



HAL
open science

Mesure de la tension artérielle : enjeux, ressentis et émotions autour de la prise tensionnelle

Ninon Aron

► **To cite this version:**

Ninon Aron. Mesure de la tension artérielle : enjeux, ressentis et émotions autour de la prise tensionnelle. Médecine humaine et pathologie. 2020. dumas-02946455

HAL Id: dumas-02946455

<https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-02946455>

Submitted on 23 Sep 2020

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.

UNIVERSITÉ DE PICARDIE JULES VERNES
FACULTÉ DE MÉDECINE D'AMIENS

Année 2020

Thèse n° 2020 - 77

Thèse

Pour l'obtention du Diplôme d'État de Docteur en Médecine

Spécialité Médecine Générale

Mesure de la tension artérielle :
Enjeux, ressentis et émotions autour de la prise
tensionnelle

Présentée et soutenue publiquement le 10 juillet 2020

Par Ninon Thérèse Monique ARON

Président du jury : Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN

Membres du jury : Madame le Professeur Catherine BOULNOIS

Monsieur le Professeur Alain DERVAUX

Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT

Directeur de Thèse : Monsieur le Docteur Charles LEGROUX

À Monsieur le Professeur Gabriel CHOUKROUN, Président de jury

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 (Pôle D.R.I.M.E)

Vous avez accepté sans hésiter de présider le jury de cette thèse, soyez assuré de ma plus sincère reconnaissance.

À Monsieur le Professeur Alain DERVAUX,

MD, PHD, HDR

Professeur des Universités – Praticien Hospitalier

Psychiatrie et Addictologie Adultes

Soyez assuré de mon respect profond et de ma plus sincère gratitude.

À Madame le Professeur Catherine BOULNOIS,

Professeur des Universités (Médecine Générale)

Directeur du Département de Médecine Générale

Assesseur du 3ème cycle

Vous me faites l'honneur de participer à ce jury et de juger ce travail. Je vous remercie pour les critiques et le regard pertinent que vous m'avez apporté durant tout mon internat en tant que tutrice sur mon portfolio. Mais également pour votre soutien lors de nos nombreux échanges concernant le SAPIR-IMG.

À Monsieur le Professeur Jean SCHMIDT,

Professeur des Universités - Praticien Hospitalier

Médecine interne

Soyez assuré de mon respect profond et de ma plus sincère gratitude.

À Monsieur le Docteur Charles LEGROUX, Directeur de thèse

Médecin généraliste – Maître de Stage Universitaire

Ce sujet de thèse, nous en avons discuté lors de ma découverte de la médecine générale ambulatoire il y a deux ans, grâce à vos conseils pertinents j'ai pu aboutir à ce travail qui me tenait réellement à cœur. Vous avez été mon premier maître de stage et faite partie des plus précieux par votre belle personnalité humaine et votre bienveillance. Vous êtes un véritable mentor et exemple pour moi dans votre approche du patient. Pour tout cela, je vous remercie.

À mes maîtres de stages rencontrés au cours de mon internat ; Monsieur Massot, Monsieur Bilbault, Monsieur Cimino, Monsieur Chiah, Franklin, Mickael et Aurore. Vous m'avez apporté votre savoir tout en me considérant comme votre égale. Ce travail a été non seulement bénéfique professionnellement mais j'ai également passé d'excellents moments à vos côtés. Merci pour tout.

À mes amis externes Lillois ; Philippine, Aurélie, Lucie, Laura, Joy, Kevin, Maxime, Vincent, Ahmad, David, Sirine... Six ans ensemble sur les bancs de la faculté, mais surtout à la BU quotidiennement ! Merci de m'avoir gardé une place parce que je ne savais pas me lever. Que de bons souvenirs passés avec vous, ensemble dans l'adversité.

À mes amis internes Amiénois rencontrés en stage ; Pia, Kevin, Romain, Sarah, vous m'avaient supportés et soutenus dans ce terrifiant monde hospitalier. Merci à vous.

À mes collègues et ami(e)s du SAPIR-IMG ; Sébastien, Isabelle, Lucile, Lucie D, Lucie C, Clarisse, Victoria, Charline et Anne. Mais également à Madame Catherine Pierchon, partenaire du SAPIR-IMG, vous m'avez aidée et soutenue à un point que je n'aurai pu imaginer. C'est une belle aventure que nous avons fait ensemble, merci pour votre présence.

À mes amis de l'ISNAR-IMG ; des rencontres magnifiques avec des personnes inoubliables. Une des meilleurs décisions de ma vie jusqu'à maintenant a été de rejoindre la folle aventure de l'ISNAR-IMG. J'aime assez blâmer Karim qui a usé de son charme pour me convaincre, je ne peux que te remercier mille fois pour ça et pour toutes les bonnes rigolades qu'on a eues ensemble ensuite. Puis ma rencontre avec le premier bureau, mes sœurs de cœur Diédra ta joie de vivre et tes danses endiablées, Elisabeth mon petit Tic on est tellement pareil et Sandra si discrète avec un si grand cœur. Marianne avec nos premiers échanges de panique intégrale dans notre chambre commune, Daria ta gentillesse et ton rire, Manon et Camo nos mamans du début, Pierre mon papa part', Pieter ta cool attitude surtout pour m'inciter à venir danser jusqu'au bout de la nuit, Nolwenn ta bienveillance et ton sourire qui redonne confiance, Lucie ma grande folle qu'est-ce que tu auras pu me faire rire, je n'oublierai jamais tout ce que tu as fait pour moi, Charlotte qui aura réussi à me faire moins râler, ou presque ! Deuxième bureau, tout aussi fun avec de supers souvenirs, Charlotte et ton soutien inébranlable, Alistair tu m'as fait réfléchir sur la vie, Thibault et Pierre mais deux piou piou repreneurs de postes. Sans oublier Justine et ses chats et tous les autres, juste MERCI ! Vous êtes beaux et forts.

Merci à mon amie, Madame le Docteur Marion, d'abord collègues inséparables aux urgences, puis la découverte du SAPIR-IMG et de l'ISNAR-IMG grâce à toi, je ne pourrai jamais assez te remercier pour ça. Ton soutien pendant l'internat et ton aide pour cette thèse m'ont été très précieux. Tu as su garder ton calme et rester adorable malgré mon caractère de cochon que tu connais bien maintenant, merci mille fois. Merci également à ton mari, mon ami Sylvain qui m'a également apporté beaucoup, et pas uniquement pour le SAPIR-IMG ! Merci à vous mon couple Amiénois préféré.

Merci à mon amie Mouna, rencontrée au SAPIR-IMG également, collègue puis rapidement confidente. Un grand merci pour ton accueil, ta gentillesse, ton dévouement, sans compter la rencontre avec le plus chouette des bébés, ta petite Loulou que j'adore.

Merci à mes amies Pauline et Sana, une de mes plus belles rencontres d'internat. Tout ce qu'on a vécu ensemble reste un de mes plus beaux souvenirs d'études. Les triplettes du diabète pour toujours.

Merci à mes ami(e)s de longue date, Mathilde, Justine, Lucie, Aurélie, Odysse, Valentin, Christophe, Laura C, Constance, Léa... Vous m'avez toujours soutenue tout au long de mes études et êtes toujours présents après tout ce temps, pour cela je vous dis un immense merci. Pourvu que notre amitié dure des années encore.

Merci à mon amie de toujours, Marion que j'aime. Voilà plus de dix ans qu'on se connaît, que tu me soutiens et me fais rire, que tu fais tout pour que je passe des bons moments et que je sache que tu seras toujours là pour moi. Tellement de souvenirs avec toi et tellement d'autres à venir. Pour tout ça merci, merci d'être mon amie. Sans toi ma vie n'aurait pas été pareil, aussi parce que grâce à toi j'ai rencontré l'amour de ma vie.

Merci à ma (future) belle-famille, Rachel, Hervé, Maud, Pap et mam... Vous m'avez soutenu dans mes dernières années d'études qui n'étaient pas les plus faciles. Vous m'avez accueilli à bras ouverts dans votre famille et pour cela un grand merci.

Merci à ma famille adorée, mes cousins et cousines avec qui j'ai grandi, merci à mes papis partis trop tôt, ma mamie Mo j'espère que vous êtes fiers de là-haut, ma mamie T, mes oncles et tantes adorés, vous m'avez tous encouragés depuis toujours, je vous aime.

Merci à Margotte et Pp en particulier pour votre soutien toutes ces années. Nos retrouvailles régulières me procurent un bonheur fou, pourvu que ça dure toujours.

Merci à mon Thomas, mon futur mari à quelques mois près. Une rencontre aussi inattendue qu'inoubliable il y a maintenant cinq ans, merci de m'avoir couru après ! Sans ton soutien, ton réconfort, ton attention et ton amour, je n'y serai jamais arrivé. Chaque jour je me dis que j'ai une chance inouïe de t'avoir rencontré (deux fois). Merci d'avoir fait entrer Oly et toutes nos petites bêtes à poils dans ma vie. J'ai hâte de vivre le reste de ma vie avec toi qui la rend si belle et heureuse. Je t'aime.

Merci à Faustine et Simon, ma sœur et mon frère, vous avez été aux premières loges de ces longues et fastidieuses études, toujours prêt à m'aider, à me faire passer des supers moments et à me pardonner mes maladresses de grande sœur. Il n'y a pas de mots pour décrire à quel point je vous suis reconnaissante de tout ce que vous faites pour moi. Je vous aime plus que tout. Faufau, tu as un si grand cœur, tu m'as toujours accueillie avec tes amis ou à ton appartement à Lille, même contre ta volonté ! (Il faut apprendre à dire non). Bibi, ton humour n'a pas de limite et me fera toujours rire, merci d'avoir enjoliver tous ces week-end, merci d'avoir repris mes supers goûts musicaux !

Merci à mes parents, Christine et Christophe, papa et maman chéris. Vous avez toujours voulu le meilleur pour moi et avez tellement fait preuve de courage pour y arriver. Je vous remercie pour tout le réconfort que vous m'avez apporté, lors des nombreux moments de stress et de pleures, parfois (souvent) en pleine nuit ! Si j'en suis là aujourd'hui c'est grâce à vous, toutes mes réussites passées et ma vie à venir, je vous les dois. Je ne pourrai jamais assez vous remercier. Maman, mon amie, ma confidente, tu es d'un soutien et d'une gentillesse sans faille. Papa, tu as toujours cru en moi, tu m'as toujours poussé à faire plus et mieux, jusqu'au bout. Je n' imagine pas meilleurs parents que vous, je vous aime plus que tout.

Table des matières

Table des matières	9
I. Introduction.....	11
II. Matériel et méthodes	13
1. Type d'étude.....	13
2. Population étudiée et mode de recrutement	13
3. L'entretien semi-dirigé.....	14
4. Guide d'entretien.....	14
5. Déroulement des entretiens	15
6. Transcription et analyse	15
7. Triangulation	16
III. Résultats	16
1. Description de la population	16
A. Taille du recueil	16
B. Caractéristiques socio-démographiques.....	17
C. Caractéristiques médicales.....	18
2. Analyse des résultats	19
A. Perception de la tension artérielle et de l'hypertension artérielle	19
B. Vécu psychologique.....	25
C. Enjeux perçus.....	34
IV. Discussion	42
1. Des discordances de perception	42
2. Des connaissances à améliorer ?	44
3. Des enjeux pertinents	46
4. La « toute-puissance » de la tension.....	49
5. Intérêt et biais	52
A. Choix de la méthode	52

B.	Choix de la population	53
V.	Conclusion.....	54
VI.	Bibliographie.....	56
VII.	Annexes.....	60
1.	Annexe 1 : Guide d'entretien	60
2.	Annexe 2 : Caractéristiques détaillées de l'échantillon.....	62
3.	Annexe 3 : Classification des pressions artérielles mesurées en cabinet médical et définition des grades d'hypertension artérielle (ESC/ESH 2018).....	63

I. Introduction

La pression artérielle est la résultante physique de l'éjection du sang dans les vaisseaux sanguins, elle s'applique sur les parois vasculaires et se caractérise par deux extrêmes, la systole et la diastole. [1]

La tension dans les artères est une contrainte hémodynamique en rapport avec cette pression de la colonne sanguine et la dimension du vaisseau. Selon la loi physique de Laplace, cette tension qui s'exerce sur la paroi d'un cylindre est proportionnelle à la pression du liquide et au rayon du cylindre. [2]

Lors des consultations de médecine générale, ces notions physiopathologiques de pression et tension artérielle nous paraissent très éloignées de notre pratique quotidienne. La représentation profane de la tension artérielle par les patients est telle qu'elle sort du cadre de la mesure anthropométrique simple.

Cette représentation du patient a toute son importance ; pour lui comme pour le médecin, la prise de tension artérielle est plus qu'un acte médical simple qui permet de débiter ou de clôturer un examen clinique. C'est une rencontre dont l'analyse dépasse la sphère médicale vers l'anthropologie et la sociologie de la médecine, permettant d'étudier les comportements des deux acteurs principaux, médecin et patient.

