



HAL
open science

La perception de la prise de tension artérielle par les médecins généralistes du rôle médical à la symbolique

Antoine Fontaine

► **To cite this version:**

Antoine Fontaine. La perception de la prise de tension artérielle par les médecins généralistes du rôle médical à la symbolique. Médecine humaine et pathologie. 2015. dumas-01288746

HAL Id: dumas-01288746

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-01288746>

Submitted on 15 Mar 2016

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

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

**LA PERCEPTION DE LA PRISE DE TENSION ARTÉRIELLE
PAR LES MÉDECINS GÉNÉRALISTES.
DU RÔLE MÉDICAL À LA SYMBOLIQUE.**

THÈSE POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT
DE DOCTEUR EN MÉDECINE
Spécialité Médecine Générale

Antoine FONTAINE

Présentée et soutenue publiquement le 3 Septembre 2015

Président du Jury : Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Juges : Monsieur le Professeur Jean-Claude MAZIÈRE
Madame le Docteur Émilie BOUREL-PONCHEL
Monsieur le Docteur Florent KRIM

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Patrice NOUGEIN

À mon Président de jury,

Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Néphrologie)

Doyen , Directeur de l'Unité de Formation et de Recherche de Médecine d'AMIENS

Chef du service de Néphrologie, médecine interne, dialyse, transplantation et réanimation
médicale

Chef du Pôle "Médico-chirurgical digestif, rénal, infectieux, médecine interne et
endocrinologie" (D.R.I.M.E)

Monsieur le Professeur, Monsieur le Doyen, vous me faites l'honneur de présider ce jury.

Soyez assuré de mon immense reconnaissance et de ma plus profonde considération.

À mon Juge,

Monsieur le Professeur Jean-Claude MAZIÈRE

Professeur des Universités-Praticien Hospitalier

(Biochimie et biologie moléculaire)

Laboratoire de Biochimie

Pôle "Biologie, pharmacie et santé des populations"

Chevalier de l'Ordre des Palmes Académiques

Monsieur le Professeur, vous me faites l'honneur de juger ce travail, je vous en remercie.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon profond respect.

À ma Juge,

Madame le Docteur Emilie BOUREL-PONCHEL

Maître de Conférences des Universités - Praticien Hospitalier

Exploration fonctionnelle du système nerveux

Émilie, tu m'as fait l'honneur d'accepter de faire partie de ce jury.

Reçois à l'occasion de ce travail mes sincères remerciements et mon profond respect.

À mon Juge,

Monsieur le Docteur Florent Krim

Praticien Hospitalier

Service des Urgences

Reçois toute ma reconnaissance pour avoir accepté immédiatement de juger ce travail.

Sois assuré de tout mon respect.

En tant qu'homme de l'Art, tu as été et tu seras toujours mon maître. En souvenir de ce fameux Syndrome Polyalgique Idiopathique Diffus qui nous avait réunis sur la voie de l'excellence...

À mon Directeur de Thèse,

Monsieur le Docteur Patrice Nougéin

Médecin Généraliste, Quevauvillers

Maître de stage

Patrice, merci d'avoir accepté de m'accompagner et de m'avoir soutenu tout au long de ce travail.

Merci d'avoir partagé votre amour de ce travail avec moi, et avec tous les étudiants que vous avez accueillis.

Soyez assuré de l'expression de toute ma reconnaissance et de tout mon respect.

Je révisais mon PCEMI dans votre jardin, ou à côté du Samovar, et vous dirigez cette thèse aujourd'hui, je pense que la boucle est bouclée.

À Émilie, mon Évidence,

Je n'ai qu'un souhait, que ne durent que les moments doux, durent que les moments doux... et gonna do... Je t'aime.

À Maman et Francis,

Pour votre soutien (presque) sans faille (dois-je vous rappeler le laïus subi avant mon inscription en P1?), votre présence permanente. Si ce travail est ma fierté, vous y avez aussi participé, en me témoignant perpétuellement un amour inconditionnel. Je vous serai à jamais reconnaissant d'être ce que je suis devenu, c'est grâce à vous! Je vous aime.

À Papa,

Nous avons perdu trop de temps, je suis sûr que tout ceci est derrière nous. Je t'aime.

À mes défunts grands parents,

J'aurais aimé vous avoir à mes côtés en ce jour, mais je sais que vous êtes ici malgré tout. La Barthelasse, Doullens et Salouël ont été des refuges précieux dont je me souviens avec émotion. Je pense à vous.

À ma belle famille,

Merci de m'avoir accueilli avec tant de bienveillance. Je suis soulagé de finir enfin cette thèse pour ne plus avoir à entendre Jacques dire « Alors? Il est fini ce bazar? ».

À Jeremy, Marylène et Lucie,

Comme un projection de moi même, vous êtes là depuis tant d'années! La distance nous sépare, mais elle n'empêche pas les 17 coups de fil par semaine! De la Picardie à la Bretagne, en passant par la Lorraine, l'Irlande et la Mawtinique, on a fait n'importe quoi à peu près partout. Autour d'un rhum, vous m'avez annoncé l'arrivée de Lulu, la plus belle du monde! En attendant la mienne, bien sûr. Je vous aime. PUTAIN!!!!!!! Plachtiktutte!

À Valentine et Mathieu,

Valentine et Nounounet, mes anciens voisins, vous me manquez! Camarade du début, on a usé nos jeans sur les bancs du Perdu, et nos foies au Goodness, puis nos CB chez Titi! Meringue et chocolat, je vous aime putain!

À mes amis picards, Romain, Sophie, Sébastien, Aurélie, Vincent, Mélanie et leurs enfants,

Les amis, comment ne pas vous adresser une spéciale cacedédi! Je vous adore, vous le savez, même si vous n'arrêtez pas de vous foutre de ma tronche (je vous le rends bien quand même!). J'ai trouvé avec vous une bonne bande de tarés, mais une vraie bande de frangins! Que tout cela continue encore longtemps.

À ceux avec qui j'ai partagé ces études, Thibaut, Céline, Julien, Ékoué (dit la poutre togolaise), Cissé, Vanessa, Fanie et Mathieu.

Des bancs de la fac à l'internat, j'en ai croisé des déglingos, mais j'ai partagé tellement de choses avec vous, vous êtes la crème de la crème! Même si nos parcours nous éloignent, j'ai toujours une pensée pour vous.

À Gen et Jo.

Se lier d'amitié avec un haut-normand et une cardiologue parisienne exilés en Picardie paraissait compliqué conceptuellement, mais j'ai l'impression que ça a quand même bien marché entre nous! On s'est relayé à l'autre bout du monde, vous voilà revenus d'une superbe aventure! Vous êtes géniaux. Et vive l'ASM!

À tous les médecins que j'ai pu côtoyer pendant mes études, et à tout ceux qui ont accepté de participer à ce travail,

Merci de vos enseignements, de votre temps, et de votre patience tout au long de mes études.

À mon année d'IUT à dessiner des choux de Bruxelles,

C'est aussi grâce à toi que j'en suis là aujourd'hui!

INTRODUCTION	13
RAPPELS	15
a. Une brève histoire de la mesure tensionnelle	15
b. Une anthropologie de l'hypertension artérielle	16
MATÉRIEL ET MÉTHODE	18
2.1. Choix de la méthode	18
2.1.1. Une étude qualitative	18
2.1.2. Des entretiens semi-dirigés	18
2.2. Constitution de l'échantillon	18
2.2.1. Pré-requis	18
2.2.2. Inclusion	19
2.3. Réalisation du script d'entretien (Annexe 1)	19
2.4. Collecte de l'information	20
2.5. Méthode d'analyse	20
RÉSULTATS	22
3.1. Description de la population	22
3.2. Retranscription des entretiens	23
3.3. Analyse des résultats	23
3.3.1. Rôles de la mesure tensionnelle	24
3.3.1.1. <i>Un rôle médical</i>	24
3.3.1.2. <i>Introduction de l'examen clinique</i>	24
3.3.1.3. <i>Un rôle de manipulation</i>	24
3.3.1.4. <i>Aucun rôle</i>	25
3.3.2. Dimension symbolique de la mesure tensionnelle	25
3.3.2.1. <i>Un attachement à la tradition</i>	25
3.3.2.2. <i>Un symbole magique</i>	26
3.3.2.3. <i>Une représentation du corps</i>	26
3.3.2.4. <i>La mesure tensionnelle n'a pas de portée symbolique</i>	27
3.3.3. La mesure tensionnelle dans la pratique quotidienne	27
3.3.3.1. <i>L'importance de la mesure tensionnelle</i>	27
3.3.3.2. <i>Fréquence de la mesure tensionnelle</i>	29
3.3.3.3. <i>Facteurs limitant la mesure tensionnelle</i>	29
3.3.3.4. <i>Comportement face à la demande de mesure tensionnelle</i>	29
3.3.3.5. <i>Qui ne mesure pas la tension artérielle?</i>	30
3.3.4. Impact sur la relation Médecin Malade	30

