
Tableau 3: Études sur la conception de l'HTA.....	49
Tableau 4: Portrait sociodémographique des participants	94

Liste des figures

Figure 1. Schématisation des concepts centraux de la recension des écrits.....	21
Figure 2. Facteurs explicatifs de la spécificité de la santé des hommes	33
Figure 3. Le modèle des croyances relatives à la santé.....	65
Figure 4. Résultats de l'étude selon le modèle des croyances relatives à la santé.	109

Abréviations et symboles utilisés

ARA : Antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II

AVC : Accident vasculaire cérébral

β -bloqueurs : Bloqueurs des récepteurs β -adrénergiques

BCC : Bloqueurs des canaux calciques

DASH : Dietary Approaches to Stop Hypertension

GMF : Groupe de médecine familiale

HBM : Health Belief Model/Modèle des croyances relatives à la santé

HTA : Hypertension artérielle

IECA : Inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine

MEM : modèle explicatif de la maladie

MPAD : mesure de la pression artérielle à domicile

OIIQ : Ordre des infirmières et infirmiers du Québec

OMS : Organisation mondiale de la santé

PA : pression artérielle

PAS : pression artérielle systolique

PAD : pression artérielle diastolique

PECH : Programme éducatif canadien sur l'hypertension

PNSP : Programme national de santé publique

RC : Rapport de cotes

THOMS: Treatment of Mild Hypertension Study

UQTR : Université du Québec à Trois-Rivières

Remerciements

J'aimerais remercier tout d'abord mon conjoint et ma famille, qui m'ont soutenu tout au long de ma maîtrise. Mes collègues et amis qui m'ont accompagné dans cette belle aventure. Ma directrice de mémoire, Lyne Cloutier, qui m'a aidée à aller là où j'aspirais, et plus encore. Sans oublier ma co-directrice Francine de Montigny, qui du loin de l'UQO, veillait sur les hommes de mon étude. Je me sens très privilégié d'avoir pu bénéficier de votre expertise et votre soutien.

J'aimerais souligner l'implication de toutes les infirmières qui ont participé au recrutement. Un remerciement également aux organismes qui m'ont soutenu financièrement, soit le Ministère de l'Éducation, du Loisir et du Sport (MELS) et la Fondation de l'Université du Québec à Trois-Rivières, ainsi qu'à tous ceux et celles qui ont fait la différence dans l'élaboration de mon projet de recherche, que ce soit par leurs encouragements, conseils et soutien. En terminant, un sincère remerciement à tous les hommes qui ont accepté de participer à mon projet. Nos échanges ont été fort enrichissants!

Merci à chacun de vous, je suis très fière de terminer ma maîtrise, et ce, grâce à vous!

Introduction

Près de six millions de Canadiens sont atteints d'hypertension artérielle (HTA) (Agence de la santé publique du Canada, 2010). Depuis plusieurs années, au Canada, des efforts ont été mis afin d'optimiser la prise en charge des personnes atteintes d'hypertension artérielle (HTA). Une amélioration a été observée quant au diagnostic, à la gestion et au contrôle de l'HTA (McAlister, Feldman, Wyard, Brant, & Campbell, 2009). Par exemple, la proportion de gens avec un diagnostic d'HTA et qui sont non traités a considérablement diminué depuis 1992 (McAlister, et al., 2011). Or, encore 18 % des hommes et près de 13 % des femmes demeurent non traités (Onysko et al., 2006).

Ce succès ne doit toutefois pas faire perdre de vue que l'HTA demeure le principal facteur de risque de mortalité dans le monde et qu'il y a place à l'amélioration tant sur le plan du dépistage que dans l'adoption de saines habitudes de vie. L'Organisation mondiale de la santé a d'ailleurs consacré la journée mondiale de la santé 2013 au thème de l'HTA (Organisation mondiale de la santé, 2013). À cet effet, la journée mondiale de la santé est une occasion de se rappeler que l'HTA est une maladie qui se prévient et qui demeure une menace pour la santé (Cloutier, Morris, Bruneau, McLean, & Campbell, 2013). Par exemple, 8,5 % des décès chez les hommes canadiens étaient attribués à l'HTA, alors que chez les femmes, c'était 5,8 % (Agence de la santé publique du Canada, 2010). Bien que les lignes directrices de l'HTA ne fassent pas de distinction

dans la prise en charge pour les hommes et les femmes, quelques études ont démontré des différences dans l'autogestion de la maladie entre les genres (Grzywacz et al., 2012; Taylor, Bagozzi, & Gaither, 2001). Plusieurs variables sont associées à l'adhésion au traitement chez les patients atteints de maladies cardiovasculaires, dont les perceptions et les croyances (Poirier, Turbide, Bourdages, Sauvageau, & Houle, 2006)

Afin de mieux saisir la particularité des hommes en regard de leur gestion de l'HTA, l'objectif de cette étude propose explorer les perceptions et croyances de ceux-ci. Par son travail de proximité auprès des patients, les infirmières ont une position privilégiée pour la collecte de ses perceptions et croyances. Celles-ci ont un rôle important dans la gestion de la maladie, que ce soit par leur rôle d'éducation à la santé ou de soutien auprès des patients (McLean, Kingsbury, Costello, Cloutier, & Matheson, 2007). D'autant plus que depuis l'annonce de l'uniformisation des d'ordonnances collectives, par le ministre québécois de la Santé et des Services sociaux, les infirmières de groupe de médecine familiale (GMF) pourront assurer le suivi de la médication des patients atteints d'HTA (InfoOIIQ, 2013).

Ce mémoire se divise en cinq chapitres. Le premier présente la problématique des hommes atteints d'HTA, ainsi que la question de recherche. Par la suite, le second chapitre présente les écrits portant sur l'HTA et la santé des hommes, en plus des cadres de référence, soit la technique de l'incident critique de Flanagan et le modèle des croyances relatives à la santé de Becker. Le troisième chapitre présente la méthodologie

utilisée, soit la phénoménologie. L'ensemble de la démarche méthodologique y est décrit. Par la suite, le quatrième chapitre porte sur les résultats. En dernier lieu, le cinquième chapitre présente la discussion, les limites de l'étude ainsi que les recommandations issues de ce projet de recherche.

Chapitre 1 : Problématique

L'hypertension artérielle (HTA) est une maladie silencieuse qui atteint près de 20 % de la population canadienne adulte et 40% des adultes entre 56 et 65 ans (McAlister, et al., 2011). Principal facteur de risque pour les maladies cardiovasculaires (Lim et al., 2012), sa forte prévalence a entraîné une véritable pandémie (Kearney et al., 2005). Ses conséquences sont non négligeables, car près de la moitié des accidents vasculaires cérébraux et coronaropathies sont reliés à l'HTA (Lawes, Vander Hoorn, & Rodgers, 2008). De plus, l'HTA est un facteur de risque prépondérant pour la néphropathie (Ruilope & Izzo, 2008). Bref, les efforts investis dans la lutte contre l'HTA ne sont pas vains, particulièrement lorsque l'on observe le vieillissement de la population (Statistique Canada, 2007), car rappelons-le, l'incidence de l'HTA augmente avec l'âge, atteignant une personne sur deux après l'âge de soixante-cinq ans (Wilkins et al., 2010).

Par ailleurs, bien que l'écart tende à s'amoinrir avec l'âge, les hommes ayant un diagnostic d'HTA ont un taux de mortalité plus élevé que les femmes (Blais & Rochette, 2011; Carlsson, Theobald, Hellénus, & Wändell, 2009; Daugherty et al., 2013; Tu, Chen, & Lipscombe, 2008). En 2006-2007, 8,5 % des décès chez les hommes canadiens étaient attribués à l'HTA, alors que chez les femmes, c'était 5,8 % (Agence de la santé publique du Canada, 2010), malgré que la prévalence de l'HTA soit similaire entre les

hommes, soit 19,9 % et les femmes, 19,4 % (McAlister, et al., 2011). Sans vouloir cibler une explication précise, il apparaît intéressant de mieux comprendre cette disparité. Ainsi, plusieurs avenues pourraient peut-être permettre cette compréhension : la conception de la santé, les comportements de santé, l'utilisation des services de santé, les différences physiologiques et l'adhésion au traitement pharmacologique. Notons que, bien qu'il existe une différence entre les genres sur le plan de la mortalité associée à l'HTA, les lignes directrices du Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) ne font pas de distinction quant au genre en ce qui a trait au dépistage, au traitement ou encore au suivi.

La conception de la santé

En premier lieu, la conception de la santé figure parmi les premiers facteurs qui pourraient permettre de comprendre la disparité entre les genres. Les hommes semblent entretenir un rapport différent à leur corps et à leur bien-être personnel comparativement aux femmes, de telle sorte qu'il y a un décalage entre la santé observée et la santé perçue (Cloutier, Tremblay, & Antil, 2005). Alors que les indicateurs objectifs de la santé des hommes (longévité, présence de maladie causant le décès, profil de risques, etc.) leur sont globalement défavorables, les indicateurs subjectifs que donnent les hommes (perception de leur santé, déclaration de problèmes de santé, recherche de soin, etc.) suggèrent qu'ils ont une vision plus optimiste de leur santé que celle des femmes (Cloutier, et al., 2005). Ce décalage s'explique par la manière dont les hommes interagissent avec l'aide. À ce sujet, Gross et McMullen (1983) décrivent trois étapes à

cette demande, soit la perception d'un problème, la décision d'agir de manière à résoudre le problème ainsi que la recherche d'aide et les stratégies d'actions, où il semblerait que la socialisation à la masculinité empêcherait la détection et l'acceptation des symptômes. En fait, il semble que la maladie marginalise les hommes en déstabilisant leur conception de la masculinité, car la demande d'aide va à l'encontre du stéréotype (Tremblay, Fonseca, & Lapointe-Goupil, 2004). Par exemple, la demande d'aide peut être perçue, par les hommes ayant une problématique psychosociale, comme une menace pour l'identité masculine, nuisant au sentiment de contrôle et à l'autonomie (Dulac, 1997). Dans la même ligne de pensée existe le paradoxe de la surmortalité masculine : les hommes ont un taux de mortalité plus élevé pour la plupart des causes de décès, alors qu'ils ont des taux moins élevés de morbidité, d'incapacité et d'utilisation de services (Antil, 2005). À cet effet, l'hypothèse que les hommes consultent lorsqu'ils en sont à un stade avancé de la maladie pourrait expliquer partiellement ce paradoxe (Case & Paxson, 2005).

Les comportements de santé

Les comportements de santé constituent le deuxième élément qui semble influencer sur la différence entre les hommes et les femmes. Tout d'abord, il y a les habitudes de vie puis la construction sociale de la masculinité.

Les habitudes de vie

Après avoir examiné la conception de la santé, on observe que plusieurs habitudes de vie adoptées par les hommes se retrouvent parmi les facteurs de risque associés à l'HTA. Tout d'abord, une proportion légèrement plus élevée d'hommes (26,5 %) que de femmes (22,0 %) fument (Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), en collaboration avec l'Institut national de la santé publique, & Institut national de la statistique, 2011). La consommation abusive d'alcool est aussi deux fois plus présente, en proportion, chez les hommes que chez les femmes (MSSS et al., 2011). Ensuite, les hommes sont plus nombreux que les femmes à souffrir d'embonpoint, c'est-à-dire à avoir un indice de masse corporelle entre 25 et 29,9 kg/m² (respectivement 44,1 % et 29,5 %) (Agence de la santé publique du Canada & Institut canadien d'information sur la santé, 2011).

Soulignons de plus que l'alimentation de l'homme est, en général, moins saine et moins nutritive que celle des femmes (MSSS et al., 2011). Par exemple, en 2007-2008, un Québécois sur deux âgé de 12 ans et plus consommait moins de cinq fruits et légumes par jour et cette réalité était particulièrement plus marquée chez les hommes et les 45-64 ans (MSSS et al., 2011). De plus, alors que le groupe de travail sur le sodium vise d'ici 2016, un apport de 2 300 mg par jour pour la population, les hommes âgés de 19 ans et plus consomment actuellement 3587 mg/jour (Santé Canada, 2010). À cet effet, une revue de littérature soutient le fait que les choix alimentaires des hommes soient influencés par les normes dominantes de la masculinité (Mróz, Chapman, Oliffe, &

Bottorff, 2011). Par exemple, la notion de diète alimentaire est souvent perçue par les hommes comme un aspect féminin. De plus, la signification accordée à la nourriture et à l'action de manger diffère entre les hommes et les femmes. D'autre part, selon un sondage national sur les Canadiens atteints d'HTA, les hommes, les gens âgés de 20 à 44 ans, et ceux ayant un niveau d'éducation ainsi qu'un revenu moins élevé ont moins tendance à s'engager dans des comportements de santé favorables au contrôle de la PA (Gee, Bienek, et al., 2012).

La construction sociale de la masculinité

Les raisons pour lesquelles les hommes adoptent davantage de comportements à risque pourraient, entre autres, s'expliquer par la construction sociale de la masculinité (Courtenay, 2000a). Les hommes semblent rejeter les comportements sains dans le but de démontrer leur virilité et se servent du risque pour construire leur masculinité (Courtenay, 2000a). Par exemple, dans l'autogestion de l'HTA, selon la théorie du comportement planifié d'Ajzen (1991), la perception du contrôle du comportement, soit la perception d'une personne sur son habileté à effectuer un comportement, est plus importante chez l'homme, comparativement à la femme, où priment les normes subjectives, qui sont la perception de la pression sociale à faire ou ne pas faire le comportement (Taylor, Bagozzi & Gaither, 2001). Les résultats de cette étude américaine ont permis de démontrer une différence dans la manière dont les hommes et les femmes perçoivent le maintien de la santé (Taylor et al., 2001). D'ailleurs, une étude

récente présente également des différences entre les hommes et les femmes âgés, dans la façon de s'auto-soigner (Grzywacz, et al., 2012). Les hommes semblent moins engagés que les femmes dans divers comportements d'autosoins, tels que l'utilisation de remèdes maison, de médicaments en vente libre, de la relaxation, etc. Par ailleurs, les hommes de cette étude semblent avoir une compréhension moins exhaustive des remèdes maison utilisés et leur utilisation semble reliée aux artefacts de leur enfance.

L'utilisation des services de santé

Un troisième élément concerne l'utilisation des services de santé. Tout d'abord, les hommes consultent définitivement moins que les femmes pour des soins préventifs, tels les examens généraux et les examens de dépistage (Cherry, Woodwell, & Rechtsteiner, 2007). Ils sont également moins enclins à aller chercher de l'information en ligne en regard de la santé (Fox, 2011). Au Québec, les hommes sont aussi moins nombreux à avoir un médecin de famille. En 2007-2008, 34,3 % de l'ensemble des hommes québécois, mais également 34,3 % des hommes de la Mauricie et Centre-du-Québec, n'avait pas de médecin régulier comparativement à 19,6 % chez l'ensemble des femmes de la province (MSSS et al., 2011). De ces hommes, 12,2 % n'avait pas trouvé de médecin régulier, alors que 22,1 % n'en avait pas cherché (MSSS et al., 2011). Ces statistiques peuvent permettre, entre autres, d'expliquer que seulement 68 % des hommes font vérifier leur pression artérielle (PA) annuellement, comparativement à 82 % chez les femmes (Lefebvre, 2004). Alors que l'utilisation des services de clinique

externe et d'urgence des hôpitaux est équivalente entre les deux sexes, les hommes utilisent moins les soins à domicile que les femmes (MSSS et al., 2011; Tremblay et al., 2004) et sont moins nombreux à utiliser les services d'Info-Santé (Dunnigan, 2000). Ce qui laisse supposer que la différence entre les genres au niveau de l'utilisation des services de santé disparaît souvent lorsqu'un problème de santé est considéré sérieux (Courtenay, 2000b). Lorsqu'ils décident de consulter, ils se trouvent parfois à un stade avancé de la maladie (Kaye, Crittenden, & Charland, 2008; Rondeau, 2004). Par exemple, lorsqu'on demande aux hommes ce qu'ils feront en cas de douleur ou s'ils se sentent malades, 24 % de ceux-ci disent qu'ils vont attendre le plus longtemps possible avant de voir un médecin, alors que 17 % vont attendre au moins une semaine (Sandman, Simantov, & An, 2000). Rappelons que l'HTA est asymptomatique (Kaplan & Victor, 2009), donc le dépistage de cette maladie se fera souvent de façon fortuite.

D'un autre côté, il semble que les intervenants et intervenantes du réseau de la santé et des services sociaux aient des difficultés à répondre aux besoins des hommes (Dulac, 1997). Par exemple, les intervenants éprouvent de la difficulté à décoder les demandes d'aide provenant des hommes, dont la souffrance s'exprime parfois de façon plus agressive (Dulac, 1997, 2001). Ceci s'explique partiellement par une féminisation de plusieurs professions de la santé (Rondeau, 2004). À cet effet, il semble que le genre du médecin ait un impact sur les styles de consultations (Adams et al., 2008). Quelques études mises en évidence par Courtenay (2000a) démontrent que les médecins accorderaient moins de temps aux patients masculins que féminins (Blanchard et al.,

1983), offrirait généralement moins de services aux hommes (Verbrugge & Steiner, 1985), leurs donnerait moins d'explications (Hall, Roter, & Katz, 1988) et de conseils (Friedman, Brownson, Peterson, & Wilkerson, 1994). Issus des années 80-90, ces résultats doivent toutefois être considérés avec prudence, car le genre n'est qu'un des nombreux facteurs qui influencent la relation médecin-patient (Bertakis & Azari, 2007). D'ailleurs, la controverse à ce sujet est toujours d'actualité. Par exemple, une étude canadienne présente des résultats où les hommes sont plus susceptibles de recevoir des conseils sur l'alimentation et la diète que les femmes (Sinclair, Lawson, & Burge, 2008), alors qu'une étude américaine présente des données diamétralement opposées, chez une population afro-américaine obèse, atteinte du diabète de type 2 (Vaccaro & Huffman, 2012). En somme, la spécificité de la santé des hommes se joue davantage au niveau des aspects socioculturels, c'est-à-dire les effets de la socialisation masculine, tant sur les hommes eux-mêmes que les services qui leur sont offerts (Tremblay & Déry, 2010).

Les différences physiologiques

Bien que peu abordées dans la recherche appliquée, les différences physiologiques et hormonales entre l'homme et la femme pourraient aussi permettre une certaine compréhension des disparités en matière d'HTA. Selon une revue de littérature américaine, il existe clairement un dimorphisme sexuel quant à la présentation, progression et réponse au traitement pour les maladies cardiovasculaires (Arain, Kuniyoshi, Abdalrhim, & Miller, 2009). Par exemple, une étude récente présente des résultats où les femmes ont significativement plus tendance à avoir un nouveau

diagnostic de maladie rénale (ou déclin de la filtration glomérulaire) et elles sont significativement moins nombreuses à décéder ou à développer d'autres troubles cardiovasculaires que les hommes (Daugherty, et al., 2013). Plus spécifiquement en ce qui concerne l'HTA, mentionnons tout d'abord que la moyenne des pressions artérielles systoliques (PAS) augmente avec l'âge pour les deux sexes, mais que les valeurs demeurent plus élevées chez les hommes, et ce, jusqu'à l'âge de 60 ans (Wilkins, et al., 2010). Pour la pression artérielle diastolique (PAD), les moyennes sont aussi plus élevées chez l'homme (Wilkins, et al., 2010), sauf chez les 60 à 79 ans (Wilkins, Gee, & Campbell, 2012). Donc, globalement, la pression artérielle de l'homme est plus élevée que chez la femme (Dustan, 1996), ce qui explique partiellement un risque cardiovasculaire plus élevé (Messerli et al., 1987).

D'autre part, les femmes avec un diagnostic d'HTA sont caractérisées par un index cardiaque, un temps de fraction d'éjection du ventricule gauche et une pression différentielle plus élevée ainsi qu'un pouls légèrement plus rapide que les hommes ayant la même pression artérielle (Messerli, et al., 1987). La réponse au traitement antihypertenseur semble également différer selon le sexe (Gueyffier et al., 1997; Zapater, Novalbos, Gallego-Sandín, Hernández, & Abad-Santos, 2004). Par exemple, certains médicaments semblent protéger particulièrement les femmes des AVC, alors que les hommes sont protégés de plusieurs événements coronariens (Gueyffier, et al., 1997). Ces particularités en regard du genre sont quelquefois liées à des effets de classe, comme pour les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), qui

présentent des différences en regard des paramètres pharmacodynamiques, où l'activité minimum de l'IECA est davantage inférieure chez les femmes que chez les hommes (Zapater, et al., 2004). En terminant, alors qu'il y a une évidence du rôle de l'œstrogène et de la testostérone dans la régulation de la pression artérielle et du système cardiovasculaire chez l'animal (Sampson, Jennings, & Chin-Dusting, 2012), les effets des hormones sexuelles chez l'humain sont encore à l'étude (Maranon & Reckelhoff, 2013; Orshal & Khalil, 2004), tout comme l'influence du chromosome Y sur la régulation de la pression (Sampson, et al., 2012).

L'adhésion au traitement pharmacologique

Finalement, le cinquième et dernier élément qui pourrait permettre la compréhension de la disparité entre les hommes et les femmes concerne l'adhésion au traitement pharmacologique, qui selon la définition la plus répandue dans la littérature, correspond au degré avec lequel le comportement de la personne coïncide avec les recommandations du professionnel de la santé (Haynes, Taylor, & Sacket, 1979). La prise de médication antihypertensive est liée à la réduction des décès cardiovasculaires et des hospitalisations (Campbell et al., 2009). Or, 34 % de la population canadienne demeure avec une HTA non contrôlée (Wilkins, et al., 2010). Bien que le sujet de l'adhésion soit étudié depuis plus de trois décennies (Vermeire, Hearnshaw, Van Royen, & Denekens, 2001), le taux de non-adhésion demeure toujours inquiétant. Une équipe de chercheurs québécois a travaillé sur la persistance au traitement, chez des patients ayant un diagnostic récent d'HTA (Perreault et al., 2005). Selon cette étude, le taux de

persistance chute à 75 %, six mois après le début du traitement et continue de diminuer jusqu'à 55 % après trois ans (Perreault, et al., 2005). Comme l'indique Perreault, et al. (2005) le genre figure parmi les déterminants significatifs de la persistance au traitement. En effet, le fait d'être un homme est associé à un taux élevé d'interruption du traitement de l'HTA (Perreault, et al., 2005). Une autre étude canadienne sur l'HTA conclut également que le sexe masculin fait partie des facteurs associés à une absence de traitement pharmacologique (Campbell, So, Amankwah, Quan, & Maxwell, 2008).

Comme on peut le constater, plusieurs avenues pourraient permettre la compréhension de la disparité entre les hommes et les femmes ayant un diagnostic d'HTA : la conception de la santé, les comportements de santé, l'utilisation des services de santé, les différences physiologiques et l'adhésion au traitement pharmacologique. Par ailleurs, des études se sont intéressées à l'expérience des hommes atteints d'HTA. Par exemple, un auteur américain a exploré les croyances d'un groupe majoritairement masculin, en regard de l'HTA (Blumhagen, 1980). Par la schématisation élaborée par les 103 participants, l'HTA serait issue de causes psychosociales et de l'hérédité. Trois types de stress ont été identifiés, ce qui a mené l'auteur à parler d'«hyper-tension». D'autre part, des infirmières ont tenté de décrire la différence entre les genres dans la description et la conceptualisation de l'HTA chez des couples afro-américains (Hautman & Bomar, 1992). Cette étude qualitative a dégagé, par des entretiens, trois thèmes principaux. Le premier est la conceptualisation de l'HTA, où l'on présente une disparité au niveau de la terminologie, entre les hommes et les femmes. Ensuite, alors que le stress était reconnu

comme la cause première de l'HTA, il semble que la gestion de celui-ci diffère en fonction du genre. Finalement, la compréhension du concept de diète s'est révélée différente entre les hommes et les femmes. Par ailleurs, des auteurs américains ont tenté de comprendre l'expérience de l'homme urbain afro-américain vivant avec l'HTA en regard de l'adhésion au traitement pharmacologique (Rose, Kim, Dennison, & Hill, 2000). Également de type qualitatif, cette étude a fait émerger, grâce à des entretiens réalisés auprès de dix-neuf hommes, plusieurs facteurs influant sur la gestion de l'HTA, dont l'interprétation des symptômes, l'expérience des pairs et la communication avec le personnel soignant. Puis, sans que la disparité entre les genres soit mise en avant-plan, une étude québécoise portant sur la conception de l'HTA chez des Montréalais hypertendus d'origine haïtienne a offert plusieurs pistes de réflexion (St-Germain, 2002). Par des entretiens semi-structurés, huit hommes et femmes ont permis de faire ressortir cinq croyances reliées à l'HTA. Alors que les participants avaient immigré au Québec depuis plus de 20 ans, il semble que les résultats de cette étude ne soient pas généralisables pour l'ensemble de la diaspora haïtienne de Montréal, car il n'a pas été possible de distinguer clairement la conception issue strictement de la culture haïtienne de celle de la culture populaire.

À partir de l'ensemble des études présentées, il semble n'y avoir qu'une compréhension partielle de l'expérience des hommes atteints d'HTA. L'ethnicité et l'adhésion au traitement pharmacologique sont les aspects mis davantage en relief. Or, ces études affinent la compréhension et font émerger de nouvelles pistes qui pourraient

venir raffiner l'approche utilisée avec les hommes. Malheureusement, aucune étude de ce genre n'a été réalisée avec une population exclusivement masculine. Nous avons vu précédemment que la conception de la santé chez les hommes entraîne des comportements particuliers et une utilisation des services de santé différente de celle des femmes. Or, les disparités physiologiques n'expliquent qu'en partie le taux de mortalité supérieur chez l'homme. Par ailleurs, le fait d'être un homme est considéré comme un facteur important dans la cessation du traitement pharmacologique de l'HTA. À la lumière de ces différentes explications, l'exploration des perceptions et croyances s'avère une avenue intéressante, afin de mieux comprendre la motivation sous-jacente à ces divers comportements. La pertinence de ce projet en sciences infirmières s'appuie sur le contact privilégié qu'ont les infirmières avec les patients, en regard de la prévention, du dépistage, du traitement et du suivi de l'HTA. L'objectif de cette étude est donc d'explorer les perceptions et croyances des hommes atteints d'HTA. Plus spécifiquement, la présente étude vise à répondre à la question de recherche suivante : « Quelles sont les perceptions et croyances des hommes, en regard de l'HTA? »

Chapitre 2 : Recension des écrits

Dans le but de déterminer ce qui a été écrit sur l'expérience des hommes atteints d'HTA et de mettre en lumière la façon dont le sujet a été utilisé (Dumas, Shurpin, & Gallo, 1995), des mots-clés ont été utilisés dans les bases de données, pour la recension des écrits. Ces mots-clés sont : «Hypertension», «Attitude to health», «Health Knowledge, attitude, practice», «Social perception», « Sex factors », «Men's health» et «Patient compliance». Au niveau de la littérature publiée, trois bases de données ont été utilisées pour la recherche avec ces mots-clés soit Medline, CINAHL et PsycInfo. En plus de la revue manuelle des références, les mots-clés ont été utilisés pour la littérature non publiée, en particulier sur la base de données de ProQuest Dissertations & Theses. Les principaux critères d'inclusion des articles étaient des recherches primaires, avec un échantillon adulte et publié en langue française ou anglaise.

Afin de favoriser la compréhension, l'organisation des thèmes de la recension des écrits est schématisée à la figure 1. Reliée à la question de recherche « Quelles sont les perceptions et croyances des hommes, en regard de l'HTA? », la recension se divise en deux grands thèmes qui sont la description de l'HTA et la santé des hommes. Dans la première section, la définition de la maladie ainsi que sa prévalence, ses conséquences, son traitement ainsi que le rôle de l'infirmière sont abordés. Ensuite, la santé des hommes se divise en trois concepts : la masculinité, les comportements de santé et la

compréhension de l'HTA. Afin d'explorer davantage l'expérience des hommes atteints d'HTA, deux sous-concepts sont abordés dans les comportements : l'utilisation des services de santé et l'adhésion au traitement pharmacologique. Puis, la conception de l'HTA, les connaissances et la perception du risque cardiovasculaire sont présentées dans le sous-concept de la compréhension de l'HTA. Enfin, les cadres de référence terminent le chapitre sur la recension des écrits.

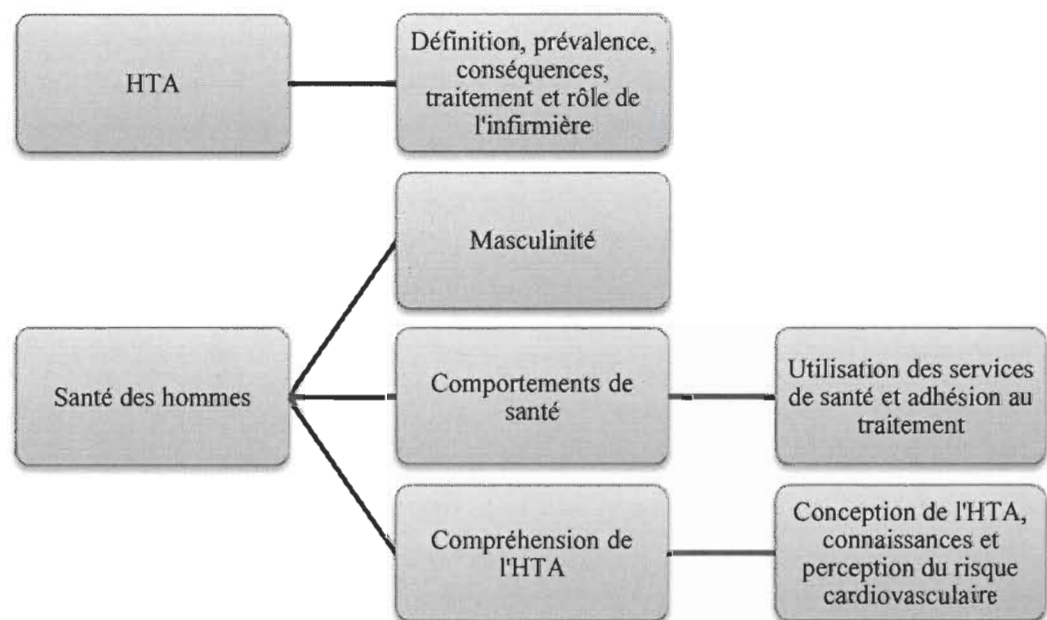


Figure 1. Schématisation des concepts centraux de la recension des écrits.

L'hypertension artérielle (HTA)

La définition de l'HTA

Malgré deux cents ans d'études sur l'hypertension artérielle (HTA), il n'en demeure pas moins que sa définition fait encore l'objet de débats (Izzo, Giles, & Matherson, 2008). D'une façon opérationnelle, on peut dire que l'HTA est présente lorsque la pression artérielle (PA) demeure en permanence au-dessus des valeurs normales, ce qui occasionne des dommages aux vaisseaux sanguins et peut par le fait même provoquer d'autres problèmes de santé (Izzo, et al., 2008). Selon le Programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH), les valeurs normales de la PA en clinique sont de <140/90 mmHg chez tous les patients, sauf chez les diabétiques, pour qui l'on vise plutôt des valeurs de <130/80 mmHg (Hackam et al., 2013). Pour 90 % des personnes ayant un diagnostic d'HTA, l'étiologie est multifactorielle et non liée à une cause précise, d'où l'appellation d'HTA essentielle ou primaire (Kaplan & Victor, 2009).

La prévalence de l'HTA

Selon une enquête populationnelle, décrivant la répartition de la PA chez la population adulte au Canada, la prévalence de l'HTA en 2009 est de 19 % (Wilkins, et al., 2010). Plus précisément, chez l'homme, la prévalence globale de l'HTA est de 19,7 % et chez la femme, 19,0 %. Il est à noter que cette prévalence augmente avec l'âge chez les deux sexes. De 20 à 39 ans, moins de 2 % sont atteints d'HTA, alors que c'est

18 % chez les 40 à 59 ans et 53 % chez les 60 à 79 ans. Parmi la population atteinte d'HTA traitée par une médication hypertensive, 66 % ont une HTA contrôlée, alors que 14 % n'arrivent pas à la contrôler. Les pourcentages de contrôle de l'HTA sont similaires selon les genres, bien que seulement 76 % des hommes utilisent la médication, comparativement à 83 % chez la femme. Malgré tous les efforts mis en place, 17 % des adultes atteints d'HTA demeurent ignorants de leur maladie, et ce, davantage chez les hommes, avec 20 % que les femmes avec 14 % (Wilkins, et al., 2010). Ceci pourrait notamment s'expliquer par le fait que les hommes sont moins nombreux que les femmes à avoir un médecin de famille (MSSS et al., 2011).

Les conséquences de l'HTA

L'HTA est souvent appelé le tueur silencieux, c'est-à-dire que la maladie est asymptomatique et entraîne des complications pouvant causer la mort (Kaplan & Victor, 2009). C'est le facteur prédisposant le plus commun dans le développement des maladies cardiovasculaires, des accidents vasculaires cérébraux, des maladies des artères périphériques et de l'insuffisance cardiaque (Kannel & Wilson, 2008). L'HTA double généralement le risque de maladie cardiovasculaire, pour lequel les coronopathies sont les plus fréquentes et mortelles (Kannel & Wilson, 2008). Les néphropathies s'ajoutent également à la liste des conséquences, bien que figurant également comme cause de l'HTA (Ruilope & Izzo, 2008). En fait, la progression des néphropathies, particulièrement chez les diabétiques, est dépendante des valeurs de la pression artérielle

(PA), d'où les valeurs cibles plus basses pour cette clientèle (Ruilope & Izzo, 2008). Les Afro-Américains, plus particulièrement les hommes, sont exceptionnellement à haut risque d'un stade terminal de maladie rénale, comparativement aux Caucasiens atteints d'HTA (Ruilope & Izzo, 2008), ce qui explique, en plus de la plus grande prévalence (Kaplan & Victor, 2009), le grand nombre d'articles ayant comme population, les Afro-Américains.