Le soin du patient débute au sein de cette rencontre et se doit de prendre en considération tous les facteurs pouvant influencer sa santé, y compris sa perception de la tension artérielle et du geste qui l'entoure.

La prise de tension artérielle est un élément symbolique de la consultation de médecine générale tant pour le patient que pour le médecin. C'est un geste complexe intégré à la relation patient-médecin qui fait l'objet des émotions du patient, elles-mêmes parfois produites par cette mesure. Ces émotions restent en général non formulées lors de la consultation mais peuvent interférer avec la mesure de la tension artérielle du patient, dont l'interprétation peut devenir délicate.

C'est parce que j'ai été confrontée à cette difficulté dans la prise de tension artérielle, dès mes premiers échanges avec les patients, que j'ai choisi d'en faire l'objet de ce travail. On peut penser en effet que la représentation que les patients se font de la tension artérielle, notamment

des enjeux sanitaires de la prise de cette mesure, est une clef pour réfléchir à la pertinence de l'interprétation des chiffres de mesure tensionnelle.

Connaître le ressenti du patient lors de la prise de tension artérielle, au cabinet comme en automesure, me paraît indispensable pour améliorer la connaissance de ce dernier et donc la relation patient-médecin. D'autant plus que ce ressenti peut varier notamment en fonction de la culture et de l'environnement du patient.

L'automesure tensionnelle (AMT) permet une mesure par le patient lui-même, elle est mieux corrélée à la morbi-mortalité cardiovasculaire comparativement à la méthode de mesure au cabinet médical. Les données scientifiques concernant cette mesure nous recommandent donc d'utiliser cette méthode pour confirmer ou infirmer le diagnostic d'hypertension artérielle (HTA). [3]

Il me paraît également nécessaire, dans un objectif d'analyse anthropologique, de mettre en perspective la mesure en cabinet médical avec la prise en automesure afin d'avoir un comparatif des comportements et modes de pensée du patient au domicile. Notre pratique médicale pourrait alors s'en trouver améliorée, et l'accompagnement du patient dans la maîtrise de cette mesure, techniquement meilleure.

La mesure de la tension artérielle présente donc de mon point de vue un rôle et une signification qui dépassent largement le cadre strict de la donnée médicale. J'ai donc choisi de m'intéresser à la question du pourquoi en recueillant et en analysant les ressentis et enjeux perçus par les patients lors de la prise de tension artérielle, en cabinet médical et en automesure.

II. Matériel et méthodes

1. Type d'étude

Pour répondre à l'objectif de ce travail, j'ai choisi la méthode qualitative avec entretiens semi-dirigés. Cette méthode, issue des sciences sociales, permet de collecter des données verbales, non quantifiables, de recueillir des opinions et d'en avoir une analyse interprétative. Elle s'inscrit dans une logique compréhensive en privilégiant la description des processus plutôt que l'explication des causes. [4]

Elle me semblait donc la plus adaptée à l'exploration des représentations et des ressentis des patients puisqu'elle s'attache à chercher des réponses approfondies sur ce que les individus pensent et ressentent, ce que ne permet pas une étude quantitative.

2. Population étudiée et mode de recrutement

Notre enquête a été réalisée auprès de patients consultant des médecins généralistes de l'Aisne. Trois cabinets médicaux, lieux de mes stages d'internat de premier et troisième année, ont permis de rencontrer ma population d'étude. Cette sélection a reposé sur la possibilité de disposer d'une pièce annexe où mener les entretiens, mais également sur les liens professionnels avec les maîtres de stage y exerçant, véritable atout pour le recrutement des patients. J'y ai réalisé mes entretiens durant deux demi-journées dans chaque cabinet.

Les entretiens ont été réalisés auprès de patients volontaires à la sortie de la consultation avec leur médecin généraliste dans un bureau disponible du cabinet médical. Dans un premier temps, j'ai tenté un recrutement direct auprès des patients en salle d'attente, leur proposant de me retrouver après leur consultation, mais de nombreux refus m'ont incité à modifier ce mode d'approche. Les patients étaient donc informés de la possibilité de participer à l'étude par les médecins traitants qui étaient donc acteurs du recrutement, selon leur jugement.

Les inclusions ont donc été faites, en collaboration avec les médecins, avec des patients majeurs, dans un objectif de diversité concernant le sexe, l'âge et les antécédents notamment tensionnels. Les seuls critères d'exclusion étaient les patients mineurs ou ayant des troubles cognitifs pouvant empêcher la bonne compréhension des questions. Il s'agissait d'obtenir un échantillon varié, reflet de la réalité, sans prétendre à une représentativité statistique par échantillonnage randomisé.

3. L'entretien semi-dirigé

L'entretien semi-dirigé ou semi-directif est une technique de recueil de données permettant le développement de connaissances par des approches qualitatives et interprétatives. Cette méthode permet de recueillir des informations centrées autour de thèmes définis à l'aide d'entretiens composés de questions préparées en amont.

Mon entretien a été réalisé en collaboration avec mon Directeur de thèse, le Docteur Charles Legroux, et a été validé par deux membres du Département de Médecine Générale de l'Université Picardie Jules Vernes. La structure de cet entretien est souple, avec des questions ouvertes qui servent de point de repère à l'interviewer et dont l'ordre peut être modifié afin de ne pas enfermer le discours dans un cadre rigide. [5]

4. Guide d'entretien

Chaque entretien débutait par une explication de mon travail : « Bonjour, je m'appelle Ninon Aron, je suis interne en médecine générale de dernière année. Je vous remercie de bien vouloir participer à cet entretien dans le cadre de ma thèse portant sur la prise de tension artérielle, je voudrai analyser la perception des enjeux perçus par les patients lors de la mesure de la tension artérielle, tant au cabinet qu'à la maison. Je vais donc vous poser quelques questions, le but étant d'y répondre le plus librement possible, sans avoir peur de jugement, de mauvaise ou bonne réponse. »

Leur accord était obtenu oralement avant de débiter l'entretien qui était enregistré intégralement. Les premières questions étaient quantitatives afin de caractériser l'échantillon et les réponses étaient notées manuellement. Des questions portaient également sur leurs antécédents et durée de suivi par leur médecin traitant dont l'objectif était de déceler de potentiel biais de l'étude, que je détaillerai dans la partie discussion. Il leur était également précisé durant l'entretien que je ne répondrai à leurs interrogations qu'à la fin pour ne pas influencer leurs réponses.

L'entretien en lui-même se divisait en quatre parties mais l'ordre et le contenu des questions pouvaient varier en fonction des idées exprimées par l'interviewé. Le nombre de questions a pu varier aussi notamment avec les reformulations et relances que j'ai dû réaliser.

La première partie concernait les connaissances du patient sur la tension artérielle, la deuxième traitait du ressenti du patient lors de la prise de tension, la troisième partie cherchait à explorer

l'intégration de cette prise tensionnelle dans la relation avec son médecin et enfin la quatrième partie concernait le vécu du patient pendant l'automesure tensionnelle.

Au cours des entretiens, nous avons volontairement utilisé le terme « tension artérielle » plus familier des patients que « pression artérielle » afin de ne pas biaiser leur compréhension des questions.

5. Déroulement des entretiens

Les entretiens se sont déroulés du 13 février au 4 mars 2020 sur trois jours dans trois cabinets différents. Ils ont été enregistrés à l'aide d'une application Dictaphone sur smartphone.

Il n'y avait pas d'objectif initial de nombre de patients à inclure. L'arrêt des entretiens a été décidé à la suite de la saturation des données, c'est-à-dire qu'il n'y avait plus d'idée nouvelle émise par les patients interviewés.

6. Transcription et analyse

Chaque entretien a été retranscrit en intégralité au mot à mot, incluant les rires et onomatopées, à partir des enregistrements, dans les jours suivants la réalisation des entretiens. Les noms et prénoms des patients ont été notés dans un dossier d'accès restreint afin de garantir l'anonymat ainsi que dans les transcriptions, seule la première lettre du nom ont été conservée.

J'ai ainsi obtenu un verbatim pour chaque interview que j'ai analysé à l'aide du logiciel NVIVO afin de m'aider à cibler les idées récurrentes et à répondre à la problématique de recherche. Cette analyse thématique a été faite selon la méthode de théorisation ancrée, c'est-à-dire une lecture de texte phrase par phrase pour en extraire chaque unité d'analyse, soit les notions exprimées par les patients. [6] Ces codages des différentes notions et idées étaient ensuite regroupés dans des « nœuds » qui sont l'équivalent de récipients électroniques dans lesquels étaient conservés des extraits d'entretien que je sélectionnais. Les thèmes étaient ainsi hiérarchisés et afin de ne pas oublier de données, une fois l'encodage d'un entretien effectué, je relisais le verbatim une deuxième fois.

7. Triangulation

La triangulation est définie comme une démarche qui consiste à croiser différentes approches d'un objet de recherche afin d'augmenter la validité interne et la qualité des résultats obtenus. [7] Il en existe actuellement différentes méthodes, pour mon travail j'ai utilisé en premier lieu la triangulation de chercheur où un second chercheur analyse une partie des données recueillies. Une collègue interne en médecine générale, le Docteur Marion Delzard-Chamot, a ainsi encodé via le logiciel NVIVO 30% de mes entretiens soit huit au total. Puis, j'ai utilisé dans ma discussion, la triangulation théorique qui permet de comparer les données issues du travail aux théories préexistantes dans la littérature.

III. Résultats

1. Description de la population

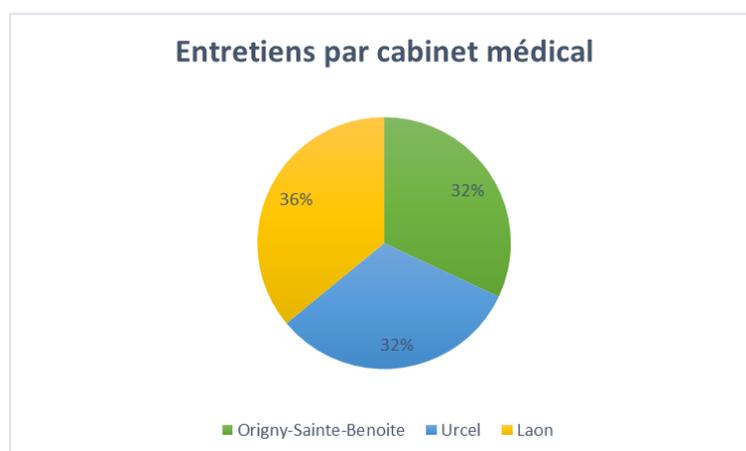
A. Taille du recueil

J'ai réalisé 28 entretiens dans trois cabinets de médecine générale différents dans le département de l'Aisne en Picardie, auprès de cinq médecins généralistes.

Les entretiens 1 à 9 ont été réalisés auprès de la patientèle d'un médecin de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle d'Origny-Sainte-Benoite, commune rurale de 1700 habitants.

Les entretiens 10 à 18 auprès de la patientèle de deux médecins de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle d'Urcel, commune rurale de 570 habitants.

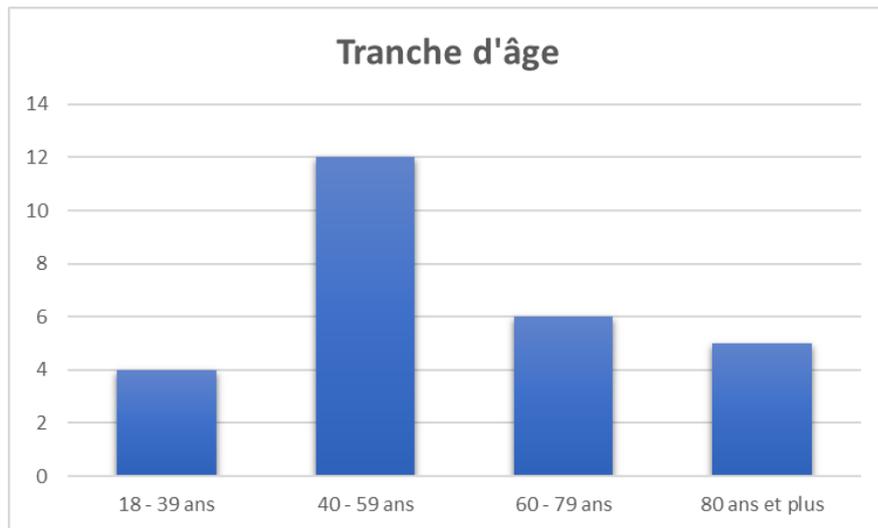
Enfin, les entretiens 19 à 28 ont été réalisés auprès de la patientèle de deux médecins de la Maison de Santé Pluriprofessionnelle de Laon, commune urbaine de plus de 23 000 habitants.