DISCUSSION	32
4.1. Choix de la méthode	32
4.2. Choix de la population	32
4.3. Déroulement de l'enquête	32
4.4. Forces du travail	33
4.5. Biais	33
4.6. Interprétation des résultats	34
4.6.1. Un impact relationnel considérable	34
4.6.2. Une image forte	35
4.6.3. Le symbole, une définition non consensuelle	35
4.6.4. Un faible intérêt pour le sujet	37
4.6.5. L'objet de pouvoir d'un médecin dominant	37
4.6.6. Une réponse à l'attachement des patients pour la mesure tensionnelle	38
4.6.7. Pourquoi le tensiomètre?	39
BIBLIOGRAPHIE	42
Annexe 1	44
Annexe 2	45

INTRODUCTION

La mesure de la tension artérielle est un des premiers gestes que les étudiants en médecine apprennent. Ce geste revêt une importance capitale de par la confrontation quotidienne des médecins avec les pathologies cardiovasculaires. Maintes et maintes fois répété, il en devient incontournable au cours d'une consultation. Impossible en effet de ne pas prendre la tension d'un patient. Bien souvent, si nous estimons que mesurer la tension artérielle n'apportera pas d'informations supplémentaires à la consultation, et que nous décidons de ne pas la prendre, les patients ne rateront pas l'occasion de nous rappeler cette omission. Et bien souvent, nous nous exécutons.

Mais pourquoi nous exécutons-nous?

C'est cette question du pourquoi dans la pratique médicale qui me passionne. Elle dépasse le strict contexte médical pour nous emmener vers l'anthropologie et la sociologie de la médecine, disciplines qui ne me sont apparues que tardivement au cours de mes études. Elles ont en charge d'étudier les comportements des deux acteurs principaux de la santé, le médecin et le patient. Cette rencontre, que nous appelons **relation médecin malade**, est la confrontation de deux subjectivités qui nécessite un subtil équilibre pour atteindre une finalité commune, la guérison [1]. Pour être productive, cette rencontre se doit d'être compréhensive. **Soigner, dans une démarche éthique, c'est prendre en considération tous les facteurs pouvant influencer la santé du malade, sa perception de la maladie et de la souffrance.**

Si nous savons que le patient possède ses propres modes de représentation du symptôme et de la maladie, qu'en est-il du médecin? N'est-il pas, en dépit de la formation qu'il a acquise, un individu empli de subjectivité? Ne possède-t'il pas, lui aussi, de par son histoire personnelle ou sa culture, des représentations de la maladie ou de la santé qui lui sont propres?

C'est parce que j'ai été confronté quotidiennement à cette question de la tension artérielle que j'ai choisi d'en faire l'objet de ce travail. La mesure de la tension artérielle possédant, selon moi, un rôle et une signification qui dépassent de très loin le strict cadre d'une méthode anthropométrique, j'ai choisi de considérer la question du pourquoi en recueillant et en analysant les impressions des médecins quant à cette problématique. J'ai donc essayé de savoir comment les médecins généralistes percevaient le rôle de la mesure tensionnelle, de rechercher l'éventuelle dimension symbolique qu'ils pouvaient lui prêter, et de connaître la manière dont ils intégraient ces paramètres à leur pratique quotidienne.

Secondairement, j'ai tenté de savoir si, pour ces médecins, la mesure tensionnelle pouvait avoir une influence sur la relation médecin malade.

Mais avant de développer la méthode et les résultats de cette étude, il m'a paru important de rappeler quelques notions sur l'histoire de cette mesure, ainsi que d'aborder des données anthropologiques concernant l'hypertension artérielle.

RAPPELS

a. Une brève histoire de la mesure tensionnelle

L'histoire de l'hypertension artérielle et celle de la mesure tensionnelle sont logiquement intimement liées. Elles résultent toutes deux du rapprochement récent de considérations physiologiques, économiques et médicales [2] et représentent donc un intérêt majeur dans la compréhension des grandes mutations de la médecine au carrefour des XXe et XXIe siècles.

C'est au XVIIIe et XIXe siècle que se multiplient les méthodes de mesure de la « force du sang ». En effet, comme le précise Grmek [3], la mesure du corps est une chose relativement neuve au regard de l'histoire de la médecine, et c'est donc une révolution puisque ces mesures viennent souligner les limites de la méthode anatomo-clinique prônée par Laennec, Corvisart ou Pinel.

La première méthode non sanglante de mesure de la pression sanguine est mise au point par l'italien Riva-Rocci, en 1896. Elle porte le nom de « Sphygmomanomètre » (Lat. Sphygmos, Pouls) et consiste en un brassard gonflable apposé sur l'artère brachiale.

En 1905, le chirurgien russe Nikolai Korotkov appose un stéthoscope sur l'artère brachiale, en aval du brassard gonflable de Riva-Rocci, et analyse les bruits apparaissant et disparaissant sous les variations de pression du brassard. Ces bruits, que nous connaissons tous, sont dès lors appelés « **Bruits de Korotkov** ».

Mais encore fallait-il découvrir le lien entre les chiffres lus sur les graduations de l'appareil et le concept même d'hypertension artérielle, inexistant à cette époque.

Il s'agit en effet, pour passer du concept physiologique à la notion de maladie, de sortir du champ clinique en incluant la physiologie. Comme l'explique Magendie en 1836 [4], « au lieu de la simple et stérile annonce des signes, [il faut] créer la médecine expérimentale qui nous révélera sans doute les mécanismes des affections morbides ».

En France, la pression artérielle est encore considérée, par P. Potain [5] notamment, comme étant d'ordre sémiologique. Sont alors identifiées 11 maladies, certaines dites « à pression forte » comme les néphrites et l'athérome, et d'autres dites « à pression basse », comme la fièvre typhoïde.

Contre toute attente, c'est grâce aux assurances pour la vie que l'entité d'hypertension artérielle va s'immiscer dans la clinique. En effet, « nul ne pouvant suppléer l'homme de

l'Art » [6], un nouveau médecin voit le jour, le médecin examinateur. Ce médecin n'exerce pas dans une démarche de soins mais est plutôt habilité à juger de l'aptitude ou non d'un « proposant » de souscrire une assurance. On comprend donc que, loin d'une problématique de soulagement, le médecin d'assurance consacre tout son temps à une analyse minutieuse et méticuleuse des antécédents personnels et familiaux du souscrivant, ainsi qu'à un relevé précis de données anthropométriques [7]. On sait qu'en 1887, un million de français avait déjà bénéficié d'un contrat d'assurance sur la vie. Le médecin d'assurance se dote alors, en plus d'un stéthoscope, d'un thermomètre, d'une balance, d'un spéculum et d'une batterie d'analyses biologiques, notamment urinaires, d'un sphygmomanomètre dès la fin du XIXe siècle, afin d'étudier l'artériosclérose généralisée, et mise en évidence sur le tracé par un plateau signant la sénilité artérielle anticipée et la perte d'élasticité vasculaire.

Au tout début du XXe siècle, aux Etats Unis, le Docteur Fischer, directeur médical de la Northwestern Mutual Life Insurance Company (NMLIC) s'intéresse tout particulièrement à la mesure tensionnelle et souligne son importance, voire sa nécessité. En 1939, ce sont 1 300 000 mesures qui sont effectuées par une quinzaine de compagnies d'assurances.

Au lendemain de la seconde guerre mondiale, l'hypertension artérielle devient, aux Etats-Unis, une problématique de santé publique avec la création d'un Institut National du Coeur (NIH) dont le but est de mener une enquête de dépistage des maladies cardiaques asymptomatiques dans une petite ville proche de Boston, Framingham.

b. Une anthropologie de l'hypertension artérielle

L'exemple de l'hypertension artérielle est assez flagrant. En effet, au début du siècle, l'hypertension, entité nosologique nouvelle, reste une pathologie bruyante puisque non dépistée et faiblement traitée. Les publicités pour les premiers médicaments hypotenseurs montraient alors des hommes, cinquantenaires, en proie à de violentes manifestations douloureuses et le visage cramoisi.

Il faudra attendre 1970 pour la généralisation du dépistage et du traitement de l'hypertension artérielle.

Si aujourd'hui, l'hypertension est le plus souvent une pathologie silencieuse, cette « **imagerie** » persiste dans la pensée populaire.