Le traitement de l'HTA

Le traitement de l'HTA peut être non pharmacologique et pharmacologique. Généralement en traitement initial, la modification des habitudes de vie comporte plusieurs avantages dans la gestion de l'HTA. Par exemple, chaque kilogramme perdu engendre une diminution de la pression artérielle systolique de 1,1 et de 0,9 pour la pression artérielle diastolique (Padwal, Campbell, & Touyz, 2005). Afin de prévenir et traiter l'HTA, le programme éducatif canadien sur l'hypertension (PECH) recommande quelques modifications des habitudes de vie en regard de l'activité physique, l'alimentation, le poids, le stress et la consommation d'alcool (voir Tableau 1, tiré de Hackam et al., 2013).

Tableau 1

Recommandations du PECH pour l'adoption de saines habitudes de vie

Habitude de vie	Recommandations
Augmentation de l'activité physique	4 à 7 fois/semaine pendant 30 à 60 minutes
Saine alimentation réduite en sodium	Basé sur le régime DASH (Dietary Approaches to Stop Hypertension) : riche en fruits et légumes, produits laitiers faible en gras, fibres alimentaires solubles, céréales à grains entiers et des protéines d'origine végétale réduite en cholestérol et gras saturé. L'apport en sodium recommandé : 1500 mg/jour pour les 50 ans et moins 1300 mg/jour chez les adultes âgés entre 51 et 70 ans 1200 mg/jour pour les gens de plus de 70 ans
Contrôle et maintien du poids	Indice de masse corporelle entre 18,5 et 24,9 kg/m ² Tour de taille sain (<94 cm chez les hommes et <80 cm chez la femme)
Meilleure gestion du stress	Approches cognitivo-comportementales jumelées à des techniques de relaxation
Diminution de la consommation d'alcool	Maximum de 14 consommations/semaine chez l'homme et 9 chez la femme

En ce qui concerne le traitement pharmacologique de l'HTA, on retrouve cinq grandes classes de médicaments en prévention primaire : les diurétiques thiazidiques, les inhibiteurs de l'enzyme de conversion de l'angiotensine (IECA), antagonistes des récepteurs de l'angiotensine II (ARA), bloqueurs des récepteurs β -adrénergiques (β -bloqueurs) et bloqueurs des canaux calciques (BCC) (Hackam, et al., 2013). Globalement, le choix du traitement pharmacologique doit tenir compte du risque

cardiovasculaire, de l'âge de la personne traitée, de la tolérance au traitement, des organes cibles atteints et des comorbidités présentes (Hackam, et al., 2013). Bien entendu, l'optimisation du traitement de l'HTA ne peut se réaliser sans l'adhésion de la personne atteinte à son traitement (Dennison, 2008). Étant le plus grand défi dans la gestion de l'HTA, l'infirmière se doit d'évaluer l'adhésion du patient à chaque visite et d'utiliser les interventions spécifiques requises (McLean, et al., 2007).

Le rôle de l'infirmière dans la gestion de l'HTA

En tant que professionnelles de la santé, les infirmières ont un important rôle dans le suivi des patients ayant un diagnostic d'HTA, en s'assurant que ceux-ci bénéficient d'une évaluation et d'un traitement approprié (McLean, et al., 2007). En complémentarité au travail du médecin et du pharmacien, les infirmières contribuent à un meilleur contrôle de l'HTA par leur effort dans le dépistage de la maladie, l'évaluation de la condition physique, l'initiation de mesures diagnostiques, les suivis en clinique, ainsi que la participation à l'enseignement à la clientèle (McLean, et al., 2007; Ordre des infirmières et infirmiers du Québec & Fédération des médecins omnipraticiens du Québec, 2005). À ce titre, les infirmières doivent s'engager à améliorer le contrôle de la PA par le renforcement des informations concernant les risques de l'HTA, l'importance du contrôle de la PA et d'un traitement approprié, l'éducation sur l'efficacité des saines habitudes de vie, de la médication et l'adhérence au traitement (McLean, et al., 2007). Les infirmières doivent donc demeurer informées sur les

dernières recommandations pour le dépistage et le traitement, ainsi que comprendre les principaux enjeux dans la gestion de l'HTA (McLean, et al., 2007). Comme les croyances permettent d'expliquer un certain nombre de comportements, l'exploration de ces croyances, mais également perceptions, ressources et obstacles quant à l'HTA, revêt une place importante dans rôle de l'infirmière (Phaneuf, 2011; Poirier, et al., 2006). Bref, que ce soit par la prévention, le dépistage, le traitement ou le suivi de l'HTA, les infirmières ont un rôle essentiel au cœur de l'équipe interdisciplinaire.

La santé des hommes

Alors que de plus en plus d'études sur la santé incluent la notion de genre, il semble que cela ne conduit pas plus loin que l'ajout de la variable sexe/genre lors de l'analyse (Snow, 2008). De plus, l'utilisation interchangeable dans la littérature, du terme sexe et genre, laisse sous-entendre que le genre est un prolongement de la variable sexe (Snow, 2008), alors que pour d'autres, le thème du « genre et de la santé » est devenu carrément synonyme de la santé des femmes (Courtenay, 2000b). Or, on parle de « sexe » en regard de la biologie de l'homme et de la femme (Office québécois de la langue française, 2012), alors que la notion de genre réfère au processus de socialisation, où les hommes et les femmes construisent et reconstruisent les normes dominantes de la féminité et la masculinité (Courtenay, 2000b).

Selon les travaux de Sabo (2000), le domaine de la santé des hommes a débuté dans les années 70, où le courant de pensée était exploratoire et examiné au travers les

théories et politiques féministes. À cette époque, la prémisse générale était que la conformité des hommes à la masculinité traditionnelle entraînait un déficit en regard de leur santé. Par la suite, dans les années 1980, la recherche sur la santé des hommes demeurait peu abondante et surtout axée sur la théorie des rôles sexuels. C'est dans les années 1990 que la masculinité et la santé des hommes émergent réellement.

La masculinité

Selon l'Office québécois de la langue française (2012), la masculinité se définit comme le caractère correspondant à l'ensemble des attributs propres à l'homme. Les études sur les hommes et les masculinités sont composées par deux grandes approches, soit l'essentialisme et le socio-constructivisme (Genest-Dufault & Tremblay, 2010). Alors que dans les années 1990 apparaissait la théorie sur la masculinité hégémonique, décrite comme la position dominante de l'homme et la subordination de la femme (Connell, 1995), il semble que le paradigme relié aux perceptions et au rôle de l'homme dans les sociétés occidentales postindustrielles tende à changer (Möller-Leimkühler, 2002).

Dans un premier temps, un portrait américain permet de situer la santé des hommes dans une perspective socio-constructiviste (Courtenay, 2000b). Ensuite, un modèle explicatif de la santé des hommes (Cloutier, et al., 2005) est présenté, ainsi qu'une étude portant sur une masculinité moins traditionnelle (Sloan, Gough, & Conner, 2010).

Selon une revue de littérature, examinant les différences entre les genres au niveau des expériences sociales, culturelles et des représentations des genres, il semble que plusieurs facteurs pourraient expliquer l'état de santé des hommes (Courtenay, 2000b). Les articles de l'auteur américain Will H. Courtenay ont été largement cités par les auteurs d'hier et aujourd'hui. Selon lui, il semble qu'il existe une disparité entre les genres au sujet des croyances et des comportements de santé. Les hommes se perçoivent moins à risque que les femmes pour les problèmes de santé. Cette perception d'invulnérabilité augmente donc leurs risques de morbidité et mortalité et ne favorise pas l'apparition de changement dans les comportements de santé malsains. Il semblerait également que les hommes seraient moins réceptifs que les femmes à obtenir de l'information sur la santé, ce qui amène l'auteur à constater que les hommes ont moins de connaissances que les femmes sur la santé en général.

Toujours selon cet auteur, les croyances des hommes au sujet de la virilité influencent leur perception de santé. Par exemple, les hommes qui endossent les normes de la masculinité traditionnelle adoptent de moins bonnes habitudes de vie et ont des comportements plus à risque. En second lieu, les hommes seraient davantage engagés que les femmes dans plus de trente comportements qui augmentent le risque de maladie, de blessure et de décès (Courtenay, 2000c). L'auteur révèle également que les hommes sont moins disposés à aller chercher de l'aide en cas de besoin. Un délai au moment de

consulter entraîne donc des conséquences au niveau de la détection rapide, qui est souvent cruciale pour la prévention des maladies et de la mort.

En accord avec la théorie socio-constructivisme, Courtenay (2000c) présente les hommes non pas comme pas des victimes, mais bien des acteurs actifs, tout comme les femmes, dans la construction des normes dominantes de la féminité et masculinité. L'origine de cette différence entre les genres, dans la construction des comportements de santé, s'amorce dès l'enfance par l'éducation, mais aussi par les médias, le travail, etc. Le système de santé représente également une institution importante dans la construction du genre et la santé. Par exemple, par le passé aux États-Unis, les hommes n'étaient pas encouragés à prendre soin de leur santé, alors que les femmes l'étaient (Annandale & Clark, 1996). Selon la revue de littérature de Courtenay (2000c), lors des visites chez le médecin, les hommes bénéficient de moins de temps, de conseils pour les modifications des habitudes vie ainsi que de plus brèves explications que les femmes. Ces exemples pourraient s'expliquer en partie par le fait que les hommes rapportent moins de symptômes physiques ou psychologiques à leur médecin ou encore que les femmes soient plus habiles que les hommes pour détecter rapidement et rapporter les symptômes. En résumé, Courtenay démontre par ses écrits que par leur construction de la masculinité, les hommes adoptent davantage de comportements à risque pour la santé.

Près de dix ans après la publication de l'article de (Courtenay, 2000b), les statistiques américaines et québécoises démontrent que les hommes demeurent encore avec des

comportements plus à risque que les femmes (MSSS et al., 2011; Pinkhasov et al., 2010). D'autre part, une seconde étude américaine démontre qu'effectivement, la socialisation au genre masculin encourage les hommes à mettre leur santé à risque (Mahalik, Burns, & Syzdek, 2007). Toutefois, ces auteurs apportent un élément supplémentaire, en regard des perceptions des normes sociales qui influencent également les comportements de santé des hommes. Il faut également nuancer l'ensemble des comportements masculins, car tous n'adoptent pas les mêmes comportements. Par exemple, les hommes homosexuels, les hommes bisexuels et les hommes ayant un revenu et un niveau de scolarité plus élevé, rapportent davantage de comportements préventifs (Mahalik, et al., 2007). Également, lorsqu'il est question de performances sexuelles, la demande d'aide semble plus rapide (O'Brien, Hunt, & Hart, 2005). Malgré tout, d'autres études rapportent que la masculinité hégémonique, c'est-à-dire des comportements qui se traduisent, par exemple, par un déni de la vulnérabilité, le contrôle physique et émotionnel, l'apparence d'être fort et robuste ainsi que le refus de demander de l'aide est toujours présente (Coles et al., 2010; Courtenay, 2000a; Noone & Stephens, 2008; O'Brien, et al., 2005; Tyler & Williams, 2013).

Alors qu'un nombre restreint d'écrits scientifiques traitent de la santé des hommes, il est intéressant de souligner que trois auteurs québécois ont tenté d'expliquer le décalage qui subsiste entre les femmes et les hommes, quant aux statistiques et à leur perception de la santé (Cloutier, et al., 2005). Afin d'éclaircir ce phénomène, un modèle explicatif de la santé des hommes est proposé (voir Figure 2). Le premier des cinq éléments du

modèle est la *sensibilité différentielle*, c'est-à-dire que les hommes auraient un seuil de sensibilité différent de celui des femmes. Ceci pourrait s'expliquer, entre autres, au niveau physiologique, par un appareil biologique moins réactif ou des seuils sensoriels plus élevés que les femmes, mais aussi par la socialisation masculine qui survalorise la résistance aux signaux d'alarme du corps. Le second facteur est ce que les auteurs appellent le *biais optimiste masculin*. On pourrait l'expliquer par la tendance à percevoir les événements sous contrôle personnel, alors qu'en réalité, ils ne le sont pas. Ceci engendre donc un sentiment d'invulnérabilité qui peut nuire à l'adoption de comportements sains de santé. Le troisième élément du modèle explicatif est le *radicalisme comportemental des hommes*. Ces derniers consomment plus que les femmes (alcool, drogues, cigarettes) et démontrent plus d'intensité dans leurs activités physiques de loisir. Par ailleurs, les hommes ont des conduites suicidaires avec des moyens plus drastiques que les femmes. D'un autre côté, ce radicalisme est positif lorsqu'il s'agit de modifier un comportement. Par exemple, les fumeurs masculins auront des moyens plus draconiens que les femmes lors de la cessation tabagique. L'avant-dernier élément regroupe les *blocages relationnels sélectifs*. Ceci représente la place moins importante que représente le domaine relationnel dans l'univers des hommes. Par exemple, ceux-ci ont tendance à dissimuler et à nier leurs symptômes, ils utilisent la fuite pour éviter de dévoiler un malaise et ils ont moins tendance à demander de l'aide. La mention d'un problème de santé serait vue chez l'homme comme une source potentielle de dévalorisation. Finalement, le dernier facteur du modèle est celui qui englobe les quatre autres éléments soit l'*identité de rôle et de genre*. Proposé comme

une toile de fond, ce facteur correspond au processus de socialisation des garçons et des hommes. En fonction des stéréotypes, qui sont encore fort présents dans la société, les hommes sont perçus comme plus forts que les femmes, plus durs, plus enclins à prendre des risques, plus agressifs, dominateurs, violents, compétitifs, moins sensibles aux autres et plus individualistes. Bref, ce modèle explicatif permet de mieux comprendre la réalité des hommes en ce qui concerne leur santé.

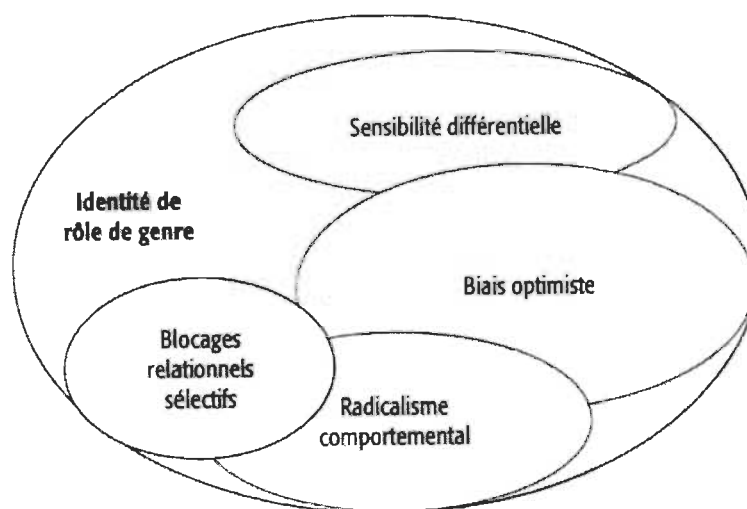


Figure 2. Facteurs explicatifs de la spécificité de la santé des hommes (Cloutier, et al., 2005).

Les hommes construisent une variété de types de masculinité, que ce soit ethnique, professionnelle ou autre (Courtenay, 2000b). La relation entre les comportements de santé et la masculinité est donc complexe, ce qui a amené des chercheurs à se pencher sur la masculinité chez des hommes ayant de bonnes habitudes de vie (Sloan, et al., 2010).

Dans le cadre d'une étude qualitative réalisée au Royaume-Uni, dix hommes se décrivant comme en santé ont été interrogés dans le cadre d'entretiens de groupe. Alors que le but de l'étude était d'explorer la façon dont les hommes construisent des comportements sains en respect avec leur identité masculine, les participants, recrutés pour leur bonne santé, demeuraient réticents à se présenter comme étant directement concernés par leur santé. En somme, l'autonomie est l'argument principal pour l'affirmation de la masculinité, qui se traduit par les thèmes du choix de s'engager dans des comportements sains, de la compétition dans les sports (tout en rejetant la compétition dans la consommation d'alcool) et du contrôle (résister aux pratiques de consommation d'alcool).

Les comportements de santé

Toujours sous le thème de la santé des hommes, on note certaines distinctions entre les comportements des hommes et ceux des femmes. En fait, le comportement se définit comme une manière de se comporter, de se conduire (Office québécois de la langue française, 2012). À cet égard, il a été souligné dans la problématique que plusieurs habitudes de vie adoptées par les hommes se retrouvaient parmi les facteurs de risque associés à l'HTA (MSSS et al. 2011; Santé Canada, 2010). De plus, il semble que les hommes consultent moins que les femmes pour les soins préventifs (Cherry, et al., 2007) et qu'une disparité existe entre les genres, en regard de l'aspect pharmacologique de l'HTA (Regitz-Zagrosek, 2006). À la lumière de ces éléments, deux aspects des

comportements de santé seront abordés dans cette recension des écrits : l'utilisation des services de santé et l'adhésion au traitement pharmacologique.

L'utilisation des services de santé. Comme mentionné précédemment, les statistiques démontrent que les hommes utilisent moins les services de santé, de façon générale, que les femmes (Cherry et al., 2007; MSSS et al., 2011). Bien qu'aucun article ne traite spécifiquement de l'HTA, une récente recherche sur la masculinité et l'utilisation des services de santé chez les jeunes hommes permettra de mieux comprendre les comportements de ceux-ci (Tyler & Williams, 2013). Puis, une revue de littérature fournira un résumé critique sur la recherche d'aide chez les hommes (Galdas, Cheater, & Marshall, 2005)

De type qualitatif, l'étude de Tyler & Williams (2013) avait pour objectif d'explorer les avenues sur la santé des jeunes hommes, en considérant comment la masculinité influence la compréhension des hommes envers la santé. Âgés de 18 à 30 ans, 28 hommes ont participé à un entretien de groupe sur le web, de type asynchrone. La majorité était originaire du Royaume-Uni. Parmi les résultats, tous les hommes se disaient intéressés par leur santé, mais ils n'en discutaient pas ouvertement. À cet effet, trois thèmes principaux ont émergé en regard des diverses stratégies utilisées pour parler de leurs pratiques de santé : 1) conceptualiser la santé - la santé au quotidien versus la santé cachée de l'homme -, 2) la demande d'aide - les restrictions de la masculinité - et 3) l'utilisation des services de santé - la légitimation de la demande d'aide au travers

l'identité masculine -. Dans le premier thème, les hommes expérimentaient souvent des difficultés à atteindre leurs idéaux en matière de santé et ils soulignaient les conséquences dommageables de leurs habitudes de vie. Dans le second thème, les participants se sentaient restreints dans leur habileté à reconnaître la maladie et ils mentionnaient que les normes de masculinité n'encourageaient pas à consulter. Puis, en regard du dernier thème, les hommes défendaient leur façon d'utiliser les soins au travers des traits masculins, telle la prise de contrôle et être actif dans la prise en charge de la maladie. Par exemple, une des méthodes utilisées par les hommes est la compréhension de la sévérité d'une condition au travers l'auto-monitorage ou même l'utilisation de médication en vente libre. En conclusion, cette étude souligne la façon dont les jeunes hommes comprennent et agissent sur leur santé au quotidien et met également en évidence le potentiel de l'internet pour répondre aux questions des hommes, obtenir du support et discuter de leurs préoccupations en regard de leur santé.

La deuxième étude présentée pour l'utilisation des services de santé chez les hommes est donc une revue de littérature de 124 articles publiés en anglais, entre 1966 et 2003 (Galdas, et al., 2005). Celle-ci a exploré le comportement de la recherche d'aide chez les hommes ayant une problématique de santé. Les résultats de cette revue de littérature suggèrent que les hommes ont moins tendance que les femmes à aller chercher de l'aide de la part des professionnels de la santé (Galdas, et al., 2005). Il semble que les hommes vont chercher de l'aide différemment des femmes. Par exemple, les femmes ont plus de facilité à se confier au sujet de problèmes psychosociaux, alors que les hommes

semblent demander de l'aide principalement lors de symptômes physiques (Corney, 1990). Or, malgré les statistiques, certains auteurs réfutent le facteur du genre quant aux comportements de recherche d'aide. Huit études auraient comme résultat que les hommes sont aussi efficace que les femmes dans la reconnaissance et la demande d'aide (Emslie, Hunt, & Macintyre, 1999; Feeney, North, Head, Canner, & Marmot, 1998; Lewis, Lewis, Lorimer, & Palmer, 1977; Macintyre, 1993; Macintyre, Ford, & Hunt, 1999; Marshall & Funch, 1986; Waldron, 1978; Wyke, Hunt, & Ford, 1998). Par ailleurs, les auteurs de cette revue de littérature ont noté une image contradictoire entre les divers articles comparant les genres, en regard des comportements de recherche d'aide (Galdas, et al., 2005). L'aspect méthodologique des études est dénoncé, en raison de la spéculation de certains résultats de recherche et de la généralisation de ceux-ci (Addis & Mahalik, 2003). Toujours selon la revue de littérature de Galdas, et al. (2005), plusieurs éléments pourraient expliquer le comportement de recherche d'aide chez les hommes : l'ignorance des symptômes (Sandén, Larsson, & Eriksson, 2000), la normalisation de ceux-ci (Finlayson & McEwen, 1977) et les normes sociales attendues chez les hommes (Richardson & Rabiee, 2001). En conclusion, les auteurs rappellent que la demande d'aide est un phénomène complexe influencé non seulement par le genre, mais également par le travail, le statut socio-économique et l'âge (Galdas, et al., 2005). D'ailleurs, en parallèle de la conclusion de cette revue de littérature, une étude réalisée au Royaume-Uni rapporte que le problème de consultation chez les hommes ne serait pas en soi une question de volonté, mais plutôt une impression que les

opportunités de consultation ne sont pas adaptées à leur réalité, par exemple le temps d'attente, les heures d'ouverture, etc. (Coles, et al., 2010).

En somme, la compréhension de l'utilisation des services de santé chez les hommes est encore partielle. Par ailleurs, quelques chercheurs ont exploré ce thème par des études qualitatives (Branney, Witty, Bagnall, South, & White, 2012; Dupéré, O'Neill, & De Koninck, 2012; Smith, Braunack-Mayer, Wittert, & Warin, 2008). Or, l'aspect asymptomatique de l'HTA ajoute une particularité à l'utilisation des services de santé et aucun chercheur à ce jour n'a étudié ce sujet. En conclusion, comme le souligne Galdas, et al. (2005), le corpus de connaissances sur l'utilisation des services de santé chez les hommes demeure insuffisant pour guider la pratique, mais des auteurs s'intéressent aux moyens pour y parvenir (Tyler & Williams, 2013).

L'adhésion au traitement. Dans la littérature, aucun consensus n'est fait sur les façons de nommer et de mesurer l'adhésion au traitement (Guénette, Moisan, & Guillaumie, 2011). Plusieurs termes sont utilisés, tels: observance, persistance, fidélité, concordance et les anglicismes adhérence et compliance (Guénette, et al., 2011). Or, dans ce travail, le terme « adhésion au traitement » sera utilisé, car il apparaît le plus pertinent dans le contexte actuel. Il se définit par le degré avec lequel le comportement de la personne coïncide avec les recommandations du professionnel de la santé (Haynes, et al., 1979). Il ne renvoie donc pas seulement aux aspects pharmacologiques du traitement (Guénette, et al., 2011). Certes, l'adhésion au traitement de l'HTA n'est pas une fin en soi, mais un

moyen de retarder ou même éviter l'apparition des conséquences de la maladie (Dennison, 2008). Une adhésion inadéquate à la médication est une barrière au contrôle de l'HTA (Chobanian et al., 2003). En fait, le manque de contrôle de l'HTA est un sérieux défi pour la santé publique (World Health Organization, 2009), car ses conséquences sont nombreuses. Des coûts liés à la santé (Gaziano, Bitton, Anand, & Weinstein, 2009) sont notamment dénoncés, ainsi qu'un nombre plus élevé de visites chez le médecin (Paramore et al., 2001). Considérant la nature chronique de l'HTA, l'adhésion à long terme au traitement pharmacologique et non pharmacologique est cruciale (Erdine, 2010).

Selon une étude québécoise évaluant la persistance de cinq classes de médicaments antihypertensifs, il semblerait que le fait d'être un homme est associé à un taux élevé de cessation volontaire du traitement (Perreault, et al., 2005). De devis et d'angles différents, six groupes de chercheurs se sont penchés sur l'adhésion au traitement chez les hommes atteints d'HTA (voir Tableau 2).

Tableau 2

*Études sur l'adhésion au traitement***Devis quantitatif**

Étude 1 : Barrières à l'adhésion au traitement (Hill, Bone, Kim, et al., 1999)

Étude 2 : L'expérience des hommes face à l'adhésion (Rose, et al., 2000)

Étude 3 : Relation entre la confiance au système de santé, l'adhésion au traitement pharmacologique et le contrôle de l'HTA (Elder et al., 2012)

Étude 4 : Facteurs d'adhésion au traitement associés aux patients, aux professionnels de la santé et au système de santé (Lewis, Schoenthaler, & Ogedegbe, 2012).

Devis qualitatif

Étude 5 : Influence des attitudes et croyances sur l'adhésion au traitement (Bennett, 2011)

Étude 6 : Théorie sur la non-adhésion (Edwards, 2011)

Étude 1. Ainsi, la première étude présentée a exploré les barrières au contrôle de l'HTA (Hill, Bone, Kim, et al., 1999). Dans un essai clinique randomisé visant à améliorer la qualité des soins et du contrôle de l'HTA chez les jeunes hommes afro-américains, les auteurs de cette étude ont exploré, en objectif secondaire, les facteurs influençant l'adhésion au traitement (Hill, Bone, Hilton, et al., 1999). À l'aide d'un questionnaire, 309 hommes afro-américains âgés de 21 à 54 ans (moyenne de 41 ans) ont été interrogés sur leurs connaissances, attitudes et croyances, leurs ressources ainsi

que leur adhésion au traitement de l'HTA. Parmi l'ensemble des résultats, on retient que 93 % des hommes ont indiqué être au courant des conséquences néfastes de la non-adhésion au traitement de l'HTA. Deux éléments sont considérés comme des prédicteurs significatifs pour une saine gestion de l'HTA soient être couvert par une assurance-maladie (RC : 7,20, $p < 0,01$) et ne pas consommer de drogues (RC : 0,56, $p = 0,04$). Parmi les prédicteurs statistiquement significatifs d'une PAS contrôlée on retrouve : avoir un suivi régulier avec un médecin pour la gestion de l'HTA, une prise quotidienne de la médication antihypertensive et la sobriété face aux drogues. En fait, les hommes de l'étude ayant une prise régulière d'antihypertenseurs étaient 63 fois plus susceptibles d'avoir une PA contrôlée que ceux ne prenant aucune médication pour cette maladie. En conclusion, comme le soulignent les auteurs, l'identification, mais également la compréhension des barrières au contrôle de l'HTA sont essentielles à la planification de stratégies d'interventions efficaces, plus particulièrement chez les hommes.

Étude 2. La seconde étude avait pour objectif de comprendre l'expérience d'hommes afro-américains atteints d'HTA, en regard de leur adhésion au traitement pharmacologique (Rose, et al., 2000). Tout comme l'étude précédente (Hill, Bone, Kim, et al., 1999), cette étude est issue du même essai clinique randomisé portant sur l'amélioration de la qualité des soins et du contrôle de l'HTA chez les jeunes hommes afro-américains. Par un devis descriptif exploratoire, des entrevues ont été menées avec dix-neuf hommes vivant en milieu urbain, tous âgés de 33 à 49 ans. L'analyse des résultats a permis d'identifier trois thèmes : 1) le *contexte personnel* de la signification

de la santé, de l'HTA et des recommandations reliées au traitement ; 2) le *contexte social* d'être un afro-américain dans un environnement citadin ; et 3) le *contexte culturel* de la relation patient-professionnel de la santé et sa pertinence dans l'efficacité du traitement.

Dans le *contexte personnel*, l'interprétation des symptômes, la prise de médication et les préoccupations personnelles ont été mentionnées comme des facteurs modifiant l'adhésion au traitement de l'HTA. Par exemple, dans le sous-thème de la médication, près de la moitié (42 %) des participants ont affirmé ajuster leur médication selon leur compréhension du mode d'action. De plus, la demande d'aide, le soutien et l'expression des préoccupations en regard de la santé ont été décrits comme une difficulté par les hommes. Par ailleurs, pour 53 % des hommes, le soutien familial était le type d'aide avec lequel ils étaient le plus confortables et ce soutien venait habituellement de la part des mères et des soeurs.

Concernant le *contexte social*, la limitation des ressources financières, la critique sociale (plus particulièrement chez les participants ayant une dépendance) et l'expérience des proches en regard des soins de santé, ont été rapportées comme facteurs qui influencent également les participants dans leur gestion de l'HTA (Rose, et al., 2000). Par exemple, le coût élevé de la médication antihypertensive amène les participants à considérer cet achat comme un luxe.

En terminant, dans le *contexte culturel*, la relation entre le professionnel de la santé et le patient et la prise en considération des circonstances de la vie sont les derniers facteurs modifiant la gestion de l'HTA (Rose, et al., 2000). C'est-à-dire qu'une relation de collaboration entre les hommes et les professionnels de la santé émerge comme motivation pour l'adhésion au traitement de l'HTA. Bref, selon les auteurs, leurs résultats démontrent bien l'importance des facteurs personnels, culturels et sociaux dans la gestion de l'HTA chez les hommes afro-américains.

Étude 3. Cette étude avait pour objectif d'évaluer la relation entre la confiance au système de santé, l'adhésion thérapeutique et le contrôle de l'HTA chez des hommes afro-américains du sud des États-Unis (Elder, et al., 2012). Issues d'un autre projet de recherche ayant recruté 993 participants atteints d'HTA, seules les données des 235 hommes afro-américains ont été analysées pour cette étude à devis corrélationnel. Parmi ceux-ci, plus de 80 % étaient âgés de plus de 45 ans. Des entretiens ont été réalisés en plus d'une évaluation du risque cardiovasculaire. Parmi les résultats, les participants avec une plus grande confiance envers le système de santé étaient légèrement plus enclins à rapporter une meilleure adhésion au traitement (RC=1,06, p=0,027). Les hommes ayant un sentiment d'auto-efficacité élevé ont également tendance à avoir une meilleure adhésion au traitement (RC=1,08, p=0,002). Toutefois, le contrôle de l'HTA n'était pas associé avec la confiance envers le système de santé. Or, les hommes avec un sentiment d'auto-efficacité élevé sont plus susceptibles d'avoir un meilleur contrôle de leur HTA (RC=1,06, p=0,048). En conclusion, afin de promouvoir l'adhésion au traitement, des

interventions intégrant l'aspect de la confiance devraient être considérées chez les hommes afro-américains.

Étude 4. La dernière étude quantitative avait pour objectif de déterminer les facteurs associés aux patients, aux professionnels de la santé et au système de santé, en regard de l'adhésion au traitement pharmacologique chez des hommes afro-américains atteints d'HTA (Lewis, Schoenthaler, & Ogedegbe, 2012). Issue de l'essai clinique randomisé CAATCH (Counseling African Americans to Control Hypertension), 253 hommes ont participé à cette étude transversale. Âgés de 24 à 90 ans (moyenne de 56,6 ans), plus de la moitié des participants n'adhéraient pas au traitement (54,9 %). Afin de déterminer les facteurs d'influence, plusieurs variables ont été analysées telles la perception du support social, l'adhésion au traitement pharmacologique, la communication avec le soignant, le sentiment d'auto-efficacité, la perception de la discrimination, la présence de dépression et l'historique des comorbidités. Parmi ces variables, seulement trois étaient significativement associées à une adhésion sous-optimale aux traitements : l'âge ($p=0,023$), le sentiment d'auto-efficacité ($p<0,001$) et la dépression ($p=0,038$). Les jeunes hommes et ceux ayant une moins bonne confiance en leurs habiletés à gérer la maladie sont donc moins susceptibles d'adhérer à leur traitement. Par ailleurs, tout comme l'étude de Siegel, Lopez, and Meier (2007), composé à 96 % d'hommes, il apparaît que la dépression est un élément associé à une moins bonne adhésion au traitement antihypertensif. Les auteurs concluent que, bien que l'âge ne soit pas un facteur modifiable, les professionnels de la santé ont un rôle à jouer dans le dépistage de

la dépression et dans l'utilisation de stratégies visant un sentiment d'auto-efficacité chez les patients.

Étude 5. De devis qualitatif, soit la phénoménologique herméneutique, cette étude avait pour objectif d'explorer l'influence des attitudes et croyances des hommes afro-américains en regard de la médication antihypertensive (Bennett, 2011). Pour ce projet de recherche, 17 hommes âgés de 48 à 73 ans ont été recrutés. Par des entretiens individuels semi-structurés, la compréhension de l'impact de l'HTA a émergé comme thème global. Trois sous-thèmes ont supporté ce thème général. Le premier, l'*aspect asymptomatique de la maladie* est présenté comme un aspect contribuant à la banalisation de la maladie. Le second thème concerne les *complications de la maladie*, où les participants prenaient conscience de l'impact de l'HTA à travers différentes expériences comme le soutien d'un proche, la mort d'un proche ou une complication personnelle de la maladie. Le dernier thème, la *gestion de l'HTA*, réfère à l'aspect financier en tant qu'élément central pour l'adhésion à la médication antihypertensive. D'ailleurs, en cas de manque de médication, les remèdes traditionnels, tels le vinaigre, le citron ou l'eau, devenaient une alternative pour certains. Les effets secondaires constituaient une autre cause de la cessation du traitement antihypertensif. L'auteur de cette étude en est arrivé à la conclusion que les participants qui comprenaient l'impact de l'HTA étaient plus susceptibles d'adhérer au traitement.

Étude 6. Finalement, cette dernière étude a porté sur élaboration d'une théorie pour expliquer la non-adhésion au traitement pharmacologique (Edwards, 2011). Par la théorisation ancrée, 25 hommes atteints d'HTA âgés de 30 à 50 ans ont pris part à ce projet de recherche. Des entretiens semi-structurés basés sur le *Health Belief Model* (*HBM*) ont été réalisés. Trois questions de recherche guidaient ce projet : la première portait sur les éléments du *HBM*, la deuxième sur les barrières à l'adhésion puis la dernière sur les éléments la facilitant. Parmi tous les éléments du cadre conceptuel (*HBM*), un seul ne se retrouvait pas dans le discours des participants, soit la perception de la sévérité des conséquences de la maladie. Plus spécifiquement, aucun des participants n'a discuté directement de cet aspect, bien que plusieurs reconnaissaient les impacts potentiels d'une non-adhésion au traitement comme l'augmentation de la PA, les céphalées, les cardiomyopathies, les AVC et le décès. Par la suite, plusieurs barrières à l'adhésion ont été énumérées par les participants soit : les effets secondaires de la médication, la mauvaise communication avec les professionnels de la santé, incompréhension de ce qu'est être adhérent à son traitement, la mise de côté des recommandations reliées principalement à un manque de discipline et la paresse, l'aspect financier, les oublis, l'autodiagnostic quant à l'état de la maladie versus les symptômes et le manque de confiance envers les professionnels de la santé. Finalement, l'élément principal qui faciliterait l'adhésion au traitement selon les participants est la mise en place d'alternatives lorsque l'aspect financier est problématique, par exemple des plans de paiement. Bref, en regard de ces résultats une approche plus holistique aux problèmes d'adhésion est grandement souhaitable : il est nécessaire de mieux

comprendre divers facteurs comme les attitudes, perceptions, croyances, espoir et peur qui influencent les comportements de santé.