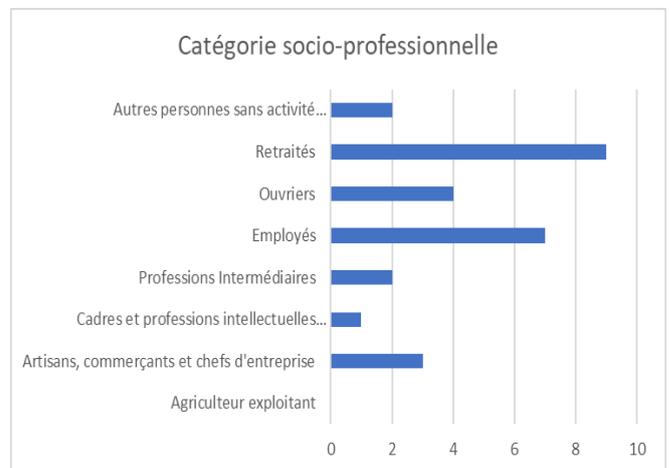
B. Caractéristiques socio-démographiques

J'ai interviewé au total 19 femmes et neuf hommes, soit un échantillon très majoritairement féminin.

L'âge des patients s'échelonnait de 26 à 87 ans pour une moyenne d'âge à 57 ans, avec une tranche majoritaire entre 40 et 59 ans.



La catégorie professionnelle la plus représentée était celle des retraités avec neuf sujets. Les 28 patients étaient répartis de la façon suivante selon les catégories socioprofessionnelle de l'Institut Nationale de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE). Parmi ces 28 interviewés, trois d'entre eux avaient une profession en lien avec la santé.

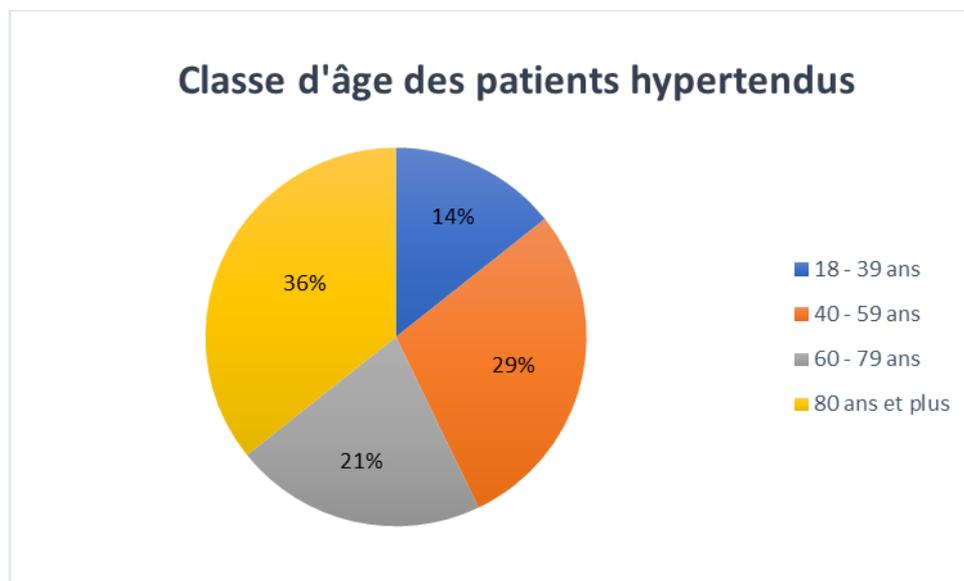


C. Caractéristiques médicales

Parmi les 28 individus, 20 patients étaient suivis depuis plus de 20 ans par leur médecin traitant, seuls huit d'entre eux étaient suivis depuis cinq ans ou moins.

On retrouvait 14 patients en soins pour une Affection de Longue Durée (ALD) définie par le décret de janvier 2011, majoritairement des pathologies cardio-vasculaire et diabète.

Nous avons dans notre population, la moitié de patients hypertendus, considérant comme hypertendu tout patient étant traité par antihypertenseur. Les catégories d'âge les plus représentées étaient les 80 ans et plus avec cinq patients, suivis des 40 à 59 ans avec quatre patients sur 14 patients hypertendus au total.



2. Analyse des résultats

A. Perception de la tension artérielle et de l'hypertension artérielle

La première partie de l'entretien s'intéressait aux connaissances qu'ont les patients de la tension artérielle, des raisons de sa prise en consultation mais également ce que sont l'hypertension artérielle et ses conséquences.

a. Connaissances théoriques

Relatives à la tension artérielle

Parmi les 28 sujets, en réponse à ma question : « qu'est-ce que la tension artérielle pour vous ? », 12 d'entre eux évoquaient un lien avec le système cardiovasculaire, ainsi Mr G (entretien 24) me disait « *Je pense que ça a un rapport avec le cœur ou les artères, artérielle les artères* ». Pour la plupart, elle représentait les battements cardiaques « *Je sais que quand on prend la tension c'est en rapport avec les battements du cœur* » me disait Mme T (entretien 26), ou encore le rythme cardiaque « *Voir si le battement du cœur est régulier ou irrégulier, fin je pense [rire]* » selon Mr G (entretien 13).

S'ils exprimaient plus précisément un lien de causalité entre la tension artérielle et le fonctionnement du cœur, ils ne parvenaient pas à savoir lequel agissait sur l'autre. C'est ce que l'on retrouvait par exemple chez Mme P (entretien 11) qui m'expliquait que la tension représente « *Le rythme cardiaque hein je parle, du coup [rire] c'est peut-être pas la même chose justement* », mais également que la tension artérielle influençait en retour l'état du cœur « *je m'inquiète à me dire qu'en plus ça a une grosse influence sur ma tension, mon cœur il va lâcher* ».

On retrouvait chez six d'entre eux des notions d'une description plus ou moins précise de la tension artérielle et de son lien avec le cœur :

- « *C'est le débit du sang je pense qui sort des artères je suppose.* » Mme F (entretien 7)
- « *J'aurai dit la tension artérielle c'est la vitesse du sang dans les veines.* » Mme D (entretien 18)
- « *Moins la tension sera importante mieux ça sera pour le cœur, il battra moins on m'a dit si j'ai bien compris.* » Mr C (entretien 12)
- « *Eh bien la tension artérielle c'est la pression du sang, on va résumer comme ça [rire]* » Mme D (entretien 20)

Peu d'entre eux savaient expliquer de façon rigoureuse comme Mme T (entretien 26) : « *Quand le bras est comprimé c'est pour ressentir les battements cardiaques, et je pense que c'est en rapport aussi avec les flux sanguins peut-être au niveau des vaisseaux ou des artères* ». En revanche, l'importance de la stabilité de la tension artérielle apparaissait quasiment à chaque entretien. Les patients avaient une représentation d'un juste milieu « *si on en a pas assez, on est pas bien, si on en a trop on est pas bien* » expliquait Mme T (entretien 22), invariable dans le temps comme l'exprimait Mr D (entretien 28) : « *c'est important d'avoir une tension très équilibrée* ». Cette notion d'équilibre était également mise en lien avec le cœur selon Mr G (entretien 27) « *En dessous, bah c'est le cœur qui faiblit, mais au-dessus c'est le cœur qui s'arrête* ».

Je retrouvais la notion de valeurs tensionnelles chez seulement 13 patients sur la totalité des entretiens, comme expression spontanée de leur représentation de la tension artérielle. Pour la plupart d'entre eux, la valeur de la systole était évoquée en premier lieu, souvent comme seul indice à surveiller : « *il faut toujours avoir une bonne tension dans les 12-12,5 voire 13 de tension, certains en ont plus certains en ont moins* » exprimait Mr L (entretien 6). Peu d'entre eux citaient la valeur de la diastole comme étant une notion tout aussi importante, mais beaucoup plus méconnue malgré tout, comme disait Mme T (entretien 26) « *Alors je sais que le deuxième chiffre est très important mais je le connais beaucoup moins ce deuxième chiffre* ». Si parmi ces 13 patients, la majorité avait effectivement connaissance des normes tensionnelles systoliques entre 12 et 14 mmHg, aucun ne connaissait le chiffre diastolique normal. Par ailleurs, une seule d'entre eux avait notion d'une tension artérielle dépendante de chaque individu, Mme B (entretien 23) affirmait : « *il faut connaître la tension habituelle de la personne, puisque chaque personne est différente. Y'a des gens qui ont des tension à 10 et puis pour eux c'est normal* ».

Cependant, dix interviewés me rapportaient n'avoir aucune idée de ce qu'est la tension artérielle ni de ce qu'elle pouvait signifier pour eux, comme disait Mr C (entretien 12) « *c'est une chose qu'on sait pas vraiment à quoi ça sert en fait* ». Malgré plusieurs relances lors de l'entretien, ces patients confirmaient n'avoir aucune idée de ce que pouvait être la tension artérielle d'autant plus qu'ils ne se sentaient pas vraiment concernés, c'était le cas pour Mme H (entretien 25) : « *Bah c'est vrai qu'on sait pas grand-chose. Puis moi la tension j'en ai jamais eu non plus, si j'arrive jusqu'à 11 c'est déjà bien* ». Je notais cette absence de connaissance parfois même chez des patients traités pour hypertension artérielle, ainsi Mme T (entretien 17) s'exclamait : « *Bah tout compte fait je sais pas trop [rire]* ».

Au-delà des quelques connaissances purement physiologiques de la tension artérielle, les patients avaient la certitude d'un lien entre celle-ci et l'humeur des individus. Dès les premiers entretiens, je retrouvais très rapidement la notion d'état d'esprit comme étant responsable de la tension artérielle, ainsi Mme L (entretien 2) me répondait « *Ça doit lui apporter dans quel esprit on est si on est trop faible ou trop énervé, je pense.* ». Plus particulièrement, ils m'indiquaient le stress comme étant un facteur décisif expliquant la tension artérielle : « *Je sais que je suis vite fatiguée avec beaucoup de stress donc c'est vrai qu'elle peut facilement changer quoi la tension.* » disait Mme B (entretien 16).

Enfin, certains d'entre eux m'expliquaient beaucoup plus spontanément les causes et conséquences de l'hypotension, comme réponse à la définition de la tension artérielle. Ceux-ci faisaient principalement un lien avec l'état physique mais également l'humeur des individus, ainsi Mme D (entretien 20) expliquait « *j'ai vu des personnes avec des tensions très très basses qui manquaient totalement d'énergie, vraiment raplapla si on peut dire [rire] excessivement fatiguées, limite chutant vers la dépression ne se sentant plus du tout en forme.* ». Dans tous les cas, ces patients me rapportaient que l'hypotension pouvait être tout aussi grave que l'hypertension, Mme M (entretien 8) disait : « *Après il y a des risques de toute façon, qu'elle soit haute ou basse dans tous les cas* ».

Relatives à l'hypertension artérielle

Lors des entretiens, l'hypertension artérielle était définie pour la majorité des interviewés comme un surplus de tension, par exemple selon Mme D (entretien 19) « *Bah c'est quand on dépasse, quand on est plus haut que la normale* », voire pour Mme D (entretien 18) par rapport à sa propre norme « *Mais quand je dis hypertension c'est supérieur à ce que normalement j'ai comme tension* ».

Pour autant, la différence entre tension artérielle et hypertension artérielle était difficile à identifier pour la plupart, Mme D (entretien 14) me répondait « *Bah c'est pas la même chose que la tension ? C'est trop haut, quand c'est plus haut* ». Et de la même façon, seulement trois d'entre eux me citaient spontanément les valeurs à ne pas dépasser, pour exemple Mme L (entretien 2) « *Ce que je peux savoir c'est qu'au-delà de 14 ça commence à être un peu élevé* » et Mme D (entretien 20) « *Oui une hypertension c'est une tension excessive. Qui peut aller jusqu'à 20, j'en ai déjà vu* ».

D'ailleurs, comme pour la tension artérielle, les patients expliquaient l'hypertension artérielle comme représentative du cœur ou des vaisseaux, par exemple Mr G (entretien 13) qui pensait

que « *l'hypertension c'est quand le cœur il est [...] il s'accélère non c'est pas ça ?* » ou encore Mme P (entretien 11) qui expliquait « *Hypertension artérielle euh bah c'est qu'il y a trop de sang qui circule dans les veines ? [Rire]* ».

Mais en définitive, les patients caractérisaient le plus facilement l'hypertension artérielle au travers de symptômes, Mme F (entretien 7) me disait « *On le sent là comme ça là au niveau du cou [monte ses mains du cou à la tête], puis des genres de palpitations* ». Des symptômes encore une fois en lien avec le système cardiovasculaire, comme chez Mme T (entretien 26) « *c'est plutôt des gens assez rouges, assez énervés, plutôt crispés, fin moi c'est comme ça que je les vois, les hypertensions, avec des flux sanguins importants au niveau physique* » mais aussi en lien avec l'humeur comme évoquait Mme J (entretien 4) « *c'est quand on s'énerve et tout ça non ? C'est ça ?* ».