Aline Sarradon-Eck, médecin généraliste et anthropologue, a observé dans deux études distinctes [8], [9], la façon dont les patients hypertendus décrivaient leurs symptômes, leur

entrée dans la maladie ainsi que leur implication thérapeutique. Elle observa que le réseau sémantique (configurations de significations) de l'hypertension artérielle pouvait se diviser en deux catégories : la première regroupait les occurrences en rapport avec le sang, ses caractéristiques, sa force, sa circulation. La seconde regroupait quant à elle les occurrences en rapport avec les « nerfs ». Il est intéressant de détailler ces deux catégories.

-Le sang : on y retrouve tout d'abord les occurrences en rapport avec l'idée d'une surpression du sang dans le corps, soit en rapport avec une élévation de sa température, soit par augmentation de son volume (« la tête qui va exploser », « les bourdonnements », les « bouffées de chaleur », avoir la tête comme « une cocotte minute »...). Viennent ensuite les occurrences en rapport avec l'idée de compression ou d'écrasement (se sentir « oppressé », ou « compressé », avoir « mal aux yeux »). Enfin arrivent les occurrences en rapport avec l'idée de diminution de la force motrice du sang (des « étourdissements », « vertiges », « pertes d'équilibre », de la « fatigue », la sensation de « ne pas être bien dans sa peau »...).

-Les « nerfs » : l'observatrice met ici en évidence les termes s'apparentant à une tension générale comme « la tension dans la nuque », les « mâchoires qui se crispent », les « muscles contractés ». Les nerfs semblent alors jouer un rôle dans l'élévation de la pression sanguine, comme avait pu le décrire une étude plus ancienne [10]. Le terme populaire de « tension nerveuse » ne fait que corroborer cette association entre la tension et les nerfs.

L'observatrice étudiait également les hypothèses étiologiques que formulaient les patients à propos de « leur » hypertension. Plus de la moitié d'entre eux associaient l'hypertension artérielle au stress. Le stress regroupe ici des phénomènes extrinsèques (mode de vie, alimentation, charge de travail) et intrinsèques (perte d'un proche, divorce). Le stress était expliqué par les patients comme une « accumulation de la charge de travail », une accumulation de « pression professionnelle », les « soucis » ayant alors tendance à « s'accumuler », et s'il ne les faisaient pas « sortir », « ça débordait ». L'auteur analyse alors que l'hypertension artérielle est la métaphore de la pression sociale et professionnelle. C'est donc **métaphoriquement et symboliquement** que la tension et les « nerfs » sont associés. La tension artérielle semblait donc relier l'expérience corporelle et l'interaction sociale. La maladie est alors une forme de communication - un langage des organes - à travers lequel s'expriment la nature, la société et la culture [11]. Cela confirme l'idée que les sensations physiques, psychiques et émotionnelles ressenties par un individu à un moment donné de la maladie sont intimement reliées aux **symboles clés de sa culture** et des valeurs de la société à laquelle il appartient [12].

MATÉRIEL ET MÉTHODE

2.1. Choix de la méthode

2.1.1. Une étude qualitative

Pour répondre à l'objectif de ce travail, j'ai retenu la méthodologie qualitative par entretiens semi-dirigés. Celle-ci permettait la libre expression, le recueil des faits mais surtout le recueil du vécu et du ressenti des médecins interrogés. Ce mode d'investigation permettait une compréhension riche et profonde du sens que les participants donnent aux phénomènes étudiés. La recherche qualitative est particulièrement adaptée quand « les facteurs observés sont subjectifs, donc difficiles à mesurer » [13].

2.1.2. Des entretiens semi-dirigés

L'entretien semi-dirigé permettait de centrer le discours des personnes interrogées autour de différents thèmes définis au préalable et consignés dans un guide d'entretien. Cette technique avait pour but, tout en étant centrée sur le sujet interrogé, de garantir l'étude de l'ensemble des questions qui nous intéressaient. Cette technique assurait aussi la comparabilité des résultats.

La méthode de l'entretien semi-dirigé a été étudiée selon un livre [14] qui proposait un apprentissage de la technique de l'entretien, « *L'enquête et ses méthodes : l'entretien* ». Le nombre d'entretiens réalisés n'était pas défini au préalable. Les entretiens étaient stoppés après obtention de la saturation des données, c'est à dire lorsqu'aucun nouvel entretien n'apportait de nouvelles informations.

2.2. Constitution de l'échantillon

2.2.1. Pré-requis

Le but était d'obtenir un échantillonnage dit « en recherche de variation maximale ». La diversité des perceptions et des représentations était recherchée.

Les deux genres devaient être représentés : femmes et hommes.

L'âge des médecins retenus peut influencer les résultats. Cette variable a été discréditée en classes d'âge variées (de 26 à 40 ans, de 41 à 50 ans, de 51 ans et plus).

L'activité des médecins, estimée selon le nombre d'actes effectués par jour en moyenne, peut influencer également les résultats. En effet, la charge de travail peut limiter le praticien dans sa réflexion sur des notions non médicales (anthropologie, sociologie). Le nombre d'actes effectués par jour en moyenne a été estimé par les médecins eux-mêmes (moins de 20 consultations par jour, de 20 à 30 consultations par jour, plus de 30 consultations par jour).

La taille de l'échantillon a été estimée dès le début de l'enquête, puis déterminée par la saturation des données.

12 entretiens ont été menés en Picardie et un en Nouvelle Calédonie, en mars 2015. Il s'agissait de médecins généralistes installés, ou de leur remplaçant, et exerçant en libéral. Les remplaçants étaient inclus s'ils effectuaient leur activité de remplacement de manière régulière dans le cabinet où l'enquête avait été menée. Les médecins ayant une pratique exclusive autre que la médecine générale étaient exclus.

2.2.2. Inclusion

Les médecins susceptibles de participer à l'enquête ont été identifiés et sélectionnés arbitrairement à partir des données de l'annuaire des pages jaunes ainsi que des médecins que j'avais eu l'occasion de remplacer. Tous ont été recrutés lors d'un entretien téléphonique. Un rendez-vous était convenu, avec proposition de se déplacer dans le lieu et aux horaires pratiques pour le médecin.

L'inclusion des médecins a été effectuée au fur et à mesure de la réalisation des entretiens afin d'en contrôler la distribution.

2.3. Réalisation du script d'entretien (Annexe 1)

Les données de la littérature étant insuffisantes sur le sujet, j'ai décidé arbitrairement d'une liste de questions. La première était d'ordre général, afin de mieux cerner le profil du médecin enquêté, les suivantes portaient concrètement sur le sujet de l'étude. Le but était d'aborder avec chaque médecin les différents thèmes étudiés.

Un premier script d'entretien a été élaboré puis testé au cours d'un entretien non analysé. Les propos recueillis ont été jugés informatifs, et ce script a été conservé pour les entretiens suivants.

2.4. Collecte de l'information

Chaque entretien débutait de la façon suivante : « Bonjour, je vous remercie de me consacrer du temps afin de réaliser mon travail de thèse. Ce travail porte sur l'analyse de votre perception du rôle de la mesure tensionnelle, de la représentation symbolique que vous en faites, et de l'intégration de ces paramètres à votre pratique quotidienne. Avec votre autorisation, je vais enregistrer l'entretien qui sera retranscrit intégralement, et de manière anonyme. »

L'accord des médecins participants était recueilli oralement avant de débiter chaque entretien. Les entretiens étaient enregistrés intégralement. Les réponses à la première question (âge, sexe, type d'activité, période d'exercice) étaient notées manuellement.

Immédiatement à l'issue de l'entretien, les paramètres non verbaux étaient retranscrits, ainsi que des commentaires d'ordre général (émotions, difficulté quelconque pendant le déroulement de l'entretien,...). La transcription en verbatim était réalisée à la suite de l'entretien, elle était fidèle à l'enregistrement, mot pour mot.

L'inclusion de nouveaux médecins s'est interrompue à la saturation des données, tout nouvel entretien n'apportant pas d'information supplémentaire à celles ayant été recueillies lors des analyses précédentes.

2.5. Méthode d'analyse

Le but de cette analyse n'était pas de répertorier de manière exhaustive le point de vue de chaque médecin concernant la symbolique de la mesure tensionnelle ou de son rôle dans la relation médecin malade mais de réunir les représentations communes et de les analyser dans leur contexte afin de mieux les comprendre.

L'analyse était basée sur la retranscription en verbatim de chaque entretien.

Une analyse thématique était réalisée sur ces données. Chaque entretien était analysé individuellement, grâce au logiciel NVivo, logiciel dédié à l'analyse qualitative. Les mots, les idées ou les expressions porteurs de sens ont été identifiés puis regroupés en thématiques, ou noeuds.

Une seconde analyse des entretiens a permis d'étoffer le contenu de chaque noeud.

Il était possible que certains mots, idées ou expressions puissent évoquer plusieurs thématiques.

Les thèmes communs les plus pertinents ont été développés dans la section résultats.