Au travers ces six articles, bien que la quasi-majorité des échantillons étaient composée d'hommes Afro-Américains, plusieurs éléments ont permis une meilleure compréhension de l'adhésion au traitement. Tout d'abord, il en ressort que l'utilisation des services de santé est fortement liée à l'adhésion au traitement (Hill, Bone, Kim, et al., 1999) et que la demande d'aide est décrite comme une difficulté par certains hommes, donc une barrière à l'adhésion au traitement (Rose, et al., 2000). De plus, parmi les facteurs reliés à l'adhésion, une partie semble imputable au patient et l'autre aux professionnels de la santé (Bennett, 2011; Elder, et al., 2012; Hill, Bone, Kim et al., 1999; Lewis, et al., 2012; Rose, et al., 2000). De plus, le facteur de la relation entre le patient et le professionnel de la santé est présenté comme élément lié à l'adhésion au traitement (Edwards, 2011; Rose, et al., 2000). Suite à ce constat, le projet de recherche actuel a d'autant plus sa pertinence dans la compréhension des perceptions et croyances des hommes.

La compréhension de l'HTA

Dans les sociétés occidentales, l'explication des causes biologiques ou physiologiques de la maladie est laissée aux dépositaires du savoir médical, ce qui n'empêche toutefois pas le savoir populaire de combler les vides en élaborant ses propres modèles étiologiques (Massé, 1995). Le savoir populaire relié à la santé et à la maladie constitue

un système culturel bâti à partir d'un ensemble d'éléments de base : les connaissances, les croyances, les attitudes, les symboles, les valeurs et les représentations (Massé, 1995). Il permet à l'individu de construire des modèles explicatifs des causes, du développement et du traitement de sa maladie (Massé, 1995). C'est donc cette compréhension individuelle de l'HTA qui sera exploré. Toujours sous le thème de la santé des hommes, ce sous-thème, portant sur la compréhension de l'HTA, sera abordé sous trois angles : la conception de l'HTA, les connaissances sur cette maladie et la perception du risque cardiovasculaire.

La conception de l'HTA

Comme mentionné précédemment, il semble y avoir une disparité entre les genres en regard de la conception de maladie. Les études suivantes sont présentées selon leur devis et leur chronologie de publication (voir Tableau 3).

Tableau 3

Études sur la conception de l'HTA

Devis qualitatif
Étude 1 : Conception des hommes (Blumhagen, 1980)
Étude 2 : Différence entre les genres, dans la description de l'HTA (Hautman & Bomar, 1992)
Étude 3 : Conception de l'HTA chez les Haïtiens immigrés au Québec (St-Germain, 2000).
Étude 4 : Comprendre les modèles exploratoires de l'HTA en Inde (Kusuma, 2009)
Devis quantitatif
Étude 5 : Problèmes et attitudes perçues en regard du traitement de l'HTA (Jokisalo, Kumpusalo, Enlund, & Takala, 2001),
Étude 6 : Croyances entourant l'HTA et la médication (Ross, Walker, & MacLeod, 2004),
Étude 7 : Profil des Américains d'origine coréenne atteints d'HTA, concernant leurs connaissances, croyances et comportements (Han et al., 2007).

Étude 1. L'unique étude publiée à ce jour portant majoritairement sur la conception de l'HTA chez les hommes avait pour objectif d'explorer les croyances des Américains à propos de l'HTA (Blumhagen, 1980). Parmi les 103 individus recrutés dans un centre médical pour vétérans, l'échantillon comptait seulement deux femmes. Cette étude a utilisé l'entretien individuel avec un guide d'entrevue semi-structuré basé sur le modèle

exploratoire de Kleinman. Dans la schématisation de la maladie élaborée par les participants, l'HTA serait majoritairement issue de causes psychosociales et de l'hérédité. Trois types de stress sociaux et environnementaux ont été regroupés dans les causes psychosociales : le stress chronique externe (incluant des épisodes de stress extrême, le stress relié au travail et l'accumulation du stress quotidien), le stress chronique interne (problèmes psychiatriques) et le stress aigu, qui affecte temporairement l'individu. Tous ces éléments causals résultent de ce que Blumhagen (1980) appelle « Hyper-Tension », qui se réfère à une élévation de la pression dans la circulation systémique du corps. Plusieurs participants croient aussi que le rétrécissement des vaisseaux sanguins est dû à l'hérédité. De plus, le sel et les aliments gras sont pressentis comme particulièrement dangereux. En conclusion, il existe un écart entre la définition du patient (hyper-tension) et celle des professionnels de la santé (hypertension).

Étude 2. Des infirmières américaines ont tenté de décrire la différence entre les genres dans la perception de l'HTA chez des couples afro-américains (Hautman & Bomar, 1992). Dans le cadre de cette étude, 21 couples afro-américains, c'est-à-dire neuf hommes et douze femmes hypertendus ainsi que leur conjoint, ont été interrogés. Basés sur le modèle exploratoire de Kleinman (1980), des entretiens d'environ une heure ont été réalisés. L'étude de Hautman & Bomar (1992) présente l'importance de la notion de genre dans la conceptualisation et les discours reliés à l'HTA. Au niveau de la conception de l'HTA, les auteurs rapportent que les hommes utilisent davantage une

terminologie reliée à la plomberie que les femmes. Le stress a été identifié chez les deux sexes comme la principale cause de l'HTA. Or, la gestion du stress est différente selon le genre. Les femmes prônent la verbalisation, alors que les hommes gèrent leur stress dans l'action. Finalement, l'utilisation du concept de diète de l'HTA diffère également selon le genre. Les femmes utilisent le terme de diète comme qualité nutritionnelle, alors que pour les hommes, ce terme signifie une perte de poids. Les auteurs concluent que le genre est un aspect important à considérer dans la façon dont l'HTA est conceptualisée et devrait être considéré au sein des stratégies d'individualisation du traitement de l'HTA.

Étude 3. Une étude phénoménologique québécoise a tenté de cerner la conception des Haïtiens ayant un diagnostic d'HTA (St-Germain, 2000, 2002). Âgés de 40 à 50 ans, quatre hommes et quatre femmes résidant au Québec depuis plus de cinq ans ont été sélectionnés pour des entrevues semi-structurées. Les résultats se résument en cinq *patterns*, ou croyances, qui correspondent aux soins génériques développés par les participants. En premier lieu, les participants ont une explication situationnelle de la maladie induisant une difficulté d'être, un stress à l'origine de l'HTA. C'est-à-dire que la majorité des Haïtiens de l'étude associent leur HTA à un événement particulier, habituellement ponctuel, de leur vie qui, dans certains cas, a pu causer de la colère ou de la tension. En deuxième lieu, l'HTA est perçue comme une maladie grave qui peut entraîner la mort, mais dont les participants ne craignent pas les effets pour eux-mêmes. Cette croyance révèle une certaine pensée magique selon l'auteur, car le respect du traitement est jugé protecteur. De plus, les manifestations potentiellement graves de

l'HTA ne les atteignent pas, car ils conçoivent la maladie comme temporaire et non chronique. La troisième croyance porte sur la prise de médication antihypertensive qui est aussi considérée comme ponctuelle, c'est-à-dire lorsqu'ils ressentent les symptômes. Les raisons évoquées de la non-adhésion au traitement pharmacologique sont : l'absence de symptômes, la crainte des effets secondaires et la crainte de la dépendance aux médicaments. En quatrième lieu, l'HTA se maîtrise par une atmosphère paisible, qui les met à l'abri du stress à court et à long terme. Plusieurs participants ont développé une philosophie de vie leur permettant de mener une vie plus sereine et adaptée à l'HTA. Finalement, les participants font une différence entre l'HTA (en général), qui relève du paradigme biomédical, et leur propre HTA, qui relève du paradigme psychosocial tiré de leurs expériences de vie. Par exemple, les participants à l'étude disent savoir que l'HTA est asymptomatique, mais ils affirment tout de même ne pas prendre leur médication lorsqu'ils ne ressentent pas de symptôme. L'auteur de l'étude conclut en indiquant que les résultats n'ont pas permis de faire émerger de distinctions propres à la culture traditionnelle haïtienne.

Étude 4. Cette étude a tenté de comprendre les perceptions des nouveaux migrants et des migrants établis depuis plus de dix ans à Delhi (Inde), en regard de l'HTA (Kusuma, 2009). En utilisant la théorisation ancrée, des entretiens individuels et de groupes ont été réalisés auprès de 14 participants. Trois hommes et cinq femmes composaient le groupe des migrants établis depuis plus de dix ans, alors que trois hommes et trois femmes composaient le groupe des nouveaux migrants, issus du milieu rural. Tout d'abord, tous

les participants de l'étude ont perçu que l'HTA n'était pas un problème en milieu rural, là où ils habitaient avant la migration. Désignant l'HTA par « pression artérielle », tous les participants voient le stress comme la cause majeure de la maladie. Certains perçoivent les femmes comme étant plus à risque d'être atteintes d'HTA. L'explication que fournissent les femmes par rapport à ce risque plus élevé est que les tensions font parties de la routine de la vie des femmes. De leur côté, les hommes associent le risque plus élevé des femmes à leur surplus de poids, qui apparaît après le mariage et la maternité. Outre le stress, la vie en milieu urbain est associée à l'HTA notamment à cause de la pollution, la transformation des aliments et autres facteurs nutritionnels, les tensions ainsi que l'attitude des gens. En terminant, l'HTA est perçue comme symptomatique, mais l'ambiguïté demeure en regard de ses symptômes. En conclusion, l'auteur souligne l'écart entre la conception populaire de l'HTA et le modèle biomédical. Kusuma (2009) propose donc la mise en œuvre de campagne de sensibilisation, mais également des activités de suivi d'HTA visant à réduire cet écart.

Étude 5. De devis quantitatif, cette étude a pour objectif d'étudier les problèmes ainsi que les attitudes perçues par les patients atteints d'HTA, dans le cadre d'un traitement médical (Jokisalo, et al., 2001). Cette étude finlandaise a été réalisée par enquête auprès de 2219 patients atteints d'HTA. Un total de 1782 participants ont répondu au questionnaire. La moyenne d'âge était de 64,2 ans et seulement 39,4 % était des hommes. Le questionnaire utilisé comportait 45 questions portant sur les habitudes de vie, le système de santé, la médication, les mesures de PA et l'expérience des patients

reliée au traitement de l'HTA. Les résultats démontrent qu'il semble difficile d'accepter un diagnostic d'HTA, autant chez les hommes (69 %) que chez les femmes (65 %). Or, cette difficulté tend à diminuer avec l'âge. Par ailleurs, un manque de motivation pour le suivi de l'HTA est présent pour 70 % des hommes et 74 % des femmes et pourrait s'expliquer en partie par l'attitude de désespoir qu'ont 26 % des hommes et 38 % des femmes. Cette attitude est d'ailleurs légèrement plus commune chez les hommes de moins de 55 ans (34 %) que ceux de plus de 74 ans (30 %). En regard des effets secondaires du traitement de l'HTA, 51 % des hommes ont rapporté des effets sur la fonction sexuelle par rapport à 21 % chez les femmes. Cette prévalence augmente avec l'âge chez les hommes. Puis, la prévalence de la perception des problèmes économiques est plus élevée parmi les hommes (30 %) que les femmes (22 %). En conclusion, l'étude de Jokisalo, et al. (2001) mentionne qu'un défi réside encore dans le traitement de l'HTA. Des interventions doivent notamment être élaborées afin d'influencer les attitudes et les résultats laissent présager qu'il serait pertinent de les adapter en fonction du genre.

Étude 6. Cette étude portant sur la conception de l'HTA a été réalisée au Royaume-Uni et est de devis descriptif (Ross, et al., 2004). Son objectif est de décrire les croyances des patients au sujet de leur maladie et de la médication, par l'utilisation du modèle d'autorégulation de Leventhal (1997), et d'investiguer lesquelles influencent l'adhésion au traitement. Bien qu'ayant un échantillon mixte (247 femmes et 267 hommes), âgé en moyenne de 60 ans, des analyses en fonction du genre ont été incluses

dans le projet de recherche. Un questionnaire portant sur les connaissances de l'HTA, la perception du risque, le IPQ-R (*Revised Illness Perception Questionnaire*), le BMQ (*Beliefs about medicines questionnaire*) ainsi que l'échelle de Morisky à propos de l'adhésion au traitement, a été rempli par les participants. Les principaux résultats démontrent que l'adhésion au traitement est significativement influencée par l'âge et le genre, c'est-à-dire que les patients plus âgés sont davantage enclins à être adhérents que les participants plus jeunes (RC=5,9, $p<0,001$) et les femmes ont davantage tendance à être adhérentes que les hommes (RC=0,6, $p=0,015$). De plus, les hommes de cette étude ont plus tendance à croire que l'HTA a de sérieuses conséquences que les femmes ($p=0,05$). Ils ont aussi significativement plus tendance à croire qu'il est possible d'avoir un contrôle personnel sur l'HTA ($p<0,001$). Il n'y a, par ailleurs, pas de différence entre les genres quant à la croyance que le traitement peut contrôler la maladie. De plus, il n'y a pas de différence entre les genres quant à la croyance que l'HTA soit causée par des raisons psychologiques, immunologiques ou par la chance. Toutefois, comparativement aux femmes, les hommes ont davantage tendance à croire qu'il existe des facteurs de risque reliés l'HTA ($p<0,001$). En conclusion, les auteurs rappellent l'importance d'explorer les croyances sur la santé du patient et ils amènent la réflexion qu'il n'est pas déraisonnable de penser que les attitudes et les croyances peuvent différer entre les hommes et les femmes.

Étude 7. La dernière étude quantitative a pour objectif de fournir un profil détaillé des Américains d'origine coréenne atteints d'HTA, concernant leurs connaissances,

croyances et comportements en regard de la gestion de cette maladie (Han, et al., 2007). Des infirmières ont interrogé 445 participants, soit 212 hommes et 233 femmes, âgés de 40 à 64 ans. Par un devis descriptif, des données physiologiques, démographiques et psychologiques ont été recueillies, en plus d'un questionnaire portant sur les connaissances de l'HTA. Les résultats montrent une différence entre les genres au niveau des caractéristiques cliniques et de l'utilisation de la médication antihypertensive. Tout d'abord, les femmes ont un meilleur contrôle de leur pression artérielle que les hommes ($p=0,012$). De plus, elles ont une pression artérielle diastolique plus basse et elles sont plus nombreuses à rapporter prendre leur médication (49,1 % des hommes, 59,7 % des femmes, $p=0,31$). De plus, contrairement aux études présentées précédemment, il n'y a pas de différence significative entre les genres relativement aux croyances sur l'HTA, ni même en regard de la moyenne des résultats sur les connaissances sur l'HTA (hommes : 19,9 [$\pm 4,6$] et femmes : 20,5 [$\pm 4,2$]). En conclusion, cette étude nous infirme la présence de croyances différentes entre les genres, mais laisse penser que des interventions adaptées aux hommes pourraient s'avérer pertinentes quant à l'adhésion au traitement.

À l'exception de l'étude de Blumhagen (1980) et Jokisalo, et al. (2001), toutes les études présentées se sont attardées à la conception de l'HTA, sous l'angle culturel. D'ailleurs, autre que les résultats de l'étude de Han, et al. (2007), il semble y avoir une différence de conception entre les genres quant aux causes de l'HTA, des symptômes et de l'attitude envers le traitement de la maladie. Ces écrits laissent donc présumer

l'originalité et la pertinence d'explorer la conception des hommes en regard de l'HTA. Cette distinction entre les genres devient donc un élément important dans la fonction éducative de l'infirmière (McLean, et al., 2007), notamment par la conception de la maladie et par le fait même, l'adhésion au traitement. À cet effet, selon une revue systématique de littérature portant sur les croyances populaires de l'HTA et l'adhésion pharmacologique (Marshall, Wolfe, & McKevitt, 2012), il n'existe actuellement qu'une étude qualitative portant sur la conception masculine de l'HTA, soit l'étude de Blumhagen (1980). Il est possible que les hommes forment une culture en soi, mais il n'en demeure pas moins qu'aucune étude n'a vraiment abordé ce sujet sous cette perspective. L'étude de St-Germain (2000), bien qu'elle ne compte que huit participants, est ce qui se rapproche le plus de l'étude actuelle. Comme le conclut la méta-analyse de Marshall et al. (2012), qui inclue 53 études, quoique les croyances sont relativement similaires entre les groupes ethniques et les régions géographiques, des interventions d'éducation spécifiques aux groupes ethniques s'avèrent tout de même justifiées.

Les connaissances sur l'HTA

Alors qu'aucune étude n'a évalué spécifiquement les connaissances en regard de l'HTA avec un échantillon uniquement masculin, on retrouve plusieurs études qui l'ont fait avec des devis quantitatifs, en utilisant des échantillons mixtes. Seules les études ayant des résultats en regard du genre seront présentées, c'est-à-dire celle de Petrella & Campbell (2005), ainsi que celle de Viera, Cohen, Mitchell, & Sloane (2008).

La première étude provient d'un sondage téléphonique national effectué au Canada (Petrella & Campbell, 2005). Parmi les 1001 participants âgés de plus de 40 ans (500 hommes et 501 femmes) sélectionnés de manière aléatoire, 36 % des femmes et 32 % des hommes ont répondu être atteints d'HTA. En plus de déterminer la prévalence et le taux de patients diagnostiqués avec l'HTA, l'objectif de cette étude était d'identifier d'éventuelles compréhensions erronées à l'égard de l'HTA. Similairement à d'autres études portant sur les connaissances reliées à l'HTA (Cheng et al., 2005; Egan, Lackland, & Cutler, 2003; Oliveria, Chen, McCarthy, Davis, & Hill, 2005), seulement 44 % des répondants pouvaient indiquer les valeurs tensionnelles ou dire quelles étaient les valeurs tensionnelles cibles. Ensuite, 63 % pensaient qu'il y avait des symptômes à l'HTA et 80 % de l'ensemble des répondants n'étaient pas conscients de l'association entre l'HTA et les maladies cardiovasculaires. En fait, la majorité (74 %) indiquait qu'elle n'avait pas beaucoup de connaissances sur l'HTA. Parmi les différences présentes entre le genre, il a été relevé que les femmes rapportaient plus souvent que les hommes qu'elles étaient actuellement sous traitement pharmacologique (respectivement 79 % et 70 %, $p < 0,01$). De plus, les femmes de l'étude étaient moins enclines que les hommes à discuter de l'HTA avec leur médecin (respectivement 56 % et 60 %, $p < 0,03$). Bref, selon les auteurs, les connaissances erronées au sujet de l'HTA et ses complications pourraient contribuer à limiter l'efficacité du traitement et le contrôle de l'HTA.

La deuxième étude présentée portant sur les connaissances sur l'HTA, a été réalisée aux États-Unis (Viera, et al., 2008). Cette étude transversale avait pour objectifs d'évaluer les connaissances sur l'HTA parmi une population atteinte de cette maladie, de déterminer les variations de connaissances en regard des sous-groupes et d'identifier les facteurs associés à de faibles connaissances sur la maladie. Parmi les 530 questionnaires complétés, seulement 32 % étaient des hommes. Dans les principaux résultats, la grande majorité des répondants savaient que l'HTA peut être une menace pour la vie et que les Américains ont une consommation de sodium plus élevée que nécessaire. De plus, 86 % des répondants savaient qu'une valeur de PA plus grande que 140/90 mmHg est considérée comme élevée. Près d'un participant sur cinq croyait que prendre la médication peut guérir l'HTA et que rien ne pouvait prévenir cette maladie. En conclusion, les auteurs mentionnaient qu'il n'y avait pas de différence dans le pourcentage des réponses incorrectes en regard du genre du répondant. Par ailleurs, cette étude met en évidence que certains aspects des connaissances sur l'HTA ont besoin de renforcement, notamment la différence entre la guérison et le traitement de la maladie.

À la suite de ces deux études, il est difficile de cerner clairement les connaissances des hommes. Toutefois, on note de façon générale que les connaissances sont insuffisantes et peuvent influencer la gestion de l'HTA. L'aspect asymptomatique et chronique de la maladie semble notamment mal compris (Petrella & Campbell, 2005; Viera, et al., 2008). Cet aspect nécessite donc une attention particulière de la part des

professionnels de la santé et sera par le fait même exploré dans le cadre du projet sur l'expérience des hommes atteints d'HTA.

La perception du risque cardiovasculaire

En regard du risque cardiovasculaire, une seule étude s'est penchée sur la perception des hommes (Powers, Oddone, Grubber, Olsen, & Bosworth, 2008). Par ailleurs, il est pertinent de savoir que selon une étude phénoménologique interprétative, réalisée au Royaume-Uni, avec un échantillon mixte, il semble que deux discours émergent dans la façon dont les individus perçoivent le risque relié à l'HTA : le déni du risque et l'acceptation du risque (Weaver, Murtagh, & Thomson, 2006).

La seule étude s'étant intéressée à la perception du risque cardiovasculaire chez les hommes est de type quantitatif quasi-expérimental et a été réalisée aux États-Unis (Powers, et al., 2008). Cette étude a évalué la corrélation entre la perception et le risque actuel d'AVC chez des hommes atteints d'HTA, en plus de tenter d'identifier les variables potentielles reliées à une perception erronée du risque d'AVC. L'échantillon comportait 296 hommes issus de l'essai clinique *Veterans Study to Improve the Control of Hypertension (V-STICH)*. Par des entretiens individuels et une revue de dossier, l'étude a fait ressortir qu'il n'y avait pas de corrélation entre le niveau de risque cardiovasculaire de Framingham mesuré et la perception du patient ($p=0,16$). Au niveau des connaissances, les hommes ayant un faible risque cardiovasculaire ont

significativement plus de connaissances que les hommes ayant un risque cardiovasculaire élevé (73,4 % vs 52,9 %, $p=0,004$). Comparés aux hommes ayant une bonne perception de leur risque cardiovasculaire, les participants ayant un faible risque cardiovasculaire et qui le surestime sont significativement plus jeunes et ont tendance à s'inquiéter de leur pression artérielle (67,3 % vs 22,6 %, $p<0,001$). D'autres parts, il semble y avoir un lien entre les connaissances et la perception du risque cardiovasculaire. À ce titre, l'étude plus poussée de ces deux aspects pourrait amener une meilleure compréhension de la gestion de l'HTA chez les hommes.

Les cadres de référence

Les cadres de référence de la présente étude sont la technique de l'incident critique (Flanagan, 1954) et le modèle des croyances relatives à la santé (Becker, 1974). La technique de l'incident critique a servi pour l'élaboration du guide d'entretien et la collecte d'informations. Pour sa part, le modèle des croyances relatives à la santé a guidé l'élaboration de la question de recherche, du guide d'entretien, ainsi que l'analyse des données.

La technique de l'incident critique

Cette technique, élaborée par l'américain John C. Flanagan, est issue du programme psychologique d'aviation des Forces armées de l'Air, pendant la Seconde Guerre mondiale (Flanagan, 1954). Selon l'auteur, « la technique de l'incident critique est

essentiellement une procédure pour collecter certains faits importants concernant un comportement lors d'une situation définie » [traduction libre] (p.335). L'observation directe et les entretiens sont notamment des moyens pour cueillir cette information. Flanagan (1954) définit un incident comme une activité humaine observable qui est suffisamment complète en soi pour permettre d'en tirer des conclusions. Afin d'être qualifié de critique, cet incident doit avoir des conséquences qui ne laissent aucun doute sur son effet. En d'autres mots, pour le besoin du projet de recherche actuel, cette technique sert à explorer ce qui constitue des moments critiques pour l'homme atteint d'HTA. Selon les auteurs de Montigny & Lacharité (2002), « la méthode s'appuie sur la prémisse voulant que les incidents qui sont importants en période de transition tendent à demeurer emmagasinés dans la mémoire de l'individu » (p.5) et par ailleurs, ces incidents sont susceptibles d'être suffisamment marquants pour influencer le processus d'adaptation à la maladie (de Montigny & Lacharité, 2002).

En somme, la technique de l'incident critique est « une méthode exploratoire et qualitative » de cueillette de données (Woolsey, 1986) dont l'objectif de sa méthodologie est d'aider les participants à se remémorer les détails d'un événement important, afin de les décrire le plus spécifiquement possible (Kemppainen, 2000). Décrit par Flanagan (1954) comme une technique flexible, l'incident critique peut être utilisé dans une variété de situations. Par exemple, Kemppainen (2000) suggère l'utilisation de cette technique en sciences infirmières afin d'explorer la réponse du patient face à sa maladie et son traitement. À cet effet, dans le cadre du projet de recherche actuel, portant sur les

hommes atteints d'HTA, la technique de l'incident critique s'avère tout à fait appropriée en raison de l'objectif de la phénoménologie, qui est de décrire l'expérience telle que vécue (Burns & Grove, 2005; Carpenter, 2011).

Toujours d'actualité, cette méthode est utilisée en sciences infirmières depuis 1979 (Woolsey, 1986), bien qu'elle soit critiquée en regard de sa méthodologie et sa terminologie (Bradbury-Jones & Tranter, 2008). C'est-à-dire qu'en raison de sa grande flexibilité, une inconsistance méthodologique est apparue en regard de la définition de l'incident critique ainsi que par rapport à l'analyse des données (Bradbury-Jones & Tranter, 2008). Il n'y a aucune règle en ce qui concerne le nombre d'incidents critiques requis (Bradbury-Jones & Tranter, 2008). À cet effet, l'analyse des incidents critiques n'a pas été retenue pour l'étude actuelle. Parallèlement, en regard de la terminologie, une confusion s'est installée quant à l'incident critique comme méthode ou méthodologie puis d'autres synonymes ont été utilisés pour nommer l'incident critique, tel un événement significatif (Bradbury-Jones & Tranter, 2008). Dans le projet présent, par l'entremise de questions axées sur l'annonce du diagnostic, l'explication de la maladie et l'adhésion au traitement, l'objectif était de susciter des évaluations expérientielles en regard des perceptions et croyances des hommes atteints d'HTA. En terminant, bien que la méthodologie de l'incident critique propose cinq étapes spécifiques pour la collecte de données, celles-ci n'ont pas été utilisées. Il n'en demeure pas moins que l'incident critique est considéré comme une méthode de collecte de données fiable et valide (Anderson & Nilsson, 1964).

Le modèle des croyances relatives à la santé (*Health Belief Model*)

Le modèle des croyances relatives à la santé de Becker (1974), appelé en anglais le *Health Belief Model* (HBM), a servi de cadre de référence pour la question de recherche, l'élaboration du guide d'entretien et l'analyse des données. En réponse au succès limité des programmes de santé publique des années 50, ce modèle a été formulé à l'origine pour expliquer les comportements préventifs de santé (Rosenstock, 1974), mais également pour étudier les comportements suite à un diagnostic (Glanz, Rimer, & Viswanath, 2008). Les principaux concepts de ce modèle sont : 1) la perception de sa vulnérabilité; 2) la perception de la sévérité des conséquences; 3) la perception des menaces engendrées par l'apparition de la maladie; 4) la croyance en l'efficacité de l'action préventive selon la résultante de la perception a) des bénéfices et b) des inconvénients; 5) la perception de l'auto-efficacité et 6) les autres variables et éléments déclencheurs de l'action (voir Figure 3).

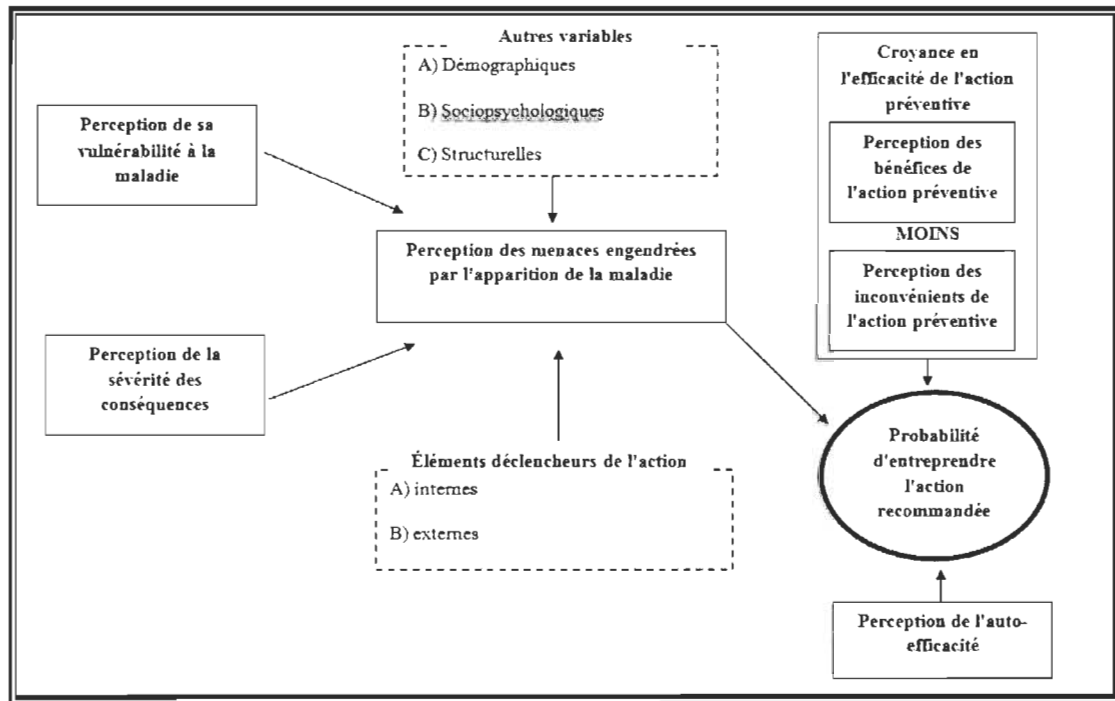


Figure 3. Le modèle des croyances relatives à la santé, traduction libre, adapté de Godin (2012); Robichaud-Ekstrand, Vandal, Viens, & Bradet (2001) et Rosenstock (1974).

La perception de sa vulnérabilité

Ce concept réfère à la probabilité subjective d'être atteint de la maladie (Rosenstock, 1974). L'individu peut exprimer diverses positions quant à sa vulnérabilité, soit le déni, la possibilité statistique d'être atteint et dans un autre pôle, avoir la perception que le danger est réel (Rosenstock, 1974). Dans ce modèle, c'est la perception de la vulnérabilité qui est importante (Simons-Morton, McLeroy, & Wendel, 2012).

La perception de la sévérité des conséquences

Réfère à la perception des conséquences cliniques de la maladie, tels les décès, la douleur et les handicaps, mais également aux conséquences sociales, par exemple l'impact sur la famille, le travail et les amis (Rosenstock, 1974). Ce concept est particulièrement important lorsqu'il y a une perception de vulnérabilité, car la seule notion de sévérité des conséquences peut ne pas influencer les comportements de santé (Simons-Morton, McLeroy, & Wendel, 2012). Bref, selon cette théorie, plus la perception de la sévérité des conséquences est grande, la personne aura plus tendance à entreprendre des actions préventives pour sa santé (Simons-Morton, McLeroy, & Wendel, 2012).

La perception des menaces engendrées par l'apparition de la maladie

La prémisse première du modèle des croyances relatives à la santé est qu'une action est fortement influencée par la perception de la menace à la santé (Simons-Morton, McLeroy, & Wendel, 2012), car si la personne se sent plus susceptible à une maladie sérieuse, elle sera plus motivée à d'agir puisque la menace est élevée (Robichaud-Ekstrand, et al., 2001). Ce concept est donc constitué de la combinaison de la perception de sa vulnérabilité envers la maladie ainsi que la perception de la sévérité de cette même maladie.

La croyance en l'efficacité de l'action préventive

La croyance en l'efficacité de l'action préventive est influencée par la perception des bénéfices soustraite à la perception des inconvénients (Rosenstock, 1974). On parle alors d'une analyse inconsciente des coûts-bénéfices d'une action (Glanz, et al., 2008). Plusieurs bénéfices peuvent être perçus, dont celles des effets protecteurs sur la santé de l'action préventive, l'aspect social ou financier (Simons-Morton, McLeroy, & Wendel, 2012). Les aspects négatifs d'une action en regard de la santé deviennent des inconvénients (Rosenstock, 1974). Ceux-ci représentent la faisabilité du comportement nécessitant un certain effort, du temps et de la disponibilité pour effectuer ce comportement (Robichaud-Ekstrand, Vandal, Viens, & Bradet (2001). De façon générale, une perception plus élevée des bénéfices que des inconvénients résulte en une forte probabilité d'entreprendre une action préventive (Rosenstock, 1974).

La perception de l'auto-efficacité

Ce concept d'auto-efficacité, emprunté de la théorie de l'apprentissage sociale de Bandura (1977), est défini comme la conviction qu'une personne peut exécuter les actions nécessaires à l'accomplissement d'une tâche (Glanz, et al., 2008). En 1988, les auteurs du modèle des croyances relatives à la santé ont suggéré d'intégrer ce concept, mais de façon séparée des autres concepts originaux (Rosenstock, Strecher, & Becker, 1988).

Autres variables et les éléments déclencheurs de l'action

Les variables démographiques (âge, sexe, ethnie, etc.), psychosociales (personnalité, classe sociale, pression sociale, etc.) et structurelles (connaissances, expérience avec la maladie, etc.) peuvent également influencer les comportements de santé (Rosenstock, 1974). Par ailleurs, il existe deux types d'éléments déclencheurs de l'action soit : internes, qui sont reliés aux perceptions de la santé) ou externes, qui font notamment référence aux médias (Rosenstock, 1974).