Relatives aux conséquences de l'hypertension artérielle

Concernant le retentissement de l'hypertension artérielle sur la santé, neuf des interviewés évoquaient une fois de plus des conséquences cardiaques, principalement une accélération du rythme cardiaque conduisant à des événements aigus, représenté par les propos de Mme P (entretien 11) « *peut-être le rythme cardiaque s'accélère, ça peut conduire peut-être à une crise cardiaque* ». Une majorité citait plutôt des symptômes neurologiques, 15 interviewés me parlaient de comas, vertiges, céphalées, convulsions ou encore de malaises. Sept sur les 15 ont évoqué l'accident vasculaire cérébrale (AVC), parfois même de façon détournée, sans réellement le nommer, tel que Mr G (entretien 27) « *le cœur c'est lui qui approvisionne tout ce qui est notre euh cerveau, en oxygène et tout ça, donc si on est mal oxygéné les muscles ils réagiront pas pareil, après bon là ça devient un petit peu plus poussé pour moi quoi [rire]* ». Enfin, seul Mr D (entretien 28), aux antécédents d'hypertension artérielle et d'insuffisance rénale chronique, m'évoquait l'atteinte rénale « *ça se porte surtout, ce qui est un peu ennuyeux, parce que ça se reporte sur les reins.* ».

Quelques-uns n'avaient aucune notion de définition de la tension artérielle ou de l'hypertension artérielle, justifiée par l'absence d'antécédents familiaux comme Mme H (entretien 25) : « *Dans la famille pour l'instant y'a pas de problèmes de tension ou d'hypertension donc non on sait pas trop.* ». A l'inverse, certains patients comme Mme F (entretien 7), désignaient avant tout un membre de la famille, alors même qu'elle était atteinte d'hypertension : « *Oui, mon mari il en fait hein. Jusqu'à des saignements de nez.* »

Au total, la question de la définition de la tension artérielle et de l'hypertension artérielle chez les patients les mettait assez facilement dans l'embarras avec parfois un sentiment d'incompétence totale pour y répondre « *après dans l'immédiat je ne sais pas quoi vous répondre* » disait Mme L (entretien 2). En revanche, l'image de ce qu'est la tension pour eux était nettement plus simple à évoquer.

b. Représentation profane et symbolisation

Les explications données par les patients concernant la tension artérielle étaient très variées et il était souvent difficile d'y distinguer la tension artérielle de l'hypertension artérielle, ces deux notions ne faisant souvent qu'un dans leur vocabulaire. Je retrouvais au terme des 28 entretiens, trois thèmes bien précis et distincts de symbolisation.

La première idée était qu'il existe une corrélation étroite entre tension artérielle et les deux états extrêmes que sont maladie et bonne santé : un patient n'ayant pas d'antécédent médical n'a pas de problématique de tension, comme l'expliquait Mme P (entretien 11) : « *Non mais quand on a pas trop de soucis on se pose pas trop la question* ». Selon les interviewés, s'ils se sentent bien il n'y a pas de raisons d'avoir de la tension artérielle et donc pas de prise tensionnelle, Mme T (entretien 26) l'exprimait clairement « *Effectivement je trouve normal qu'il me la prenne pas puisque je vais bien, je sens pas un besoin d'une prise de tension quoi* ». On retrouvait la même idée chez Mr G (entretien 24) « *Pour moi oui, je me dis si j'ai une bonne tension c'est que dans l'ensemble ça va y'a pas trop de problème* », sans pour autant savoir détailler de façon plus importante ces « problèmes » potentiellement décelables. Tous s'accordaient à dire que « *quand on est pas bien, quand on est malade, la première chose à faire c'est prendre la tension* » exprimaient Mme F (entretien 7). En opposition à cette représentation, chez deux patientes, la tension symbolisait la maladie dans ce qu'elle a de plus grave, jusqu'au concept du décès. Ainsi, pour répondre à la question de ce que représente la tension artérielle, Mme L (entretien 10) m'affirmait « *Vous savez, si faut s'en aller faut s'en aller* », et de la même façon chez Mme P (entretien 11) « *Bon façon si le cœur a envie de s'arrêter il s'arrêtera d'une manière ou d'une autre [rire]* ».

Conséquences de l'importance des enjeux sanitaires, une deuxième idée était énoncée, celle du rôle de l'hygiène de vie, comme attention qu'ils se prodiguaient pour éviter la maladie. Les patients se représentaient en majorité la tension artérielle comme un reflet de leur mode de vie. C'est pourquoi Mme D (entretien 20) me disait par exemple « *Il faut aller marcher, il faut vivre au plein air, il faut prendre le temps d'avoir des repas réguliers* », ou encore Mr C (entretien

12) « *Peut-être un peu manger trop euh, trop gras ou peut-être boire un coup de plus que d'habitude, je sais pas les choses de la vie quoi [rire]* ». Ces idées étaient corroborées par les propos de Mme P (entretien 11) qui ne s'inquiétait pas de savoir ce qu'est la tension puisque « *je fais du sport alors du coup j'ai pas de problème de tension* ». Dans les propos de certains interviewés, on retrouvait cette notion d'hygiène de vie aussi bien pour l'hypertension que l'hypotension, par exemple Mme T (entretien 26) déclarait « *En fait c'est ce qui me fait dire qu'il faut que je lève le pied, dans un sens comme dans l'autre quelque part, c'est un peu comme ça que je raisonne par rapport à ma tension.* ».

Finalement, pour la plupart des patients, cette tension, associée à l'idée de la maladie, était encore plus assimilée au champ du désordre interne qui pourrait être réglé grâce à une surveillance accrue. Notion aboutissant au troisième concept, celui de surveillance, de contrôle. Mme D (Entretien 20) portait une attention particulière à la prise régulière de la tension « *En tout cas je sais que c'est une chose d'essentielle que chacun doit surveiller, c'est important.* », permettant une évaluation de son état général grâce à ce contrôle. Mme P (entretien 11) accentuait ces propos : « *S'il y a pas de tension c'est que déjà, y'a pas de dérèglement important je pense ailleurs* », de la même façon chez Mme B (entretien 16) « *c'est qu'il y a un dérèglement, quelque chose qui ne va pas.* », mais à chaque fois sans parvenir à m'expliquer plus précisément ce « dérèglement » interne. Mr L (entretien 6) utilisait également ce terme de « règles » définissant la tension artérielle « *Après ça régule tout ce qui est, je pense hein, tempérament, la forme physique, après j'en sais pas plus non plus.* ». Cette surveillance leur permettait de se savoir à jour concernant leur santé « *Bah parce que comme ça je sais si je reste dans un certain niveau.* » évoquait Mme T (entretien 22).

Cette idée de suivi de la tension grâce à une prise régulière était poussée à l'extrême chez certains qui expliquaient, comme Mme L (entretien 10), que la tension « *c'est un gage de bonne santé si c'est dans les normes* ». De la même façon, selon Mme D (entretien 20) dans un sens « *En fait tout a des conséquences sur la tension, il me semble* », comme dans l'autre « *ça donne un peu l'impression que dans ce domaine-là il peut rien arriver si la tension est bonne quoi [rire]* » cette stratégie de contrôle de la tension les rendait invulnérables.

De façon générale, quelle que soit la symbolisation accordée à la tension artérielle ou à sa mesure, les émotions des patients autour de cet acte médical étaient difficiles à caractériser lors des entretiens, mais elles étaient bien présentes.

B. Vécu psychologique

La deuxième partie de l'entretien portait sur le ressenti des patients durant la prise tensionnelle, à l'annonce des résultats mais également lors de la prise en automesure tensionnelle.

a. Pendant la prise de tension artérielle en cabinet médical

Je retrouvais trois types de vécus bien distincts chez les interviewés lors de la prise de tension artérielle. Pour 18 d'entre eux, cet acte ne déclenchait rien de particulier, comme par exemple Mme P (entretien 1) qui me répondait « *Bah rien de particulier, non, tout va bien. [Sourire]* ». Les notions d'habitude voire de normalité étaient fréquemment utilisées :

- « *Non c'est une habitude puis je vous dis bon j'ai toujours 13/8.* » Mme P (entretien 3)
- « *Bah rien de spécial parce que j'ai tellement l'habitude maintenant qu'on me prenne la tension* » Mr G (entretien 13)
- « *Non rien de spécial pour moi c'est naturel* » Mme L (entretien 6)

Pour Mme D (entretien 19), plus qu'une habitude c'est un automatisme qui ne l'importunait pas outre mesure : « *Ça ne me dérange pas, rien je tends mon bras automatiquement [...] c'est juste un acte en plus qui est fait.* », tout comme Mme T (entretien 17) qui disait ne rien ressentir : « *Je sais pas vous dire. Rien [rire]* ». En revanche, Mme D (entretien 14) m'affirmait ne rien ressentir en utilisant pourtant un terme affectif « *Ça ne m'émotionne pas, non* ».

Chez Mr G (entretien 27), la réponse était plus ambiguë car il me disait être détendu, mais il devait pour cela faire un effort « *Mais moi je me concentre et j'essaie de tout relâcher, surtout pas me bloquer quoi pour pas avoir des fausses informations.* » De la même façon, cinq interviewés évoquaient une appréhension voire une réelle gêne lors du gonflement du brassard :

- « *C'est vrai que quand il faut aller voir le médecin, la tension elle a tendance à être un peu plus haute que dans la norme.* » Mr G (entretien 24)
- « *Toujours un peu bizarre la pression que ça fait au niveau du bras quand ils prennent la tension* » Mr C (entretien 12)
- « *J'essaie de me détendre parce que ça serre un peu quand même* » Mme D (entretien 18)
- « *Bah c'est vrai que je suis toujours un peu crispée, c'est vrai qu'on est un peu tendu c'est le cas de le dire [rire]* » Mme T (entretien 26)

Pour Mme P (entretien 11), cette prise tensionnelle se révélait être très désagréable, considérée comme « *un temps mort trop long* ». Je retrouvais une gêne bien définie dans son discours « *Bah*

c'est vrai que c'est pas naturel, c'est pas un moment où on est à l'aise [...] y'a plus de bruit, on parle pas à ce moment-là, c'est bizarre, ça fait un temps mort, ça crée un malaise. » associé à un sentiment d'inutilité « *On a l'impression que ça sert pas à grand-chose. »*.

Enfin, sept patients me disaient, comme Mme M (entretien 8), qu'ils ne pensaient « *A rien [rire] j'attends qu'il prenne ma tension, j'attends le résultat »*. Je retrouvais la même explication d'attente de résultats chez Mme F (entretien 7) « *Bah le résultat, les gens ils attendent le résultat »*, avec plus ou moins d'inquiétude comme Mme D (entretien 18) « *On stress à connaître le résultat »*. Quant à Mme T (entretien 26), elle m'expliquait attendre un résultat particulier « *comme un examen, et on va nous donner un résultat, et par rapport à ça on va savoir si ça va ou si ça va pas »*.

Concernant le vécu d'une prise tensionnelle par un autre professionnel, 25 interviewés notaient comme Mr G (entretien 21) « *Bah c'était comme avec mon toubib, ça changeait rien »*. Les patients me disaient avoir confiance en la compétence médicale des professionnels, corroboré par l'idée que chaque médecin a la même façon de faire « *Ça me dérange pas, [...]. Façon, ils ont tous les mêmes techniques, ils ont tous été à la même école je pense »* exprimait Mr C (entretien 12) ou encore Mr G (entretien 13) : « *Je pense que chaque médecin ou chaque chirurgien ou spécialiste ils font bien leur métier »*. Seule Mme P (entretien 11) évoquait à nouveau un sentiment de malaise, avec une obligation de prise tensionnelle de la part des professionnels de santé « *C'est le truc basique quoi, on a l'impression on rentre à l'école de médecine, on vous dit alors oui tu sais prendre une tension [...] c'est bien aller hop tu vas pouvoir faire tes consultations »*.

Pour trois des interviewés, la prise de tension par quelqu'un d'autre que leur médecin généraliste engendrait un certain stress, par exemple : « *Bah je, oui je me sens peut-être moins en confiance, donc je pense que ça a une incidence. C'est vrai que quand je vois un médecin que je connais pas, ma tension est toujours plus élevée que d'habitude. »* disait Mr G (entretien 24). Parfois de façon plus modérée comme Mme L (entretien 10) « *un coup de temps en temps si c'est un remplaçant ou une remplaçante bah je leur fais confiance quand même. Mais bon, je préfère quand c'est mon docteur qui me connaît »*. Ainsi Mr G (entretien 27) concluait par : « *je sais pas pourquoi mais on est bien avec la tension de notre vrai médecin »*.

b. Annonce de tension artérielle inhabituelle

J'ai questionné les patients sur leur ressenti face à l'annonce de résultats tensionnels inhabituels. Lors des entretiens, ils pouvaient être perturbés par des chiffres de tension à partir du moment où ceux-ci étaient différents de d'habitude, comme le disait Mme B (entretien 16) « *j'ai dit ah d'habitude j'ai pas cette tension-là. Je suis tellement habituée à avoir plus ou moins la même que ça fait un peu bizarre quoi, mais c'est tout.* ». Ce résultat était également souligné par Mme T (entretien 26) sujette aux hypotensions, qui m'expliquait « *Oui j'ai déjà eu 12, je suis presque contente quand j'ai 12 [rire]. Je me dis je suis comme tout le monde quoi [rire]* ».