RÉSULTATS

3.1. Description de la population

Caractéristiques des médecins inclus

	Genre	Age	Année d'installation	Consultations /jour	Structure d'exercice	Milieu d'exercice	Particularités
MG1	Femme	43	2008	40	MSPP	Urbain	
MG2	Homme	36	2011	20	Binôme	Semi-rural	
MG3	Femme	31	2013	20	Remplaçante	Urbain	
MG4	Femme	46	1999	40	MSPP	Urbain	Vacation Hebdo Planning Familial
MG5	Homme	62	1994	20	Binôme	Semi-urbain	Fait partie d'une ELSA
MG6	Femme	29	2015	20	MSPP	Semi-rural	
MG7	Homme	50	1994	50	MSPP	Rural	
MG8	Homme	37	2010	40	MSPP	Semi-rural	
MG9	Femme	58	1983	45	MSPP	Rural	
MG10	Homme	54	1989	45	Binôme	Urbain	
MG11	Homme	64	1980	20	Binôme	Urbain	Fait partie d'une ELSA
MG12	Homme	59	1987	60	MSPP	Rural	
MG13	Femme	54	1989	25	Seul	Rural	
		47,9230769230		34,2307692307			

L'inclusion des médecins et la réalisation des entretiens ont eu lieu en mars 2015.

Les entretiens ont été menés auprès de 12 médecins généralistes (5 femmes et 7 hommes) installés en Picardie et de la remplaçante d'un médecin généraliste de Nouméa (Nouvelle Calédonie).

4 médecins avaient entre 26 et 40 ans, 3 avaient entre 41 et 50 ans et 6 avaient plus de 51 ans.

La moyenne d'âge était de 48 ans, avec des extrêmes allant de 29 et 64 ans.

L'activité était estimée par le médecin en fonction du nombre moyen de consultations effectuées par jour.

Aucun médecin ne rapportait moins de 20 consultations par jour. Six médecins rapportaient entre 20 et 30 consultations par jour et 7 plus de 30 consultations par jour. Le nombre moyen de consultations par jour était de 34, avec des extrêmes allant de 20 à 60 consultations estimées quotidiennement.

Tous les médecins interrogés étaient médecins généralistes. Deux d'entre eux faisaient partie d'une Équipe de Liaison et de Soins en Addictologie (ELSA), et l'une d'entre eux effectuait une vacation hebdomadaire au Planning Familial.

Un médecin exerçait seul, 4 exerçaient au sein de binômes de médecins généralistes, et 9 exerçaient au sein de Maisons de Santé Pluri Professionnelles (MSPP).

3.2. Retranscription des entretiens

Les entretiens ont été retranscrits en verbatim et sont visibles en Annexe 2.

3.3. Analyse des résultats

Quatre axes thématiques se sont dégagés de l'analyse du contenu informationnel de chaque entretien.

1. Rôles de la mesure tensionnelle
2. Dimension symbolique de la mesure tensionnelle
3. La mesure tensionnelle au quotidien
4. Influence sur la relation Médecin Malade

Chacun de ces axes sera divisé en sous axes et détaillé dans les sections suivantes. Chaque entretien sera cité ainsi : « MG », suivi du numéro auquel il se réfère.

3.3.1. Rôles de la mesure tensionnelle

Nous avons regroupé en quatre sous-sections les différents rôles que pouvaient accorder les médecins interrogés à la mesure tensionnelle.

3.3.1.1. *Un rôle médical*

La mesure de la tension artérielle (TA) joue essentiellement un rôle médical dans la prévention et le dépistage des facteurs de risque cardiovasculaire. Elle permet de « dépister une HTA débutante » (MG4, 13), de « prendre en charge les autres facteurs de risque cardiovasculaire » (MG1).

Elle permet également de contrôler l'observance des thérapeutiques et d'assurer le suivi des pathologies chroniques : « le suivi des traitement chez les hypertendus et autres diabétiques, ça fait partie du suivi. » (MG1), « Si une tension cafouille un peu, on peut relancer sur l'observance. Et sur le suivi en global » (MG2). L'importance de l'efficacité du traitement est aussi mise en avant : « l'efficacité du traitement, pour eux c'est important de savoir si le traitement est efficace » (MG8).

Elle peut enfin avoir un rôle à jouer dans l'éducation thérapeutique puisqu'un médecin insiste bien qu'il s'agit d'« un partage diagnostique ». Il insiste même « pour que ce soit [le patient] qui prenne son crayon, qui trouve un papier, qui marque dessus, qui prenne en charge du début à la fin son automesure » (MG11).

3.3.1.2. *Introduction de l'examen clinique*

De par le moment auquel est réalisée la mesure tensionnelle, les médecins la comparent au « **coup de sifflet de départ de l'examen** » (MG8). Il s'agit donc d'un « **premier contact** » (MG4) qui « initie bien l'examen clinique » (MG3).

3.3.1.3. *Un rôle de manipulation*

Un médecin estime que la mesure tensionnelle représente « **un moyen de pression énorme** ». Il explique même qu'« on peut par exemple leur **mentir**, leur dire qu'ils sont hypertendus et ils reviendront tous les mois, ils rapporteront de l'argent tous les mois! ». L'annonce de

mauvais chiffres tensionnels lui permet aussi de tourner à son avantage une situation conflictuelle avec un patient : « **Le patient qui fait chier, je lui mens, je lui dis qu'il a beaucoup de tension, et il est cassé, on l'entend plus** » (MG10).

3.3.1.4. Aucun rôle

Un médecin « ne voit pas plus que ça » quel rôle peut jouer la mesure tensionnelle (MG9).

3.3.2. Dimension symbolique de la mesure tensionnelle

Différents profils se dessinent :

3.3.2.1. Un attachement à la tradition

Des médecins pensent que la mesure de la TA au cabinet se justifie par un aspect traditionnel. En effet, elle est « **un geste qui se pratique depuis tout le temps** » (MG12). Un praticien se réfère même à des repères chronologiques forts : « Je pense que c'est quelque chose d'empirique, la prise de tension c'est le plus vieux truc qu'on fait depuis que la médecine existe, ça existait à l'époque où il n'y avait pas tout les examens complémentaires, **l'époque de Molière quoi!** » (MG3). La mesure de la TA lors d'une consultation semble incontournable selon ce médecin puisque « **c'est peut être dans l'inconscient collectif, dans l'imagerie populaire!** » (MG6). Il semble donc qu'elle soit « **l'image même du médecin qui examine son patient** » (MG6).

La référence historique est aussi appuyée par la dénomination de la méthode de mesure : « **notamment si on la prend à l'ancienne**, avec le tensiomètre classique. » (MG12), puisqu' « **il y a des gestes plus modernes qu'on peut faire maintenant mais qui n'ont pas la même portée!** » (MG12).

Cette dimension temporelle est aussi retrouvée dans l'appellation de l'instrument utilisé. Un grand nombre de médecins interrogés définit comme « **classique** » (MG4, 5, 8, 10, 12, 13) le tensiomètre manuel à brassard huméral.

3.3.2.2. *Un symbole magique*

La dimension symbolique est, pour d'autres, rattachée à la succession des gestes effectués avant l'annonce des chiffres. Cet enchaînement confère à la mesure tensionnelle un caractère « **magique** » (MG5), « pour eux ça a un côté un peu magique, ils n'entendent pas, ils ne comprennent pas. », et de rajouter : « ils ne comprennent par forcément la relation de cause à effet entre le fait de gonfler le brassard, d'écouter, de dégonfler le machin... et pour eux ça a un côté un peu magique, **ça sort comme d'un chapeau!** » (MG9). Le silence pendant la mesure est donc essentiel : « c'est ça qui est un peu magique, y a un moment tu t'arrêtes de parler! » (MG5). Ce médecin précise même sa pensée en définissant la mesure tensionnelle comme étant un acte « ordalique », c'est à dire, selon lui « **se rapprochant d'une pratique religieuse** » (MG5).

Il évoque aussi le caractère presque surnaturel de la mesure tensionnelle en se mettant à la place du patient examiné : « Il a des dons supra sensoriels qui font qu'il a vu quelque chose! » (MG5).

3.3.2.3. *Une représentation du corps*

Ici, il s'agit plus d'évoquer les relations de cause à effet entre les chiffres tensionnels et l'équilibre, ou le fonctionnement corporel.

La TA semble être « pour eux un signe de bonne santé : on m'a pris la tension, elle est bonne, donc je vais bien, je reviens dans un an puisque de toute façon, j'ai pas de problème » (MG3). Elle représente donc « le reflet de sa bonne santé, et ils sont convaincus que si leur tension artérielle va pas bien, ils ne vont pas bien! » (MG4), et « quand le médecin dit que c'est bien, c'est bien, ils vont bien quoi! » (MG9). Comme le résume ce médecin, « **c'est le moyen principal de dire à une personne : vous allez bien, vous allez pas bien, en fonction des chiffres qu'on obtient!** » (MG5).