Donc, en regard de l'objectif de ce projet, qui est d'explorer l'expérience des hommes atteints d'HTA, l'examen se fondera sur le modèle des croyances relatives à la santé. Par les divers écrits sur l'HTA et la santé des hommes, plusieurs aspects démontrent la pertinence d'explorer ce sujet. La particularité de l'expérience des hommes en regard de la maladie est un élément important à considérer dans le rôle de proximité dont jouit l'infirmière. En conclusion, cette recension des écrits nous permet de répondre à la question de recherche qui est : « Quelles sont les perceptions et croyances des hommes, en regard de l'HTA? »

Chapitre 3 : Méthodologie

La prochaine section aborde les éléments méthodologiques qui ont été mis en œuvre afin de répondre à la question de recherche, qui est : « Quelles sont les perceptions et croyances des hommes, en regard de l'HTA ? » Les différents éléments de la méthodologie sont successivement présentés soient le devis, le milieu de l'étude, l'échantillon, les critères d'inclusion, le déroulement de l'étude, les critères de validité, l'analyse des données, les forces et limites ainsi que les considérations éthiques.

Le devis

Une étude qualitative, d'inspiration phénoménologique, a été choisie pour ce projet de recherche, considérant d'une part le peu de connaissances sur la conception des hommes en regard de l'HTA (Fortin, Côté, & Filion, 2006) et le souhait de mieux décrire l'influence de leurs perceptions et croyances. De plus, cette approche semble particulièrement utile lorsqu'un phénomène est mal compris (Loiselle, Profetto-McGrath, Polit, & Beck, 2007).

La phénoménologie est l'étude des structures de la conscience, ce qui inclut une corrélation entre les actes de la conscience et leur objet ainsi que les divers styles et modalités de présence manifestés par la conscience (Giorgi, 1997a). En somme, la phénoménologie est l'étude du monde expérientielle d'un individu (Giorgi, 2010) et son

objectif est de décrire l'expérience telle que vécue par les participants (Burns & Grove, 2005; Carpenter, 2011). La phénoménologie husserlienne (1962), a été utilisée afin de permettre une description minutieuse de l'expérience consciente et ordinaire du quotidien (Loiselle, et al., 2007).

La phénoménologie est une méthode de recherche, mais elle est également une philosophie (Dowling, 2007). Les racines du mouvement de la philosophie de la phénoménologie se divisent en trois phases : préparatoire, allemande et française (Spiegelberg, 1960). Dans un premier temps, la phase préparatoire a été dominée par Franz Brentano (1838-1917) et son étudiant, Carl Stumpf (1848-1936), qui ont fondé le mouvement phénoménologique, mais ont également démontré sa rigueur scientifique (Spiegelberg, 1960). Par la suite, Edmund Husserl (1859-1938) et Martin Heidegger (1889-1976) ont été les principaux leaders durant la deuxième phase du mouvement (Spiegelberg, 1960). Le premier est considéré comme le père de la phénoménologie descriptive, alors que le second est associé à la phénoménologie interprétative (Moran, 2000). Les concepts d'essence, d'intuition et de réduction phénoménologique ont été développés durant cette période (Spiegelberg, 1960). L'essence réfère aux éléments reliés à l'idéal ou la signification de quelque chose (Carpenter, 2011). L'intuition est l'interprétation précise de ce qui est entendu dans la description du phénomène sous investigation (Carpenter, 2011). Puis, la réduction phénoménologique est le retour à la conscience originale du phénomène, qui débute avec la suspension des croyances, hypothèses et biais (Carpenter, 2011). Finalement, la dernière phase du mouvement

phénoménologique a été introduite par Gabriel Marcel (1889-1973), Jean-Paul Sartre (1905-1980) et Maurice Merleau-Ponty (1908-1961) (Spiegelberg, 1960). Les principaux concepts élaborés durant cette période sont l'incarnation et être-dans-le-monde (Spiegelberg, 1960). Ces concepts réfèrent à la croyance que tout acte soit construit sur les fondations de la perception ou la conscience originale d'un phénomène (Carpenter, 2011). Soulignons qu'au fil des décennies, les divers auteurs ont nuancé certaines assises de la phénoménologie, ce qui est le cas avec des psychologues de l'Université de Dusquesne, qui ont proposé une méthode reliée à la philosophie (Dowling, 2007). L'utilisation de la phénoménologie s'est répandue au Québec vers la fin des années 70, notamment grâce aux travaux de Giorgi (Deschamps, 1993), mais également grâce aux travaux du Canadien Max Van Manen (Dowling, 2007).

Bien que les interprétations de la phénoménologie soient divergentes selon les auteurs (Giorgi, 1997a), il n'en demeure pas moins que la phénoménologie est une méthode de recherche rigoureuse, critique et systématique (Carpenter, 2011). Cette méthode philosophique comprend trois étapes étroitement imbriquées : la réduction phénoménologique, la description et la recherche des essences (Giorgi, 1997a).

Tout d'abord, la réduction phénoménologique a pour objectif de rendre plus précis les résultats de recherche (Giorgi, 1997a). Husserl distingue deux étapes de la réduction : la réduction eidétique et la réduction phénoménologique ou transcendantale (Spiegelberg, 1960), aussi appelée le *bracketing*. La réduction eidétique correspond à ramener les

objets ou données à leur essence (Spiegelberg, 1960) et sa finalité est l'universalité (Giorgi, 2005). C'est donc par la réduction eidétique que l'on pourra faire la recherche des essences (Giorgi, 1997a). Alors que l'adoption d'une attitude de réduction phénoménologique est de mettre entre parenthèses les connaissances passées relatives à un phénomène et d'autre part, à retenir tout indice existentiel, autrement dit à considérer ce qui est donné uniquement comme il est donné, à savoir une présence ou un phénomène (Giorgi, 1997a). En d'autres mots, la réduction phénoménologique (transcendantale ou le *bracketing*), correspond à séparer de sa conscience ce qu'on connaît ou croit sur le sujet (Carpenter, 2011). L'utilisation d'un journal est d'ailleurs un moyen pour consigner les pensées et émotions du chercheur en regard du sujet de recherche (Gillis & Jackson, 2002), qui est l'expérience des hommes atteints d'HTA. L'objectif de la phénoménologie n'est pas de tenter d'éliminer la subjectivité, mais plutôt de la clarifier (Giorgi, 2002). D'ailleurs, une recherche ne peut être phénoménologique que si elle comporte l'usage d'un mode de réduction (Giorgi, 1997a).

La deuxième étape de la méthode phénoménologique est la description. Dans la phénoménologie descriptive, l'objectif est de décrire les objets intentionnels de la conscience depuis une perspective de réduction phénoménologique (Giorgi, 1997a). Comme le mentionne Giorgi (1997b), « le chercheur doit analyser la description avec une sensibilité particulière à la perspective de sa discipline et avec une sensibilité au phénomène étudié » [traduction libre]. En d'autres mots, il s'agit de communiquer les éléments critiques du phénomène étudié (Carpenter, 2011).

Finalement, la troisième étape de la phénoménologie est la recherche des essences (Giorgi, 1997a). L'essence représente ce qui se maintient le plus durablement dans un contexte donné et le procédé suggéré par Husserl pour y accéder est la méthode de la variation libre et imaginaire (Giorgi, 1997a). «Comme son nom l'indique, la méthode signifie que l'on modifie librement des aspects ou des parties d'un phénomène et on voit si le phénomène reste identifiable avec la partie changée ou non.» [traduction libre]. Bien qu'il reste à cette étape des points à clarifier au niveau scientifique, il n'en demeure pas moins que la réduction phénoménologique est un moyen pour y arriver (Giorgi, 1997a). Bref, «la phénoménologie n'ignore pas les faits; elle les voit comme des exemples d'essences à clarifier» (Giorgi, 1997a).

Le milieu de l'étude

Le milieu choisi pour cette étude était les régions de la Mauricie et du Centre-du-Québec. La région administrative de la Mauricie a une superficie de 35 452 km² et compte 262 340 habitants, alors que le Centre-du-Québec compte 6 921 km² et 22 961 habitants (Institut de la statistique du Québec, 2012a). Près de 50 % des habitants de ces deux régions sont des hommes, soit respectivement 128 911 et 117 345 habitants (ISQ, 2012b). Étant une des régions les plus vieillissantes au Québec (Institut national de santé publique, 2007), la Mauricie se caractérise par un des taux de chômage les plus élevés de la province (ISQ, 2012c), qui peut entre autres s'expliquer par la forte présence du secteur de la fabrication, notamment le bois et le papier, qui depuis 2005, présente des diminutions d'emplois (Services Canada, 2011). En ce qui concerne le niveau de

scolarité, 26,4 % de la population de la région de la Mauricie-Centre-du-Québec possède moins qu'un diplôme d'études secondaires, comparativement à 25 % pour l'ensemble du Québec (Statistique Canada, 2008).

Du côté de Centre-du-Québec, la région est largement tributaire des industries de la fabrication telle celle des aliments, de la première transformation des métaux, de la fabrication des machines, etc. (Bilodeau, 2012). Le secteur de la transformation alimentaire est notamment attribué à la forte présence de l'agriculture (Direction régionale du Centre-du-Québec du ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'alimentation, 2008), car près de 47 % du territoire sont des terres cultivées (Marchand, 2012).

En 2006-2007, les hommes de la région Mauricie et Centre-du-Québec avaient respectivement une prévalence et un taux d'incidence de l'HTA de 19 %, comparativement à 19,6 % chez les femmes et 23,2 %, comparativement à 20,2 % chez les femmes (Blais & Rochette, 2011). D'autre part, sans distinction quant au genre, parmi l'ensemble des personnes atteintes d'HTA dans la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec, 60,3 % des gens sont inactifs physiquement, 51,8 % consomment quotidiennement moins de cinq fruits et légumes, 40,9 % souffrent d'embonpoint et 27,9 % sont obèses (Statistique Canada, 2008). Ces trois éléments se révèlent supérieurs aux résultats de l'ensemble du Québec et de la population de la région non atteint

d'HTA ; ils représentent donc les principaux enjeux pour les gens atteints d'HTA en Mauricie et au Centre-du-Québec (Cloutier et al., 2012) .

L'échantillon

Dans le cadre de ce projet de recherche, l'échantillonnage était de convenance, puisque les participants n'étaient pas sélectionnés de façon aléatoire (Loiselle, et al., 2007). L'échantillonnage homogène par méthode du choix raisonné, qui repose sur une réduction délibérée des variations, a permis une recherche de participants plus ciblée (Loiselle, et al., 2007). En recherche qualitative, l'objectif est la compréhension d'une expérience, donc la généralisabilité résultant d'une méthode probabiliste n'est pas appropriée (Gillis & Jackson, 2002). D'autre part, de façon théorique, l'échantillonnage était prévu jusqu'à la saturation des données, moment où le chercheur a le sentiment que les nouvelles données ne fournissent plus qu'une information redondante (Loiselle, et al., 2007). Concrètement, le nombre de participants s'est arrêté à dix, ce qui correspond à la taille de l'échantillon généralement utilisé par les phénoménologues (Loiselle, et al., 2007). Dans les faits, victime de sa popularité, ce projet de recherche a attiré un grand nombre de participants et désirant profiter de cette opportunité, ce projet de maîtrise est donc venu s'imbriquer dans un autre projet de recherche plus exhaustif. Donc, pour ce mémoire, dix participants ont été sélectionnés, parmi plus de 30 hommes.

Les critères d'inclusion

Les participants sélectionnés pour ce projet de maîtrise devaient correspondre à deux critères d'inclusion soit être un homme âgé entre 18 et 65 ans et avoir reçu un diagnostic d'HTA. Par ailleurs, afin d'augmenter la possibilité d'avoir des incidents critiques, aucune restriction n'a été émise quant au moment de l'annonce du diagnostic d'HTA. Aucun critère d'exclusion n'a été émis.

Déroulement de l'étude

Le recrutement des participants et la cueillette des données se sont déroulés entre les mois de juin et septembre 2012. Dans cette section, le déroulement de l'étude se divise en deux points principaux, soit le recrutement des participants et les instruments de collecte de données.

Le recrutement des participants

Les sites de recrutement ont été un GMF et une pharmacie dans la région de la Mauricie. Le GMF demeure un excellent bassin de participants quant à l'HTA, car la majorité des GMF offrent un suivi systématique en regard de ce problème de santé (MSSS, 2009). La pharmacie participante offre le même genre de suivi pour la clientèle atteint d'HTA.

Le recrutement a été réalisé par les infirmières du GMF et de la pharmacie parmi leur clientèle (voir Appendice A). Dans le cadre du projet, les stratégies pour le recrutement des participants ont été la mise en place d'affiches dans les salles d'examen du GMF, le défilement d'une annonce sur la télévision de la salle d'attente et la remise d'un dépliant d'information sur le projet de recherche par l'infirmière (voir Appendice B). À la pharmacie, seule la remise de dépliants d'information a été utilisée comme stratégie de recrutement. L'utilisation des médias sociaux et des annonces dans le journal demeuraient des alternatives, qui se sont finalement avérées nécessaires. Selon la littérature, il semble qu'au niveau du recrutement des participants masculins, quelques réticences peuvent se manifester lorsqu'il est question de participer à un projet de recherche touchant leur vie personnelle (Deslauriers & Deslauriers, 2010). Donc, environ deux mois après le début du recrutement en GMF et en pharmacie, un article a été publié dans le journal régional, afin d'accélérer le processus de recrutement (voir Appendice C). Le comité d'éthique a été avisé des modifications reliées au mode de recrutement (voir Appendice D).

Avec les coordonnées inscrites sur les outils de recrutement, les participants potentiels ont pu joindre, par téléphone ou courriel, la chercheuse. Celle-ci a pu ainsi présenter plus en détail le projet de recherche, évaluer la conformité aux critères d'inclusion et planifier une rencontre pour l'entretien. Le moment ainsi que l'endroit de l'entretien étaient à la discrétion du participant. Le déroulement de la rencontre prévue était : la présentation de la chercheuse et du projet, une période de questions, la signature

du formulaire de consentement et autorisation verbale pour l'enregistrement audio. Les entretiens étaient soumis à un enregistrement audio afin d'assurer la fidélité des réponses et informations recueillies. Par ailleurs, tous les participants ont lu et signé le formulaire de consentement. Par la suite, une première prise de contact se faisait avec le génogramme et l'écocarte, suivi des questions du guide d'entretien. À la fin de l'entretien, le questionnaire de données sociodémographiques était rempli par le participant, en plus d'un partage des faits saillants de l'entretien. La remise de la compensation financière et les remerciements concluaient l'entretien. Des notes dans le journal de bord étaient complétées par la suite.

Outils de collecte de données

Rappelons que l'objectif de cette étude est d'explorer les perceptions et croyances des hommes atteints d'hypertension artérielle. Ces perceptions et croyances sont notamment explorées à l'aide du modèle des croyances relatives à la santé. Parmi les instruments de mesure, on retrouve tout d'abord un guide d'entretien puis un questionnaire de données sociodémographiques. Puis, le chercheur sera présenté comme le troisième outil de collecte de données et finalement, le journal de bord.

Le premier outil qui a été utilisé est un guide d'entretien semi-structuré d'une durée variant entre 45 et 90 minutes. Cet outil se voulait une méthode de collecte d'informations qui se situe dans une relation de face à face entre l'intervieweur et

l'interviewé et qui permet de clarifier une problématique sur un sujet relativement peu exploré (Boutin, 1997). La construction du guide d'entretien s'est déroulée en cinq principales séquences.

En premier lieu, les informations qui devaient être recherchées ont été déterminées (Waltz, Strickland, & Lenz, 2010). Cette étape correspond à la création du canevas des thèmes (voir Appendice E). La deuxième étape a été le développement des questions en tant que tel (Waltz, et al., 2010). Une attention particulière a été portée afin de garder les phrases simples et compréhensibles pour l'interviewé. Par la suite, l'ordre des questions a été déterminé (Waltz, et al., 2010), en fonction de la logique de présentation (questions regroupées par sujets) et du degré de sensibilité des questions (placé davantage vers le milieu-fin de l'entretien). En quatrième lieu, un plan d'entretien a été planifié (Waltz, et al., 2010). La dernière étape pour la construction de ce guide d'entretien a été le pré-test de l'entretien (Waltz, et al., 2010), auprès d'un participant masculin, afin d'expérimenter le questionnaire et d'apporter les corrections si nécessaire. Aucune modification n'a été faite, suite au prétest. Il va sans dire que ce guide d'entretien a été validé par deux experts, soit les professeures Lyne Cloutier et Francine de Montigny. En conclusion, l'entretien est un instrument clé pour plusieurs types de recherche qualitative, telle la phénoménologie (Deschamps, 1993; Waltz, et al., 2010), la rigueur a donc été de mise au travers les diverses étapes de la construction du guide d'entretien.

Le guide d'entretien est composé de trois thèmes principaux : l'annonce du diagnostic, l'explication de la maladie et l'observance au traitement (voir appendice E). L'ensemble de ces thèmes est constitué d'une banque de 13 questions principales, alors que quatre questions permettent de faire une conclusion et un bilan de l'entretien. Chaque question contient un nombre variable de thèmes à explorer, au besoin. En lien avec le modèle de l'incident critique, tout au long de l'entretien, le chercheur est à l'affût de moments critiques dans l'expérience des hommes.

Le second outil de collecte de données utilisé dans le cadre de cette étude était le questionnaire de données sociodémographiques (voir appendice F). Utilisé à la fin de l'entretien (Deslauriers, 1991), il est constitué de cinq questions et vise à recueillir de l'information sur l'âge des participants, leur état civil, leur niveau de scolarité, leur revenu et leur origine ethnique.

Troisièmement, le chercheur est également un instrument de collecte de données et il doit en faciliter le processus (Carpenter, 2011). Dans le cadre d'une méthode phénoménologique, le chercheur doit porter attention aux diverses transformations qu'il fait subir à l'expérience vécue par le participant vers les connaissances (Reinharz, 1983). Dans le cas présent, nous allons nous attarder uniquement à la première transformation, qui correspond à la cueillette de données verbales. Lors de cette étape, le chercheur cherche une description authentique de l'expérience telle que vécue par le participant (Giorgi, 1997a). Donc, en regard des participants masculins, quelques aspects doivent

être pris en considération. Tout d'abord, il semble que les hommes ne se livrent pas aussi facilement et ceci est probablement lié à la socialisation masculine, qui va à contresens de l'encouragement à la confiance (Deslauriers & Deslauriers, 2010). Donc, afin de faciliter les échanges, quelques conseils ont été de mise comme permettre aux hommes d'exercer une forme de contrôle (leur laisser le choix du temps et de l'endroit), offrir aux hommes la possibilité de poser la première question, considérer le participant comme un expert (à partir de son expérience personnelle), rappeler ce que d'autres hommes ont dit et favoriser la verbalisation d'histoires au passé, plutôt que l'utilisation de questions directes (Deslauriers & Deslauriers, 2010), d'où la pertinence de l'incident critique. Par ailleurs, une des explications évoquées concernant la réticence de plusieurs hommes à exprimer leur vécu intime peut s'expliquer par le fait qu'ils doivent être persuadés que leur point de vue est nécessaire (Deslauriers & Deslauriers, 2010). D'autres parts, certains chercheurs suggèrent de leur verser une certaine somme d'argent, même symbolique, pour les intéresser (Butera, 2006; Deslauriers & Deslauriers, 2010). Un montant de 30 dollars était prévu à cet effet.

Tout comme le mentionnent les experts en recherche qualitative, la règle d'or de tout intervieweur est l'acceptation inconditionnelle de ce que dit la personne (Deslauriers, 1991), ainsi que la nécessité de laisser un espace important à l'expression libre chez la personne interviewée et de prendre en compte les caractéristiques de celles-ci (Boutin, 2007). L'entretien semi-structuré est utilisé comme un guide par le chercheur, ce qui permet une certaine liberté entre les divers thèmes à explorer et d'autre part, permet à

l'interviewé de diriger en quelque sorte le continuum de l'entretien (Waltz, et al., 2010). Les questions ouvertes et de clarification facilitent également cette libre expression (Carpenter, 2011).

Finalement, le journal de bord constitue le dernier outil de collecte de données. Un journal de bord a été complété dès le contact téléphonique avec le participant, immédiatement après l'entretien et pendant l'analyse des données. Cet outil avait pour objectif d'examiner la façon dont le chercheur influence la recherche, en mettant entre parenthèses les idées préconçues, afin d'appréhender les données dans leur forme pure (Loiselle, et al., 2007). De plus, le journal de bord tenu pendant la collecte de données et l'analyse permet de mettre en perspective la façon dont le chercheur a été touché par la recherche (Loiselle, et al., 2007). Bref, le journal de bord peut faciliter la réduction phénoménologique.

Critères de validité

Il est important de souligner que ce projet de recherche a reposé sur les quatre critères de validité d'une étude qualitative de Lincoln & Guba (1985): la fiabilité, la confirmabilité, la crédibilité et la transférabilité. En premier lieu, la fiabilité des données qualitatives correspond à l'uniformité des données au fil du temps et selon les divers contextes (Loiselle, et al., 2007). L'établissement de la congruence des résultats est notamment induit par la triangulation des données, mais également par la spécification de l'ensemble des stratégies de collecte et d'analyse des données (Laperrière, 1997). La

confirmabilité réfère à l'objectivité des données (Gillis & Jackson, 2002). Bien qu'il soit difficile d'être objectif en qualitatif, la consignation des réflexions dans un journal constitue un moyen utilisé pour établir ce critère (Gillis & Jackson, 2002). La crédibilité réfère à la précision de la description du phénomène à l'étude (Gillis & Jackson, 2002). Une technique utilisée pour accroître la crédibilité des résultats et de l'interprétation est la triangulation (Lincoln & Guba, 1985). La triangulation est une approche qui utilise la combinaison de plus d'une stratégie de recherche (Carpenter, 2011). En raison du type d'étude et du phénomène étudié, le type de triangulation qui a été choisi est celui des chercheurs. Cette méthode de triangulation signifie le travail commun de plusieurs chercheurs, ayant différentes expériences et expertises (Carpenter, 2011), celles-ci étant la chercheuse principale, la professeure Lyne Cloutier (expertise en matière d'HTA) et la professeure Francine de Montigny (expertise dans le domaine de la santé des hommes). En dernier lieu, la transférabilité réfère à la probabilité que les résultats de l'étude aient une signification dans des contextes similaires (Carpenter, 2011; Gillis & Jackson, 2002). Pour ce faire, une description étoffée du projet de recherche a été faite (Gillis & Jackson, 2002).

L'analyse des données

C'est par l'inspiration du courant de pensée de la philosophie de Husserl que Giorgi présente la méthodologie de recherche phénoménologique en cinq grandes étapes : la cueillette de données verbales, la lecture des données, la division des données en unités significatives, l'organisation et l'énonciation des données selon une perspective

disciplinaire et la synthèse des données à des fins de communication à la communauté scientifique (Giorgi, 1997a).

La cueillette des données verbales

La première étape de la méthode est la collecte des données verbales. Celle-ci peut s'effectuer à partir de simple description ou d'une entrevue, comme le cas présent. L'objectif est d'obtenir une description concrète et détaillée de l'expérience du participant. Pour ce faire, les questions larges et ouvertes sont une méthode qui laisse la place au discours du participant. Afin d'en obtenir un portrait authentique, les entretiens ont été enregistrés puis transcrits en verbatim. Le journal de bord a également permis de peaufiner l'exactitude des données recueillies, par les réflexions notées, les commentaires émis et le résumé des faits saillants de chaque entretien.

La lecture des données

Cette étape est la lecture des données, où celles-ci doivent être lues et relues, afin de dégager la signification globale de chaque entretien. Comme le souligne Deslauriers (1991), le meilleur outil de l'analyse est encore la lecture, la relecture et la relecture des notes prises au cours des observations et des entrevues. À cette étape, il est indiqué d'avoir fait une lecture globale des données avant de les analyser (Giorgi, 1997a). Il n'est pas opportun à cette étape de thématiser les données recueillies.

La division des données en unités significatives

Troisièmement, toujours selon les étapes de Giorgi (1997a), les données ont été divisées en unités de signification. C'est-à-dire qu'avec une relecture lente des verbatim, une certaine signification émerge. L'unité de signification débute et se termine lorsqu'un changement de sens est perçu dans le discours. À cette étape, une attitude de neutralité est primordiale, afin de laisser des significations imprévues se dégager.

L'organisation des données brutes dans le langage de la discipline

Une fois les unités de signification constituées, elles sont examinées, explorées puis analysées selon leur importance pour la discipline du chercheur. Certaines sont regroupées, d'autres identifiées comme étant clairement distinctes. Finalement, le langage utilisé par le participant est peu à peu transformé en langage disciplinaire, dans le cas présent, celui des sciences infirmières.

La synthèse des données

Puis, la dernière étape est la synthèse des résultats, c'est-à-dire qu'une fois les étapes subséquentes réalisées, un choix des unités de signification les plus pertinentes a été fait et celles-ci sont regroupées sous différents thèmes (voir appendice G). Cette étape permet d'avoir accès à la structure des différentes essences du phénomène étudié. Soulignons qu'aucun programme informatique n'a été utilisé pour l'analyse des données.

Forces, limites et biais de l'étude

La force majeure des études qualitatives est la validité des données produites, car les données sont recueillies par des entretiens en profondeur, où la réalité du participant est davantage mise à l'avant-plan, avec des descriptions riches (Gillis & Jackson, 2002). Par ailleurs, l'expérience des hommes atteints d'HTA est un sujet audacieux, considérant la littérature plutôt pessimiste sur le recrutement des hommes (Butera, 2006). Or, la santé des hommes étant un sujet relativement peu exploré, leurs perceptions et croyances à propos de l'HTA sont devenues d'autant plus pertinentes et originales, considérant la problématique et la recension des écrits entourant ce sujet.

La limite majeure des études qualitatives est le manque d'objectivité et de généralisabilité, car le chercheur devient l'outil de recherche (Gillis & Jackson, 2002). D'autant plus que le chercheur n'a accès qu'aux perceptions des événements vécues par le participant. Or, comme le souligne Loïselle, et al. (2007), les chercheurs qui emploient les méthodes qualitatives ne cherchent pas nécessairement à généraliser leurs résultats. De plus, en tant qu'infirmière, le filtre clinique du chercheur peut s'avérer une limite en regard de la collecte et l'analyse des résultats. Le fait que la chercheuse soit une femme constitue également une limite importante. Afin de substituer aux limites issues du chercheur, le journal de bord a été utilisé tout au long du processus de collecte de données et d'analyse. D'autre part, on peut souligner la participation volontaire des participants, ce qui peut avoir un impact sur le type d'hommes inclus dans le projet. De plus, l'utilisation d'une méthode d'entretien rétrospectif devient tributaire de la mémoire

des individus. Afin de pallier à cette limite, la technique de l'incident critique a été utilisée afin que les participants puissent contextualiser leur expérience avec l'HTA. Rappelons que la technique sert à recueillir la description des participants à propos de faits observés et marquants provenant de leur propre comportement ou de celui d'autrui (Woolsey, 1986).

Trois biais potentiels sont à prendre en considération dans le cadre de cette étude qualitative : biais liés au dispositif d'enquête, biais associés à la relation intervieweur-interviewé et à leur situation sociale respective et biais rattachés au contexte de l'enquête (Poupart, 1997).

En regard du premier biais, qui est relié à la mise en scène de l'entretien, c'est-à-dire les circonstances et la manière d'interroger (Poupart, 1997), une supervision étroite, ainsi que des rencontres avec deux expertes en entretien, soit la professeure Francine de Montigny et madame Marleen Baker, ont permis de pallier à l'inexpérience de la chercheuse en entretien semi-structuré, tout au long du processus de collecte de données. Comme le souligne Flanagan (1954), la précision de la technique de l'incident critique repose sur l'habileté du chercheur à aider les participants à fournir une description claire et concise de l'incident critique. Par ailleurs, dans le cadre de l'entretien, le fait de soutirer des informations en faisant référence aux propos d'autres hommes peut avoir influencé certaines réponses. Puis, le mode de recrutement c'est-à-dire majoritairement par un article dans le journal régional, constituait également un biais dans la mesure où

la présentation de la problématique du projet de recherche pouvait modifier les perceptions et croyances des hommes en regard de l'HTA. Soulignons qu'en dépit d'un échantillonnage de convenance, une certaine sélection des participants a dû être effectuée, suite à la publication de l'article dans le journal régional, en raison d'un grand nombre de volontaires pour le projet de recherche. Seules les données sur les hommes âgés de moins de 65 ans ont été retenues, dans le cadre du projet présent.

Le second biais relate que toutes interventions, attitudes ou caractéristiques de l'intervieweur ont un impact sur l'interviewé (Poupart, 1997). Alors que certains auteurs appellent à l'homologie entre les deux acteurs, cette philosophie est évidemment impossible dans le cas présent et n'est pas nécessairement une option idéale, car elle peut, en contrepartie, induire un biais de familiarité (Poupart, 1997). Donc, la stratégie utilisée dans le cas présent a été la neutralité et le professionnalisme de la chercheuse.

Le dernier biais est celui rattaché au contexte de l'enquête, où des enjeux peuvent museler le participant et nuire à l'obtention d'un discours authentique. À ce titre, le participant était invité à choisir le moment et le lieu de son choix (domicile ou local de l'UQTR). Un lien de confiance était également établi à partir des conseils mentionnés précédemment.

Considérations éthiques

En regard de la politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains, toute recherche impliquant la participation d'êtres humains est couverte par cette politique et doit être approuvée par l'Université du Québec à Trois-Rivières (Université du Québec à Trois-Rivières, 2011) et c'est ainsi que le certificat éthique a été obtenu (appendice D). Alors que quelques particularités s'appliquent aux études qualitatives, il n'en demeure pas moins que le besoin d'obtenir le consentement des participants et celui de protéger leur vie privée ainsi que la confidentialité, sont souvent les mêmes, quelle que soit la nature de la recherche (Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada, 2010) (voir Appendice H).

En termes de bénéfice la contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle était le seul bénéfice direct prévu. D'autre part, deux inconvénients potentiels ont été identifiés. On reconnaît en effet que le fait d'évoquer des événements personnels peut troubler certains participants. Le cas échéant, un soutien a été apporté aux participants et une liste des ressources disponibles a été remise (voir Appendice I). Le temps consacré au projet, soit environ 60 minutes peut également être perçu comme un inconvénient.

Les données recueillies étaient entièrement confidentielles et ne pouvaient mener à aucune identification. Par exemple, afin de respecter l'anonymat, lors de la transcription,

tous les noms mentionnés lors de l'entretien étaient modifiés. Les données ont été conservées dans un classeur sous clé et seront détruites deux ans après ce projet. D'autres parts, la participation à cette étude s'est faite sur une base volontaire et il était possible de se retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications. Le montant de 30\$ accordé pour la participation à l'étude ne se voulait pas une influence indue, mais un dédommagement pour le temps accordé à l'entretien. Cette somme a pu être déboursée grâce aux fonds de recherche de la directrice du projet.

En somme, nous avons vu dans ce chapitre que le devis phénoménologique teinte l'ensemble du projet. Cette approche permet d'orienter la description et la compréhension de l'expérience des hommes atteints d'HTA. Il a été présenté les différents éléments nécessaires afin de répondre adéquatement à la question de recherche, soit : le devis, le milieu de l'étude, l'échantillon et ses critères d'inclusion, le déroulement de l'étude, les critères de validité, l'analyse des données, les forces et les limites du projet et finalement les considérations éthiques de ce mémoire. Au chapitre suivant, les résultats des entretiens réalisés auprès de dix hommes atteints d'HTA seront présentés à travers le modèle des croyances relatives à la santé.

Chapitre 4 : Résultats

Cette section présente les résultats de l'analyse, phase qui consiste à trouver un sens aux données recueillies et à démontrer comment elles répondent à la question de recherche (Giorgi, 1997a) qui est pour la présente étude : « Quelles sont les perceptions et croyances des hommes, en regard de l'HTA? ». C'est par ailleurs avec la méthode de Giorgi (1997a) que l'analyse des données a été menée, afin de découvrir les liens à travers les faits accumulés (Deslauriers, 1991). En premier lieu, un portrait des participants de l'étude est présenté et par la suite, les résultats de l'étude.

Portrait des participants

Dix hommes ont participé aux entrevues dans le cadre de ce mémoire. L'âge des participants varie entre 42 et 62 ans avec la moyenne d'âge de 53,6 ans (voir Tableau 4). La moitié des participants sont mariés, alors que trois sont séparés depuis un an ou moins et les deux autres participants de l'échantillon sont respectivement célibataire et conjoint de fait. Le plus haut degré d'études atteint est partagé à peu près également entre les niveaux d'études secondaires (n=3), les études collégiales (n=4) et les études universitaires (n=3). Le revenu familial annuel brut se situe pour tous les hommes de l'étude au-dessus de 20 000 \$. Tous les participants sont d'origine canadienne. La plupart des participants ont reçu leur diagnostic d'HTA depuis dix ans et moins (n=7) : un homme a eu un diagnostic il y a deux ans, cinq autres hommes se situaient entre deux et

cinq ans et finalement, un homme avait reçu son diagnostic depuis dix ans. Les trois autres hommes de l'échantillon avaient reçu leur diagnostic depuis moins de 15 ans. Sur les 11 hommes recrutés, un seul a été exclu, faute d'avoir donné son consentement pour l'enregistrement audio numérique.

Tableau 4

Portrait sociodémographique des participants

Code d'identification	Âge	État civil	Études	Revenu
1	54	Marié	Universitaires	80 000 \$ et plus
2	62	Célibataire	Études sec.	20 000 à 39 999 \$
3	47	Séparé	Universitaires	80 000 et plus
4	60	Marié	Collégiales	40 000 à 59 999 \$
5	62	Séparé	Études sec.	80 000 \$ et plus
6	58	Séparé	Universitaires	60 000 à 79 999 \$
7	59	Marié	Études sec.	60 000 à 79 999 \$
8	43	Marié	Collégiales	40 000 à 59 999 \$
9	42	Conjoint de fait	Collégiales	80 000 \$ et plus
10	49	Marié	Collégiales	20 000 à 39 999 \$

Les perceptions et croyances des hommes atteints d'HTA

Avec les cinq étapes de Giorgi (1997a), c'est-à-dire la collecte de données verbales, la lecture des données, la division des données en unités et l'organisation des données brutes dans le langage de la discipline, il a été possible de faire une synthèse, représentée par un arbre thématique (voir appendice G). Deux thèmes principaux ont émergé de l'analyse : le sens accordé à l'HTA et la prise en charge de l'HTA.