Chez 14 des interviewés, des résultats différents suscitaient un ressenti plutôt négatif. Pour certains sous forme de questionnements, principalement orientés vers leur médecin :

- « *Je vais lui poser des questions de savoir pourquoi déjà.* » Mr A (entretien 9)
- « *Alors là on se dit y'a un problème quelque part. De où ça vient ? Comment ça se fait ? Pis qu'est-ce qu'il s'est passé entre deux ?* » Mr C (entretien 12)
- « *Après on va demander ce qu'il faut faire, les remèdes qu'il y a à faire aussi, ce qu'il faut prendre ou ne pas prendre je pense.* » Mme H (entretien 25)

Pour d'autres, je retrouvais également des interrogations, plus ou moins mêlées d'inquiétude :

- « *Bah oui je me dirai, toujours avec ce maudit AVC, pour moi trop de tension on peut faire un AVC.* » Mme T (entretien 17)
- « *Ça me stresserait, vu que jusqu'à maintenant ça m'est jamais arrivé.* » Mme B (entretien 16)
- « *Il est vrai que j'ai pas posé de question plus que ça, mais après coup je me suis quand même inquiété* » Mr G (entretien 13)
- « *Bon c'est vrai que si j'avais une tension élevée je m'inquiéterai de savoir si j'ai un problème autre.* » Mr G (entretien 24)

Pour certains en revanche, leurs réactions semblaient dépendre du médecin lui-même :

- « *Je pense que ça pourrait m'inquiéter un peu qu'il me pose ces questions et du fait que ce soit pas normal* » Mme D (entretien 18)
- « *Sauf si par exemple il me dit « Oh là là vous avez 17 » c'est là que je vais me dire oh mince alors y'a quelque chose.* » Mme B (entretien 16)

Cinq patients me disaient ne pas avoir d'inquiétudes particulières, comme Mme B (entretien 23) : « *Ça me perturbe pas plus que ça qu'il me dit 14/10 ou 15 et quelque* » ou Mr B (entretien

15) : « *Bah que c'est pas méchant, que c'est bien que ça va baisser, que c'est pas grave quoi.* » C'était le cas également chez Mme P (entretien 11) qui se fiait à son médecin « *Je sais que je fais pas de tension, donc même s'il annonce un chiffre différent, je sais que c'est insignifiant, parce que je vois qu'il réagit pas* ».

Mme T (entretien 22) quant à elle attendait une réponse de la part de son médecin : « *Ça ne me stressera pas plus que ça, s'il me donne tout ce qu'il faut pour.* » Comme elle, neuf autres interviewés attendaient soit une modification de leur traitement, soit une modification de leur hygiène de vie :

- « *Si c'est trop fort bah y'a pas grand-chose à faire, je crois, pas plus que les médicaments. Fin si toujours faire attention à qu'est-ce qu'on mange quoi, plus ou moins.* » Mme L (entretien 10)
- « *Bah en principe il faut faire attention quand même hein. Soit c'est lui qui va me donner quelque chose* » Mme D (entretien 14)
- « *Moi je dirai au médecin il faut modifier le traitement ou faut voir ce qui peut donner satisfaction.* » Mme D (entretien 20)
- « *Y'a peut-être des examens à prévoir ou si c'est qu'une fois peut-être que c'est pour ça qu'après on prend une deuxième fois après la séance quoi.* » Mr G (entretien 27)
- « *Bah en fait euh pour moi ça me met un petit peu en garde de modifier mon train de vie pour faire en sorte que les choses rentrent dans l'ordre quoi.* » Mme T (entretien 26)

Enfin, pour six patients, les résultats étaient attendus car expliqués par leur état ce jour-là :

- « *Bah je serai un peu surprise mais en même temps, plus ou moins surprise car si je consulte c'est que ça ne va pas.* » Mme L (entretien 2)
- « *Bon là je savais que j'allais en avoir un petit peu parce que j'avais une migraine donc je lui ai dit* » Mme D (entretien 19)
- « *Mais là je l'ai senti façon que ma tension ça n'allait pas j'ai des vertiges, comparé à d'habitude. Donc je le savais en fait avant qu'il me dise, j'ai dit soit elle va être haute ou basse mais j'ai des vertiges.* » Mme C (entretien 5)
- « *Quelque fois avec l'énervement ça augmente la tension, [...] y'a aussi une attente dans la salle, dans la salle d'attente c'est le cas de le dire, du coup je m'énerve.* » Mme F (entretien 7)

- « *Alors si c'est élevé je me dirai que je suis un peu anxieuse en ce moment ou autre* »
Mme L (entretien 2)

Inversement, Mme T (entretien 26) me disait que ces résultats inhabituels pouvaient expliquer son état de santé « *Alors c'est un petit peu ambivalent parce que ça me rassure aussi des fois, parce que je dis aussi si je suis fatiguée c'est à cause de mon hypotension* ».

c. Annonce de tension artérielle normale

Des résultats de tension artérielle annoncés comme normaux ou habituels suscitaient chez 21 des interviewés une réassurance, cette information les confortait dans l'idée qu'ils allaient bien :

- « *Disons que ça soulage un petit peu quand on nous dit que la tension elle est bonne.* »
Mr B (entretien 15)
- « *Ah bah je me sens presque mieux déjà [rire].* » Mme T (entretien 26)
- « *C'est que ça va, fin que ça va... C'est qu'il n'y a rien de grave enfin grave entre guillemet. C'est que ça va.* » Mme L (entretien 6)

Pour Mr G (entretien 13), c'était le chiffre annoncé par le médecin qui conditionnait son ressenti « *Non mais à partir du moment où on me dit vous avez 12/7 ou 12/5 bon bah c'est que ça va bien* ». De la même façon que pour Mr G, cinq patients annonçaient une forme de réconfort en fonction des paroles du médecin :

- « *Bah pas spécialement, après tout dépend le médecin ce qu'il me dira derrière en fin de compte, me rassurer ou pas.* » Mr A (entretien 9)
- « *Je fais confiance au docteur, s'il dit que ça peut aller comme ça bah ça va bien [rire]* »
Mme L (entretien 10)
- « *Mais généralement le médecin dit toujours « vous avez toujours une bonne tension » alors je me soucie pas pour l'instant, tout va bien [rire]* » Mme B (entretien 16)

Enfin, chez sept patients cette annonce était considérée comme habituelle voire prévisible pour certains :

- « *Bah si c'est comme d'habitude on y prête pas plus attention que ça.* » Mme D (entretien 18)
- « *Je m'attends plus à une bonne réponse et tout de suite bah j'y pense pas et on passe à autre chose.* » Mme D (entretien 19)
- « *C'est normal, pour moi je me sens bien donc voilà* » Mme L (entretien 2)
- « *Bah rien, non parce que j'y pense même pas. Je suis tellement habituée à 13/8 que j'y*

pense même pas. » Mme P (entretien 3)

d. Automesure tensionnelle

Au cours de l'entretien, je demandais aux patients de me décrire les raisons pour lesquelles ils avaient déjà réalisé une automesure tensionnelle ainsi que leur ressenti durant la prise au domicile. Vingt d'entre eux l'avaient déjà fait au moins une fois à leur initiative en fonction de leurs antécédents, d'autres pour des raisons personnelles et certains sur recommandations médicales.

L'automesure pouvait être faite en cas de ressenti d'altération de leur état de santé :

- « *Quand on se sent pas bien, qu'on sait pas ce qu'on a c'est température, tension, moi, mon épouse et mes enfants on a toujours fait ça.* » Mr G (entretien 27)
- « *Faut que je sois vraiment malade. Comme là j'ai mal à la gorge mais je l'ai pas encore prise, il faut que je la prenne.* ». Mr B (entretien 15)
- « *On avait essayé de prendre la tension et on voyait que ça montait, et ça redescendait quand la migraine était partie, ça revenait à 12.* » Mme D (entretien 19)
- « *C'est justement parce que je me sentais pas bien que j'ai pris ma tension [rire]* » Mme T (entretien 17)

Pour d'autres, c'était un contrôle sur recommandations médicales, comme par exemple Mme D (entretien 20) « *J'en ai fait une fois oui, après mon AVC. [...] Bah je surveillais un peu plus souvent, je notais et si je vois que ça va pas je retourne.* » ou Mr C (entretien 12) « *Elle me donne mon traitement pour trois mois, si y'a pas de problème entre deux je reviens pas donc je prends ma tension au moins une fois par semaine.* ».

Certains patients avaient également acheté un tensiomètre pour leur propres raisons de vérification comme Mr G (entretien 13) qui souhaitait contrôler, à son initiative, suite à ses antécédents de cardiopathie ischémique « *Disons que je m'inquiète beaucoup plus maintenant depuis que j'ai fait mon infarctus forcément.* », ou encore Mme D (entretien 19) pour sa famille « *ma fille aînée a fait de la tension artérielle quand elle était enceinte, donc du coup on a voulu surveiller un petit peu* ». Alors que pour Mme M (entretien 8) à l'inverse, l'automesure était utile pour un patient n'ayant pas d'antécédent : « *Après c'est peut-être bien pour quelqu'un qui a pas de problème de tension d'avoir un tensiomètre* ».

Je retrouvais une exception avec Mme T (entretien 17) qui avait débuté l'automesure à la suite du décès de sa sœur : « *Fin moi c'est surtout j'ai surtout peur de faire un AVC, si je fais beaucoup de tension je me dis [...] C'est pour ça moi je surveille ma tension, parce que ça me*

fait peur. ».

Enfin, pour trois d'entre eux, le thème du jeu était même employé :

- « *C'est excitant le fait de pouvoir accéder à un matériel qui normalement est réservé au docteur, on joue au docteur quelque part [rire].* » Mme T (entretien 26)
- « *Et puis bah du coup au départ c'était un jeu et après je me suis rendu compte que par rapport aux migraines ça jouait. [...] Donc le but c'était qu'une fois que la migraine était passée, de la reprendre quelques heures après pour voir si ma tension était redevenue normale* » Mme D (entretien 19)
- « *Mais après au travail on s'amuse à prendre notre tension des fois, parce qu'on a un tensiomètre.* » Mme M (entretien 8)

Concernant le ressenti des patients lors de l'automesure tensionnelle, je retrouvais à nouveau cette notion de prévision des résultats :

- « *On le ressent quand même, on le ressent quand on a de la tension donc euh.* » Mme J (entretien 4)
- « *Bah je le sens déjà quand je suis fatiguée je le sens déjà sur moi.* » Mme F (entretien 7)
- « *Je l'ai fait qu'une journée ou deux puis après j'ai mis de côté parce qu'on sent aussi déjà de nous même si on se sent bien ou pas.* » Mme L (entretien 2)

Pour d'autres, je constatais une certaine indifférence à cette mesure ou à ses résultats :

- « *Je vous dis, moi je suis pas étonnée pour la prise de tension donc bon que je la fasse à la maison ou ici.* » Mme D (entretien 14)
- « *Bah je me sens bien. C'est juste pour voir un peu.* » Mr B (entretien 15)

Cependant, cette indifférence semblait parfois être liée à de l'incompréhension qu'exprimaient plusieurs interviewés :

- « *Moi je le regarde à la maison et je suis incapable de dire* » Mr D (entretien 28)
- « *Déjà quand on m'a dit qu'il fallait que je prenne ma tension [rire] je me suis posé la question de comment on fait* » Mr C (entretien 12)
- « *Mais après comme on sait pas forcément quoi en faire [...] du coup bah on fait pour s'amuser quoi parce qu'on en tire rien* » Mme T (entretien 26)

Cette méconnaissance était d'ailleurs soulignée par Mme D (entretien 20), ancienne infirmière diplômée d'état (IDE) : « *Ça ne doit pas être facile pour quelqu'un qui ne connaît pas du tout*

le domaine de la santé et tout ça de faire ça soit même. Dès qu'il y a un changement, il doit s'affoler tout de suite. ». Mais aussi par Mr C (entretien 12) pour qui l'automesure avait été une réelle épreuve après sa chirurgie cardiaque « *Au début ça fait un peu bizarre parce que quand on se retrouve avec un chiffre et pis que 4h après on a plus le même ça a augmenté, et puis le soir c'est encore pas le même [rire] Au début c'était encore la panique [...] prendre la tension en une minute d'intervalle en ayant juste fait 5 pas au bout du lit et venir se rasseoir c'est complètement différent. C'est [...] C'est bizarre, ça fait bizarre ».*

Je retrouvais pourtant une observance soutenue malgré le manque de connaissance sur le sujet, notifiée par exemple par Mme D (entretien 18) : « *J'ai noté mes mesures je lui ai ramené mon papier pour lui montrer mais je sais pas à quoi ça correspond vraiment. En plus il y a trois mesures sur l'appareil donc bête et disciplinée j'ai noté. »*

Mêlé à l'incompréhension, un sentiment d'inquiétude était également perçu chez les patients. Ainsi Mr G (entretien 27) me disait : « *On est bientôt plus malade que si on le faisait chez le médecin. »* et de la même façon chez Mme P (entretien 11) « *Je veux pas me créer des problèmes supplémentaires avec ça, des angoisses. »*