3.3.2.4. La mesure tensionnelle n'a pas de portée symbolique

Certains essaient de décrypter cette notion de leur point de vue, en concluant que « **dans le regard du médecin il n'y a pas de raison que ce soit un geste symbolique** » (MG9). Deux ne « se pose(nt) pas la question » (MG1, 13) et un suggère qu'« **il faudrait demander aux patients!** » (MG1).

3.3.3. La mesure tensionnelle dans la pratique quotidienne

3.3.3.1 L'importance de la mesure tensionnelle

Médicalement parlant, les points de vue divergent. Certains médecins estiment que la mesure de la TA lors de la consultation est « **incontournable** » (MG9), et qu'elle est faite de manière « **systématique** » (MG13), puisque « d'un point de vue objectif, c'est un renseignement concret, utile, sur l'état général et cardiovasculaire du patient » (MG9), et que « c'est important niveau organique » (MG7).

La réalisation systématique de la mesure tensionnelle au cours d'une consultation se justifie, pour un médecin, par la formation qu'il a reçue pendant ses études : « c'est comme ça que je l'ai appris, que j'ai été formée. C'est comme ça qu'on nous l'a transmis, il y a déjà un certain nombre d'années. » (MG1). Un autre se souvient même avec émotion de son premier stage d'externat, où l'interne du service lui demandait « s'il te plaît, tous les matins, tu vas voir tes patients, et tu leur prends leur pouls », et l'interne de justifier « **Et comme on est médecin, on prend la tension des gens, parce que si on la prend pas, on n'est pas médecin!** » (MG11).

Cette importance est malgré tout nuancée. En effet, un médecin « pense qu'on pourrait s'en passer » (MG2). D'autres ont la même opinion sur ce geste : « **Personnellement, je ne trouve pas que ça ait une importance extraordinaire** » (MG12), puisque « même si elle est à 12, 13 ou 14, pour nous ça n'a pas grande importance » (MG8).

Cette importance relative accordée par les médecins est justifiée pour beaucoup par la difficulté de la prise en compte des chiffres tensionnels obtenus. Ils ont plutôt tendance à « pratiquer beaucoup l'automesure » (MG11), à « faire des MAPA » (MG8). Deux médecins ont même investi dans des appareils de mesure automatique : « je confie un tensiomètre ou je

conseille au patient d'investir dans un tensiomètre, et je leurs remets une grille de mesure à domicile » (MG4), « j'ai aussi un petit appareil poignet que j'ai acheté. Je le prête aux gens quand je vois qu'ici c'est trop élevé » (MG6).

Un médecin se fie aux recommandations de « certains cardiologues qui nous disent que la mesure du périmètre abdominal présente bien plus d'intérêt dans la prise en charge cardiovasculaire que la mesure tensionnelle » (MG4).

Enfin, pour d'autres, l'importance de la mesure tensionnelle est très faible : « sur le plan technique, je trouve qu'une prise de tension c'est complètement nul, c'est nul! » (MG5). Ce médecin analyse même le comportement de ses confrères : « un certain nombre de médecins va faire un petit peu...va agir en fonction de leurs propres angoisses quoi, les médecins qui vont changer, qui changent les traitements anti hypertenseurs à tout bout de champ alors que t'as qu'une mesure pas trop normale » (MG5).

Les médecins soulignent également la grande importance que ce geste peut avoir pour les patients : « **Je sais que pour eux c'est important!** » (MG13), et le fait que le patient y « reste très attaché » (MG2).

Certains praticiens évoquent l'idée que la mesure de la TA représente une part importante de l'examen clinique : « Pour le patient c'est un acte médical, c'est un acte systématique, **on prend la tension quand on va chez le médecin** » (MG3), « la prise de tension, c'est encore quelque chose de très ancré dans la réalisation de l'examen clinique classique » (MG1), « je me mets à sa place, il doit se dire qu'il a fait le grand truc de sa consultation » (MG6), « Ça fait partie de la consultation, c'est un gage de qualité de la consultation » (MG8). D'autres estiment que pour les patients, l'examen clinique se résume uniquement à la mesure de la TA : « s'ils repartent sans prise de tension, ils ont l'impression qu'on n'a pas fait notre boulot » (MG6), « dans l'esprit des gens, il faut le faire quoi, si tu le fais pas, l'acte est pas complet », « **C'est comme un repas de fête sans fromage ni dessert** » (MG7), « Je pense que dans l'idée des patients, si on leur a pas pris la tension, ils sont pas allés chez le docteur » (MG9).

En dépassant le contexte strict de la mesure tensionnelle, les médecins imaginent que les chiffres tensionnels, de par leur caractère « objectif » (MG2), représentent une « **simplification à outrance de l'état de santé du patient** » (MG5).

3.3.3.2. *Fréquence de la mesure tensionnelle*

Les médecins interrogés mesurent la TA de leurs patients de manière systématique : « je prends la tension à tous mes patients, qu'ils viennent pour un rhume, pour une migraine, pour une dépression, ils ont de toute façon une prise tensionnelle » (MG1), « C'est quand même le truc systématique » (MG6). Certains nuancent toutefois leurs propos : « je le fais quasi systématiquement, sauf pour de la traumatologie des choses comme ça » (MG2), « j'ai une dame qui est venue pour une brûlure sur un coup de soleil, j'ai pas forcément pris la tension » (MG3), « quelqu'un qui a 20 ans, qui a mal au bout du doigt, je lui prends pas la tension » (MG12). Un médecin argumente de façon plus profonde ce comportement : « Souvent quand je ne la prends pas, je décide de ne pas la prendre! » (MG11).

3.3.3.3. *Facteurs limitant la mesure tensionnelle*

Le diagnostic d'hypertension artérielle nécessitant une mesure tensionnelle fiable, les médecins ne prennent bien souvent pas totalement en compte les valeurs qu'ils peuvent retrouver au cabinet.

Un médecin décrit même le diagnostic d'hypertension artérielle comme étant « très difficile » (MG11). D'autres relativisent les chiffres tensionnels obtenus au cabinet : « on sait aussi que l'effet blouse blanche existe et on a des patients chez qui c'est peu représentatif » (MG4), « Faut connaître ses patients. Il y a des gens qui ont toujours une tension élevée » (MG8), « Mais ça dépend des patients. C'est conditionné par la personnalité du patient » (MG11).

3.3.3.4. *Comportement face à la demande de mesure tensionnelle*

Au cours des entretiens, les médecins ont spontanément évoqué des situations dans lesquelles ils n'avaient pas mesuré la TA de leurs patients. Ils ont tous alors été soumis à cette question « vous pouvez pas me prendre la tension ? » (MG2). Face à cette demande, un médecin explique clairement « s'il le demande, je la prends » (MG3). Un autre raconte en souriant « quelque fois, je prends un malin plaisir (sourire) à refuser ce bras qui m'est tendu » (MG5). Lorsqu'il estime que cette mesure tensionnelle ne changera pas sa conduite diagnostique ou thérapeutique, un médecin fait parfois « **semblant de la prendre** », ou « **invente** » (MG10).

3.3.3.5. *Qui ne mesure pas la tension artérielle?*

Certains médecins interrogés notent que leurs patients leur font remarquer quelque fois que « Docteur, votre remplaçant il m'a même pas pris la tension » (MG9), ou alors « Il m'a pris la tension mais ne me l'a même pas dit, il me l'a pas dit! ». D'autres spécialistes semblent incriminés : « mais oui, tiens, je suis allé voir le médecin du travail, ou le gynécologue. /Alors il vous a ... Qu'est ce qu'il vous a...?/ **Il m'a pas pris la tension, il m'a MÊME pas pris la tension (sourires)** » (MG11).

3.3.4. **Impact sur la relation Médecin Malade**

Deux médecins interrogés estiment que la mesure tensionnelle joue un rôle considérable dans la « **confiance** » (MG2, 13) établie entre soignant et soigné .

La « **réassurance** » (MG1, 7, 8,) est également un thème largement abordé. En effet, « le patient, ça le rassure d'avoir une bonne tension, il est content. » (MG2), « Ils sont rassurés d'avoir une tension normale! » (MG12).

La notion de **récompense** est aussi évoquée. Prendre la tension serait comme « **un plaisir que tu leur octroies, un petit plaisir (rires), une sucrerie, un petit bonbon!** » (MG7), et est même assimilé à « **la baguette de pain**. C'est à dire comme quand tu vas chez le boulanger et que tu paies, **si tu paies tu as droit à quelque chose!** » (MG10).