Le sens accordé à l'HTA

Ce premier grand thème porte sur le sens donné à l'HTA par les hommes rencontrés. Il réfère à la représentation qu'ils se font du phénomène, à la définition globale qu'ils donnent à l'HTA. Trois sous-thèmes ont émergé du discours des hommes atteints de cette maladie. Tout d'abord, les participants se représentent l'HTA comme une maladie inévitable, qu'ils banalisent et qui est synonyme de stress.

Une maladie inévitable

Alors que l'hérédité est souvent la première cause de l'HTA mentionnée par les hommes rencontrés, bien que d'autres causes apparaissent souvent dans leur discours. En effet, plusieurs participants associent leur HTA et l'hérédité. Cette maladie affecte souvent d'autres membres de leur famille et ils perçoivent son apparition comme hors de leur contrôle, d'où la perception d'un diagnostic inévitable.

[...] pour réaliser que ma mère aussi faisait de l'hypertension artérielle. Donc, c'est un peu héréditaire [...] Mais bien évidemment, le fait que ma mère en faisait, pour moi, c'était comme évident. [...] Donc, à quelque part, il y a cet élément-là qui vient jouer, qui fait que bon, c'est un peu héréditaire. (Participant 1)

Pis ma mère elle, elle a 81 pis c'est elle qui a tout le temps souffert d'hypertension. [...] Ouais! Ouais, c'est familial. [...] C'est génétique. [...] Parce que mon grand-père Arnaud, lui il est mort, il avait 52 ans, d'une crise du cœur. [...] j'ai mes oncles aussi, il y a trois de mes oncles qui sont morts du cœur. [Son frère] aussi, il fait de l'hypertension. [...] J'ai ma soeur qui a 52 ans. Elle aussi, elle a tout le temps fait de l'hypertension. (Participant 3)

La réaction de la plupart des hommes suite à l'annonce du diagnostic d'HTA est décrite comme de faible intensité, puisqu'ils considéraient cette maladie comme inévitable. Ils se doutaient de la venue de cette maladie, bien qu'ils ne savaient pas à quel moment l'HTA apparaîtrait. Même l'entourage a eu une réaction similaire, c'est-à-dire sans grande surprise.

Regarde, ma mère l'a déjà été donc, c'est juste normal que je le sois aussi [...]. Non [ce n'était pas un choc]. Non, c'était pas nécessairement attendu là, mais on aurait pu passer à côté. (Participant 1)

Bien, il y a pas vraiment eu de réaction en tant que telle. Ma mère, bien, j'ai l'impression qu'a se doutait, qu' à un moment donné, j'étais pour avoir ça, mais quand ça se déclare, on le sait pas. [...] Ça aurait pu arriver un petit peu plus tard. On le sait pas. Mais euh, non, c'était pas. Il y a pas eu vraiment de, de... réactions. (Participant 9)

Par contre, cette réaction de normalité suite à l'annonce du diagnostic d'HTA n'est pas généralisée. Le stade de la vie auquel survient la tombée de ce diagnostic semble influencer la réaction, car pour d'autres, la réaction initiale est de choc et de déni.

Puis, à ce moment-là, je me disais bien non, c'est pas vrai, j'ai 30... 30 ans, 32 ans, je prendrais pas des médicaments jusqu'à fin de mes jours-là. Je suis tout jeune puis je suis dans la fleur de l'âge. C'est pas vrai que je vais faire comme les personnes âgées et tout ça. [...] Puis ça se pouvait pas que je sois malade, parce que je suis tout jeune, j'ai toujours fait du sport. Je jouais au badminton, je jouais au hockey, je faisais plein de sport. J'étais actif. Fac c'est ça, ça se pouvait pas. (Participant 8)

[...] j'ai deux enfants, si je veux voir mes petits-enfants un jour qui vont probablement arriver [...] Ç'a été comme un bon coup de masse dans le front. Regarde, là, dans dix ans, si tu fais pas ça, d'ici cinq ans, dix ans même, tu te

prépare à... Regarde, je veux-tu me ramasser dans une petite boîte? [...] Ç'a été assez dur. (Participant 10)

La banalisation de l'HTA

Tout d'abord, la banalisation de l'HTA pourrait s'expliquer par le fait que les hommes comparent souvent l'HTA à d'autres maladies dont leur entourage ou eux-mêmes souffrent. Les participants hiérarchisent la gravité des maladies et décidément, l'HTA ne figure pas en tête de liste, notamment à cause de son aspect asymptomatique. Pour le participant 3, l'HTA n'est pas une maladie qui le dérange, car il l'a qualifié d'invisible. Il verbalise d'ailleurs qu'il a une « petite hypertension », en parallèle du cancer dont son frère est atteint.

J'aime bien mieux avoir ça que bien du monde, je veux dire, on sait c'est quoi hein, tu vois du monde qui ont le cancer, la sclérose en plaques, le, j'ai vu quelqu'un que je connaissais quand j'étais jeune et il était en chaise roulante. [...] dans ce temps-là, tu te dis, eille, je suis tu chanceux moi-là...[...] je prends des pilules le soir puis le matin et c'est rien que ça, tsé dans le fond.. On est gâté, par la vie. (Participant 3)

Certains expriment que s'il y avait des symptômes ou de la souffrance, cela serait différent.

Oui, c'est vrai que l'arthrite me cause plus de problèmes que ça. [...] j'oublie même [que l'HTA] c'est quelque chose qui va me mener à quelque chose d'autre. Je prenais pas ça comme une maladie. [...] Non, ça m'énervait pas plus que ça. Je me disais d'un autre côté, c'est le coeur, j'aimerais mieux ça, parce que du côté de ma mère, c'est toute le cancer du pancréas. Je me suis dit, regarde, le coeur, c'est peut-être aussi bien de même. (Participant 4)

En fait, l'HTA est peu discutée avec l'entourage, car elle est considérée comme partie intégrante de la vie. Il n'y a pas de secret par rapport au diagnostic d'HTA, mais il n'est pas abordé d'emblée, parce que c'est considéré comme un sujet banal et inintéressant.

Mes frères, sont aussi pire que moi, fac, ils en parlent pas [de l'HTA]. Ils savent ce que c'est, fac, on parle pas de ça. [...] ils ont tellement de petits problèmes, eux autres aussi. [...] Ça fait partie de la vie. Eux autres [la famille], ils ont pire que ça et ils se cassent pas la tête avec ça. (Participant 4)

Oui, oui, mais il faut dire que, faut dire que j'en parle pas bien, bien. [...]il y a pas grand monde qui le sait. Il y a pas personne vraiment qui s'inquiète outre mesure. (Participant 9)

Puis, il semble y avoir une certaine perception du risque relié à l'HTA, mais ce n'est pas une préoccupation constante. En effet, l'HTA est perçue, de manière générale, comme bénigne en l'absence de symptôme. Toutefois, cette perception se modifie lors d'apparitions de symptômes comme des céphalées, des douleurs à la poitrine ou de l'essoufflement. La céphalée est notamment un indicateur pour certains hommes que la PA est élevée, ainsi que de la diaphorèse, des palpitations ou des rougeurs au visage. Somme toute, ces symptômes sont passagers et donc relativement mineurs aux yeux des participants.

Je suis conscient qu'il peut y avoir des conséquences à cette maladie-là, mais bon. [...] Si jamais ça a à arriver, ça arrivera, mais en même temps, j'attendrai pas après ça. [...] Puis, comme moi, ma situation, est pas si catastrophique que ça, dans le sens que je vis très bien avec ça puis, je suis contrôlé. (Participant 9)

J'y pense même plus. Mais c'est comme je te disais, ça va m'inquiéter, quand elle va venir haute [la PA], là, je vais avoir mal à la tête. Ça va me stresser un petit peu. Dépassez ça, quand ça se replace, je retombe correct. (Participant 7)

En dernier lieu, la banalisation de l'HTA se voit également par le peu de changements qui sont apportés aux habitudes quotidiennes. Si des modifications sont apportées au style de vie, elles sont souvent abandonnées lorsque la PA est stabilisée avec la médication. Si les modifications aux habitudes perdurent, elles sont rarement motivées par le désir d'atteindre les valeurs cibles de la PA, mais plutôt par d'autres problèmes de santé, comme la dépression ou un problème cardiaque. À cet égard, plusieurs contraintes au changement des habitudes de vie sont mentionnées : le manque de temps et d'énergie, la température, la présence de comorbidités ainsi que des sentiments de privation et de sacrifice.

Ben oui, au début, je faisais attention sur le sel et ces affaires-là, mais avec le temps, on s'y fait. J'en fais plus de cas, avec les années. [...] J'ai dit, ma pression se maintient stable après, fac c'est pas si pire. (Participant 7)

Dans l'alimentation oui. Il y a ça. J'ai commencé un peu plus à manger de la salade. [...] Essayer de faire de l'exercice. Mais euh, comme je disais tantôt, le vouloir et le pouvoir, c'est deux. Tu arrives des fois, on est fatigué. Oui, ça ferait du bien d'aller marcher, faire le tour du village [...] Mais ah! (soupir) Pas à soir, ah, fait pas beau. C'est la motivation qui manque. (Participant 10)

L'HTA synonyme de stress

En plus de l'hérédité, les hommes offrent différentes manières d'expliquer la maladie. Le stress est notamment un élément récurrent dans le discours des hommes. Tout d'abord, l'HTA est parfois défini comme du stress.

[...] moi, je voyais l'hypertension, l'anxiété. Je voyais un lien dans les deux. [...] Je me disais, si j'ajuste ça, bien peut-être que je vais être moins anxieux. Moi, je le voyais tout de suite avec l'anxiété. [...] pour moi, l'hypertension, c'est anxiété. Les deux vont de pair. [...] je te dirais que c'est cette pilule-là, l'hypertension et l'anxiété que là, j'ai de la misère à diviser. (Participant 6)

Pour le participant 10, l'HTA c'est de l'anxiété, de l'angoisse. Voici comment il définit l'HTA:

À un moment donné, je me sens, ça fait un peu d'angoisse, je me sens pas bien en dedans. Je suis, voyons, qu'est-ce qui se passe. Là, ma tête va commencer à bouillir, puis mal de tête. Là, je sais que, faut pas la prendre. Mais intérieurement, c'est ça. Tu te sens vraiment pas bien. (Participant 10)

Parfois, le stress est plutôt considéré comme l'élément catalyseur de l'HTA. Pour le participant 8, il y a un lien entre le stress et l'HTA. Dans sa situation, le stress a toujours été omniprésent dans sa vie, mais il s'est accentué par un travail occupé par le passé. Il se demande si le fait de ne pas avoir fait ce travail lui aurait épargné un diagnostic d'HTA.

Bien moi, c'est comme ça que je l'ai vu, c'est comme ça que j'ai pensé que peut-être ça avait pu se développer. Mais tsé, si je retourne en arrière et je travaille pas à cet endroit, peut-être que ça serait développer quand même là, mais au niveau, je pense que oui. Le stress, comme je te dis, quand ça tourne tout le tour, quand tu es envahi, moi, c'est comme ça que je l'associe. (Participant 8)

Par exemple, le participant 10 avoue être une personne stressée et il l'attribue comme élément ayant contribué à l'apparition de son HTA.

[...] je dirais, depuis que je suis devenu le haut placé [au travail], le stress a monté beaucoup. Ça l'a amené peut-être à voir l'hypertension plus vite. [...] Même s'il en avait déjà un peu dans la famille. Mais je suis sûr que ça l'a contribué à faire avancer ça. (Participant 10)

Bien que les conséquences de l'HTA ne soient pas une préoccupation constante, il n'en demeure pas moins qu'elles figurent comme une source de stress. Les participants plus jeunes semblent davantage préoccupés par les conséquences de la maladie, plus particulièrement la mort, car ils ont plein de projets en cours et à venir.

Mais tsé, c'est plus ça que j'ai retenu, même si j'avais 32, 33, 35 ans. Que je pourrais mourir là. [...] Par rapport à ça et par rapport à moi, comme je te dis, j'ai plein de projets, je mords dans la vie. Je me dis eille, je suis bien trop jeune pour mourir. Ça, ça m'a fait peur un peu. (Participant 8)

Ça m'a réveillé [le fait que le médecin lui ai dit qu'il allait décéder dans dix ans] J'y pense encore. Oui, j'y pense encore. J'ai pas peur de me ramasser là, mais je veux pas me ramasser là dans dix ans. Plus tard, possible. Je veux être un vieux *chéti*. Je veux être capable, comme j'ai dit tantôt, de voir mes petits-enfants et jouer avec eux autres et être détestable avec eux autres. (Participant 10)

Du côté des participants plus âgés, l'AVC est beaucoup plus préoccupant que la mort, car ils ne veulent pas avoir à vivre avec des séquelles et par le fait même, ne plus être autonomes.

L'autre côté qu'il y a, tu dis bien écoute, si ça provoque, je me ramasse avec des gros problèmes et de la paralysie, des affaires de mêmes ou quoi que ce soit. Oh! je ne suis pas sûr que je vais aimer ça, pas sûr que je vais aimer ça. [...] Fac tu dis, il y a deux côtés à la médaille, là. [...] Parce que c'est pas sûr que je m'aimerais. (...) paralysé ou peu importe. (Participant 6)

La paralysie, j'y pense rarement. Euh, des fois, j'y pense. Quand j'y pense, je me dis, ça serait pas drôle [...] j'ai dit, ça, ça me fait plus peur que d'autres choses. La seule chose que je souhaiterais pas, c'est l'ACV, puis rester euh... (Participant 4)

La prise en charge de l'HTA

Le deuxième thème émergent de l'expérience des hommes atteints d'HTA est la gestion qu'ils font de la maladie. Cet aspect touche autant la prise de médication, les habitudes de vie que la relation avec les professionnels de la santé. Trois sous-thèmes ont émergé du discours des hommes. Tout d'abord, la notion de contrôle, le paradoxe entre les connaissances et l'adoption de saines habitudes de vie, puis les relations avec les professionnels de la santé.

La notion de contrôle

Ce sous-thème réfère au fait de dominer, de maîtriser (Office québécois de la langue française, 2012) divers aspects de la maladie. En fait, la notion de contrôle apparaît être importante pour les hommes dans la gestion de l'HTA. Divers moyens ont été mentionnés pour gérer l'HTA : l'exercice physique, la prise de médication, l'alimentation (alcool, sel, sucre), la gestion du stress (être moins colérique, moins s'impliquer émotionnellement, se parler) et la prise de PA (mesure de pression à domicile ou en pharmacie). Non seulement les hommes souhaitent contrôler l'HTA, ils souhaitent aussi contrôler son traitement.

[Mon souhait pour le futur est] que j'arrête ma médication. [...] Est-ce que c'est possible, je le sais pas, mais c'est sûr que je vais l'essayer. Le jour, la journée où je vais dire, là, je suis rendu à un niveau d'exercice qui en vaut la peine, fort probablement que je vais essayer pour voir si je suis capable de m'en passer ou j'en ai vraiment besoin. (Participant 1)

L'hypertension est plus facile, parce que c'est de se parler. Bon, regarde, calme-toi. [...] L'hypertension aussi est là, mais, comme je dirais.... je me parle, j'essaie de me contrôler le plus possible. [...] Je vais contrôler l'hypertension. (Participant 10)

Le contrôle de l'HTA est particulièrement souhaité pour les résultats de la PA qui doivent être évalués par leur médecin traitant. Plus de la moitié des participants ont un appareil à pression à leur domicile ou du moins facilement accessible en cas de besoin. La mesure de PA devient une source de réconfort si les valeurs sont stables. Or, lorsque les valeurs sont trop élevées, cet outil devient une source de stress. Certains ont alors recours à des techniques de relaxation ou même l'alcool afin de contrôler leur PA.

Des fois ça me stressait plus de voir le chiffre que le chiffre [de la PA] était trop haut là. [...]Je suis allé chez le médecin, il y a pas longtemps. Ouin, elle est haute un peu. Ah, j'ai dit, c'est quand je rentre dans le bureau du médecin, c'est plus énervant. C'est tout. À part de ça, je suis sûr qu'elle doit avoir baissé, depuis euh, depuis que je suis plus en forme. Je suis persuadé, j'aimerais vraiment ça. (Participant 3)

J'essayais de trouver un moment où j'y pensais pas trop, pour aller la prendre [ma PA]. Là, tu dis, bon, juste en respirant de même, je vais le baisser de 20, 25 [mmHg]. Tu te dis, ça me tente pas d'y ramener les tests là [au médecin]. Fac, tu essaies de regarder de temps en temps, une journée que tu as pris, mettons, un petit peu de vin, tu es plus calme le soir. (Participant 6)

La notion de contrôle est aussi perçue comme extérieure aux hommes. Alors que la mère, la conjointe ou les filles des participants semblent être celles qui s'inquiéteront davantage de leur HTA, le soutien qu'elles offrent est parfois une source de conflit, car les hommes se sentent surveillés, contrôlés. Elles veilleront sur les diverses habitudes de vie, comme l'alimentation, la gestion du stress et parfois la médication.

Ma femme là, c'est une infirmière. [...] Des fois, ça du bon, des fois, ça devient tannant, comprends-tu? [...] Mange pas ci, fait pas ça, bois pas ci, boit pas ça. C'est fatigant! [...] À un moment donné, ne fais pas ci, ne fait pas ça, parce que... elle reliait tout le temps quelque chose, à une maladie. À un moment donné, là, je me suis bouché. Je me suis fait une carapace. Je la laissais parler. Je faisais à ma tête. Je faisais ce que je voulais faire. (Participant 5)

Pour le participant 7, c'est sa fille qui désire l'aider dans la gestion de sa maladie. Or, pour ce participant, la préoccupation de celle-ci est perçue comme un désir de pouvoir et non comme une aide. Par ailleurs, les interventions de celle-ci n'ont aucune influence sur les comportements de son père. Lorsqu'on demande à ce participant si son HTA inquiète sa fille, il répond :

Bah (...) de faire attention au manger (...) mais tu sais, [ma] fille... Une jeune, ça veut prendre le dessus un peu, là. [...] Ça veut montrer que ça l'a du pouvoir. (Participant 7)

Le paradoxe entre les connaissances et l'adoption de saines habitudes de vie

Tous les hommes rapportent avoir reçu un minimum d'enseignement sur les impacts des habitudes de vie lors de leur diagnostic d'HTA. Bien que leur discours soit émaillé de l'importance d'effectuer des changements dans leurs habitudes de vie, on note certains paradoxes entre leurs connaissances théoriques et la mise en application de celles-ci. L'exercice est sans contredit, selon la perception des hommes, un moyen puissant de gérer l'HTA. Ces derniers s'attendent à des résultats visibles et rapides sur les valeurs de PA. Certains croient que l'exercice peut jusqu'à un certain niveau, mener vers la cessation de la médication. Paradoxalement, malgré la reconnaissance de son

importance, pour la plupart des participants la pratique de l'exercice physique n'est pas une priorité.

Moi, j'ai, c'est sûr que je dis j'ai fait de l'exercice, je fais de l'exercice, mais j'en fais pas suffisamment, c'est ben clair. Donc, fort probablement que si je faisais plus d'exercice, prendre plus d'air, peut-être que ça s'atténuerait [l'HTA]. (Participant 1)

L'exercice. Ouais, c'est plus comme je te dis, aller promener le chien, un petit peu de vélo, euh, c'est plus ça. [...] Ici, on a un gym en bas. Je pourrais m'entraîner sur l'heure du midi, mais je suis pas encore rendu là dans mon cheminement. Tu sais, si je m'entraîne, j'ai pas le temps de faire d'autres choses. C'est de trouver un équilibre entre m'entraîner un petit peu et continuer mes dossiers sur l'heure du dîner. (Participant 8)

En regard de la consommation de sodium, la notion de sel caché semble, pour une forte majorité, ignorée. Les hommes savent qu'une diminution de sel est souhaitable dans la gestion de l'HTA et que plusieurs aliments en contiennent, mais la plupart s'en tiennent à ne pas ajouter de sel sur un plat. Il y a une préoccupation, mais elle ne va pas plus loin que l'absence de salière sur la table.

Le sel, ah non, j'en prends le moins possible. [...] Je sais que c'est très nocif pour les artères. [...] Je prends le sel le moins possible. Il n'y a pas de salière chez nous. Comme il n'y a pas de sucrier. [...] Il m'avait dit au début, évite les épices chinoises [à cause du sel dedans]. Je les évite pas trop, j'aime ça moi le Thaïlandais pis toutes ses affaires là, c'est tout bon. Là, il faut pas capoter non plus. (Participant 3)

Mais non, les étiquettes, j'ai jamais lu ça. Les dates d'expiration des aliments, jamais je regarde ça. Je suis pas... c'est bon puis c'est pas bon. [...]Moi, je vais acheter, sodium pas sodium. Je regarde pas. Je suis dans la gang de ceux qui mangent mal. (Participant 7)

Les relations avec les professionnels de la santé

Alors que plusieurs participants s'attribuent le statut « d'anti-pilule », presque tous les participants de l'étude se disent adhérents à leur traitement pharmacologique et aucun n'utilise l'homéopathie ou des remèdes maison. Plusieurs éléments favorisant l'adhésion thérapeutique ont été discutés : la routine, la stabilité des prescriptions, l'absence d'effets secondaires, l'expérience des pairs, le faible coût et la confiance envers les professionnels de la santé. À cet effet, la très grande confiance qu'ont les hommes envers leur médecin traitant se transpose par le fait même, à ce qu'ils prescrivent. Il n'y a pas de questionnement entourant la prescription médicale.

Aujourd'hui, ça fait trois ans et demi que j'ai euh la même médication. Non, moi, je suis pas, je suis pas le genre à essayer toute sorte de médicaments pour euh, pour essayer de trouver un remède miracle là. Je veux dire, j'ai trouvé une prescription, le médecin m'a donné une prescription, ça fonctionné puis euh, on y va avec ça puis. Ça me tente pas de déroger. (Participant 1)

Mon médecin de famille est très bon. [J'ai] très confiance!

Ce qu'ils vous disent, ce qu'ils vous prescrivent, vous le mettez en doute et vous l'appliquez.

Pantoute. Mmm. J'ai très confiance. (Participant 5)

Plusieurs attribuent, des effets secondaires à la médication antihypertensive, tels la baisse de vision, des nausées et l'effet de vide. D'autres participants ont verbalisé un effet secondaire spécifique aux hommes, soit la dysfonction érectile. Davantage mentionné chez les participants plus âgés, cet élément semble avoir une grande influence sur

l'identité et la gestion de la maladie. Ce sujet est encore considéré tabou par les participants et ceux-ci éprouvent un certain malaise d'en discuter avec certains professionnels de la santé.

[...] la chose qui me fait le plus mal au coeur, comme homme, ma libido est... [...] c'est peut-être la partie chez l'homme, à mon appartenance à la gent masculine qui m'a fait le plus mal. [...] je me suis senti démuni comme ça. [...] Et puis, ça, ça m'a affecté, plus que n'importe quoi. [...] Ça me travaille énormément. [...] Ça me fait mal, ça me fait mal. [...] j'ai arrêté pendant huit mois [la médication antihypertensive]. Je voulais voir réellement voir si ça avait un effet sur la libido. (Participant 4)

Puis, ça pouvait être problématique au niveau du sexe. [...] au niveau des effets, puis le sexe, telle ou telle affaire, c'est surtout l'affaire qui était importante la dernière fois [en faisant référence à sa dernière rencontre avec son pharmacien]. [...] je vais l'arrêter la pilule. Les effets secondaires, je les déteste et j'aime pas ça pantoute. Je me sens pas bien. (Participant 6)

Alors que les effets secondaires, dont les troubles érectiles, figurent parmi les éléments nuisibles à l'adhésion au traitement, d'autres aspects ont été verbalisés, comme les voyages (bris de la routine), l'alcool et le doute quant à l'efficacité du traitement. À cet effet, certains hommes ont mentionné un malaise et une peur des représailles envers leur médecin traitant.

Je voulais pas en prendre parce que je consommais moi. Pis, c'était écrit sur ce médicament-là, prenez pas d'alcool durant le traitement. [...] C'est pour ça, j'ai retardé ça tout le temps. J'en parlais pas à mon médecin, mais là, a ben fallu que j'en prenne, v'là deux ans et demi, il dit ta pression est trop haute, il va falloir que t'en prennes. C'est depuis ce temps-là que j'en prends. Quand je l'ai dit au médecin, ben là. Il m'a quasiment pas obligé d'en prendre, mais il m'a dit que c'était mieux que j'en prenne. (Participant 2)

C'est pas parce que je veux pas les prendre, c'est juste le financement. [Mon médecin ne sait pas que je prends ma médication un jour sur deux] je lui ai pas dit. [...] Je suis sûr qu'il me chicainerait. (Participant 10)

L'analyse des perceptions et croyances des hommes atteints d'HTA

La présentation des thèmes émergeant de l'analyse des données a permis de situer les perceptions et croyances des hommes atteints d'HTA. À cet égard, le modèle des croyances relatives à la santé (*Health Belief Model*) permet une certaine compréhension de la probabilité des hommes d'entreprendre l'action recommandée par les professionnels de la santé (Rosenstock, 1974). Rappelons que les principaux concepts de ce modèle sont : 1) la perception de sa vulnérabilité; 2) la perception de la sévérité des conséquences; 3) la perception des menaces engendrées par l'apparition de la maladie; 4) la croyance en l'efficacité de l'action préventive selon la résultante de la perception a) des bénéfices et b) des inconvénients; 5) la perception de l'auto-efficacité et 6) les autres variables et éléments déclencheurs de l'action (Becker, 1974). Voici le résumé des résultats de cette étude phénoménologique au travers du modèle des croyances relatives à la santé (voir Figure 4).

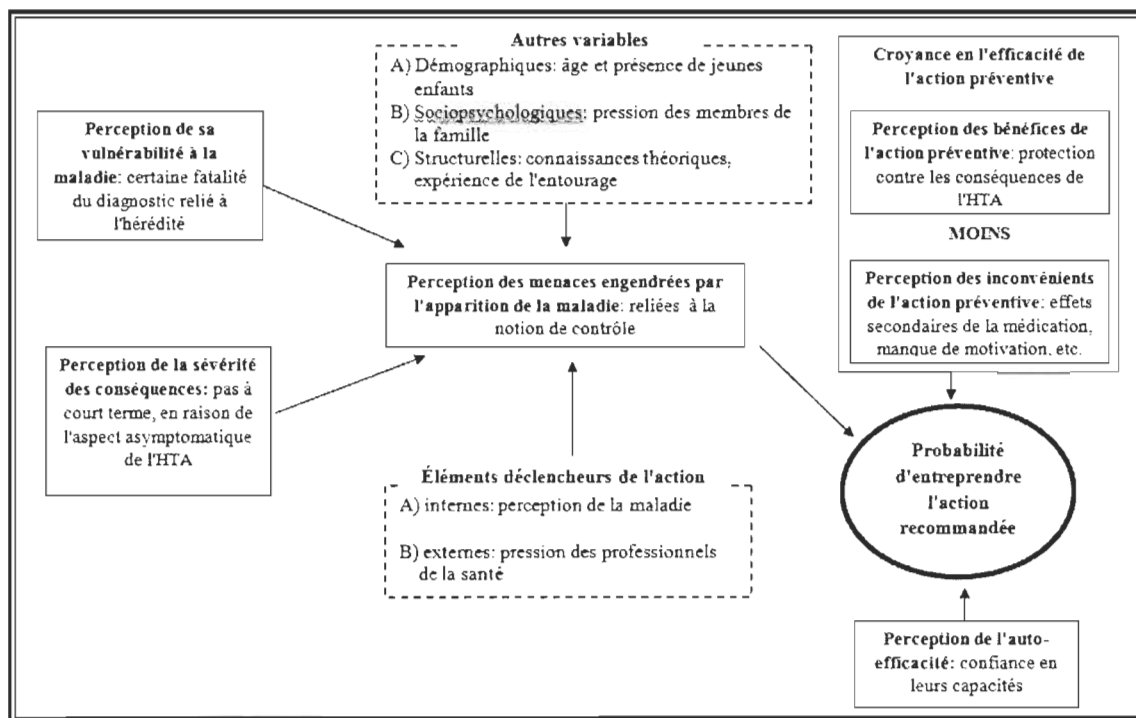


Figure 4. Résultats de l'étude selon le modèle des croyances relatives à la santé.

La perception de sa vulnérabilité face à l'HTA

À la lumière des thèmes émergents du discours des hommes atteints d'HTA, il ne semble pas y avoir réellement une perception de la vulnérabilité face à l'HTA, en regard de la fatalité du diagnostic. En fait, la perception de sa vulnérabilité face à l'HTA correspond à la probabilité subjective d'être atteint de cette maladie et pour plusieurs, l'annonce du diagnostic est loin d'être une surprise, notamment en raison du caractère héréditaire de l'HTA.

La perception de la sévérité des conséquences de l'HTA

Une certaine perception de la sévérité des conséquences de la maladie est intégrée par les participants, mais pas à court terme. Elle s'exprime souvent par les hommes en termes d'années de vie retranchée. D'ailleurs, les hommes de l'étude plus âgés ne craignent pas la mort suite à un infarctus. L'AVC est toutefois une conséquence qui est majoritairement crainte. Les hommes ne semblent pas percevoir la sévérité de la maladie et ses conséquences, particulièrement par l'aspect asymptomatique de l'HTA.

La perception des menaces engendrées par l'apparition de la maladie

Selon le modèle des croyances relatives à la santé, la perception des menaces engendrées par l'apparition de la maladie est influencée par plusieurs éléments: la perception de sa vulnérabilité à la maladie, perception de la sévérité des conséquences, des variables démographiques, sociopsychologiques, structurelles et des éléments déclencheurs de l'action. Parmi ceux-ci, le lien connecteur semble relié à la notion de contrôle. C'est-à-dire que l'apparition de l'HTA est une menace aux éléments que contrôlent les hommes.

La croyance en l'efficacité de l'action préventive

Le fait d'avoir une grande confiance envers leur médecin de famille a une influence particulière sur cette croyance. Par exemple, au niveau pharmacologique, tous sont

adhérant au traitement et le considère important. Par ailleurs, bien qu'un paradoxe subsiste en regard de la réalité et des connaissances sur l'HTA, la plupart des hommes perçoivent les bienfaits des actions préventives des aspects non-pharmacologiques comme des incontournables dans la gestion de maladie. Alors que plusieurs inconvénients de l'action préventive sont perçus par les hommes de l'étude, il semble que les bienfaits du traitement soient plus importants que ses désavantages (effets secondaires, coûts, etc.).

Perception de l'auto-efficacité

La plupart ont la perception qu'ils peuvent exécuter les actions nécessaires à l'accomplissement d'une saine gestion de l'HTA, que ce soit par la prise de la médication ou l'adoption des saines habitudes de vie.

Autres variables et éléments déclencheurs

L'âge est une variable qui influence la perception des menaces engendrées par l'apparition de l'HTA. Par exemple, la réaction des hommes lors de l'annonce du diagnostic était différente selon les groupes d'âge. La présence de jeunes enfants sous la responsabilité de l'homme est également un facteur associé. La pression des membres de la famille, les connaissances théoriques et l'expérience d'autres membres de l'entourage atteints de l'HTA ont également une influence sur la perception des menaces engendrées

par la maladie. Plusieurs ont mentionné avoir quelques membres de leur famille atteints d'HTA.

D'autres parts, parmi les éléments déclencheurs de l'action, on retrouve la perception de la maladie. Par exemple, la banalisation de l'HTA chez certains hommes peut indiquer une absence de perception des menaces reliées à cette maladie, à court terme. Du côté externe, on retrouve la pression des professionnels de la santé et plus particulièrement les médecins traitants.

En conclusion, nous avons vu dans ce chapitre les résultats issus des dix entretiens avec les hommes atteints d'HTA. Les deux thèmes principaux ont été présentés, ainsi que leurs sous-thèmes. Puis, par la suite, les résultats ont été représentés en regard du cadre conceptuel du modèle des croyances relatives à la santé. Au chapitre suivant, les résultats de ce projet de recherche seront interprétés.

Chapitre 5 : Discussion

L'objectif de la présente étude était d'explorer l'expérience des hommes atteints d'HTA. La question de recherche de ce projet est : « Quelles sont les perceptions et croyances des hommes, en regard de l'HTA? » Afin de répondre à cette question, ce dernier chapitre vise à interpréter les principaux résultats de l'étude ou en d'autres mots, faire ressortir leur signification (Tremblay & Perrier, 2006). Nous avons vu précédemment que deux thèmes principaux émergeaient du discours des dix hommes atteints d'HTA : le sens donné à l'HTA et la prise en charge de cette maladie. Les perceptions et croyances des hommes en regard de l'HTA seront discutées. Rappelons que le modèle des croyances relatives à la santé utilisé pour l'analyse des données a pour finalité d'étudier les comportements suite à un diagnostic (Glanz, et al., 2008). Donc, l'interprétation de ces comportements sera effectuée en fonction des perceptions et croyances des hommes atteints d'HTA. Par la suite, les limites de l'étude seront présentées. En terminant, des recommandations seront émises par rapport à la pratique clinique, la recherche, la gestion et la formation en sciences infirmières.

La perception de sa vulnérabilité

Tout d'abord, face à la perception de la vulnérabilité reliée à l'HTA, l'hérédité est une explication fréquente, ainsi que le stress. Toutefois, comme mentionnée dans la recension des écrits, chez 90 % des personnes ayant un diagnostic d'HTA, l'étiologie est

multifactorielle et non liée à une cause précise (Kaplan & Victor, 2009). Comme le souligne une étude portant sur les douleurs musculaires chroniques chez les hommes, le fait d'accuser la génétique comme la cause de leur maladie amène une certaine déresponsabilisation reliée au contrôle et à l'influence de l'homme (Ahlsen, Mengshoel, & Solbrække, 2012). On peut donc en déduire que le fait de percevoir l'HTA comme une maladie inévitable entraîne une banalisation de celle-ci.