Pour palier leur méconnaissance, certains patients étaient à la recherche d'explications, par exemple Mr C (entretien 12) disait « *Mais c'est vrai que c'est bien de savoir un petit peu plus [...] Comment ça se passe et puis tout, sans aller en profondeur quoi »* ou encore Mme D (entretien 18) « *Après 17/9 c'était un peu inquiétant au début mais là le fait qu'il m'ait expliqué que c'était tout à fait normal et que ça pouvait être expliqué par l'âge et des petits problèmes de sommeil donc non. Ça sera à surveiller. »*

Quel que soit leurs résultats tensionnels et leur vécu face à l'automesure, les patients n'envisageaient pas de modifier leur réaction vis-à-vis de leur médecin :

- « *Moi je préfère que le médecin conforte, ce que moi j'ai trouvé. »* Mr G (entretien 27)
- « *Ah non moi je vais le voir tout de suite hein, ça c'est primordial. »* Mme J (entretien 4)
- « *Alors je préfère prendre la tension chez le médecin quand même, à la maison c'est juste en prévention. »* Mme F (entretien 7)
- « *Mais dans l'immédiat, je ne changerai pas mon dosage moi-même, j'attendrai l'avis médical. Je pense que ça c'est important. »* Mme D (entretien 20)

Un des sentiments prédominant face à l'automesure était l'insécurité, pour un quart d'entre eux, les patients n'avaient pas confiance en cette technique :

- « *Pour moi si c'est pas fait par un professionnel, on peut toujours se poser des questions.* » Mr G (entretien 27)
- « *On peut pas tellement s'y fier à ces appareils m'enfin c'est toujours, mieux que rien peut être...* » Mme P (entretien 3)
- « *Bah je sais pas si ça fonctionne bien ces machins-là* » Mme F (entretien 7)
- « *J'ai pas trop confiance [rire] et puis bon, je peux pas non plus trop [...] Ça ne m'inspire pas.* » Mr G (entretien 24)

Les interviewés préféraient une prise tensionnelle au cabinet médical, comme l'exprimait Mme M (entretien 9) : « *Mais bon je trouve que c'est pas très fiable ces trucs-là, rien ne vaut la tension manuelle avec la pompe.* » et Mme T (entretien 26) : « *On fait un petit peu pour s'amuser mais euh pour moi la vraie prise de tension se fait avec un médecin.* »

Parmi les 28 interviewés, sept d'entre eux se disaient rassurés par l'utilisation d'un appareil au domicile :

- « *Je suis un peu hypochondriaque, donc je me suis dit je vais prendre un tensiomètre puisque le médecin en a un et qu'il la prend chaque fois qu'on y va !* » Mr G (entretien 27)
- « *Parce que j'étais en traitement, comme je voyais mon docteur tous les trois mois, je préférais quand même avoir une information sur ce point-là, plus régulièrement.* » Mr D (entretien 28)
- « *Bah là ce matin j'avais pris oui, pis quand je vois ce matin j'en avais un peu beaucoup. Mais après j'ai pris mon médicament, je l'ai repris dans l'après-midi et ça allait mieux.* » Mme T (entretien 17)

Pour certains cette réassurance passait par une double vérification, une au domicile puis une au cabinet médical comme l'exprimait Mr G (entretien 27) : « *ça me rassure quand je vois qu'il trouve la même tension que moi. [...] on a à peu près la même que le médecin donc on se dit ça va au niveau cardiaque on n'est pas trop mal.* ». De la même façon pour Mr D (entretien 28) : « *Bah j'aurais informé le docteur en arrivant, puis voir si lui avait la même chose.* »

C. Enjeux perçus

Au début de l'entretien, les patients étaient questionnés sur l'importance qu'ils accordaient à la tension artérielle ainsi que sur leur réaction en cas d'absence de cette mesure lors de la consultation. Ensuite, je leur demandais de m'expliquer l'utilité de la prise tensionnelle pour le médecin ainsi que ce que pouvait en penser leur soignant en fonction des résultats.

a. Importance pour le patient de la prise tensionnelle

Pour 12 des interviewés, lorsque je leur demandais en quoi la prise tensionnelle était importante pour eux, ils relevaient principalement le rôle de dépistage :

- « Bah ça va peut-être permettre de détecter certaine maladie. » Mr G (entretien 24)
- « En fait c'est les premiers signes qui alarment quand quelque chose ne va pas, pour moi c'est l'essentiel. » Mme B entretien 16
- « Savoir s'il y a un problème qui va arriver, ou qui est arrivé, quelque chose comme ça je pense. » Mr C (entretien 12)
- « C'est un élément de consultation important, très important, vu les dégâts que ça peut faire. » Mme D (entretien 20)

Pour quatre d'entre eux, c'était plutôt une fonction d'étayage du diagnostic qui la rendait importante, Mme T (entretien 11) disait par exemple « Je pense peut-être que c'est certaines maladie ou certains états qui font que ça fait monter la pression artérielle etcetera. », de la même façon Mr B (entretien 15) expliquait « il va peut-être se baser sur la tension suivant ce qu'on lui a dit qu'on a. ».

Une autre raison évoquée par les patients, de façon plus minoritaire, était celle du suivi médical :

- « Bah je pense que c'est plus suivi, c'est plus logique que ce soit suivi à chaque fois plutôt qu'une fois tous les ... » Mr C (entretien 12)
- « Chaque fois qu'on va chez le médecin il la prend hein, donc ça donne un peu le juste milieu » Mme D (entretien 14)
- « Bon j'ai toujours 13/8, à un moment donné, bon parce que je le connais assez bien, je lui dis votre pile vous l'avez changé elle est usée ou quoi [rire] parce que j'avais toujours 13/8. » Mme P (entretien 3)

Pour sept patients, la prise tensionnelle était importante à effectuer pour visualiser leur état de santé :

- « Parce que quand même c'est la santé quoi c'est ma vie, fin je sais pas comment

l'expliquer. » Mme C (entretien 5)

- « *C'est pour savoir à peu près notre santé comment on se porte* » Mr A (entretien 9)
- « *Histoire de savoir si on est entre guillemet bonne santé* » Mr L (entretien 6)

Pour 11 patients, la prise tensionnelle comme élément de réassurance était primordiale :

- « *Ça me rassure moi déjà.* » Mme C (entretien 5)
- « *C'est vrai qu'on aime bien savoir combien on a de tension.* » Mr G (entretien 24)
- « *Bah quand on est pas bien on aime bien savoir combien on a de tension* » Mme H (entretien 25)

Seuls quatre des interviewés me disaient ne pas accorder d'importance particulière à la prise tensionnelle :

- « *Non, je regarde pas. Je vous dis je me laisse vivre, faites comme moi [rire]* » Mr G (entretien 21)
- « *Je m'en occupe sans plus quoi, je sens pas trop la différence que j'ai un traitement ou que j'en ai pas en fait.* » Mme B (entretien 23)
- « *Mais c'est pas une chose qui me questionne plus que ça, autant j'ai du cholestérol ça me questionne beaucoup plus que la tension quoi.* » Mme M (entretien 8)
- « *Y'en a, y'en a, y'en a pas bah voilà. Me concernant j'en ai pratiquement jamais eu l'tension alors...* » Mr C (entretien 12)

Enfin, certains des interviewés répondaient que la prise tensionnelle était importante car habituelle, comme l'évoquait Mme H (entretien 25) « *Pour nous c'est systématique.* » et Mme P (entretien 11) « *Alors c'est un peu un automatisme [...] tout le monde doit vous le dire aussi, on va chez le médecin hop on écoute le cœur et puis on vous prend toujours la tension* ». De la même façon pour Mr G (entretien 24) qui expliquait que la prise tensionnelle était un élément obligatoire lors de la consultation « *Mais bon je pense que le patient aime bien que le médecin, son médecin prenne sa tension, ça devient systématique. [...] C'est indissociable de la consultation, la tension, le pouls et puis l'auscultation.* ».

b. Absence de prise tensionnelle en consultation

Pour un tiers des patients, l'absence de prise tensionnelle lors d'une consultation était peu envisageable :

- « Bah euh je trouve ça pas bien [Rire]. Je trouve ça important. » Mme P (entretien 1)
- « Je dirai que si c'est une fois c'est tout, mais si ça reproduit plusieurs fois je me dirai il était pressé il fait ça un peu par-dessus la jambe [rire] » Mme D (entretien 20)
- « Bah déjà ça m'est jamais arrivé [rire] [...] Bon après si jamais on me la prend pas oui je trouverai ça un peu bizarre que mon médecin me prenne pas la tension. » Mr G (entretien 13)
- « Non je crois que ne pas prendre la tension, c'est pas bien. » Mr G (entretien 27)
- « Bah c'est pas tout à fait normal qu'il prenne pas la tension quand même. » Mme J (entretien 4)

Pour la majorité, même s'ils ne disaient pas la considérer comme indispensable, ils allaient malgré tout réclamer cette prise tensionnelle à leur médecin :

- « Mais les rares fois qu'il me voit s'il prend pas la tension, je vais dire « Docteur vous me prenez pas la tension ? » [Rire] » Mr L (entretien 6)
- « Ah bah moi je réclame, avant j'en faisais pas donc s'il prenait pas c'était pas gênant. » Mme C (entretien 5)

Une minorité d'entre eux cherchaient des explications à cette absence de prise tensionnelle, comme c'était le cas de Mme T (entretien 26) : « Y'a eu le passage où on se disait « tiens ! il m'a pas pris ma tension » ou alors « tiens il me prend plus ma tension » alors qu'avant je me souviens c'était du systématique. Alors est-ce que du coup maintenant c'est plus ciblé dans des cas particuliers de pathologies ou de symptômes. » ou de Mr C (entretien 12) : « Après, s'il pense qu'elle a pas besoin de la prendre peut-être qu'elle a ses raisons aussi. J'aimerais bien savoir aussi pourquoi [rire] ».

Pour quatre des interviewés, c'était probablement lié à une distraction du médecin :

- « Bah je me dis oui il a peut-être pas eu l'temps le docteur, ou il a oublié ouuu voilà. » Mme L (entretien 10)
- « Qu'il a peut-être oublié ? Parce que je pense que la première chose c'est prendre la tension. » Mme F (entretien 7)
- « Non je pense pas, ça serait un oubli peut être, ou alors ce serait volontaire je sais pas en fait. » Mr A (entretien 9)

Cinq patients faisaient confiance à leur médecin et estimaient que l'absence de prise était bien justifiée :

- « *Bah en fait j'ai appris à faire confiance maintenant. Je me dis que s'il la prend c'est qu'il estime qu'il faut le faire, s'il la prend pas voilà je fais confiance, ça ne m'interroge plus aujourd'hui* » Mme T (entretien 26)
- « *J'ai confiance donc même si un jour je viens pour une grippe ou pour [...] et qu'il me prend pas ma tension, ça m'affolera pas.* » Mme T (entretien 17)
- « *Ça ne me choque pas, je pense qu'il sait ce qu'il fait [rire]. Fin j'espère [rire]* » Mme D (entretien 18)
- « *S'il a pas pris c'est qu'il a jugé qu'il fallait pas la prendre cette fois ci mais bon il la prend toujours donc je ne rencontre pas ce problème-là* » Mme M (entretien 8)
- « *Je suis pas médecin je dois pas lui dire ce qu'il doit faire en fin de compte [rire]* » Mr A (entretien 9)

Certains d'entre eux m'évoquaient spontanément l'image du médecin à travers la prise de tension artérielle avec des avis variés :

- « *Fin voilà le médecin il fait ça mais à quoi ça sert à rien, le médecin fait ça automatiquement mais pf. C'est pas un gage de sérieux* » Mme P (entretien 11)
- « *On vient le voir pour ça, c'est le but recherché [rire] [...] C'est qu'il s'en fiche un peu.* » Mme D (entretien 20)
- « *Moi je trouve qu'un médecin qui prend pas la tension, je vais peut-être être un peu sévère, je trouve qu'il commence mal avec le patient.* » Mr G (entretien 27)
- « *Il n'oublie jamais [rire] Non c'est vrai que, pour moi je suis contente de mon médecin.* » Mme T (entretien 22)

Pour quatre d'entre eux, cette absence de prise tensionnelle ne les incommodait pas outre mesure :

- « *Je sais même pas si je m'en apercevrai, honnêtement* » Mme P (entretien 11)
- « *Est-ce que c'est obligatoire déjà ? Je sais pas, là il me l'a pas faite, ça ne m'a pas inquiété pour ça.* » Mr B (entretien 15)
- « *Ah bah je me demanderai peut-être pourquoi déjà. Peut-être. Mais c'est pas dit [rire]* » Mr G (entretien 21)

Enfin, certains patients reconnaissaient que cela dépendait du motif de leur consultation :

- « *Mais c'est vrai que quand j'en parle là je me dis la tension devrait pas être prise à*

chaque fois. Tout dépend de pourquoi on va voir le médecin quoi, si c'est pour un petit bobo c'est pas alarmant. » Mme B (entretien 16)

- « *Après ça dépend pour quelle pathologie on va le voir, si c'est que pour un papier on va pas lui demander de prendre la tension.* » Mme L (entretien 2)
- « *C'est pas quelque chose d'obligatoire à faire. Ou si je vais le voir pour un mal de dos c'est normal qu'il prenne pas la tension, [...] c'est juste de la bobologie* » Mr L (entretien 6)

c. Rôle et pensée du médecin autour de la prise tensionnelle

Pour répondre à la question de l'importance de la prise tensionnelle pour le médecin, les patients avaient recours à plusieurs notions semblables à celles utilisées pour exprimer leur raisons personnelles. Pour 13 d'entre eux, cette mesure était importante pour leur médecin afin d'évaluer leur état général :

- « *Bah c'est pour mon bien !* » Mr G (entretien 21)
- « *Bah pour savoir si tout va bien, fin je pense [rire] Sinon je vois pas l'intérêt de le prendre.* » Mr G (entretien 13)
- « *Je pense que c'est déjà un témoin, si la tension elle est bonne. [...] Non je ne vois pas plus que ça que le côté indicateur en fait.* » Mr L (entretien 6)
- « *Bah d'après la tension ça donne un peu l'état général hein* » Mme T (entretien 17)

Celle-ci permettait au médecin de connaître instantanément leur état de santé pour Mme D (entretien 14) : « *Il voit automatiquement si ça va ou si ça va pas.* » et Mr B (entretien 15) « *Pour savoir tout de suite, si on est en bonne santé, si on est bien, si on est en forme.* ».