La mesure tensionnelle représente aussi un « **échange** » (MG1) avec le patient, voire un moyen de communication à part entière : « c'est pour moi **une façon de communiquer** avec le patient », « une forme de dialogue », et de développer : « C'est de la **communication transcendantale**, c'est comment amener le patient à parler d'autre chose. » (MG12).

La communication peut être également non verbale, et **le toucher** a alors toute sa place. En effet, certains « **patients ont besoin de ce contact physique** » (MG4), « Les gens aiment bien se faire toucher (rires) » (MG12).

Elle peut également être une voie d'apaisement : « **c'est un moment d'apaisement, de calme. En général c'est un moment de grand silence** » (MG3). « Il y a une sorte de

tranquillité probablement, une sorte de tranquillité qui s'installe à ce moment là », « **c'est jamais un moment tendu la prise de tension** » (MG11).

Un médecin (MG5) explique également à quel point la TA peut avoir un impact positif, ou négatif, sur la relation médecin-malade : « **C'est plutôt au niveau de la représentation du patient, il m'a pas pris la tension, donc il s'intéresse pas à moi donc je le fais chier!** ». Il devine même avec amusement les pensées d'une de ses patientes : « **pour elle si tu veux, l'intérêt, l'affection que je peux avoir pour elle dépend du résultat de mes conclusions. c'est à dire que si j'ai des conclusions négatives, je l'aime pas** », et de conclure : « **C'est complètement illogique, c'est n'importe quoi!** ».

Deux autres médecins rapportent l'effet positif que peut avoir la mesure tensionnelle sur la relation médecin malade puisque « **le fait de toucher le patient, de s'intéresser, au moment où on lui prend la tension, à lui dans sa globalité** » prouve que le « médecin ne s'intéresse pas qu'à leur organe mais à leur entière personne! » (MG12). La mesure tensionnelle nécessite que l'« on déshabille un minimum les gens, ça montre aussi que l'on fait attention à eux », et que « **si tu ne le fais pas, les gens n'ont pas l'impression d'avoir été examinés ou d'avoir été considérés tout simplement** » (MG6).

DISCUSSION

4.1. Choix de la méthode

La méthode qualitative par entretiens semi dirigés s'est imposée d'elle même. En effet, « L'enquête par entretien est l'instrument privilégié de l'exploration des faits dont la parole est le vecteur principal. Ces faits concernent les systèmes de représentations (pensées construites) et les pratiques sociales (faits-expériences) » [14].

Des entretiens libres auraient permis d'obtenir un panel de réponses beaucoup plus large, mais peut être beaucoup plus vague. Les entretiens semi dirigés, en ayant l'inconvénient de limiter le champ de recherches et d'orienter les réponses, permettent de restreindre le nombre d'entretiens avant d'atteindre un niveau de saturation des données.

4.2. Choix de la population

Tous les médecins contactés répondaient aux critères d'inclusion préalablement établis.

J'ai voulu interroger des médecins aux profils divers (âge, genre, activité) afin d'élargir les données susceptibles d'être apportées.

4.3. Déroulement de l'enquête

L'accord des médecins pour participer à ce travail a été demandé par téléphone directement. En effet, à l'exception de deux cabinets, l'envoi de mails ou la demande de rendez-vous auprès des secrétaires se sont révélés infructueux.

Les entretiens se sont déroulés majoritairement dans les cabinets des médecins interrogés, et à deux reprises dans des restaurants.

Je souhaitais effectuer les entretiens préférentiellement pendant des périodes d'activité faible, afin de ne pas avoir la pression du respect de l'agenda, ce qui aurait pu les écourter.

J'insistais également sur le fait que je préférais qu'un médecin refuse de participer à l'étude plutôt qu'il ne s'y consacre pas pleinement. Les entretiens variaient d'un médecin à l'autre. La durée et la richesse de ceux-ci étaient dépendants de la personnalité de chacun. J'ai du avoir recours à des questions de relance de façon plus ou moins fréquente selon les médecins interrogés.

4.4. Forces du travail

Ce qui fait la force de ce travail est son caractère relativement original. En effet, dans la littérature que j'ai pu consulter, il ne s'agissait souvent que du point de vue du patient concernant son vécu de la santé et de la maladie. Même si ces conceptions sont à mes yeux essentielles, j'avais à coeur de savoir si les médecins étaient intéressés par ces questions, et s'ils intégraient ces données à leur pratique, afin de l'enrichir. En effet, je n'ai pu trouver ce type de positionnement (celui de recueillir le point de vue du médecin) dans aucun article ou ouvrage consulté.

D'autre part, alors que de nombreux travaux portent actuellement sur des aspects très concrets de la médecine générale, rares sont les études de ce type menées en anthropologie et en sociologie de la médecine.

4.5. Biais

Les entretiens débutaient par quelques questions d'ordre général, consistant plus à détendre le médecin interrogé [15] qu'à apporter des données en vue d'une analyse. J'ai pu constater cependant que certains médecins ne semblaient pas être rapidement dans un climat de confiance avec moi. Quelques questions de présentation supplémentaires auraient pu être utiles dans cette optique.

Paradoxalement, le script d'entretien comprenait trop de questions ouvertes. Si la méthode qualitative permet d'étudier les représentations des médecins sur un sujet donné, la multiplication de ces questions entraîne un appauvrissement des réponses obtenues, qualitativement parlant, en plus de, finalement, les orienter.

D'autre part, les représentations symboliques étant dépendantes de la culture et du milieu social auquel appartient l'individu qui en fait l'analyse, j'aurais dû profiter de mes déplacements dans les DOM TOM afin d'enrichir les entretiens en les élargissant culturellement parlant. Toutefois, contacter des médecins locaux (en Nouvelle-Calédonie notamment) s'est révélé difficile car aucun d'eux n'a donné suite à mes sollicitations. Nous pourrions dès lors nous demander pourquoi ces médecins n'ont pas souhaité participer à ce travail. D'une part, les médecins généralistes, de Nouméa notamment, ont une charge de travail considérable. D'autre part, contacter des médecins « fixés » en Nouvelle-Calédonie, pour un médecin « de passage », était difficile.

Enfin, nous nous sommes aperçus à la fin des entretiens que les médecins n'avaient pas de définition très précise du terme **symbole**, regroupant parfois tout et son contraire. En ce sens, nous aurions dû préciser les termes principaux de l'étude.

4.6. Interprétation des résultats

Nous avons essayé, dans ce travail, de savoir quel rôle prêtaient les médecins à la mesure tensionnelle, comment ils en percevaient la symbolique, et s'ils estimaient qu'elle puisse influencer sur la relation médecin malade. Nous allons voir dans cette section comment cette étude n'a répondu que partiellement à ces questions.

4.6.1. Un impact relationnel considérable

Si l'intérêt médical de la mesure tensionnelle reste discutable et discutée par les médecins interrogés, **l'hypothèse selon laquelle elle posséderait un rôle dans la relation médecin malade a été confirmée**. Elle est, à leurs yeux, **un outil essentiel à la consultation médicale**.

Elle représente pour eux le moyen le plus rapide et le plus simple de suivre leurs patients sur le plan cardiovasculaire. Même si le terme même d'hypertension artérielle n'apparaissait pas dans le script d'entretien, tous ont décrit la grande importance de la mesure tensionnelle dans la prise en charge des facteurs de risque cardiovasculaire.

En dehors de toute considération anthropométrique, **la mesure tensionnelle reste un élément majeur de l'examen clinique**, et à plus forte raison lorsqu'elle est prise à « l'ancienne », à savoir à l'aide d'un brassard gonflé manuellement. Elle permet alors au médecin de venir toucher son patient. Le **contact physique** reste pour ces médecins un des piliers de la consultation. Ce contact est vécu comme un privilège rare selon eux, et le toucher est alors un moyen de venir vers l'autre et de le considérer dans sa globalité. **Le toucher s'assimile donc ici à un canal de communication non verbal, et semble manquer « aux méthodes plus modernes »**.

La mesure tensionnelle est de ce fait une forme d'**échange entre le patient et son médecin**, et ces derniers ont majoritairement une idée positive de l'impact qu'elle peut avoir sur leur relation avec le malade, comme outil de réassurance, engendrant une certaine **confiance**

mutuelle. Un médecin imagine même qu'un patient normotendu est un patient qui se sent aimé de lui.

En plus du toucher, et par le silence qui l'accompagne, la mesure tensionnelle est un moment de calme. Comme le dit avec amusement ce médecin, comme une redondance en guise de lapsus, « **c'est jamais tendu une prise de tension!** ».

4.6.2. Une image forte

Il est important de préciser que tous les praticiens interrogés estimaient que la mesure tensionnelle était indissociable du métier de médecin généraliste. C'est cette **imagerie populaire**, ancrée dans l'**inconscient collectif**, qui explique peut-être que la mesure tensionnelle soit **l'image du médecin examinant son patient**.