D'autre part, le stress étant perçu comme une réalité quotidienne, une certaine fatalité face à l'HTA en découle. Cette association entre le stress et l'HTA est également présentée dans l'étude de St-Germain (2000), où les participants Haïtiens de l'étude associaient leur HTA à un événement particulier de leur vie qui dans certains cas a pu causer de la colère ou de la tension. Déjà, il y a près de 30 ans, des auteurs mentionnaient que l'appellation «hyper-tension» pouvait engendrer cette association trop étroite entre tension nerveuse et artérielle, qui sont pourtant bien distinctes (Jammal, 1983). D'ailleurs, les hommes de l'étude de Blumhagen (1980) et Frosch, Kimmel, & Volpp (2008) interprétaient également le nom de la maladie au sens littéraire, en associant « l'hyper-tension » au stress. Par ailleurs, selon une revue systématique brésilienne, portant sur le stress et l'HTA, les auteurs en concluent que les événements stressants ponctuels ne sont probablement pas associés avec l'incidence de cette maladie (Sparrenberger et al., 2009). Toutefois, cette perception n'est pas fautive considérant que le stress chronique et plus particulièrement une mauvaise gestion de ce stress est plus susceptible de causer une élévation soutenue de la PA (Sparrenberger, et al., 2009).

En lien avec la masculinité hégémonique, comme Addis & Mahalik (2003) le soulignaient, l'idéologie masculine varie selon les groupes étudiés, et ce, au travers du temps. Dans le cadre de cette étude, la masculinité hégémonique s'est avérée plus ou moins présente dans le discours des hommes, en regard de l'HTA. Les participants rencontrés se sont plutôt avérés comme étant près de leurs émotions, sensibles aux autres et étant impliqués dans des rôles dits féminins (ménage, cuisine, épicerie, etc.). Bien entendu, certains propos laissaient transparaître des comportements, qui se traduisent, par exemple, par un déni de la vulnérabilité. Le peu de réactions exprimées lors de l'annonce du diagnostic en est une illustration.

La perception de la sévérité des conséquences

La perception de la sévérité des conséquences de la maladie est fortement liée à l'aspect asymptomatique de la maladie et à la banalisation qui en découle. Tout comme les résultats actuels et ceux de l'étude de Bennett (2011), l'aspect asymptomatique de la maladie est d'ailleurs un aspect contribuant à la banalisation de la maladie. Ces résultats rejoignent en partie ceux d'une étude réalisée sur les perceptions et croyances de l'HTA, où il semble que les patients atteints du diabète sont plus susceptibles de voir l'HTA comme une maladie chronique ayant peu d'impact sur leur routine et étant moins importante que leur diabète (Heymann, Liora, Zucker, Chodick, & Shalev, 2012). À cet égard, dans l'étude de Edwards (2011), le seul élément du cadre conceptuel du modèle des croyances relatives à la santé à ne pas s'être retrouvé franchement dans le discours des participants était celui relié à la perception de la sévérité des conséquences de la

maladie. Toutefois, ils reconnaissent l'impact potentiel d'une non-adhésion au traitement, soit une augmentation de la PA, un AVC, des céphalées, une cardiomyopathie et la mort. Or, les résultats actuels sont contraire à ceux Edwards (2011), car les participants de l'étude présente ont discuté de la perception de la sévérité des conséquences. Ils mentionnaient franchement les conséquences de la maladie, et plus particulièrement l'AVC, bien que cette préoccupation en regard du risque n'était pas constante.

La perception des menaces engendrées par l'apparition de la maladie

La perception des menaces engendrées par l'apparition de l'HTA est influencée par plusieurs éléments, comme la perception de sa vulnérabilité à la maladie ou la perception de la sévérité des conséquences. À cet effet, la notion de contrôle apparaît pour les hommes de l'étude comme un élément central dans la perception de cette menace. Ils désirent gérer l'HTA, que ce soit par le contrôle des valeurs de PA ou la pratique d'exercice physique. Un contrôle des émotions est également exercé par les hommes. Une étude appuie également ce constat, où la perception du contrôle du comportement a un effet direct dans les efforts de réduction ou maintien de la PA (Taylor, et al., 2001). Selon la théorie socio-constructiviste, une visite médicale implique pour l'homme un certain sacrifice quant au contrôle, par exemple, l'attente du médecin en retard, suivre les indications pour l'examen physique ou subir les procédures médicales (Addis & Mahalik, 2003). Or, cette théorie ne cadre pas avec le point de vue des participants de l'étude, qui se considèrent entre autres, chanceux d'avoir un médecin

de famille. La notion de contrôle apparaît surtout au quotidien, par la prise de médication. Ils se sentent en contrôle de la maladie lorsqu'ils la prennent, bien que cela soit perçu à la fois comme un fardeau. Donc, le traitement est une forme de contrôle sur eux. En contrepartie, ils ne veulent notamment pas s'empêcher de vivre pour l'HTA. Ils sont prêts à mettre certains efforts pour une saine gestion de la maladie, mais sans que leur vie en soit brimée. D'autres parts, contrairement au modèle explicatif de Cloutier, et al. (2005), la mention d'un problème de santé n'est pas nécessairement perçue comme une source potentielle de dévalorisation, quoiqu'ils en parlent peu, qu'ils souhaitent que l'HTA « disparaisse » et qu'ils voient l'HTA comme la cause du contrôle que leur famille exerce sur eux. Seuls deux participants ont ouvertement mentionné que l'apparition de cette maladie touchait leur orgueil et leur estime de soi.

La croyance en l'efficacité de l'action préventive

Perception des bénéfices de l'action préventive

En regard de l'efficacité de l'action préventive, les hommes de cette étude perçoivent les bénéfices de leur prise en charge de l'HTA. Toutefois, la prise en charge des habitudes de vie n'est pas optimale et ils n'effectuent pas nécessairement de modifications. À cet égard, cette absence de modification de comportements abonde dans le même sens qu'une étude canadienne portant sur la modification des comportements de santé après le diagnostic d'une maladie chronique, où rares sont les personnes qui modifient positivement leur mode de vie après un diagnostic de maladie

chronique, tel l'HTA (Newson et al., 2012). On peut noter d'ailleurs qu'une forte proportion de personnes atteintes d'HTA en Mauricie et au Centre-du-Québec indique avoir l'intention de faire quelque chose pour améliorer leur santé et tout comme les hommes de l'étude, leur premier choix se tourne vers l'augmentation de leurs activités physiques (Cloutier, et al., 2012). Similairement, le manque de volonté est rapporté par plus du quart des répondants comme étant un empêchement pour améliorer leur santé. (Cloutier, et al., 2012). La modification des habitudes de vie est reconnue pour être difficile à maintenir à long terme (Hedayati, Elsayed, & Reilly, 2011). Or, en lien avec le taux d'adhésion au traitement, les hommes de l'étude perçoivent sans contredit les bénéfices de leur prise de médication antihypertensive. Cette adhésion peut s'expliquer, tout comme dans l'étude de Benson & Britten (2002), par une expérience positive avec le médecin (grande confiance), la perception des bénéfices de la médication (contrôle des conséquences de l'HTA) et pour des raisons pragmatiques, comme une baisse de la PA lors de la mesure de pression artérielle à domicile (MPAD).

Perception des inconvénients de l'action préventive

D'autres parts, la seconde portion des croyances sur l'efficacité de l'action préventive repose sur la perception des inconvénients. Le principal inconvénient perçu par les hommes semble relié à la prise de médication. Tout d'abord, il y a les effets secondaires, soit plus spécifiquement, les dysfonctions érectiles. Bien que cette difficulté soit identifiée dans les écrits scientifiques et touche 14.4 % des hommes atteints d'HTA de

l'étude Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS) (Grimm et al., 1997), sa gestion en clinique semble problématique. Selon une étude récente sur les troubles érectiles, plus de la moitié des hommes ayant ce problème n'en discutait pas avec leur médecin, alors que si la question était posée, plus de 95 % seraient prêts à en discuter (Wagle, Carrejo, & Tan, 2012). D'ailleurs, une étude américaine portant sur la perception du traitement de l'HTA, chez des participants majoritairement masculins et des professionnels de la santé, il semble que les professionnels prescripteurs soient moins concernés par les effets secondaires de la médication antihypertensive que les patients (70,8 % vs 84,1 % ; $p < 0,1$) (Kaboli et al., 2007). Pourtant, les troubles érectiles sont d'une grande importance, car ils sont associés à l'estime de soi et au bien-être psychologique des hommes (Korfage et al., 2009; Shabsigh et al., 1998). À cet égard, une étude canadienne, sur la santé des hommes, révèle que les principales préoccupations de ceux-ci en regard des problèmes de santé concernent la réduction de la mobilité, les pertes de mémoire, les effets secondaires des médicaments et toute autre condition affectant leur autonomie (Tannenbaum, 2012).

Par ailleurs, de manière générale, les gens qui perçoivent les effets secondaires de leur traitement antihypertensif sont plus susceptibles d'interrompre leur traitement (Grégoire et al., 2002). Dans l'étude actuelle, seuls les participants plus âgés ont confirmé cet effet secondaire et à cet égard, l'étude TOMHS rapporte également que les problèmes érectiles sont fortement reliés à l'âge (Grimm, et al., 1997). Le fait que le sujet ait été abordé par une femme, infirmière de surcroît, semble avoir favorisé la

confiance, mais la littérature ne fait pas cette distinction, quant au genre (Carrejo, Balla, & Tan, 2007). La réticence des participants de l'étude, à l'égard du traitement pharmacologique des dysfonctions érectiles (Viagra, Cialis), semble découler de la crainte du risque cardiovasculaire. Or, la littérature associe plutôt la réticence au traitement pharmacologique des dysfonctions érectiles aux médecins, qui semblent moins familiers avec l'évaluation des risques (Solomon, DeBusk, & Jackson, 2005).

Ensuite, l'aspect financier est aussi une barrière reliée à la prise de médication. Bien qu'un seul participant l'ait clairement verbalisé comme obstacle à l'adhésion au traitement, d'autres étaient préoccupés par cet aspect. Plusieurs émettaient l'hypothèse d'une non-adhésion au traitement si l'assurance-médicament était absente, en raison des coûts élevés. Alors que l'ensemble des études américaines fait plusieurs constats en regard de l'aspect financier des soins de santé (Bennett, 2011; Edwards, 2011; Hill, Bone, Kim, et al., 1999; Rose, et al., 2000), cet élément est peu marquant dans l'étude actuelle étant donné le système de santé offert au Québec, car l'ensemble de la population peut obtenir des services hospitaliers et médicaux gratuits et est couvert par un régime médicaments mixte, c'est-à-dire fondé sur un partenariat entre l'État et les assureurs privés (MSSS, 2008).

Selon la littérature, la masculinité représente en soi un obstacle à l'action préventive, car la socialisation des hommes encourage ceux-ci à mettre leur santé plus à risque (Courtenay, 2000c; Mahalik, et al., 2007). Tout comme certains hommes du projet

actuel, l'étude de Courtenay (2000b) présente le fait que la gent masculine se perçoit généralement moins à risque et le sentiment d'invulnérabilité qui en découle empêche la modification des habitudes de vie. Donc, le fatalisme émergeant de l'annonce du diagnostic et l'aspect asymptomatique de la maladie, s'ajoute à la notion de masculinité pour expliquer la prise en charge partielle des habitudes de vie. Toutefois, la littérature quant à l'utilisation des services de santé est diamétralement à l'opposé des propos recueillis des hommes de l'étude relativement à l'HTA. Il semble que les hommes soient moins enclins à utiliser les soins de santé (Cherry, et al., 2007; Dunnigan, 2000; MSSS, et al., 2011), or, les participants de l'étude sont tous suivis par un médecin de famille et sont assidus quant aux consultations reliées à l'HTA. Le revenu et le niveau de scolarité plus élevé pourraient expliquer cette disparité en regard des comportements préventifs (Mahalik, et al., 2007).

Bref, ces inconvénients perçus par les hommes de l'étude méritent une attention particulière de la part des professionnels de la santé, dans la gestion de l'HTA. La présence d'une relation de confiance entre les professionnels de la santé et le patient est donc souhaitable afin d'explorer ces sujets parfois délicats à aborder. D'ailleurs, il semble tout de moins que la perception des bénéfices soit plus forte que celles des inconvénients, car les participants de l'étude croient en l'efficacité de l'action préventive de l'HTA.

La perception de l'auto-efficacité

D'après le discours des hommes atteints d'HTA, ceux-ci ont une bonne perception de leur capacité dans la prise en charge de la maladie. Ce résultat peut s'expliquer par le biais optimiste masculin du modèle explicatif de la santé des hommes de Cloutier et al. (2005). C'est-à-dire qu'il y a une perception que tout est sous contrôle, même si la réalité est tout autre. Par ailleurs, ce biais optimiste peut également engendrer un sentiment d'invulnérabilité. Cependant, les hommes ayant une bonne confiance en leurs capacités de gérer la maladie sont davantage susceptibles d'adhérer à leur traitement (Lewis, et al., 2012; Elder et al, 2012).

Autres variables et éléments déclencheurs de l'action

En regard des autres variables et éléments déclencheurs du modèle des croyances relatives à la santé, l'âge figure comme un élément important. Tout comme le démontre l'étude de Tannenbaum (2012), les préoccupations des hommes en regard de leur santé diffèrent selon les groupes d'âge. D'autant plus qu'il semble que les personnes plus âgées aient moins de difficulté à accepter un diagnostic d'HTA (Jokisalo, et al., 2001). Par exemple, les participants plus jeunes de l'étude actuelle semblent davantage préoccupés par les conséquences de la maladie. Ce résultat peut s'expliquer également par la présence de jeunes enfants sous la responsabilité de l'homme. Selon le cycle de vie de la famille nord-américaine de la classe moyenne de Carter et McGolrick (1988, 1999), la famille qui compte de jeunes enfants doit notamment voir au partage des tâches relatives à l'éducation des enfants, mais également rechercher des ressources financières. Donc,

élever les enfants et répondre à leurs besoins constituent une lourde responsabilité (Wright & Leahey, 2007). L'apparition d'une maladie peut donc être perçue comme une menace quant au rôle de père.

Dans la littérature et l'étude actuelle, la pression des membres de la famille et surtout celle des professionnels de la santé sur les hommes semble définitivement avoir une place prépondérante dans la gestion de l'HTA. Alors que les résultats de l'étude d'Edwards (2011) et Rose et al. (2000) soulignent la mauvaise communication avec les professionnels de la santé comme une barrière à l'adhésion au traitement, plusieurs participants de l'étude présente ont souligné leur grande confiance envers leurs médecins traitants.

En terminant, aucune étude n'a évalué spécifiquement les connaissances des hommes en regard de l'HTA. Toutefois, les études de Petrella & Campbell (2005) et Viera, et al. (2008) laissent toutefois présager une certaine lacune à ce niveau. Cette piste pourrait expliquer partiellement le paradoxe existant chez la majorité des participants, entre les connaissances et l'adoption de saines habitudes de vie.

Limites de l'étude

La première et principale limite de l'étude est reliée à la publicité utilisée pour le recrutement. Tout d'abord, l'article publié dans le journal régional a pu attirer une clientèle particulière, issue de milieux mieux nantis et scolarisés. Certains ont pu être

appâtés par le contenu du texte, par la mention d'un dédommagement monétaire ou même par le cliché joint à l'article. La participation volontaire peut avoir également contribué aux limites de l'étude. Certains hommes ont pu avoir une expérience plus facile ou difficile avec l'HTA. Par la suite, le statut d'étudiante de la chercheuse constitue une autre limite. En raison de l'inexpérience en recherche qualitative, une formation a été reçue. Or, celle-ci peut avoir teinté les résultats. Afin de contrer cette limite, les analyses ont été validées auprès de trois juges experts indépendants. Puis, en terminant, le genre féminin de la chercheuse constitue une troisième limite de l'étude. Malgré les précautions établies dans la méthodologie, l'entretien peut avoir reproduit un rapport de genre, laissant place à de la censure.

Recommandations

Découlant des résultats de ce projet de recherche, des recommandations sont émises en regard des quatre sphères de la pratique infirmière : la pratique clinique, la recherche, la gestion et la formation en sciences infirmières.

La pratique clinique

Tout d'abord, à la lumière des propos recueillis dans cette étude, les infirmières semblent jouer un rôle plutôt discret dans la gestion de l'HTA. La grande majorité des participants sont suivis seulement par leur médecin traitant. Cet élément concorde avec ce que l'on retrouve dans la littérature puisque seulement 20 % des patients québécois

ayant une maladie chronique affirmaient qu'une infirmière participait à la gestion de leur maladie (Commissaire à la santé et au bien-être, 2009). Ces statistiques laissent donc place à l'amélioration, considérant que ce pourcentage s'élève à 22 % pour le reste du Canada et à 49 % pour le Royaume-Uni (Commissaire à la santé et au bien-être, 2009). Tout comme mentionné dans la recension des écrits, les infirmières, en complémentarité du travail du médecin et du pharmacien, contribuent à un meilleur contrôle de l'HTA par leur effort dans le dépistage de la maladie, la collaboration à la pose du diagnostic, au suivi, lors des visites en clinique, ainsi que la participation à l'éducation des patients et de l'ensemble du public (McLean, et al., 2007). D'ailleurs, une récente revue de littérature présente le travail d'équipe dans la gestion de l'HTA, notamment avec les infirmières et les pharmaciens, comme une nouvelle opportunité d'avoir une approche personnalisée avec le patient, opportune, collaborative, favorisant l'empowerment et permettant au médecin d'avoir plus de temps pour gérer les cas plus complexes et urgents (Clark, Smith, Taylor, & Campbell, 2010).

Comme les résultats de l'étude actuelle le démontrent, les hommes ont une grande confiance envers leur médecin traitant et il demeure important de conserver ce lien favorisant l'adhésion au traitement. Or, avec la concrétisation de la mise en place d'ordonnances collectives sur l'HTA pour les infirmières, celles-ci pourront entre autres ajuster la médication antihypertensive et demander des examens de laboratoire (INESS, 2013 ; Cloutier & Poirier, 2011). En fait, un travail d'équipe est vital, car globalement, l'abandon du traitement se situe principalement dans les premiers six mois, d'où

l'importance de travailler sur ce problème dès les premiers moments du traitement (Chapman et al., 2005), car ceci a un impact sur la persévérance à long terme (Glynn, Murphy, Smith, Schroeder, & Fahey, 2010). Évidemment, outre le suivi pharmacologique, les infirmières se doivent d'être outillées pour l'éducation à la santé, afin de posséder les compétences nécessaires à l'accompagnement de personnes atteintes de maladies chroniques.

La seconde recommandation concerne l'exploration des perceptions et croyances du patient, dans le but d'optimiser le traitement. En lien avec le cadre conceptuel de l'étude, soit le modèle des croyances relatives à la santé, l'ensemble des perceptions et croyances a un impact sur la probabilité d'entreprendre l'action recommandée. Les infirmières doivent se pencher sur le sens accordé à l'HTA, que ce soit en regard du fatalisme, la banalisation ou le stress relié à l'HTA, et ce afin de mieux cibler leurs interventions. En respect des perceptions et croyances des hommes atteints d'HTA, l'infirmière a un rôle d'accompagnement dans la mise en place d'action préventive pour une saine gestion de l'HTA.

Puis, parmi les résultats de cette recherche, on note un paradoxe entre les connaissances et l'adoption de saines habitudes de vie. À la lumière de ces conclusions, un transfert des connaissances doit être fait dans une perspective masculine. Les infirmières doivent être sensibilisées à l'importance de la notion de contrôle chez les hommes atteints d'HTA. Par la suite, dans le respect de la motivation des hommes

atteints d'HTA, les saines habitudes de vie doivent faire l'objet d'un accompagnement. Par ailleurs, les hommes de l'étude semblent ouverts à entreprendre des actions à cet égard. La problématique des troubles érectiles nécessite une attention particulière, en regard des résultats de l'étude. Après tout, se sentir informé à propos de sa médication antihypertensive est un prédicteur d'une meilleure adhésion au traitement (Stavropoulou, 2012). Afin de guider les professionnels de la santé, l'utilisation d'un algorithme pour le dépistage et la gestion des troubles érectiles pourrait s'avérer un outil pertinent afin de mieux répondre aux besoins des hommes.

La recherche

En regard de la recherche, à partir de cette base de connaissances, il serait intéressant d'avoir une vue plus globale de l'expérience des hommes atteints d'HTA, à partir d'une recherche de type quantitative. D'autres parts, la santé des hommes demeure un sujet relativement peu exploré. D'excellents ouvrages québécois ont présenté un portrait des hommes de la province, mais d'autres aspects de la masculinité semblent émerger, qui viennent contrebalancer ce qui était présenté dans la littérature du milieu des années 1990 et du début des années 2000 (Connell, 1995; Courtenay, 2000a, 2000b, 2000c). De plus, la notion de genre devrait être un élément davantage intégré dans les projets de recherche. Il serait fort intéressant de refaire cette recherche uniquement chez les femmes, afin d'enrichir la compréhension, considérant que les modèles explicatifs actuels pour l'adhésion laissent penser qu'il y a encore plusieurs secteurs ou variables qui

demeurent encore partiellement compris de la part des chercheurs et cliniciens. Somme toute, des particularités se sont révélées en regard de l'expérience des hommes atteints de l'HTA, mais il serait d'autant plus pertinent d'en faire la comparaison avec les femmes. Des interventions ciblées quant au genre pourraient favoriser une meilleure gestion de l'HTA.

La gestion

Au niveau de la gestion, il est souhaitable de favoriser le développement et l'implantation d'équipe interdisciplinaire. Cette recommandation rejoint d'ailleurs les lignes directrices du PECH, dans ses principes de base de la prise en charge de l'HTA (Hackam, et al., 2013). Comme mentionnés par certains participants de l'étude, l'infirmière et les pharmaciens jouent un rôle complémentaire à celui du médecin. À cet effet, d'autres professionnels de la santé seraient certainement appréciés en regard des saines habitudes de vie reliée à l'HTA, comme une nutritionniste ou une psychologue, par exemple. Selon la littérature, un suivi étroit et continu est préférable (Hackam, et al., 2013), considérant que les individus avec un diagnostic récent d'HTA, soit un ou deux ans, sont neuf fois plus susceptibles de cesser leur médication antihypertensive que ceux qui sont diagnostiqués depuis plus de dix ans (Gee, Campbell, et al., 2012). D'autant plus qu'il est particulièrement difficile de convaincre les nouveaux patients atteints d'HTA qu'ils sont suffisamment malades pour prendre une médication (Handler, 2005).

La formation

Au niveau de la formation des professionnels de la santé, il semble y avoir une lacune dans les cursus de cours quant à la formation sur la santé des hommes (Giorgianni, Porche, Williams, Matope, & Leonard, 2013). Bien que le Programme national de santé publique (PNSP) appuie déjà la promotion et le soutien des pratiques cliniques préventives comme stratégie d'action, le système de santé doit développer et implanter des approches d'interventions, afin que les professionnels soient mieux formés à transiger avec la clientèle masculine et habilités à mieux décoder leurs réels besoins. Deslauriers & Deslauriers (2010) proposent plusieurs stratégies d'interventions pour la clientèle masculine, telles : permettre aux hommes d'exercer une forme de contrôle, offrir aux hommes la possibilité de poser la première question, considérer le participant comme un expert, etc.

Comme le conclut un groupe de chercheurs portant sur la perception du traitement de l'HTA, l'éducation à la santé de la part des professionnels de la santé n'est qu'une portion des interventions, car la connaissance seule n'améliore pas la gestion de l'HTA (Kaboli, et al., 2007). Ceci démontre la pertinence d'interventions et approches adaptées à la clientèle. Malheureusement, dans le cadre de l'étude actuelle, l'enseignement prodigué aux hommes semblait se perdre au fil des ans ou était tout simplement mal compris.

À la lumière de cette discussion, l'interprétation des résultats a permis de situer les données recueillies en lien avec la littérature et le modèle des croyances relatives à la santé. Par la suite, les limites de l'étude ont été présentées. Enfin, des recommandations ont été émises en regard des quatre sphères de la discipline infirmière, soit le milieu clinique, la recherche, la gestion et la formation.

Chapitre 6 : Conclusion

En conclusion, l'objectif de cette étude phénoménologique était d'explorer les l'expérience des hommes atteints d'HTA et celle-ci a été examinées sous l'angle du modèle des croyances relatives à la santé. Ceci nous a donc permis donc de répondre à la question de recherche : « Quelles sont les perceptions et croyances des hommes, en regard de l'HTA? »

Dans la section des résultats, les thèmes présentés ont premièrement mis en lumière le sens accordé à l'HTA en regard d'une maladie inévitable, la banalisation de l'HTA et l'HTA comme synonyme de stress. Par la suite, dans la prise en charge de l'HTA, trois sous-thèmes ont émergé : la notion de contrôle, le paradoxe des connaissances et de l'adoption de saines habitudes de vie puis les relations avec les professionnels de la santé. En d'autres mots, par l'aspect asymptomatique de l'HTA, une banalisation de l'HTA est notée. Cette banalisation influence la perception de la sévérité des conséquences. Puis, un certain sentiment d'invulnérabilité s'ajoute également, en raison des normes de masculinité, mais également de la perception du fatalisme relié au diagnostic. Par la suite, ces éléments influencent la perception des menaces engendrées par l'apparition de la maladie. À cet effet, la notion de contrôle émerge du discours des hommes de l'étude. D'autres variables démographiques, sociopsychologiques et structurelles viennent influencer cette perception de menace, en plus des éléments

internes et externes déclencheurs de l'action. D'autres parts, la perception positive de l'auto-efficacité apparaît comme un élément positif en regard de la probabilité d'entreprendre l'action recommandée reliée à l'HTA, tout comme la croyance en l'efficacité de l'action préventive. La confiance envers les professionnels de la santé est un élément qui transcende la perception des inconvénients reliés à la prise de médication et aux normes de masculinité. Donc, tous ces éléments recueillis représentent les perceptions et croyances d'hommes atteints d'HTA.

Une meilleure compréhension des perceptions et croyances des hommes permettra, en termes de retombées, de mieux comprendre la perspective masculine et par le fait même, d'intervenir de manière plus ciblée dans la gestion du traitement de l'HTA. Des interventions et une approche spécifiques aux besoins des hommes pourront aider cette clientèle dans la gestion de leur maladie. L'intégration des infirmières dans le suivi des patients atteints d'HTA est souhaitable, tout comme la participation d'une équipe interdisciplinaire. Alors que les résultats de ce projet de recherche permettent d'établir de nouvelles bases de connaissances sur l'expérience des hommes atteints d'HTA, d'autres études sur le sujet seront nécessaires, afin d'approfondir ces résultats et mieux définir les bases de l'intervention. En somme, par son rôle de proximité, l'infirmière est à même d'évaluer le sens accordé à l'HTA et d'accompagner les hommes dans la prise en charge de leur maladie.

Références

- Adams, A., Buckingham, C. D., Lindenmeyer, A., McKinlay, J. B., Link, C., Marceau, L., & Arber, S. (2008). The influence of patient and doctor gender on diagnosing coronary heart disease. *Sociology of Health & Illness*, 30(1), 1-18.
- Addis, M. E., & Mahalik, J. R. (2003). Men, masculinity, and the contexts of help seeking. *The American Psychologist*, 58(1), 5-14.
- Agence de la santé publique du Canada. (2010). *Rapport du Système national de surveillance des maladies chroniques: L'hypertension au Canada, 2010*. Ottawa.
- Agence de la santé publique du Canada, & Institut canadien d'information sur la santé. (2011). *Obésité au Canada: Rapport conjoint de l'Agence de la santé publique du Canada et de l'Institut canadien d'information sur la santé*.
- Ahlsen, B., Mengshoel, A. M., & Solbrække, K. N. (2012). Troubled bodies - troubled men: a narrative analysis of men's stories of chronic muscle pain. *Disability And Rehabilitation*, 34(21), 1765-1773.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behaviour. *Organiz. Behav. Hum. Decision Process* 50, 179-211.
- Anderson, B. E., & Nilsson, S. G. (1964). Studies in the reliability and validity of the critical incident technique. *Journal of Applied Psychology*, 48(6), 398-403.
- Annandale, E., & Clark, J. (1996). What is gender? Feminist theory and the sociology of human reproduction. *Sociology of Health & Illness*, 18, 17-44.
- Antil, T. (2005). La santé des hommes: une mise en contexte in *La santé des hommes au Québec*. Québec: Les Publications du Québec - MSSS et ISQ.
- Arain, F. A., Kuniyoshi, F. H., Abdalrhim, A. D., & Miller, V. M. (2009). Sex/gender medicine. The biological basis for personalized care in cardiovascular medicine. *Circulation Journal: Official Journal of The Japanese Circulation Society*, 73(10), 1774-1782.
- Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

- Becker, M. H. (1974). *The health belief model and personal health behavior*. Thorofare, N.J.: Slack.
- Bennett, J. (2011). *Exploring beliefs and attitudes about medication adherence in African American men with high blood pressure*. Texas Women's University, Texas.
- Benson, J., & Britten, N. (2002). Patients's decision about wheter or not to take antihypertensive drugs: qualitative study. *BMJ*, 325.
- Bertakis, K. D., & Azari, R. (2007). Patient gender and physician practice style. *Journal of Women's Health* 16(6), 859-868.
- Bilodeau, D. (2012). Produit intérieur brut in *Bulletin statistique régional / Centre-du-Québec* (pp. 10-12): Institut de la statistique du Québec.
- Blais, C., & Rochette, L. (2011). *Surveillance de l'hypertension au Québec : incidence, prévalence et mortalité*. Institut National de santé publique.
- Blanchard, C. G., Ruckdeschel, J. C., Blanchard, E. B., Arena, J. G., Saunders, N. L., & Malloy, E. D. (1983). Interactions between oncologists and patients during rounds. *Annals Of Internal Medicine*, 99(5), 694-699.
- Blumhagen, D. (1980). Hyper-tension: a folk illness with a medical name. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 4(3), 197-224.
- Boutin, G. (1997). *L'entretien de recherche qualitatif*. Sainte-Foy: Presses de l'Université du Québec.
- Boutin, G. (2007). *L'entretien de groupe en recherche et formation*. Montréal: Éditions nouvelles.
- Bradbury-Jones, C., & Tranter, S. (2008). Inconsistent use of the critical incident technique in nursing research. *Journal of Advanced Nursing*, 64(4), 399-407.

- Branney, P., Witty, K., Bagnall, A.-M., South, J., & White, A. (2012). 'Straight to the GP; that would be where I would go': an analysis of male frequent attenders' constructions of their decisions to use or not use health-care services in the UK. *Psychology & Health, 27*(7), 865-880.
- Burns, N., & Grove, S. K. (2005). *The practice of nursing research : conduct, critique, and utilization*. St-Louis: Elsevier/Saunders.
- Butera, K. J. (2006). Manhunt: The Challenge of Enticing Men to Participate in a Study on Friendship. *Qualitative Inquiry, 12*(6), 1262-1282.
- Campbell, N., Brant, R., Johansen, H., Walker, R. L., Wielgosz, A., Onysko, J., . . . McAlister, F. A. (2009). Increases in antihypertensive prescriptions and reductions in cardiovascular events in Canada. *Hypertension, 53*(2), 128-134.
- Campbell, N., So, L., Amankwah, E., Quan, H., & Maxwell, C. (2008). Characteristics of hypertensive Canadians not receiving drug therapy. *The Canadian Journal of Cardiology, 24*(6), 485-490.
- Carlsson, A. C., Theobald, H., Hellénus, M.-L., & Wändell, P. E. (2009). Cardiovascular and total mortality in men and women with different blood pressure levels-A 26-year follow-up. *Blood Pressure, 18*(3), 105-110.
- Carpenter, D. R. (2011). Phenomenology as Method *Qualitative research in nursing : advancing the humanistic imperative* (pp. 72-96). Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Carrejo, M. H., Balla, D. J., & Tan, R. S. (2007). Preference for gender of health care provider in management of erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research, 19*(5), 474-479.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1988). *The changing family life cycle: A framework for therapy* (2 éd.). New York: Gardner Press.
- Carter, B., & McGoldrick, M. (1999). Overview: The expanded family life cycle: Individual, family and social perspectives *The expanded family life cycle:*

Individual, family and social perspectives (3 éd., pp. 1-26). Boston: Allyn and Bacon.

- Case, A., & Paxson, C. (2005). Sex differences in morbidity and mortality. *Demography*, 42(2), 189-214.
- Chapman, R. H., Benner, J. S., Petrilla, A. A., Tierce, J. C., Collins, S. R., Battleman, D. S., & Schwartz, J. S. (2005). Predictors of adherence with antihypertensive and lipid-lowering therapy. *Archives of Internal Medicine*, 165(10), 1147-1152.
- Cheng, S., Lichtman, J. H., Amatruda, J. M., Smith, G. L., Mattera, J. A., Roumanis, S. A., & Krumholz, H. M. (2005). Knowledge of blood pressure levels and targets in patients with coronary artery disease in the USA. *Journal of Human Hypertension*, 19(10), 769-774.
- Cherry, D. K., Woodwell, D. A., & Rechtsteiner, E. A. (2007). National Ambulatory Medical Care Survey: 2005 summary *Advance Data*(387), 1-39.
- Chobanian, A. V., Bakris, G. L., Black, H. R., Cushman, W. C., Green, L. A., Izzo, J. L. J., . . . Roccella, E. J. (2003). Seventh report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure. *Hypertension*, 42(6), 1206-1252.
- Clark, C. E., Smith, L. F. P., Taylor, R. S., & Campbell, J. L. (2010). Nurse led interventions to improve control of blood pressure in people with hypertension: systematic review and meta-analysis. *BMJ (Clinical Research Ed.)*, 341, c3995-c3995.
- Cloutier, L., Boudreau, F., Grenier, A.-M., Leroux, D., Trudeau, F., Miquelon, P., & Houle, J. (2012). *Portrait des caractéristiques associées à la santé cardiovasculaire et métabolique de la population de la région de la Mauricie et du Centre-du-Québec - Analyse des données de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 4.1 (2007-2008)*. Université du Québec à Trois-Rivières.
- Cloutier, L., Morris, D., Bruneau, J., McLean, D., & Campbell, N. (2013). World Health Organization Celebrates World Health Day, April 7, 2013—Focusing on Hypertension. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing*.