Des termes plus mécaniques étaient utilisés par Mme L (entretien 10) : « *on parle un peu comme pour une voiture [rire] [...] Quand on fait des prises de sang et tout ça bah je dis oui c'est une révision [rire].* » et Mr G (entretien 21) : « *Si le cœur il tourne bien avec, mon moteur comme je dis, sauf que là je peux pas le tripoter [rire]* ».

Pour Mr A (entretien 9), il considérait que la prise tensionnelle : « *c'est la base quoi on va dire pour les médecins de vérifier notre tension.* », de la même façon pour Mme B (entretien 16) : « *Bah je pense que c'est ses bases qu'il doit faire dans un premier temps.* »

La deuxième thématique la plus évoquée était à nouveau celle du dépistage et du diagnostic à travers la tension artérielle :

- « *Pour mettre à l'écart certaine chose [...] pour diagnostiquer certaine chose.* » Mme

P (entretien 1)

- « *Bah je pense que ça peut le réconforter dans un cheminement, dans une réflexion. Quand un patient arrive et qu'il a une problématique de santé, ça l'aide dans l'orientation de ses choix, de la maladie.* » Mme T (entretien 26)
- « *C'est comme des prises de sang je pense, ça sert à refermer pour son diagnostic.* » Mr L (entretien 6)
- « *Bah pour le rassurer lui en même temps, pour le diagnostic* » Mme T (entretien 17)

Six des interviewés pensaient important le contrôle tensionnel pour le médecin dans le cadre du suivi médical :

- « *Bah c'est pour voir si elle est stable [...] parce que justement si ça va pas ils vont nous donner un médicament.* » Mme L (entretien 10)
- « *C'est lui qui va guider mon traitement, c'est lui qui prend la responsabilité de prévoir ce qu'il faut.* » Mr D (entretien 28)
- « *Pour surveiller la tension qu'il avait déjà pris les fois d'avant* » Mr C (entretien 12)
- « *Si on prend des cachets pour la tension et pour le cardio aussi, je crois qu'il prend la tension pour les gens qui ont des soucis.* » Mme F (entretien 7)

L'importance de la prise tensionnelle résultait également de la prise en charge qui allait en découler de la part du médecin :

- « *Il essaie de faire quelque chose ? [...] c'est donner un médicament, revoir une consultation pour voir comment que ça se passe quoi.* » Mme L (entretien 10)
- « *Si c'est trop haut ou si c'est trop bas il le remarque hein. Et il nous donne des médicaments.* » Mme D (entretien 14)
- « *Si j'avais une tension élevée je pense que ça nécessiterait des examens complémentaires.* » Mr G (entretien 24)
- « *Il faut renouveler la consultation de façon plus rapprochée, et faire une surveillance plus pointue, plus régulière, si vraiment c'est un excès ou une chute importante.* » Mme D (entretien 20)

Enfin, pour neuf patients, la nécessité de prise tensionnelle pour le médecin était simplement due à une formalité, une habitude :

- « *Je crois que c'est devenu une habitude, on sait qu'il va nous la prendre. Chaque médecin le fait.* » Mme D (entretien 19)
- « *Déjà de une c'est un principe [rire]* » Mme L (entretien 2)

- « *Non, je crois que c'est toujours la première chose qu'il fait quand on arrive.* » Mr B (entretien 15)
- « *C'est assez machinal en fait mais est ce qu'on interprète forcément derrière je sais pas* » Mme P (entretien 11)

Lors de l'entretien, je questionnais les patients sur les pensées que pouvait avoir leur médecin lors de l'annonce des résultats de tension. En cas de tension dite normale ou habituelle, pour les patients, le médecin pensait « *Bah que tout va bien.* » comme disait Mme P (entretien 1). La majorité des patients imaginaient le médecin satisfait de sa prise en charge et de son patient :

- « *Je pense qu'il doit se dire qu'on a écouté quand même ce qu'il nous a dit, qu'on a suivi son traitement correctement et puis qu'on s'est tenu à carreau peut-être pour certaines choses qu'on avait abusé avant [rire].* » Mr C (entretien 12)
- « *Bah il va dire que ça va. Aujourd'hui Monsieur M m'a dit « ça va très bien ». On a rien changé, il a visé juste dans le traitement.* » Mme D (entretien 20)
- « *Bon bah c'est tout il va passer à autre chose quoi.* » Mme T (entretien 26)

En cas de tension élevée ou différente de la tension habituelle, pour six des interviewés, le médecin pensait à une modification de sa prise en charge, à l'aide d'examens complémentaires :

- « *Bah c'est là qu'il va se poser des questions, il va peut-être se dire bon on va faire tel ou tel truc, tel examen ou il va poser d'autres questions différentes par rapport à d'habitude.* » Mme B (entretien 16)
- « *Bah je pense qu'il va me proposer des examens complémentaires. Après m'avoir questionné il va me dire bon faudrait peut-être voir un cardiologue ou autre* » Mr G (entretien 24)

Pour quatre d'entre eux, le médecin pourrait modifier le traitement instauré, comme disait par exemple Mme D (entretien 14) : « *il va peut-être rechercher pourquoi et puis voir quel médicament.* »

Pour neuf des patients, le médecin pensait à leur suggérer une amélioration de leur hygiène de vie ou de leur comportement :

- « *Donc il va se dire voilà il faut qu'elle soit plus zen. Mais c'est tout.* » Mme P (entretien 11)
- « *Il va se poser la question de savoir pourquoi ? Pourquoi c'est élevé alors que c'est pas mon tempérament. [...] je tire un peu trop sur la corde comme il dit.* » Mme L

(entretien 2)

- « *Sur mon état de santé en particulier, rien. Je pense qu'il va associer ça à quelque chose à la maison, peut-être un énervement un peu à la maison et puis une phase différente.* » Mme D (entretien 19)
- « *Il me dira peut-être que c'est pour ça ou ça, si vous montez trop vite vos escaliers.* » Mr G (entretien 21)
- « *Il va penser de mon état de santé général, de ma vie de tous les jours, par exemple si je mange bien dans la vie de tous les jours.* » Mr L (entretien 6)

Dans tous les cas, les patients n'imaginaient pas que des résultats anormaux puissent affecter le médecin, comme disait Mme D (entretien 14) : « *Je pense pas que ça l'émotionne [rire]. Je crois pas hein ils ont tellement l'habitude, n'est-ce pas.* » et Mme T (entretien 17) « *Bah je pense qu'il a tellement l'habitude d'avoir des malades. Je pense pas que ça le touche plus que ça.* »

Seul deux patients pensaient que leur médecin pourrait s'inquiéter, Mme D (entretien 18) me disait : « *Par rapport à d'habitude je pense qu'il va s'inquiéter un petit peu* » ainsi que Mme M (entretien 8) « *Il essaie de comprendre aussi pourquoi [...] Fin il s'inquiétera quoi qu'il en soit.* »

Trois patients ne savaient pas dire ce que pouvait penser le médecin à l'annonce des résultats de tension, par exemple Mr B (entretien 16) : « *Alors là faut être dans sa tête c'est pas évident.* ».

Enfin, cinq des interviewés n'avaient pas d'idée de ce que pouvait penser le médecin, mais évoquaient aussi une retenue des informations par celui-ci :

- « *Ah bah ça je ne sais pas qu'est-ce qu'il va penser le docteur [rire] Il m'dira p'têtre par tout le docteur [rire]* » Mme L (entretien 10)
- « *Bah qu'il me dise ce qu'il en pense déjà. C'est au médecin de me dire voilà.* » Mme T (entretien 17)
- « *Bah il va me dire simplement votre tension elle est un peu élevée. Mais je pense qu'il va pas m'en dire plus quoi.* » Mr B (entretien 15)

Pour autant, ils espéraient tout de même qu'il s'exprime en cas de problème important :

- « *Je lui fais entièrement confiance, il n'y a que lui qui peut me dire si c'est bon ou si c'est pas bon.* » Mme D (entretien 18)
- « *Bah non mais si vraiment il se dit que c'est grave, j'aimerais autant le savoir.* » Mme

L (entretien 10)

- « Euh bah je sais pas ce qu'il pense mais bon je pense qu'après il va nous le dire si y'a quelque chose vraiment qui va pas. » Mme H (entretien 25)

IV. Discussion

La prise de tension artérielle est un acte immuable et symbolique de la consultation de médecine générale. Comme évoqué dans l'introduction, j'ai été confrontée à cette mesure particulière durant laquelle je ressentais un certain malaise, aussi bien pendant la réalisation de l'acte, qu'à l'annonce des résultats. Il me semblait y avoir une discordance entre les attentes du patient et mon interprétation des chiffres tensionnels. C'est dans ce contexte que j'ai choisi d'étudier cette question du vécu et des enjeux perçus par les patients autour de la prise tensionnelle.

1. Des discordances de perception

Mes résultats montrent que la prise de tension artérielle est ancrée dans les habitudes de la consultation, c'est un rituel indispensable aux patients pour de nombreuses raisons citées dans les résultats. En accord avec les données de la littérature, je constate comme dans la thèse qualitative de mon collègue Lillois [8] que ses entretiens suggèrent que « la prise de la tension au cabinet de médecine générale est un moment quasi systématique pour tout patient ». De la même façon, dans la thèse « Pourriez-vous prendre ma tension, docteur ? » sur le ressenti des patients en consultation de médecine générale [9], on retrouve 38% évoquant une habitude dans la prise de tension artérielle.

Le ressenti des patients autour de la prise tensionnelle était donc étudié il y a plus de 10 ans, dans cette étude on retrouve la notion de réassurance, [9] avec une majorité de patients ne sachant pas expliquer les raisons de cette réassurance. C'est une constatation qui apparaît également dans mon travail, où l'importance qu'accordent les patients à la tension artérielle s'exprime. Cette mesure représente pour eux un enjeu majeur d'évaluation de leur état de santé. Avant la réalisation de ce travail de thèse, je n'imaginai pas toute l'implication que la prise de tension artérielle pouvait avoir pour les patients, ni à quel point elle pouvait être cruciale et combien j'étais loin de comprendre leur ressenti.

Avant même l'analyse complète des résultats, j'ai constaté que si initialement les patients n'évoquaient que peu leur intérêt concernant la prise tensionnelle ils exprimaient en revanche une volonté forte d'affirmer l'importance que ce geste représente pour eux. Ceci est en partie

en opposition avec ce que symbolise la mesure de la tension artérielle pour les médecins. Dans la littérature, les médecins généralistes considèrent que cet acte fait partie intégrante de l'examen clinique de routine et qu'il rassure aussi bien le patient que les praticiens. Pour autant, leur avis sur la question y est représenté de manière nettement péjorative : la prise tensionnelle représente pour eux un « outil justifiant son travail et sa rémunération » [10], ainsi que le disait un de mes maîtres de stage « Je fais toujours ça au minimum, pour qu'ils n'aient pas l'impression de payer 25 € pour rien ».

Cependant, mes résultats montrent bien que pour les patients, la prise de tension artérielle a toute sa place dans la relation patient-médecin. Les interviewés n'imaginent pas que leur médecin puisse volontairement décider de ne pas contrôler la tension artérielle, et si tel est le cas, en dehors des consultations de « bobologie », pour eux c'est forcément un oubli, voire une faute, qu'ils vont s'empresser de signaler. Dans la littérature, médecins comme patients s'accordent à dire que cet instant spécifique de la consultation renforce leur relation. [11] Ce n'est pas seulement un acte médical mais bien un moment privilégié d'interaction, utilisé comme outil thérapeutique indispensable. Ainsi, mieux connaître le ressenti des individus concernant les éléments de consultation ne peut qu'aider le praticien à améliorer sa compréhension et ainsi sa prise en charge du patient.