Mais cette association forte fait-elle de la mesure tensionnelle un symbole? Pour répondre à cette question, il est nécessaire de bien définir ce terme.

Nous nous sommes satisfaits de celle apportée par C. G Jung [16]. Selon lui, un symbole est « **un terme, un nom ou une image qui, même lorsqu'ils nous sont familiers dans la vie quotidienne, possèdent néanmoins des implications qui s'ajoutent à leur signification conventionnelle et évidente** ». Et d'ajouter : « **ce mot ou cette image ont un aspect inconscient plus vaste qui n'est jamais défini avec précision, ni pleinement expliqué** ». La forte association entre l'examen médical et la mesure tensionnelle, qui semble être présente dans « l'inconscient collectif », confirme bien le caractère symbolique de cette mesure, en tant que **symbole du médecin examinant son patient**.

4.6.3. Le symbole, une définition non consensuelle

Si l'absence de définition du symbole dans le script d'entretien peut paraître préjudiciable à ce travail, elle nous a malgré tout permis d'obtenir des réponses plus vastes à la question de cette recherche symbolique. Différentes notions ont alors été abordées par les médecins au cours des entretiens, et elles sont toutes intéressantes à analyser.

La mesure tensionnelle semble tout d'abord être un acte magique. La **magie** est définie comme « une pratique fondée sur la croyance en l'existence d'êtres ou de pouvoirs surnaturels et de lois naturelles occultes permettant d'agir sur le monde matériel par le biais de rituels

spécifiques » [17]. **Pour les médecins interrogés, c'est le silence qui l'accompagne qui confère à cette mesure son caractère magique.**

Elle pouvait s'apparenter aussi à un rite. Le **rite** désigne « l'ensemble des règles et cérémonies en usage dans une religion ou dans une société ». Les rites sont des pratiques codifiées de caractère sacré ou symbolique.

Il est clair que l'apparition de ces notions dans le discours des médecins relève, à mon sens, de l'absence de définition claire du symbole, associé à tort avec la magie et le rite. Cependant, alors qu'un médecin imagine ses patients lui prêter des **dons suprasensoriels**, serait-il justifié, selon ce point de vue, de définir ce qui est magique comme étant quelque chose d'invisible pour le patient mais totalement palpable pour le médecin? Nous nous approcherions alors plus du terme **sacré** [18] (en opposition au **profane**) que du terme **magique**. La magie implique, par la définition précédemment établie, une dimension active. **Le sacré, lui, consiste plutôt en la révélation à des initiés d'un monde invisible pour les profanes.**

D'autre part, si dans le champ de l'anthropologie, **le rite s'apparente à une activité très formalisée**, possédant ses propres codes et dont les actions s'articulent autour de symboles fortement marqués, **alors incontestablement rite et symbole sont intimement liés.**

Par ailleurs, C. Lévi-Strauss évoque le « **caractère morcelé du rite** » [19]. Le déroulement du rite est donc prévisible puisqu'il se « base sur une série d'étapes bien ancrées, lesquelles devront être minutieusement respectées afin que l'activité prenne forme, qu'elle aboutisse à son but et puisse apporter sens aux pratiquants qui s'y soumettent. Le rite se déroule alors autour d'objets auxquels on a attaché une valeur symbolique ».

C'est ici que le terme de « **pratique religieuse** » (MG5) prend tout son sens. **À l'instar du calice ou de l'ostie, le tensiomètre devient un objet de culte et révèle aux profanes, par l'intermédiaire du médecin, la vérité d'un monde intérieur, invisible à leurs yeux.**

A l'opposé, la magie n'a pas sa place dans une analyse symbolique. En effet, la magie ne suppose aucun raisonnement, aucune analyse, contrairement au symbole. Cependant, il est indéniable d'affirmer qu'une part de ce que nous faisons au cours de la consultation (et la mesure tensionnelle en fait partie) peut s'y apparenter, comme nous le précisait ce médecin « **c'est magique, ça sort d'un chapeau!** » (MG9).

Les réponses des médecins interrogées, confrontées aux deux définitions essentielles à ce travail, celle de Jung d'une part, et celle de Lévi-Strauss d'autre part, nous font donc penser que **la mesure tensionnelle pourrait correspondre à l'objet symbolique du rituel médical.**

4.6.4. Un faible intérêt pour le sujet

Toute cette analyse est malheureusement à relativiser, puisqu'il s'agit là de ce que les médecins imaginent des pensées des patients. Or il nous est très clairement apparu que pour les praticiens, **il n'y avait aucune raison pour que cette mesure possède une quelconque symbolique.**

Il conviendrait donc, pour corroborer l'hypothèse évoquée par les médecins, d'étudier les réponses apportées par les patients à cette question de ce que pourrait représenter, pour eux, la mesure tensionnelle.

La mesure tensionnelle semble donc être un symbole fort pour les patients, mais pas pour les médecins. Cependant, si plusieurs travaux ont montré et analysé les représentations qu'avaient les patients de la maladie, et l'existence de ce que A. Sarradon appelle la « **physiopathologie profane** » [20], pourrions nous imaginer que, malgré sa position de soignant, le médecin puisse être un patient comme les autres? Ne posséderait-il pas, de par sa culture ou son expérience personnelle, des représentations de la maladie qui lui seraient propres? J'imagine que j'aurai pu obtenir une réponse à cette question en ayant un échantillon culturellement plus large de médecins interrogés.

Toutefois, compte tenu de la pauvreté des réponses obtenues, il est fort à parier que la raison principale à ce manque d'intérêt pour la recherche d'une signification plus profonde à la mesure tensionnelle reste le **manque d'intérêt pour les domaines de l'anthropologie et de la sociologie médicale.**

4.6.5. L'objet de pouvoir d'un médecin dominant

Le tensiomètre ne paraît pas n'être qu'un simple outil de mesure. Comme nous l'avons vu au début de cette section, s'il semble être fortement attaché à l'image du médecin, comme l'outil d'une profession, il n'en reste pas moins un **outil de pouvoir**, ainsi que nous le précisaient plusieurs médecins. Certains d'entre eux le considéraient comme une **récompense**, un autre l'employait comme un **objet de manipulation**. Dans ces deux cas, la relation médecin malade semble déséquilibrée. C'est parce que le médecin connaît ce qu'elle peut représenter pour le patient qu'il l'utilise comme un moyen de pression.

Cette relation dominant-dominé a été rapportée par des praticiens estimant effectuer plus de 30 consultations par jour. Une écoute attentive étant, selon moi, nécessaire à la

compréhension des problématiques humaines d'une consultation médicale, plus l'activité est forte, moins ce temps est important. De ce fait, la relation médecin malade ne peut être autrement que déséquilibrée, le médecin ayant besoin d'être rapide et en position de force pour diriger sa consultation et ainsi la mener dans les temps. Le tensiomètre devient alors **la matérialisation du pouvoir du médecin sur le patient**.

Le temps de consultation pourrait donc être un indicatif du type de relation unissant le patient et le médecin. Et si ce temps d'écoute diminué est le reflet de la domination du médecin sur son patient, cette relation ne semble pas profitable, comme nous le montre une étude de 2012, réalisée par la SFTG [21], qui prouve que les patients, en décrivant ce qu'était un bon médecin, attachent autant d'importance au temps d'écoute qu'aux qualités diagnostiques et thérapeutiques.

4.6.6. Une réponse à l'attachement des patients pour la mesure tensionnelle

Les médecins interrogés ont également fait part de leurs impressions quant à l'importance de la mesure tensionnelle pour les patients. Celle-ci pourrait s'apparenter, selon eux, à une **simplification à outrance de leur état de santé**, de par son caractère quantitatif.

En analysant leurs réponses, on remarque que c'est la conjonction de trois facteurs qui semble faire la force de la mesure tensionnelle. Le **modèle mécaniste** comme modèle prédominant de représentation du corps en occident d'une part, la **grande place accordée au « coeur »** comme siège de la fonction vitale d'autre part et enfin le **concept sociologique de la maladie** dans les sociétés modernes occidentales.

Avant de détailler cette analyse, il me semble nécessaire de rappeler cette « sociologie de la maladie » [22].

En France, c'est C. Herzlich qui, dans les années 60, étudie les représentations sociales de la santé et de la maladie [23]. Cette étude montre clairement que « le langage dans lequel on s'exprime à propos de la santé et de la maladie, dans lequel on en interprète les causes, les manifestations et les conséquences, n'est pas un langage du corps : c'est un langage du rapport de l'individu à la société ». **La maladie traduit alors un rapport conflictuel au social**.