- Cloutier, L., & Poirier, L. (Éds.). (2011). *Prise en charge systématisée des personnes atteintes d'hypertension artérielle*. Montréal, Canada: Société québécoise d'hypertension artérielle.
- Cloutier, R., Tremblay, G., & Antil, T. (2005). Les hommes et leur rapport à la santé: proposition d'un modèle explicatif in *La santé des hommes au Québec*. Québec: Les Publications du Québec - MSSS et ISQ.
- Coles, R., Watkins, F., Swami, V., Jones, S., Woolf, S., & Stanistreet, D. (2010). What men really want: a qualitative investigation of men's health needs from the Halton and St Helens Primary Care Trust men's health promotion project. *British Journal of Health Psychology*, 15(4), 921-939.
- Commissaire à la santé et au bien-être. (2009). *L'expérience de soins des personnes présentant les plus grands besoins de santé: le Québec comparé / Résultats de l'enquête internationale sur les politiques de santé du Commonwealth Fund de 2008*. Repéré à http://www.csbe.gouv.qc.ca/fileadmin/www/DocumentsInformation/CSBE_ResultatsEnqueteInternationaleCommonwealthFundNovembre2009.pdf.
- Connell, R. (1995). *Masculinities*. Berkeley: University of California Press.
- Conseil de recherches en sciences humaines du Canada, Conseil de recherches en sciences naturelles et en génie du Canada, & Instituts de recherche en santé du Canada. (2010). *Énoncé de politique des trois Conseils : Éthique de la recherche avec des êtres humains*. Repéré à http://www.ger.ethique.gc.ca/pdf/fra/eptc2/EPTC_2_FINAL_Web.pdf.
- Corney, R. H. (1990). Sex differences in general practice attendance and help seeking for minor illness. *Journal of Psychosomatic Research*, 34(5), 525-534.
- Courtenay, W. H. (2000a). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* (1982), 50(10), 1385-1401.
- Courtenay, W. H. (2000b). Engendering health: A social constructionist examination of men's health beliefs and behaviors. *Psychology of Men & Masculinity*, 1(1), 4-15.

- Courtenay, W. H. (2000c). Behavioural factors associated with disease, injury, and death among men: evidence and implications for prevention. *The Journal of Men's Studies*, 9(1), 81-142.
- Daugherty, S. L., Masoudi, F. A., Zeng, C., Ho, M., Margolis, K. L., O'Connor, P. J., . . . Magid, D. J. (2013). Sex differences in cardiovascular outcomes in patients with incident hypertension. *Journal of Hypertension*, 31(2), 271-277.
- de Montigny, F., & Lacharité, C. (2002). *Perceptions des pères et des mères primipares à l'égard des moments critiques des premières 72 heures postnatales*. Non publié.
- Dennison, C. R. (2008). Adherence to antihypertensive therapy *Hypertension Primer: the essentials of high blood pressure: basic science, population science, and clinical management*. Dallas: Texas: Lippincott Williams & Wilkins.
- Deschamps, C. (1993). *L'approche phénoménologique en recherche*. Montréal: Guérin Universitaire.
- Deslauriers, J.-M., & Équipe Masculinités et société. (2010). *Regards sur les hommes et les masculinités : comprendre et intervenir*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Deslauriers, J.-P. (1991). *Recherche qualitative : guide pratique*. Montréal: McGraw-Hill.
- Deslauriers, J.-P., & Deslauriers, J.-M. (2010). La recherche auprès des hommes: défis et enjeux in *Regards sur les hommes et les masculinités: comprendre et intervenir* (pp. 154). Québec: Presses de l'Université Laval.
- Direction régionale du Centre-du-Québec du ministère de l'Agriculture des Pêcheries et de l'alimentation. (2008). *Agriculture et agroalimentaire dans la région du Centre-du-Québec*. Repéré à <http://www.mapaq.gouv.qc.ca/fr/Publications/Regional.pdf>.

- Dowling, M. (2007). From Husserl to van Manen. A review of different phenomenological approaches. *International Journal of Nursing Studies*, 44(1), 131-142.
- Dulac, G. (1997). *Les demandes d'aide des hommes*. Montréal: Action intersectorielle pour le développement et la recherche sur l'aide aux hommes.
- Dulac, G. (2001). *Aider les hommes... aussi*. Montréal: VLB éditeur.
- Dumas, M. A., Shurpin, K., & Gallo, K. (1995). Search and research: getting started in clinical research. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners*, 7(12), 591-597.
- Dunnigan, L. (2000). *Recours au service téléphonique Info-Santé CLSC in Enquête sociale et de santé: 1998*. Québec: Institut de la Statistique.
- Dupéré, S., O'Neill, M., & De Koninck, M. (2012). Why men experiencing deep poverty in Montréal avoid using health and social services in times of crisis. *Journal of Health Care For The Poor And Underserved*, 23(2), 781-796.
- Dustan, H. P. (1996). Gender differences in hypertension. *Journal of Human Hypertension*, 10(6), 337-340.
- Edwards, R. C. (2011). *A Grounded Theory of Patient Medication Noncompliance in Men Diagnosed with Hypertension*. Walden University, Minneapolis.
- Egan, B. M., Lackland, D. T., & Cutler, N. E. (2003). Awareness, knowledge, and attitudes of older Americans about high blood pressure: implications for health care policy, education, and research. *Archives of Internal Medicine*, 163(6), 681-687.
- Elder, K., Ramamonjivarivelo, Z., Wiltshire, J., Piper, C., Horn, W. S., Gilbert, K. L., . . . Allison, J. (2012). Trust, Medication Adherence, and Hypertension Control in Southern African American Men. *American Journal of Public Health*, 102(12), 2242-2245.

- Emslie, C., Hunt, K., & Macintyre, S. (1999). Gender differences in minor morbidity among full time employees of a British university. *Journal of Epidemiology and Community Health, 53*(8), 465-475.
- Erdine, S. (2010). Compliance With the Treatment of Hypertension: The Potential of Combination Therapy. *The Journal of Clinical Hypertension, 12*(1).
- Feeney, A., North, F., Head, J., Canner, R., & Marmot, M. (1998). Socioeconomic and sex differentials in reason for sickness absence from the Whitehall II Study. *Occupational and Environmental Medicine, 55*(2), 91-98.
- Finlayson, A., & McEwen, J. (1977). *Coronary heart disease and patterns of living*: Croom Helm.
- Flanagan, J. C. (1954). The critical incident technique. *Psychological Bulletin, 51*(4), 327-358.
- Fortin, M.-F., Côté, J., & Filion, F. (2006). *Fondements et étapes du processus de recherche* Montréal: Chenelière Éducation.
- Fox, S. (2011). The social life of health information. *Pew Internet & American Life Project*. Repéré à http://www.pewinternet.org/~media/Files/Reports/2011/PIP_Social_Life_of_Health_Info.pdf
- Friedman, C., Brownson, R. C., Peterson, D. E., & Wilkerson, J. C. (1994). Physician advice to reduce chronic disease risk factors. *American Journal of Preventive Medicine, 10*(6), 367-371.
- Frosch, D. L., Kimmel, S., & Volpp, K. (2008). What role do lay beliefs about hypertension etiology play in perceptions of medication effectiveness? *Health Psychology: Official Journal of the Division of Health Psychology, American Psychological Association, 27*(3), 320-326.
- Galdas, P. M., Cheater, F., & Marshall, P. (2005). Men and health help-seeking behaviour: literature review. *Journal of Advanced Nursing, 49*(6), 616-623.

- Gaziano, T. A., Bitton, A., Anand, S., & Weinstein, M. C. (2009). The global cost of nonoptimal blood pressure. *Journal of Hypertension, 27*(7), 1472-1477.
- Gee, M. E., Bienek, A., Campbell, N., Bancej, C. M., Robitaille, C., Kaczorowski, J., . . . Nolan, R. P. (2012). Prevalence of, and barriers to, preventive lifestyle behaviors in hypertension (from a national survey of Canadians with hypertension). *The American Journal of Cardiology, 109*(4), 570-575.
- Gee, M. E., Campbell, N., Gwady-Sridhar, F., Nolan, R. P., Kaczorowski, J., Bienek, A., . . . Walker, R. L. (2012). Antihypertensive medication use, adherence, stops, and starts in Canadians with hypertension. *The Canadian Journal of Cardiology, 28*(3), 383-389.
- Genest-Dufault, S., & Tremblay, G. (2010). Cinq paradigmes compréhensifs des hommes et des masculinités: proposition d'une classification originale in *Regards sur les hommes et les masculinités: comprendre et intervenir*. Québec: Presses de l'Université Laval.
- Gillis, A., & Jackson, W. (2002). *Research for nurses : methods and interpretation*. Philadelphie: F.A. Davis Co.
- Giorgi, A. (1997a). De la méthode phénoménologique utilisée comme mode de recherche qualitative en sciences humaines: théorie, pratique et évaluation in *La recherche qualitative : diversité des champs et des pratiques au Québec*. (pp. 341-364). Boucherville, Québec: Gaétan Morin
- Giorgi, A. (1997b). The theory, practice, and evaluation of the phenomenological method as a qualitative research procedure. *Journal of Phenomenological Psychology, 28*(2), 235-260.
- Giorgi, A. (2002). The question of validity in qualitative research. *Journal of Phenomenological Psychology, 33*(1), 1-18.
- Giorgi, A. (2005). The phenomenological movement and research in the human sciences. *Nursing Science Quartely, 18*(1), 75-82.

- Giorgi, A. (2010). Phenomenology and the practice of science. *Existential Analysis*, 21(1), 3-22.
- Giorgianni, S. J., Jr., Porche, D. J., Williams, S. T., Matope, J. H., & Leonard, B. L. (2013). Developing the Discipline and Practice of Comprehensive Men's Health. *American Journal of Men's Health*.
- Glanz, K., Rimer, B. K., & Viswanath, K. (2008). *Health behavior and health education : theory, research, and practice*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Glynn, L. G., Murphy, A. W., Smith, S. M., Schroeder, K., & Fahey, T. (2010). Interventions used to improve control of blood pressure in patients with hypertension. *Cochrane Database Of Systematic Reviews (Online)*(3), CD005182.
- Godin, G. (2012). *Les comportements dans le domaine de la santé : comprendre pour mieux intervenir*. Montréal: Les Presses de l'Université de Montréal.
- Grégoire, J.-P., Moisan, J., Guibert, R., Ciampi, A., Milot, A., Gaudet, M., & Côté, I. (2002). Determinants of discontinuation of new courses of antihypertensive medications. *Journal of Clinical Epidemiology*, 55(7), 728-735.
- Grimm, R. H., Jr., Grandits, G. A., Prineas, R. J., McDonald, R. H., Lewis, C. E., Flack, J. M., . . . Elmer, P. J. (1997). Long-term effects on sexual function of five antihypertensive drugs and nutritional hygienic treatment in hypertensive men and women. Treatment of Mild Hypertension Study (TOMHS). *Hypertension*, 29, 8-14.
- Grzywacz, J. G., Stoller, E. P., Brewer-Lowry, A. N., Bell, R. A., Quandt, S. A., & Arcury, T. A. (2012). Gender and health lifestyle: an in-depth exploration of self-care activities in later life. *Health Education & Behavior: The Official Publication of the Society for Public Health Education*, 39(3), 332-340.
- Guénette, L., Moisan, J., & Guillaumie, L. (2011). L'adhésion au traitement médicamenteux Concepts et moyens pour la maintenir ou l'améliorer. *L'actualité pharmaceutique /Formation continue*, octobre 2011.

- Gueyffier, F., Boutitie, F., Boissel, J. P., Pocock, S., Coope, J., Cutler, J., . . . Schron, E. (1997). Effect of antihypertensive drug treatment on cardiovascular outcomes in women and men. A meta-analysis of individual patient data from randomized, controlled trials. The INDANA Investigators. *Annals of Internal Medicine*, 126(10), 761-767.
- Hackam, D. G., Quinn, R. R., Ravani, P., Rabi, D. M., Dasgupta, K., Daskalopoulou, S. S., . . . Padwal, R. S. (2013). The 2013 canadian hypertension education program recommendations for blood pressure measurement, diagnosis, assessment of risk, prevention, and treatment of hypertension. *The Canadian Journal Of Cardiology*, 29(5), 528-542.
- Hall, J. A., Roter, D. L., & Katz, N. R. (1988). Meta-analysis of correlates of provider behavior in medical encounters. *Medical Care*, 26(7), 657-675.
- Han, H.-R., Kim, K. B., Kang, J., Jeong, S., Kim, E.-Y., & Kim, M. T. (2007). Knowledge, beliefs, and behaviors about hypertension control among middle-aged Korean Americans with hypertension. *Journal of Community Health: The Publication for Health Promotion and Disease Prevention*, 32(5), 324-342.
- Handler, J. (2005). Quality of life and antihypertensive drug therapy. *Journal Of Clinical Hypertension* 7(5), 274-285.
- Hautman, M. A., & Bomar, P. (1992). Gender differences in knowing about hypertension: The Black experience. *Health Care for Women International*, 13(1), 57-65.
- Haynes, R., Taylor, D., & Sacket, D. (1979). *Compliance in health care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Hedayati, S. S., Elsayed, E. F., & Reilly, R. F. (2011). Non-pharmacological aspects of blood pressure management: what are the data? *Kidney International*, 79(10), 1061-1070.
- Heymann, A., Liora, V., Zucker, I., Chodick, G., & Shalev, V. (2012). Perceptions of hypertension treatment among patients with and without diabetes. *BMC Family Practice*, 13, 24-24.

- Hill, M. N., Bone, L. R., Hilton, S. C., Roary, M. C., Kelen, G. D., & Levine, D. M. (1999). A clinical trial to improve high blood pressure care in young urban black men: recruitment, follow-up, and outcomes. *American journal of hypertension*, 12(6), 548-554.
- Hill, M. N., Bone, L. R., Kim, M. T., Miller, D. J., Dennison, C. R., & Levine, D. M. (1999). Barriers to hypertension care and control in young urban black men. *American Journal of Hypertension*, 12, 951-958.
- INESSS. (2013). Ordonnances collectives Page consultée, à <http://www.inesss.qc.ca/index.php?id=397>
- InfoOIIQ. (2013). Ordonnances collectives- Entente historique Page consultée, à <http://www.infoiiq.org/actualites/ordonnances-collectives-entente-historique>
- Institut de la statistique du Québec. (2012a). *Le Québec chiffres en main*. Québec: Repéré à http://www.stat.gouv.qc.ca/publications/referenc/pdf2012/QCM2012_fr.pdf.
- Institut de la statistique du Québec. (2012b). Population selon le groupe d'âge et le sexe, Mauricie et ensemble du Québec, 1996, 2001 et 2006-2011 Page consultée, à http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/profil04/societe/demographie/demo_gen/pop_age04.htm
- Institut de la statistique du Québec. (2012c). Coup d'oeil sur les régions Page consultée, à http://www.stat.gouv.qc.ca/regions/profils/region_00/region_00.htm
- Institut national de santé publique. (2007). Analyses thématiques Page consultée, à <http://www.inspq.qc.ca/santescope/analyses.asp?NumVol=99&nav=N>
- Izzo, J. L., Giles, T., D., & Matherson, B. J. (2008). Defining the syndrome of hypertension in *Hypertension Primer: the essentials of high blood pressure: basic science, population science, and clinical management* (4 éd.). Dallas, Texas: Lippincott Williams & Wilkins.
- Jammal, A. (1983). L'hypertension artérielle et les singularités de son vocabulaire. *Meta : journal des traducteurs* 28(4), 376-391.

- Jokisalo, E., Kumpusalo, E., Enlund, H., & Takala, J. (2001). Patients' perceived problems with hypertension and attitudes towards medical treatment. *Journal of Human Hypertension*, 15(11), 755-761.
- Kaboli, P. J., Shivapour, D. M., Henderson, M. S., Barnett, M. J., Ishani, A., & Carter, B. L. (2007). Patient and provider perceptions of hypertension treatment: do they agree? *Journal of Clinical Hypertension*, 9(6), 416-423.
- Kannel, W. B., & Wilson, P. W. F. (2008). Cardiovascular risk factors and hypertension *Hypertension primer: the essentials of high blood pressure* (4 éd.). Dallas, Texas: Lippincott Williams & Wilkins
- Kaplan, M. N., & Victor, R. G. (2009). *Kaplan's clinical hypertension* (10 éd.). Philadelphie: Lippincott Williams & Wilkins.
- Kaye, L. W., Crittenden, J. A., & Charland, J. (2008). Invisible older men: what we know about older men's use of healthcare and social services. *Generations*, 32(1), 9-14.
- Kearney, P. M., Whelton, M., Reynolds, K., Muntner, P., Whelton, P. K., & He, J. (2005). Global burden of hypertension: analysis of worldwide data. *Lancet*, 365(9455), 217-223.
- Kemppainen, J. K. (2000). The critical incident technique and nursing care quality research. *Journal of Advanced Nursing*, 32(5), 1264-1271.
- Korfage, I. J., Pluijm, S., Roobol, M., Dohle, G. R., Schröder, F. H., & Essink-Bot, M.-L. (2009). Erectile dysfunction and mental health in a general population of older men. *The Journal of Sexual Medicine*, 6(2), 505-512.
- Kusuma, Y. S. (2009). Perceptions on hypertension among migrants in Delhi, India: a qualitative study. *BMC Public Health*, 9, 267-267.
- Laperrière, A. (1997). Les critères de scientificité des méthodes qualitatives in *La recherche qualitative: enjeux épistémologiques et méthodologiques*. Montréal: Université de Montréal / Centre international de criminologie comparée.

- Lawes, C. M. M., Vander Hoorn, S., & Rodgers, A. (2008). Global burden of blood-pressure-related disease, 2001. *Lancet*, 371(9623), 1513-1518.
- Lefebvre, C. (2004). *Un portrait de la santé des hommes québécois de 30 à 64 ans*. Québec: Institut national de santé publique du Québec.
- Lewis, C. E., Lewis, M. A., Lorimer, A., & Palmer, B. B. (1977). Child-initiated care: the use of school nursing services by children in an "adult-free" system. *Pediatrics*, 60(4), 499-507.
- Lewis, L. M., Schoenthaler, A. M., & Ogedegbe, G. (2012). Patient factors, but not provider and health care system factors, predict medication adherence in hypertensive black men. *Journal of Clinical Hypertension* 14(4), 250-255.
- Lim, S. S., Vos, T., Flaxman, A. D., Danaei, G., Shibuya, K., Adair-Rohani, H., . . . 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 2010. *Lancet*, 380(9859), 2224-2260.
- Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Beverly Hills, Calif.: Sage.
- Loiselle, C. G., Profetto-McGrath, J., Polit, D. F., & Beck, C. T. (2007). *Méthodes de recherche en sciences infirmières: Approches quantitatives et qualitatives*: ERPI.
- Macintyre, S. (1993). Gender differences in the perceptions of common cold symptoms. *Social Science & Medicine* (1982), 36(1), 15-20.
- Macintyre, S., Ford, G., & Hunt, K. (1999). Do women 'over-report' morbidity? Men's and women's responses to structured prompting on a standard question on long standing illness. *Social Science & Medicine* (1982), 48(1), 89-98.
- Mahalik, J. R., Burns, S. M., & Syzdek, M. (2007). Masculinity and perceived normative health behaviors as predictors of men's health behaviors. *Social Science & Medicine* (1982), 64(11), 2201-2209.

- Maranon, R., & Reckelhoff, J. F. (2013). Sex and gender differences in control of blood pressure. *Clinical Science (London, England: 1979)*, 125(7), 311-318.
- Marchand, G. (2012). Territoire in *Bulletin statistique régional / Centre-du-Québec* (pp. 2): Institut de la statistique du Québec.
- Marshall, I. J., Wolfe, C. D. A., & McKeivitt, C. (2012). Lay perspectives on hypertension and drug adherence: systematic review of qualitative research. *BMJ* 345, e3953-e3953.
- Marshall, J. R., & Funch, D. P. (1986). Gender and illness behavior among colorectal cancer patients. *Women & Health*, 11(3-4), 67-82.
- Massé, R. (1995). *Culture et santé publique: les contributions de l'anthropologie à la prévention et à la promotion de la santé*. Montréal: Gaëtan Morin éditeur.
- McAlister, F. A., Feldman, R. D., Wyard, K., Brant, R., & Campbell, N. (2009). The impact of the Canadian Hypertension Education Programme in its first decade. *European Heart Journal*, 30(12), 1434-1439.
- McAlister, F. A., Wilkins, K., Joffres, M., Leenen, F. H. H., Fodor, G., Gee, M., . . . Campbell, N. (2011). Changes in the rates of awareness, treatment and control of hypertension in Canada over the past two decades. *Canadian Medical Association Journal* 183(9), 1007-1013.
- McLean, D., Kingsbury, K., Costello, J.-A., Cloutier, L., & Matheson, S. (2007). 2007 Hypertension Education Program (CHEP) recommendations: management of hypertension by nurses. *Canadian Journal of Cardiovascular Nursing* 17(2), 10-16.
- Messerli, F. H., Garavaglia, G. E., Schmieder, R. E., Sundgaard-Riise, K., Nunez, B. D., & Amodeo, C. (1987). Disparate cardiovascular findings in men and women with essential hypertension. *Annals of Internal Medicine*, 107(2), 158-161.
- Ministère de la Santé et des Services Sociaux. (2008). *En bref: le système de santé et de services sociaux au Québec*. Repéré à

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2007/07-731-01F.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services sociaux (MSSS). (2009). *Évaluation de l'implantation et des effets des premiers groupes de médecine de famille au Québec*. Repéré à

<http://publications.msss.gouv.qc.ca/acrobat/f/documentation/2008/08-920-02.pdf>.

Ministère de la Santé et des Services Sociaux (MSSS), en collaboration avec l'Institut national de la santé publique, & Institut national de la statistique. (2011). *Pour guider l'action - Portrait de santé du Québec et de ses régions: les statistiques*. Gouvernement du Québec.

Möller-Leimkühler, A. M. (2002). Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *Journal of Affective Disorders*, 71(1-3), 1-9.

Moran, D. (2000). *Introduction to phenomenology*. London ; New York: Routledge.

Mróz, L. W., Chapman, G. E., Oliffe, J. L., & Bottorff, J. L. (2011). Men, food, and prostate cancer: gender influences on men's diets. *American Journal of Men's Health*, 5(2), 177-187.

Newson, J. T., Huguet, N., Ramage-Morin, P. L., McCarthy, M. J., Bernier, J., Kaplan, M. S., & McFarland, B. H. (2012). *Modifications des comportements influant sur la santé après le diagnostic d'une maladie chronique chez les Canadiens de 50 ans et plus*. Rapports sur la santé.

Noone, J. H., & Stephens, C. (2008). Men, masculine identities, and health care utilisation. *Sociology of Health & Illness*, 30(5), 711-725.

O'Brien, R., Hunt, K., & Hart, G. (2005). 'It's caveman stuff, but that is to a certain extent how guys still operate': men's accounts of masculinity and help seeking. *Social Science & Medicine* (1982), 61(3), 503-516.

- Office québécois de la langue française. (2012). Grand dictionnaire terminologique Page consultée, à http://www.granddictionnaire.com/BTML/FRA/r_Motclef/index800_1.asp
- Oliveria, S. A., Chen, R. S., McCarthy, B. D., Davis, C. C., & Hill, M. N. (2005). Hypertension knowledge, awareness, and attitudes in a hypertensive population. *Journal of General Internal Medicine*, 20(3), 219-225.
- Onysko, J., Maxwell, C., Eliasziw, M., Zhang, J. X., Johansen, H., & Campbell, N. (2006). Large increases in hypertension diagnosis and treatment in Canada after a healthcare professional education program. *Hypertension*, 48(5), 853-860.
- Ordre des infirmières et infirmiers du Québec, & Fédération des médecins omnipraticiens du Québec. (2005). Rapport du Groupe de travail OIIQ/FMOQ sur les rôles de l'infirmière et du médecin omnipraticien de première ligne et les activités partageables. Repéré à http://www.oiiq.org/sites/default/files/uploads/pdf/FAQ/oiiq_fmog.pdf
- Organisation mondiale de la santé. (2013). Journée mondiale de la santé Page consultée, à <http://www.who.int/world-health-day/fr/index.html>
- Orshal, J. M., & Khalil, R. A. (2004). Gender, sex hormones, and vascular tone. *American Journal of Physiology. Regulatory, Integrative And Comparative Physiology*, 286(2), R233-R249.
- Padwal, R., Campbell, N., & Touyz, R. M. (2005). Applying the 2005 Canadian Hypertension Education Program recommendations: 3. Lifestyle modifications to prevent and treat hypertension. *Canadian Medical Association Journal* 173(7), 749-751.
- Paramore, L. C., Halpern, M. T., Lapuerta, P., Hurley, J. S., Frost, F. J., Fairchild, D. G., & Bates, D. (2001). Impact of poorly controlled hypertension on healthcare resource utilization and cost. *American Journal of Managed Care*, 7(4), 389-398.
- Perreault, S., Lamarre, D., Blais, L., Dragomir, A., Berbiche, D., Lalonde, L., . . . Collin, J. (2005). Persistence with treatment in newly treated middle-aged patients with essential hypertension. *The Annals of pharmacotherapy*, 39(9), 1401-1408.

- Petrella, R. J., & Campbell, N. (2005). Awareness and misconception of hypertension in Canada: results of a national survey. *The Canadian Journal Of Cardiology*, 21(7), 589-593.
- Phaneuf, M. (2011). *La relation soignant-soigné : rencontre et accompagnement*. Montréal: Chenelière Éducation.
- Pinkhasov, R. M., Wong, J., Kashanian, J., Lee, M., Samadi, D. B., Pinkhasov, M. M., & Shabsigh, R. (2010). Are men shortchanged on health? Perspective on health care utilization and health risk behavior in men and women in the United States. *International Journal of Clinical Practice*, 64(4), 475-487.
- Poirier, P., Turbide, G., Bourdages, J., Sauvageau, L., & Houle, J. (2006). Predictors of compliance with medical recommendations regarding pharmacological and non pharmacological approaches in patient with cardiovascular disease. *Clinical And Investigative Medicine. Médecine Clinique Et Experimentale*, 29(2), 91-103.
- Poupart, J. (1997). L'entretien de type qualitatif: considérations épistémologiques, théoriques et méthodologiques *La recherche qualitative : diversité des champs et des pratiques au Québec*. (pp. 173-209). Boucherville, Québec: Gaétan Morin
- Powers, B. J., Oddone, E. Z., Grubber, J. M., Olsen, M. K., & Bosworth, H. B. (2008). Perceived and actual stroke risk among men with hypertension. *Journal of Clinical Hypertension* 10(4), 287-294.
- Regitz-Zagrosek, V. (2006). Therapeutic implications of the gender-specific aspects of cardiovascular disease. *Nature Reviews. Drug Discovery*, 5(5), 425-438.
- Reinharz, S. (1983). Phenomenology as a dynamic process. *Phenomenology and Pedagogy*, 1(1), 77-79.
- Richardson, C. A., & Rabiee, F. (2001). A question of access: an exploration of the factors that influence the health of young males aged 15 to 19 living in Corby and their use of health care services. *Health Education Journal*, 60(1), 3-16.

- Rondeau, G. (2004). Rapport du comité de travail en matière de prévention et d'aide aux hommes. *Les hommes : s'ouvrir à leurs réalités et répondre à leurs besoins*. Québec: Ministère de la Santé et des Services sociaux.
- Rose, L. E., Kim, M. T., Dennison, C. R., & Hill, M. N. (2000). The contexts of adherence for African Americans with high blood pressure. *Journal of Advanced Nursing*, 32(3), 587-594.
- Rosenstock, I. M. (1974). Historical Origins of the Health Belief Model in *The Health Belief Model and Personal Health Behavior* (pp. 1-8). Thorofare (N.J.): Slack
- Rosenstock, I. M., Strecher, V. J., & Becker, M. H. (1988). Social learning theory and the Health Belief Model. *Health Education Quarterly*, 15(2), 175-183.
- Ross, S., Walker, A., & MacLeod, M. J. (2004). Patient compliance in hypertension: role of illness perceptions and treatment beliefs. *Journal of Human Hypertension*, 18(9), 607-613.
- Ruilope, L., & Izzo, J. L. J. (2008). Renal risk *Hypertension Primer: the essentials of high blood pressure: basic science, population science, and clinical management* (4 éd.). Dallas, Texas: Lippincott Williams & Wilkins.
- Sabo, D. (2000). Men's health studies: origins and trends. *Journal of American College Health*, 49(3), 133-142.
- Sampson, A. K., Jennings, G. L. R., & Chin-Dusting, J. P. F. (2012). Y are males so difficult to understand?: a case where "X" does not mark the spot. *Hypertension*, 59(3), 525-531.
- Sandén, I., Larsson, U. S., & Eriksson, C. (2000). An interview study of men discovering testicular cancer. *Cancer Nursing*, 23(4), 304-309.
- Sandman, D., Simantov, E., & An, C. (2000). Out of touch: American men and the healthcare system: Commonwealth Fund Men's and Women's Health Survey findings
Page consultée, à
http://www.commonwealthfund.org/usr_doc/sandman_outoftouch_374.pdf

- Santé Canada. (2010). *La stratégie de réduction du sodium pour le Canada, Recommandations du Groupe de travail sur le sodium*.
- Santé et services sociaux. (2003). *Plan national de santé publique 2003-2012*. Repéré à http://www.agencesss12.gouv.qc.ca/documents/Programme_nationale_sante_pub.pdf.
- Services Canada. (2012). *Perspectives sectorielles 2012-2014 /Mauricie*. Repéré à http://www.servicecanada.gc.ca/fra/qc/perspectives_sectorielles/ps_Mauricie.pdf
- Shabsigh, R., Klein, L. T., Seidman, S., Kaplan, S. A., Lehrhoff, B. J., & Ritter, J. S. (1998). Increased incidence of depressive symptoms in men with erectile dysfunction. *Urology*, 52(5), 848-852.
- Siegel, D., Lopez, J., & Meier, J. (2007). Antihypertensive medication adherence in the Department of Veterans Affairs. *The American Journal of Medicine*, 120(1), 26-32.
- Simons-Morton, B. G., McLeroy, K. R., & Wendel, M. L. (2012). *Behavior theory in health promotion practice and research*. Sudbury, Mass.: Jones & Bartlett Learning.
- Sinclair, J., Lawson, B., & Burge, F. (2008). Which patients receive advice on diet and exercise? Do certain characteristics affect whether they receive such advice? *Canadian Family Physician* 54(3), 404-412.
- Sloan, C., Gough, B., & Conner, M. (2010). Healthy masculinities? How ostensibly healthy men talk about lifestyle, health and gender. *Psychology & Health*, 25(7), 783-803.
- Smith, J. A., Braunack-Mayer, A., Wittert, G., & Warin, M. (2008). "It's sort of like being a detective": understanding how Australian men self-monitor their health prior to seeking help. *BMC Health Services Research*, 8, 56-56.
- Snow, R. C. (2008). Sex, gender, and vulnerability. *Global Public Health*, 3(S1), 58-74.

- Solomon, H., DeBusk, R. F., & Jackson, G. (2005). Erectile dysfunction: the need to be evaluated, the right to be treated. *American Heart Journal*, 150(4), 620-626.
- Sparrenberger, F., Cichelero, F. T., Ascoli, A. M., Fonseca, F. P., Weiss, G., Berwanger, O., . . . Fuchs, F. D. (2009). Does psychosocial stress cause hypertension? A systematic review of observational studies. *Journal Of Human Hypertension*, 23(1), 12-19.
- Spiegelberg, H. (1960). *The phenomenological movement : a historical introduction* (Vol. 1-2). The Hague: Martinus Nijhoff.
- St-Germain, D. (2000). *Conception de l'hypertension artérielle chez des Montréalais (es) hypertendu(es) d'origine haïtienne*. Université de Montréal, Montréal.
- St-Germain, D. (2002). La clientèle haïtienne et l'hypertension artérielle. *L'infirmière du Québec*, 10(1), 43-48.
- Statistique Canada. (2007). *Recensement de 2006 : Portrait de la population canadienne en 2006, selon l'âge et le sexe : Le portrait national*. Ottawa.
- Statistique Canada. (2008). *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, cycle 4.1 (2007)*. Ottawa: Gouvernement du Canada.
- Stavropoulou, C. (2012). Perceived information needs and non-adherence: evidence from Greek patients with hypertension. *Health Expectations: An International Journal of Public Participation In Health Care And Health Policy*, 15(2), 187-196.
- Tannenbaum, C. (2012). Effect of age, education and health status on community dwelling older men's health concerns. *The Aging Male*, 12(2), 103-108.
- Taylor, S. D., Bagozzi, R. P., & Gaither, C. A. (2001). Gender differences in the self-regulation of hypertension. *Journal Of Behavioral Medicine*, 24(5), 469-487.
- Trahan, B. (2012, 24 août). Les hommes ne voient pas l'hypertension comme les femmes. *Le Nouvelliste* Page consultée le 30, No. 255, à

<http://www.lapresse.ca/le-nouvelliste/sante/201208/24/01-4567806-les-hommes-ne-voient-pas-lhypertension-comme-les-femmes.php>

Tremblay, G., & Déry, F. (2010). La santé des hommes au Québec *in Regards sur les hommes et les masculinités: comprendre et intervenir* (pp. 305-329). Québec: PUL.

Tremblay, G., Fonseca, F., & Lapointe-Goupil, R. (2004). *Portrait des besoins des hommes québécois en matière de santé et de services sociaux*. Québec: Centre de recherche interdisciplinaire sur la violence familiale et la violence faite aux femmes.

Tremblay, R. R., & Perrier, Y. (2006). *Savoir plus: outils et méthodes de travail intellectuel* Les Éditions de la Chenelière inc. Page consultée, à http://www.cheneliere.info/cfiles/complementaire/complementaire_ch/fichiers/coll_uni/rapport_recherche.pdf

Tu, K., Chen, Z., & Lipscombe, L. L. (2008). Mortality among patients with hypertension from 1995 to 2005: a population-based study. *Canadian Medical Association Journal*, 178(11), 1436-1440.

Tyler, R. E., & Williams, S. (2013). Masculinity in young men's health: Exploring health, help-seeking and health service use in an online environment. *Journal of Health Psychology*.

Université du Québec à Trois-Rivières. (2011). *Politique d'éthique de la recherche avec des êtres humains*. Repéré à https://oraprdnt.uqtr.quebec.ca/pls/public/docs/GSC1390/F1136441032_politique_d__thique_EH_2009.pdf.

Vaccaro, J. A., & Huffman, F. G. (2012). Gender differences in medical advice and health behavior of obese African Americans with and without type 2 diabetes. *American Journal of Men's Health*, 6(5), 383-394.

Verbrugge, L. M., & Steiner, R. P. (1985). Prescribing drugs to men and women. *Health Psychology: Official Journal of The Division of Health Psychology, American Psychological Association*, 4(1), 79-98.

- Vermeire, E., Hearnshaw, H., Van Royen, P., & Denekens, J. (2001). Patient adherence to treatment: three decades of research. A comprehensive review. *Journal of Clinical Pharmacy & Therapeutics*, 26(5), 331-342.
- Viera, A. J., Cohen, L. W., Mitchell, C. M., & Sloane, P. D. (2008). High blood pressure knowledge among primary care patients with known hypertension: a North Carolina Family Medicine Research Network (NC-FM-RN) study. *Journal of The American Board of Family Medicine*, 21(4), 300-308.
- Wagle, K. C., Carrejo, M. H., & Tan, R. S. (2012). The implications of increasing age on erectile dysfunction. *American Journal of Men's Health*, 6(4), 273-279.
- Waldron, I. (1978). Why do women live longer than men? *The New England Journal Of Medicine*, 298(1), 57-58.
- Waltz, C. F., Strickland, O., & Lenz, E. R. (2010). *Measurement in nursing and health research*. New York: Springer Pub.
- Weaver, N. F., Murtagh, M. J., & Thomson, R. G. (2006). How do newly diagnosed hypertensives understand 'risk'? Narratives used in coping with risk. *Family Practice*, 23(6), 637-643.
- Wilkins, K., Campbell, N., Joffres, M. R., McAlister, F. A., Nichol, M., Quach, S., . . . Tremblay, M. S. (2010). Tension artérielle des adultes au Canada. *Rapports sur la santé*, 21(1).
- Wilkins, K., Gee, M. E., & Campbell, N. (2012). Différences entre les sexes relatives au contrôle de l'hypertension chez les personnes âgées. *Rapports sur la santé*, 23(4), 3-11.
- Woolsey, L. K. (1986). The Critical Incident Technique: An Innovative Qualitative Method of Research. *Canadian Journal of Counselling*, 20(4), 242-254.
- World Health Organization. (2009). *Global Health Risks: Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks*. Genève: World Health Organization Press.

- Wright, L. M., & Leahey, M. (2007). *L'infirmière et la famille : guide d'évaluation et d'intervention*. Saint-Laurent: ERPI.
- Wyke, S., Hunt, K., & Ford, G. (1998). Gender differences in consulting a general practitioner for common symptoms of minor illness. *Social Science & Medicine* (1982), 46(7), 901-906.
- Zapater, P., Novalbos, J., Gallego-Sandín, S., Hernández, F. T., & Abad-Santos, F. (2004). Gender differences in angiotensin-converting enzyme (ACE) activity and inhibition by enalaprilat in healthy volunteers. *Journal of Cardiovascular Pharmacology*, 43(5), 737-744.

Appendice A

Lettres d'appuis des milieux de recrutement

GMF Les Grès

St-Étienne-des-Grès, le 22 mai 2012


Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR
3351, boulevard des Forges
C.P. 500
Trois-Rivières (Qc)
G9A 5H7

Objet : Projet de recherche intitulé «L'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle»

Madame, Monsieur, membre du Comité d'éthique de la recherche,

Dans le cadre de son projet de maîtrise, Mme Anne-Marie Leclerc, infirmière clinicienne, nous a fait part de son désir de recruter des hommes auprès de notre clientèle. Nous avons pris connaissance de l'ensemble du devis de recherche et nous désirons vous informer que nous appuyons le recrutement de participants au sein de notre clinique.

Veillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Dr Jacques Delorme
Médecin responsable



Virginie Carpentier
Infirmière clinicienne

GMF Les Grès
190 rue St-Honoré, bureau 104
St-Étienne-des-Grès (Qc)
G0X 2P0



Trois-Rivières, le 30 mai 2012

Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR
3351, boulevard des Forges
C.P. 500
Trois-Rivières (Qc)
G9A 5H7

Objet : Projet de recherche : L'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle

Madame, Monsieur, membre du Comité d'éthique de la recherche,

Dans le cadre de son projet de maîtrise, Mme Anne-Marie Leclerc, infirmière clinicienne, nous a fait part de son désir de recruter des hommes atteints d'hypertension artérielle, parmi notre clientèle. Nous avons pris connaissance de l'ensemble du devis de recherche et nous désirons vous informer que nous appuyons le recrutement de participants au sein de notre pharmacie, par la remise de dépliants.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.

Louise Deshaies
Pharmacienne

Jean Coutu (succursale 259)
5905, boulevard Jean XXIII
Trois-Rivières, Qc
G8Z 4N8

819-378-6127

Appendice B
Outils de recrutement

*
L'objectif de l'étude est
d'explorer
l'expérience
des hommes
atteints d'hypertension
artérielle



*

Cette étude a été
approuvée par le
Comité d'éthique de
l'UQTR
Certificat :
CER-12-181-06.19

**Projet de recherche en sciences
infirmières**

Anne-Marie Leclerc,
infirmière clinicienne
(Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières)

Par courriel:

Anne-Marie.Leclerc2@uqtr.ca

Par téléphone :

(819) 376-5011 poste 3475

Projet de recherche
en sciences
infirmières portant
sur l'expérience des
hommes atteints
d'hypertension
artérielle



Votre expérience sur ce
sujet est recherchée!

Votre contribution au projet de recherche est:

Participer à un entretien de 60 minutes portant sur :

- L'histoire de la maladie
- La signification de la maladie
- Le traitement

Critères d'inclusion:

- Être un homme et être atteint d'hypertension artérielle
- Avoir plus de 18 ans

N'hésitez pas à contacter la chercheuse pour plus d'informations :

Anne-Marie Leclerc,
infirmière clinicienne
 (Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières)

Par courriel:


Anne-Marie.Leclerc2@uqtr.ca

Par téléphone :

(819) 376-5011 poste 3475

Un appel de votre part ne signifie pas un consentement automatique. Plus de détails sur le projet seront données et le processus sera discuté avec vous.

Si vous êtes intéressé et éligible, un rendez-vous sera planifié au moment et à l'endroit de votre choix.



Un montant de 30\$ vous sera remis en guise de remerciement

**Vous êtes un homme?
Vous êtes atteints d'hypertension artérielle?
Votre expérience sur ce sujet est recherchée!**

Projet de recherche en sciences infirmières portant sur l'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle

Critères d'inclusion:

Être un homme atteint d'hypertension artérielle et avoir plus de 18 ans

Votre contribution:

Un entretien de 60 minutes à l'endroit de votre choix



Un montant de 30\$ vous sera remis en guise de remerciement

Contactez Anne-Marie Leclerc, infirmière clinicienne
Étudiante à la maîtrise en sciences infirmières de l'UQTR

Courriel: Anne-Marie.Leclerc2@uqtr.ca

Téléphone: (819) 376-5011 poste 3475

Appendice C
Article de journal

Publié le 24 août 2012 à 08h16 | Mis à jour à 08h16

Les hommes ne voient pas l'hypertension comme les femmes



Anne-Marie Leclerc, infirmière et étudiante à la maîtrise.
PHOTO: OLIVIER CROTEAU

[Agrandir](#)



BRIGITTE TRAHAN
Le Nouvelliste

(Trois-Rivières) Il y a plus d'hommes qui meurent de l'hypertension que de femmes au Canada, soit 8,5 % par rapport à 5,8 % chez les femmes.

Cette donnée intrigue l'infirmière Anne-Marie Leclerc au point où elle en fait le sujet de sa thèse de maîtrise au département des Sciences infirmières de l'UQTR.

«Dans la littérature scientifique, on constate que la conception de la santé chez les hommes n'est pas comme celle des femmes. Les hommes perçoivent leur santé meilleure qu'elle est par rapport aux diagnostics qu'ils reçoivent», dit-elle.

Résultat, les hommes sont moins fidèles à prendre leur médication que les femmes.

«Selon une étude, après trois ans, le taux de persévérance avec le traitement antihypertension chute à 55 %, de façon générale, chez les deux sexes, mais le fait d'être un homme fait qu'on a plus de risques de cesser le traitement», signale Mme Leclerc.

C'est que l'hypertension est une maladie insidieuse et ne présente pas de symptômes ressentis. C'est pourquoi on l'appelle la maladie silencieuse, explique l'infirmière, «mais elle a pourtant des conséquences sur les reins, les yeux et le système cardio-vasculaire», dit-elle.

«Avec les prescriptions, souvent, les gens ont des effets secondaires et ils laissent le médicament de côté», dit-elle.

La recherche démontre aussi que les hommes font moins usage des services de santé que les femmes. Il y a plus de femmes qui ont un médecin de famille que d'hommes, par exemple.

Anne-Marie Leclerc voudrait bien comprendre mieux la gent masculine à cet égard. Elle est présentement à la recherche d'une dizaine de volontaires de 18 ans et plus ayant diverses expériences relativement à l'hypertension.

La recherche qualitative qu'elle veut mener permettra, espère-t-elle, de mieux comprendre la perception qu'ont les hommes de la maladie et tout particulièrement de l'hypertension qui oblige un contrôle fréquent et une médication régulière.

«Je veux comprendre ce qui motive certains hommes à continuer leur traitement, ce qui les aide à cet effet, ce qui les aide moins et ce que les professionnels de la santé font qui les aide», résume-t-elle.

Mme Leclerc espère voir les résultats de sa recherche publiés afin que d'autres scientifiques approfondissent le sujet et que les infirmières qui interviennent directement auprès des patients puissent adapter leurs interventions aux hommes qui sont actuellement souvent incompris.

Les hommes atteints d'hypertension désireux de prendre part à cette étude bénéficieront d'un montant de 30 \$ pour leur participation qui nécessitera une rencontre confidentielle d'une heure avec Mme Leclerc. Pour participer: 819-376-5011, poste 3475 ou par courriel à Anne-Marie.Leclerc2@uqtr.ca.

Appendice D
Certificat d'éthique

Le 21 juin 2012

Madame Anne-Marie Leclerc
Étudiante à la maîtrise
Département des sciences infirmières

Madame,

Votre protocole de recherche *L'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle* a été soumis au comité d'éthique de la recherche pour approbation lors de la 181^e réunion tenue le 15 juin 2012.

Bien que, selon le comité, des corrections méritent d'être apportées à votre demande, le comité a pris la décision de vous octroyer dès maintenant votre certification afin de ne pas retarder indûment vos travaux. Cependant, le comité s'attend à ce que vous opérerez les modifications demandées et que vous nous fassiez parvenir, par courriel ou par courrier, les documents modifiés pour qu'ils soient annexés à votre dossier.

Dans la lettre d'information, le comité vous demande d'ajouter dans la section « Confidentialité », que votre directrice de recherche aura aussi accès aux données.

Dans le document « Canevas des thèmes du guide d'entretien du projet de recherche sur *l'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle* », détailler davantage la grille d'entrevue.

Dans le formulaire de consentement, dans la section des signatures, enlever « parent ou tuteur » et « ou chercheur ».

Le certificat porte le numéro CER-12-181-06.19 et sa période de validité s'étend du 21 juin 2012 au 21 juin 2013. Nous vous invitons à prendre connaissance de l'annexe à votre certificat qui présente vos obligations à titre de responsable d'un projet de recherche.

Veillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FANNY LONGPRÉ
Agente de recherche
Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche

FL/cd

c. c. M^{me} Lyne Cloutier, professeure au Département des sciences infirmières



Université du Québec à Trois-Rivières

CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

RAPPORT DU COMITÉ D'ÉTHIQUE :

Le comité d'éthique de la recherche, mandaté à cette fin par l'Université, certifie avoir étudié le protocole de recherche :

Titre du projet : L'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle

Chercheurs : Anne-Marie Lederer
Département des sciences infirmières

Organismes : Fonds de recherche de la professeure Lyne Cloutier

et a convenu que la proposition de cette recherche avec des êtres humains est conforme aux normes éthiques.

PÉRIODE DE VALIDITÉ DU PRÉSENT CERTIFICAT :

Date de début : 21 juin 2012

Date de fin : 21 juin 2013

COMPOSITION DU COMITÉ :

Le comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières est composé des catégories de personnes suivantes, nommées par le conseil d'administration :

- six professeurs actifs ou ayant été actifs en recherche, dont le président et le vice-président;
- une personne membre ou non de la communauté universitaire, possédant une expertise dans le domaine de l'éthique
- un(e) étudiant(e) de deuxième ou de troisième cycle;
- un technicien de laboratoire;
- une personne ayant une formation en droit et appelée à siéger lorsque les dossiers le requièrent;
- une personne extérieure à l'Université;
- un secrétaire provenant du Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche ou un substitut suggéré par le doyen des études de cycles supérieurs et de la recherche.

SIGNATURES :

L'Université du Québec à Trois-Rivières confirme, par la présente, que le comité d'éthique de la recherche a déclaré la recherche ci-dessus mentionnée entièrement conforme aux normes éthiques.


Hélène-Marie Thérien
Présidente du comité

Fanny Longpré
Secrétaire du comité

Date d'émission : 21 juin 2012

N° du certificat : CER-12-181-06.19

DECSR

 Université du Québec à Trois-Rivières
CERTIFICAT D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

ANNEXE

Votre projet de recherche «**L'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle**» se termine le **18 juin 2013**, votre certificat portant le numéro **CER-12-181-06.19** est valable pour 12 mois.

En acceptant ce certificat d'éthique vous vous engagez à :

1. Informer le CER par écrit de tout changement qui doit être apporté à la présente recherche ou aux documents destinés aux participants, tels que publicité pour le recrutement, lettre d'information et formulaire de consentement, avant leur entrée en vigueur.
2. Demander annuellement le renouvellement de ce certificat en utilisant le formulaire prévu à cet effet au moins un mois avant la fin de la période de validité du présent certificat ().
3. Aviser par écrit le CER de l'abandon ou de l'interruption prématurée de ce projet de recherche.
4. Faire parvenir au CER un rapport final en utilisant le formulaire prévu à cette fin au plus tard 1 mois après la fin de la recherche.

Lundi 27 août 2012

Comité d'éthique de la recherche de l'UQTR
3351, boulevard des Forges
C.P. 500, Trois-Rivières (Québec)
G9A 5H7

Objet : Projet de recherche intitulé «L'expérience des hommes atteints l'hypertension artérielle»: élargissement des modes de recrutement et augmentation du nombre de participants

Madame, Monsieur, membres du Comité d'éthique de la recherche.

J'aimerais par la présente, porter à votre attention deux modifications au certificat d'éthique numéro: CER-12-181-06.19. Tout d'abord, au niveau des modes de recrutement, en plus des sites Jean Coutu et du GMF Les Grès, un article a paru dans le journal le Nouvelliste, le 24 août dernier. Par ailleurs, le nombre de candidats requis pour le projet sera modifié pour trente participants, à la place des dix prévus.

Veuillez agréer, Madame, Monsieur, l'expression de nos sentiments les meilleurs.



Anne-Marie Leclerc, inf. B. Sc.
Étudiante à la maîtrise en Sc. inf.
Université du Québec à Trois-Rivières
Anne-Marie.Leclerc2@uqtr.ca

Le 14 septembre 2012

Madame Anne-Marie Leclerc
Étudiante à la maîtrise
Département des sciences infirmières

Madame,

Les membres du comité d'éthique de la recherche vous remercient de leur avoir acheminé une demande de modifications pour votre protocole de recherche intitulé **L'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle** (CER-12-181-06.19) en date du 28 août 2012.

Lors de sa 183^e réunion qui aura lieu le 21 septembre 2012, le comité entérinera l'acceptation des modifications consistant à augmenter la taille de l'échantillon de votre protocole de recherche mentionné ci-haut. Cette décision porte le numéro CER-12-183-07-02.01.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FANNY LONGPRÉ
Agente de recherche
Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche

FL/cd

c. c. M^{me} Lyne Cloutier, professeure au Département des sciences infirmières

Le 28 mai 2013

Madame Anne-Marie Leclerc
Étudiante
Département des sciences infirmières

Madame,

Les membres du comité d'éthique de la recherche vous remercient de leur avoir acheminé une demande de renouvellement pour votre protocole de recherche intitulé : **L'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle** (CER-12-181-06.19) en date du 27 mai 2013.

Lors de sa 192^e réunion qui aura lieu le 21 juin 2013, le comité entérinera l'acceptation de la prolongation de votre certificat jusqu'au 21 juin 2014. Cette décision porte le numéro CER-13-192-07.03.22.

Veuillez agréer, Madame, mes salutations distinguées.

LA SECRÉTAIRE DU COMITÉ D'ÉTHIQUE DE LA RECHERCHE

FANNY LONGPRÉ
Agente de recherche
Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche

FL/sb

p.j. Certificat d'éthique

c.c. Mme Lyne Cloutier, professeure au département des sciences infirmières

Appendice E
Guide d'entretien

CANEVAS DES THÈMES POUR L'ÉLABORATION DU GUIDE

D'ENTRETIEN

Il s'agit d'un entretien semi-structuré d'environ 60 minutes qui repose sur l'objectif d'explorer les perceptions et croyances des hommes atteints d'hypertension artérielle (HTA). Ce guide est basé sur la technique de l'incident critique de Flanagan (1954).

1. Décrire les perceptions et croyances des hommes atteints d'HTA :
 - L'annonce du diagnostic
 - Explication de la maladie (causes)
 - Observance au traitement

2. Susciter des évaluations expérientielles en regard des perceptions et croyances des hommes atteints d'HTA :
 - Quels aspects des perceptions et croyances considèrent-ils comme des éléments positifs (agréables, intéressants, utiles, valables, satisfaisants, etc.) ?
 - Quels aspects des perceptions et croyances considèrent-ils comme des éléments négatifs (insatisfaisants, désagréables, inutiles, problématiques, etc.)?

3. Explorer les justifications de ces évaluations expérientielles en termes de ce à quoi les hommes accordent de la valeur et de l'importance dans leur vie :
 - Constats identitaires (en tant qu'hommes, relations avec les professionnels de la santé)
 - Conséquences sur la gestion de la maladie
 - Évolution des perceptions et croyances en regard de l'HTA

Anne-Marie Leclerc

2012-06-21

CANEVAS DU GUIDE D'ENTRETIEN

Objectif : Explorer l'expérience des hommes atteints d'HTA

Question de recherche : Quelles sont les perceptions et croyances des hommes, en regard de l'HTA?

Déroulement de la rencontre

- Présentation (nom, but, durée)
- Explication du projet de recherche
- Période de questions
- Signature du consentement (+ enregistrement audio)
- Prise de contact sous forme de bref génogramme et écocarte
- Début de l'entretien
- Compléter le questionnaire socio-démographique
- Fin de l'enregistrement : partage des faits saillants du récit
- Remettre la compensation monétaire, remerciements
- Compléter mon journal de bord

Anne-Marie Leclerc

2012-06-21

Questions principales

Thèmes à explorer

1. Thème de l'annonce du diagnostic

- Pouvez-vous me parler de votre expérience, lors de l'annonce du diagnostic de l'HTA? Qui a fait l'annonce? Comment cela s'est-il passé ? Comment vous vous êtes senti? Qui était présent lors du dx? Quelles a été leurs réactions?
 - Contexte (date, endroit, proches présents)
 - Difficultés
 - Réactions personnelles (émotions, pensées, actions)
 - Réactions des proches (qui est le + affecté)
 - Perception de la maladie à ce moment
 - Informations reçues

 - Y a-t-il eu des retombées de cet événement ?
 - ❖ Relation avec le médecin
 - ❖ Relation avec l'entourage (conjointe/enfants)
 - ❖ Votre santé mentale ou physique
- Place de la maladie dans la famille (discuté avec les enfants? Comment? Réactions et attitudes à ce moment et aujourd'hui)

Anne-Marie Leclerc

2012-06-21

Questions principales

Thèmes à explorer

2. Thème de l'explication de la maladie

-
- | | |
|--|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • Quelle est votre compréhension de l'HTA? | <ul style="list-style-type: none"> ○ Explication de la maladie (sens /causes de l'HTA) ○ Nom donné à la maladie |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comment vous sentez-vous physiquement avec l'HTA? Avez-vous des malaises particuliers? | <ul style="list-style-type: none"> ○ Gestion des symptômes |
| <ul style="list-style-type: none"> • Percevez-vous votre maladie comme étant grave? Avez-vous des craintes face à l'HTA? | <ul style="list-style-type: none"> ○ Risque cardiovasculaire |
| <ul style="list-style-type: none"> • Plusieurs hommes rapportent le stress comme étant une source principale de l'HTA. qu'en pensez-vous? Pouvez-vous me parler de votre expérience? Diriez-vous que vous êtes une personne stressée ou non? Comment gérez-vous votre stress? | <ul style="list-style-type: none"> ○ Explorer la santé mentale |
| <ul style="list-style-type: none"> • Depuis l'annonce du dx. qu'est-ce qui a changé dans vos perceptions/réactions en regard de la maladie? | <ul style="list-style-type: none"> ○ État de santé général ○ Statut d'homme (identité) ○ Habitudes de vie ○ Évolution de la perception de l'HTA au fil du temps |

Anne-Marie Leclerc

2012-06-21

Questions principales

Thèmes à explorer

3. Thème de l'observance au traitement

- | | |
|---|---|
| <ul style="list-style-type: none"> • De quelle façon essayez-vous de contrôler vos PA? | <ul style="list-style-type: none"> ○ Support de l'entourage ○ Résultats attendus vis-à-vis ses moyens |
| <ul style="list-style-type: none"> • Quel est votre plus grand défi concernant la prise en charge du traitement de l'HTA? | <ul style="list-style-type: none"> ○ Source de motivation ○ Rôles (couple) |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comment trouvez-vous vos habiletés à vous occuper de l'HTA? Racontez-moi ce que vous faites pour vous occuper de votre maladie? | <ul style="list-style-type: none"> ○ Exemples concrets ○ Croyances r/a remède maison |
| <ul style="list-style-type: none"> • Avez-vous éprouvé des problèmes liés à la prise de médication? <ul style="list-style-type: none"> ❖ Effets secondaires ❖ Doses oubliées ❖ \$ / assurances | <ul style="list-style-type: none"> ○ 1^e visite à la pharmacie |
| <ul style="list-style-type: none"> • Comment trouvez-vous le support des professionnels de la santé? (infirmières, médecins, pharmaciens) Racontez-moi un exemple de soutien aidant et moins aidant. | <ul style="list-style-type: none"> ○ Attentes en regard des professionnels? Disponibilité des ressources / Conseils des professionnels de la santé sont suivis? Sinon, pourquoi? |
| <ul style="list-style-type: none"> • Qu'est-ce qui serait aidant/obstacle pour vous face à l'HTA? | <ul style="list-style-type: none"> ○ Plan de traitement existant? / Objectif personnel ? |

Anne-Marie Leclerc
 Questions principales

Thèmes à explorer

2012-06-21

Conclusion/Bilan

- Quels conseils donneriez-vous à un homme étant atteint d'HTA?
 - Avant dx / pendant / post
- Si vous pouviez changer quelque chose en regard de votre expérience avec l'HTA, que modifieriez-vous? Que garderiez-vous?
- Que puis-je vous souhaiter pour le futur, en regard de votre santé?
 - Commentaires / Questions
- Y a-t-il d'autres aspects importants r/a HTA qui n'a pas été abordé et dont vous aimeriez me parler?

Tout au long de l'entretien : susciter des évaluations expérientielles en regard des perceptions et croyances des hommes atteints d'HTA:

- Quels aspects des croyances et perceptions considèrent-ils comme des éléments positifs (agréables, intéressants, utiles, valables, satisfaisants, etc.) ?
- Quels aspects des croyances et perceptions considèrent-ils comme des éléments négatifs (insatisfaisants, désagréables, inutiles, problématiques, etc.)?
 - ❖ Comment qualifiez-vous cet événement : positif ou négatif? Pourquoi?
 - ❖ Qu'est-ce que cet événement a changé pour vous? Qu'en retirez-vous?
 - ❖ Si un autre homme vivait la même situation, qu'est-ce que vous auriez à lui dire?

Appendice F

Questionnaire sociodémographique

Questionnaire sociodémographique

1) Quelle est votre année de naissance? :

2) Quel est votre état civil? :

Célibataire Marié Divorcé Conjoint de fait
Veuf Séparé

3) Quel est votre plus haut niveau d'études atteint?

Moins qu'un diplôme d'études secondaires Diplôme d'études collégiales
Diplôme d'études secondaires Diplôme d'études universitaires

4) Où se situe votre revenu familial brut annuel?

Aucun revenu ou de moins de 20 000\$

De 20 000\$ à 39 999\$/année

De 40 000\$ à 59 999\$/année

60 000\$ à 79 999\$

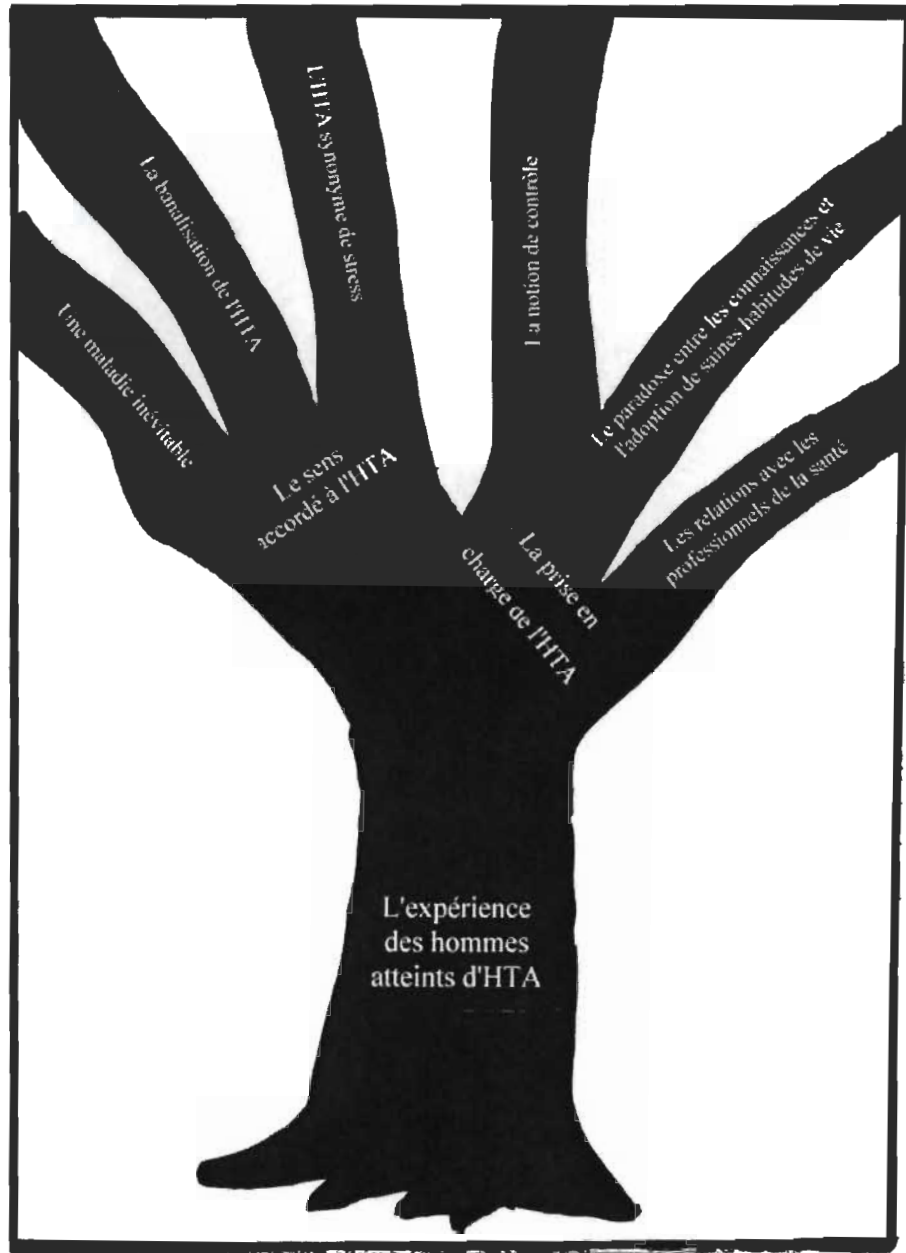
80 000 et plus

5) Quelles sont vos origines ethniques et culturelles?

Canadienne Autres, précisez lesquelles _____

Appendice G

Arbre thématique des unités significatives



Appendice H

Lettre d'information et formulaire de consentement

LETTRE D'INFORMATION

Invitation à participer au projet de recherche :
L'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle

Anne-Marie Leclerc,
Maîtrise en sciences infirmières, avec mémoire
Sous la direction de Mme Lyne Cloutier et Mme Francine de Montigny

Votre participation à la recherche, qui vise à mieux comprendre les besoins des hommes, en regard de la gestion de l'hypertension artérielle, serait grandement appréciée.

Objectifs

L'objectif de ce projet de recherche est d'explorer les perceptions et croyances des hommes atteints d'hypertension artérielle. Les renseignements donnés dans cette lettre d'information visent à vous aider à comprendre exactement ce qu'implique votre éventuelle participation à la recherche et à prendre une décision éclairée à ce sujet. Nous vous demandons donc de lire le formulaire de consentement attentivement et de poser toutes les questions que vous souhaitez poser. Vous pouvez prendre tout le temps dont vous avez besoin avant de prendre votre décision.

Tâche

Votre participation à ce projet de recherche consiste à prendre part à un entretien portant sur l'histoire et la signification de l'hypertension artérielle, le traitement et l'impact sur la vie. Environ une heure est prévue pour l'entretien ainsi qu'un bref questionnaire portant sur vos renseignements personnels (âge, état civil, etc.). Le lieu de cette rencontre restera à votre discrétion.

Risques, inconvénients, inconforts

Peu de risques sont associés à votre participation, mais le fait d'évoquer certains événements pourrait vous troubler. Le cas échéant, du support sera apporté, ainsi qu'une liste de ressources. Le temps consacré au projet, soit environ 60 minutes, figure également parmi les inconvénients.

Bénéfices

La contribution à l'avancement des connaissances au sujet de l'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle est le seul bénéfice direct prévu à votre participation. Pour vous dédommager du temps que vous accorderez à ce projet et des déplacements que vous aurez à effectuer pour participer au projet, une compensation symbolique de 30 \$ vous sera remise.

Confidentialité

Les données recueillies par cette étude sont entièrement confidentielles et ne pourront en aucun cas mener à votre identification. Votre confidentialité sera assurée par une codification des données. Les résultats de la recherche seront diffusés sous forme d'articles, de communications et d'un mémoire de maîtrise, mais ne permettront pas d'identifier les participants.

Les données recueillies seront conservées dans un classeur sous clé, au domicile de la chercheuse, situé à Trois-Rivières. Seules la chercheuse et les directrices auront accès à ces données. Elles seront détruites après 2 ans suivant la dernière collecte de données et ne seront pas utilisées à d'autres fins que celles décrites dans le présent document.

Participation volontaire

Votre participation à cette étude se fait sur une base volontaire. Vous êtes entièrement libre de participer ou non et de vous retirer en tout temps sans préjudice et sans avoir à fournir d'explications.

La chercheuse se réserve aussi la possibilité de retirer un participant en lui fournissant des explications sur cette décision.

Responsable de la recherche

Pour obtenir de plus amples renseignements ou pour toute question concernant ce projet de recherche, vous pouvez communiquer Anne-Marie Leclerc au numéro : 819-376-5011 poste 3475 ou par courriel à l'adresse : Anne-Marie.Leclerc2@uqtr.ca.

Question ou plainte concernant l'éthique de la recherche

Cette recherche est approuvée par le comité d'éthique de la recherche avec des êtres humains de l'Université du Québec à Trois-Rivières et un certificat portant le numéro CER-12-181-06.19 a été émis le 21 juin 2012.

Pour toute question ou plainte d'ordre éthique concernant cette recherche, vous devez communiquer avec la secrétaire du comité d'éthique de la recherche de l'Université du Québec à Trois-Rivières, au Décanat des études de cycles supérieurs et de la recherche, par téléphone (819) 376-5011, poste 2129 ou par courrier électronique CEREH@uqtr.ca.



FORMULAIRE DE CONSENTEMENT

Engagement de la chercheuse

Moi, Anne-Marie Leclerc m'engage à procéder à cette étude conformément à toutes les normes éthiques qui s'appliquent aux projets comportant la participation de sujets humains.

Consentement du participant

Je, _____, confirme avoir lu et compris la lettre d'information au sujet du projet L'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle. J'ai bien saisi les conditions, les risques et les bienfaits éventuels de ma participation. On a répondu à toutes mes questions à mon entière satisfaction. J'ai disposé de suffisamment de temps pour réfléchir à ma décision de participer ou non à cette recherche. Je comprends que ma participation est entièrement volontaire et que je peux décider de me retirer en tout temps, sans aucun préjudice.

J'accepte donc librement de participer à ce projet de recherche

Participant :	Chercheuse:
Signature :	Signature :
Nom :	Nom : Anne-Marie Leclerc
Date :	Date :

Appendice I

Document des ressources disponibles

Ressources disponibles

Dans le cadre de ce projet de recherche, portant sur l'expérience des hommes atteints d'hypertension artérielle, le fait d'évoquer certains événements a pu vous troubler. Le cas échéant, voici une liste des ressources disponibles.

- 1) Pour un suivi médical ou une référence vers un spécialiste, vous pouvez contacter votre médecin de famille.

- 2) L'Association des cardiaques de la Mauricie inc. est un organisme humanitaire à but non lucratif qui vient en aide aux personnes atteintes de maladies cardiovasculaires, aux personnes présentant des facteurs de risque, ainsi qu'à leurs familles. Des services en psychologie, en soins infirmiers sont notamment offerts.

L'Association des cardiaques de la Mauricie inc.

4030, rue Louis Pinard
Trois-Rivières (Québec)
G8Y 4L9

Téléphone : 819 373-3722
Télécopieur : 819 373-6182
Courrier électronique : info@assocdescardiaques.com
reception@assocdescardiaques.com

Site Internet : www.assocdescardiaques.com

- 3) Un Programme d'aide aux employés est souvent offert dans les divers milieux de travail. Une aide psychologique y est offerte.