L'opposition entre santé et maladie reflète alors celle existant entre individu et société. Les dysfonctionnements ne s'organisent en « maladie » que dans la mesure où ils introduisent une modification de la vie du malade et de son identité sociale. L'individu s'estime donc

« malade » s'il est dans l'incapacité de jouer un rôle social. **Dans une société définie par le travail, cette incapacité se traduit par l'inactivité induite par la maladie.**

La mesure tensionnelle s'inscrit donc parfaitement à la croisée de ces trois modèles. Le coeur, siège de l'âme dans les sociétés occidentales, est assimilé à une pompe, propageant un fluide vital dans tout l'organisme. La prise de tension a donc pour mission de contrôler le bon fonctionnement de ce coeur (et par extension de tout l'organisme), renseignant alors le patient sur son état de santé et sur sa situation au sein de la société, en harmonie ou en rupture avec celle-ci.

4.6.7. Pourquoi le tensiomètre?

La grande place accordée par les patients à la mesure tensionnelle est expliquée, par deux médecins, par son caractère historique. Or nous avons vu en introduction que l'utilisation de cette méthode ne s'était généralisée dans la clinique qu'après 1950. Nous sommes donc en droit de nous demander pourquoi le tensiomètre, et pas d'autres instruments. Deux praticiens se sont posés cette question, sans toutefois y répondre. Ils ont également suggéré qu'une telle étude pourrait y répondre.

CONCLUSION

Même si l'importance médicale de la mesure tensionnelle semblait relative pour les médecins interrogés, elle n'en demeure pas moins un outil considérable, notamment sur le plan relationnel.

La prise de tension est donc utilisée essentiellement comme un moyen d'**échange** ou comme un canal de communication non verbal, ayant pour but principal de **rassurer le patient** quant à son état de santé. C'est le **contact physique** qu'elle impose qui rapproche les deux acteurs de la relation médecin malade. L'instant même de la mesure semble donc être le **climax** d'une rencontre confrontant deux subjectivités ayant malgré tout un but commun, celui du soin. **Le toucher** est un pas vers l'autre, et en le touchant, le médecin témoigne qu'il considère le patient dans sa globalité. De ce fait, l'impact de la mesure tensionnelle sur la relation médecin malade est avant tout décrit en des **termes positifs**, ceux de **confiance** et de **réassurance** notamment.

Les médecins ont été sensibles à ce sujet, fondamental à leurs yeux. Leur grand attrait pour ce thème de la relation médecin malade signe incontestablement le fait qu'ils considèrent le facteur humain comme considérable dans la médecine générale.

Cependant, lorsqu'il leur est demandé d'avoir une réflexion profonde sur leurs pratiques, ils ont semblé assez hermétiques à cette thématique.

Si la notion de symbole n'avait pas été définie, les médecins interrogés n'ont pas malgré tout paru dépourvus à l'idée d'évoquer leurs points de vue. Certains décrivent la mesure tensionnelle comme étant un **acte magique**, le médecin possédant alors des dons suprasensoriels, ou un **acte rituelique**. C'est la succession codifiée de gestes, accompagnée par un silence presque sacré, qui rend pour eux la prise de tension assimilable à un rite. Ces propos sont toutefois à nuancer. En effet, il ne s'agissait ici que d'hypothèses émises par les médecins sur ce que pouvaient ressentir les patients. **Pour eux, la mesure tensionnelle ne symbolisait absolument rien.** Mais en considérant ces réponses plus attentivement, et en les confrontant à celles qu'ils ont pu nous donner sur leur utilisation de la prise de tension, il est clair que **celle-ci représente beaucoup plus pour eux qu'ils ne semblent se l'avouer.**

De même, l'utilisation du tensiomètre comme objet de pouvoir, de manipulation ou comme moyen de pression ne fait qu'attester que ces médecins ont une utilisation de la mesure tensionnelle qui dépasse largement la simple méthode anthropométrique.

En dépit de ses connaissances et de sa position, le médecin ne peut pas être considéré différemment d'un patient. En effet, il reste un individu subjectif, empli de ces croyances et de ces représentations, même s'il pense le contraire. Ce travail a partiellement montré l'existence de telles considérations pour les médecins, mais une étude plus aboutie, et à plus grande échelle, serait à mon sens plus à même de le faire.

BIBLIOGRAPHIE

1. Draperi C. *La médecine réfléchie au miroir des sciences humaines*, Ed. Ellipses, 2010.
2. Postel-Vinay N. *Histoire de l'hypertension artérielle et du risque vasculaire: aux origines des mutations de la médecine contemporaine*. Histoire des sciences médicales, 1996: Vol. 30, 235-243.
3. Grmek M. D. *L'introduction de l'expérience quantitative dans les sciences biologiques*: conférence donnée au Palais de la découverte, le 7 avril 1962. Palais de la Découverte (Alençon, Impr. alençonnaise), 1962.
4. Magendie F. *Leçons sur les phénomènes physiques de la vie*. Ed. Angé, 1837.
5. Potain P. *La pression artérielle de l'homme à l'état normale et pathologique*. Masson et cie, 1902.
6. Anonyme. *Traité complet de l'examen médical dans les assurances sur la vie*. Paris, 1887.
7. Postel-Vinay N., Plouin P.-F. *De la sclérose au risque vasculaire; la contribution méconnue des assurances sur la vie*. Rev. Prat, 1994 : Vol. 44, 2410-2413.
8. Eck-Sarradon A., *S'expliquer la maladie. Une ethnologie de l'interprétation de la maladie en situation de soins*. Villeneuve d'Ascq, Presses Universitaires du Septentrion, 2002.
9. Sarradon-Eck A. *Le sens de l'observance. Ethnographie des pratiques médicamenteuses de personnes hypertendues*. Sciences Sociales et Santé, 2007 : Vol. 25, n°2, 5-36.
10. Dressler W. *Hypertension and culture change. Acculturation and disease in the West Indies*. Relgrave Publishing Company, New York, 1982.
11. Scheper-Hugues N., Lock M., *The « Mindful Body », a promelomagon to future work in medical anthropology*. Medical Anthropology Quarterly, 2002 : Vol. 16, n°4, 458-475.
12. Good B., *Comment faire de l'anthropologie médicale. Médecine, rationalité et vécu*. Paris, Synthélabo, Les Empêcheurs de penser en rond, 1998.
13. Aubin-Auger I. Introduction à la recherche qualitative. Exercer, 2008 : Vol. 84, 142-145.
14. Gotman A, Blanchet A. *L'enquête et ses méthodes ; L'entretien*. Paris, Ed. Armand Colin (1ère Ed. 1992), 2006.
15. Guide méthodologique pour réaliser une thèse qualitative, (en ligne). Disponible sur www.nice.cnge.fr/IMG/pdf/GMTQuali.pdf.
16. Jung C. G. *L'Homme et ses Symboles*, Ed. Robert Laffont, 1990.

17. Dictionnaire Larousse, Ed. Larousse, 2014.
18. Mircea E. *Le sacré et le profane*, Ed. Poche, 1987.
19. Lévi-Strauss C. *Anthropologie structurale*, Paris, Ed. Plon, 1958 : 211.
20. Sarradon-Eck A. *Comprendre la physiopathologie profane*. *Ethica Clinica*, 2008 : 20-28.
21. Ibanez G., *Qu'est-ce qu'un bon médecin*. SFTG, Journée recherche, Paris, 13 janvier 2012.
22. Adam P., Herzlich C. *Physiopathologie de la maladie et de la médecine*. Paris, Ed. Armand Colin, 2007.
23. Herzlich C. *La problématique de la représentation sociale et de son utilité dans le champ de la maladie (commentaire)*. *Sciences sociales et santé*, 1984. Vol. 2, n°2, 71-84.

Annexe 1

Script d'entretien

Les réponses aux questions posées seront retranscrites anonymement et intégralement. Les émotions pourront également être décrites.

Questions :

-Quelques questions d'ordre général me permettant de mieux vous connaître :

Vous êtes une femme ou un homme?

Quel âge avez-vous?

Depuis combien de temps êtes vous installé(e)?

Comment décririez vous votre activité (Seul, groupe, rural, urbain)?

-Combien d'actes en moyenne effectuez-vous par jour?

-Comment mesurez vous la tension artérielle de vos patients? En quelle position, et avec quel appareil?

-Quelle importance accordez-vous à la mesure tensionnelle dans vos consultations?

-Selon vous, la mesure tensionnelle comporte t'elle une dimension symbolique dans la médecine contemporaine? Si oui, quelle est-elle?

-Comment pourriez-vous analyser cette symbolique?

-Selon vous, quels sont le ou les rôles que peut jouer cette mesure tensionnelle dans la relation médecin malade?

-Comment intégrez-vous ces paramètres dans votre pratique quotidienne?

Annexe 2

Entretiens disponibles sur le CD.