Selon la World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians (WONCA), la médecine générale se doit de développer une « approche centrée sur la personne dans ses dimensions individuelles, familiales et communautaires. » [12] Cela inclut d'essayer de comprendre les modes de pensées du patient en prenant en compte « ses croyances, ses peurs, ses attentes et ses besoins ». Considérant cela, il me semble important d'inclure dans notre pratique, non seulement la connaissance du ressenti des patients mais aussi la notion de culture. Les anthropologues anglophones distinguent le terme « disease », soit la maladie considérée comme un dysfonctionnement biologique, de « illness », soit la maladie en tant que vécu. [13] Ces concepts indiquent que la réalité clinique se construit autour des visions culturelles du patient, mais aussi du médecin. La culture influence donc la perception de la tension artérielle, la façon de se l'approprier pour le patient, et la façon de l'intégrer dans la consultation pour le médecin. Mes résultats semblent corroborer cette analyse anthropologique expliquant les divergences de perception de la prise tensionnelle entre le patient et son médecin.

Dans son livre « Varieties of Treatment in the United States, England, West Germany, and France » [13], Lynn Payer souligne que la médecine dans le monde n'est pas une science figée

dans sa pratique quotidienne. Des approches culturelles nationales variées peuvent en partie expliquer des prises en charges médicales diagnostiques et thérapeutiques différentes. Pour aller plus loin, il pourrait être intéressant de se renseigner sur les pratiques et mode de pensée autour de la prise tensionnelle dans d'autres pays et d'autres systèmes de santé. Ceci pourrait également nous aider à mieux appréhender la relation du patient avec sa tension artérielle ainsi que ses représentations.

2. Des connaissances à améliorer ?

La physiopathologie de la pression artérielle est une connaissance médicale complexe, l'expliquer au patient n'est pas aisé. Pour autant, lors de mes entretiens, j'ai été particulièrement interpellée par une absence telle de connaissance que les patients ne savaient pas énoncer les retentissements possible de l'hypertension artérielle, notamment l'AVC. Ces résultats diffèrent de la littérature, dans la thèse « Pourriez-vous prendre ma tension, docteur ? » [9], 58% des interviewés connaissent les complications neurologiques. Nos résultats concordent en revanche concernant les risques cardiovasculaires, dans mes résultats les patients évoquent en majorité ce type de complications en premier lieu. Par ailleurs, les patients maîtrisent mieux le concept de l'hypotension artérielle, celle-ci les inquiète davantage de par la fatigue intense qu'ils peuvent ressentir, notion que l'on retrouve également chez les patients Lillois. [8]

Pour les patients, la tension qu'elle soit bonne ou mauvaise, est un reflet global de la santé ou de la maladie, de leur état de forme, de leur humeur, du règlement de leur corps et de leur esprit. Certaines de leurs représentations correspondent aux données scientifiques, d'autres appartiennent à une image profane collective. Dans son étude sur les représentations profanes [14], le docteur Sarradon-Eck, médecin généraliste et anthropologue, explique la persistance de représentations construites autour du discours médical des 70 premières années du vingtième siècle. L'hypertension est alors connue comme une maladie symptomatique, bruyante, puisqu'à l'époque seule l'hypertension artérielle aiguë, dite maligne aujourd'hui, était connue et traitée. On retrouve encore aujourd'hui chez les interviewés les catégories sémantiques du sang mais aussi de l'humeur représentée par le stress et les nerfs, ces concepts sont également retrouvés de nombreuses fois dans les différentes thèses citées précédemment. [8][9] En 1953, des auteurs anglo-saxons attribuaient l'origine de l'hypertension à l'inhibition de l'agressivité exigée par la vie sociale. [15] Cette inhibition chronique était ainsi incriminée dans l'augmentation de la pression sanguine et expliquait les différences de personnalités des hypertendus en fonction de la maîtrise d'eux même. Cette représentation de la pression artérielle se retrouve dans le

discours des patients interrogés et traduit l'importance de l'intégration des modèles explicatifs, mais également des croyances et personnalités de chaque patient dans leur compréhension du discours médical.

L'image symbolique forte de la tension est également rapportée par les patients à travers les actes et paroles de leurs médecins généralistes sur ce sujet. Les patients étudiés évoquent la prise systématique et même prioritaire de leur tension lors des consultations, cela renforce dans leur esprit l'idée de l'importance de cette gestuelle médicale. Des paroles réconfortantes telles que « une tension de jeune fille » les confortent également dans l'idée que la prise tensionnelle est un élément majeur et incontournable tant pour eux que pour leur praticien. Ce rituel de consultation appartient presque au domaine du mystique, les patients n'en connaissent pas réellement la signification mais ils veulent savoir. Avant la réalisation de mon travail de thèse, il me semblait important d'apporter une information scientifique stricte aux patients concernant la tension artérielle. Finalement, au vu du lien particulier entre le patient et sa tension, je me pose la question de la nécessité de respecter cette symbolique et dans quelle mesure. Puisque la tension est un vecteur de la santé du patient, elle semble favoriser son bien être avec l'annonce de résultats satisfaisants. Le docteur Sarradon-Eck ajoute qu'une telle représentation de la tension artérielle peut ainsi améliorer l'observance et l'adhésion au traitement hypotenseur qui devient le remède miracle.

Pourtant, ce maintien des représentations profanes encouragé en partie par le corps médical, ne vient qu'accentuer le déséquilibre dans la relation malade médecin. En effet, le médecin possède alors le pouvoir de la connaissance de cette obscure tension. Cela contribue à s'orienter vers une relation paternaliste, en partie acceptée par les patients qui expriment que le médecin agit « *pour leur bien* ». Mes résultats montrent que le ressenti des patients vis-à-vis de leur tension reflète en partie la réaction de leur praticien, effaçant presque totalement la relation triangulaire du patient - tension - médecin pour n'aboutir qu'à une relation dualiste du patient - médecin, alors détenteur de la tension de son patient. De plus, les médecins évoquent clairement ne pas toujours annoncer les résultats tensionnels tels qu'ils sont, [16] les chiffres mesurés étant considérés comme non représentatifs. En effet, une mesure ponctuelle n'est significative qu'en l'intégrant à un faisceau d'arguments pour prendre en charge le patient dans sa globalité. Aussi, puisque le modèle médical actuel a pour volonté de rendre le patient maître de sa santé, n'est-il pas justifié de prodiguer une information plus éclairée, dépourvue de magie, afin d'améliorer les connaissances du patient mais surtout son autonomie ?

Il s'agit finalement de trouver un juste équilibre à notre prise en charge en gardant à l'esprit l'importance de comprendre les perceptions du patient afin d'arriver à une vision commune, indispensable à une prise en charge centrée sur le patient. La consultation est une rencontre entre le patient et le médecin qui doit aboutir à une construction consensuelle, une véritable restructuration identitaire à travers cet échange de représentations et de connaissances. En parallèle de leurs représentations profanes et symbolisation de la tension artérielle, je constate que les interviewés ont pour autant exprimé des enjeux primordiaux à la prise tensionnelle.

3. Des enjeux pertinents

Si les interviewés ont des lacunes de connaissances concernant les retentissements médicaux de l'hypertension artérielle, ils sont en revanche plus informés sur la question du rôle de la prise tensionnelle. Ils intègrent notamment les fonctions de dépistage de pathologies, d'orientations diagnostics mais également de suivi médical. Selon les recommandations européennes, la mesure de pression artérielle a pour but de dépister l'hypertension artérielle, on ne retrouve pas d'autres objectifs médicaux à cette mesure dans les textes. [17] En pratique, nous le constatons à travers ce travail, les médecins généralistes se servent de ce temps dédiés à la mesure tensionnelle en ciblant un autre objectif ; celui de la relation patient-médecin, la mesure tensionnelle devient alors une interaction symbolique majeure. Pourtant, du côté du médecin, comme du patient, il semble y avoir beaucoup de pensées inexprimées. En effet, mes données montrent que les patients n'attendent pas forcément des chiffres de valeurs tensionnelles mais bien plus un pronostic médical. On retrouve dans leurs discours, l'idée que le médecin est seul détenteur des réponses à apporter à la suite de cette mesure. C'est pourquoi on constate que pour les interviewés, les enjeux perçus comme importants pour le médecin, le deviennent pour eux aussi. Si leur praticien ne réagit pas à la suite de la prise tensionnelle, ils ne s'inquiètent pas outre mesure : « *parce que je vois qu'il réagit pas* ». A l'inverse, si le médecin remarque quelque chose d'inhabituel, ils lui donnent clef en main pour qu'il « *donne ce tout ce qu'il faut pour* ». Ils consultent initialement en tant que maître de leur sensation, de leur symptômes, alors le terme de « prise » tensionnelle prend tout son sens ; le médecin prend possession de leur tension artérielle, puis le leur rend sous forme de résultats tant attendus. L'enjeu ici est un réel échange, un partage de cet objet de mystère qu'est la tension. Le rôle du médecin traitant est d'expliquer sa prise en charge à partir de cette mesure qu'il interprète. Mais une fois de plus, la question est de savoir comment le médecin se doit de restituer ce pouvoir de la connaissance au patient. Cette problématique ressort dans d'autres travaux [11] qui concluent que la

communication aujourd'hui n'est plus seulement d'apporter un savoir contre une écoute attentive du patient, celui-ci n'étant plus spectateur passif mais bien acteur du système de soins.

Ce partage de connaissance à travers la tension permet ainsi au patient de prendre conscience d'autres enjeux et d'être acteur de sa santé, notamment concernant les règles d'hygiène de vie. Pour les interviewés, la tension artérielle reflète leur mode de vie, le médecin peut ainsi évoquer des modifications de leur alimentation, stress ou activité physique s'il décèle une anomalie tensionnelle. Mise à part le tabagisme qui n'a jamais été évoqué lors des entretiens, mes résultats concordent avec la littérature [9] concernant l'alimentation, mais aussi le stress sur lequel les interviewés insistent tous beaucoup. Encore une fois, leurs explications ne sont pas toujours explicites, pour autant ils ont bien saisi le rapport entre la tension artérielle et ces facteurs de risques. Dans une étude de 2012 publiée dans *The Lancet* [18], il est démontré qu'un mode de vie stressant, notamment au travail, favorise effectivement les maladies cardiovasculaires. Ces données n'impliquent pas directement le stress dans le déclenchement d'une hypertension artérielle, mais sa prévention par des techniques de relaxation sont mises en avant pour en réduire les risques existants. Selon cette étude, de telles mesures préventives pourraient avoir un impact positif sur les autres facteurs de risque comme la consommation de tabac et d'alcool, liés partiellement au stress. En conséquence, je trouve intéressant d'imaginer que d'autres enjeux de santé publique puissent prendre toute leur importance au même titre que la tension artérielle dans les représentations de nos patients. Si ceux-ci se préoccupaient autant du maintien d'un équilibre alimentaire par exemple, cela ne permettrait-il pas d'éviter des situations d'obésité de plus en plus fréquentes ?

Les résultats montrent également que le terme d'hypertension ne signifie pas grand-chose dans le vocabulaire des patients, les valeurs normatives de la tension et les implications de valeurs élevées n'ont pas de connotation particulière. De ce fait, les chiffres tensionnels leur importent peu en tant que valeur, élevés ou non, ils ne se réfèrent qu'à la stabilité de leur tension artérielle d'une consultation à l'autre. Parallèlement, le praticien s'il accorde de la valeur aux chiffres, c'est en intégrant bon nombre d'éléments cliniques et psychiques, à un moment donné pour un individu donné pris dans sa globalité. Ainsi, dans la littérature, les chiffres tensionnels sont annoncés tels que mesurés aux patients présentant un plus haut risque cardiovasculaire donc ayant des objectifs tensionnels plus stricts. Inversement, un patient sans facteur de risque cardiovasculaire se verra attribuer un résultat correct de valeur tensionnelle sans énoncer de chiffre systématiquement, dans le but de ne pas l'effrayer. [16] Lors des entretiens, certains patients se demandaient finalement, quelle pertinence devons-nous donc accorder à cette prise

tensionnelle ? En effet, ce geste relie deux protagonistes n'ayant que peu d'intérêt pour les chiffres ; le médecin perçoit l'utilité de la tension artérielle mais dans le cadre de l'examen clinique complet d'un patient qu'il connaît. Le patient lui n'attend pas l'énoncé de chiffres mais bien une évaluation de son état de santé par un pronostic favorable ou défavorable.

Chez nos patients, je percevais réellement cette attente de pronostic d'état de santé lié à la prise tensionnelle, et cela même pour ceux qui me confirmaient ne pas se sentir « concernés » ou se déclarer indifférents. Ces entretiens semblent démontrer qu'il existe une forme d'observance autour de la tension artérielle, et de tout ce qu'elle implique dans l'imaginaire des patients, quel que soit leurs antécédents, leur âge, leur situation professionnelle, familiale ou encore leur relation avec leur médecin généraliste. J'analyse finalement que la mesure de tension artérielle est vécue comme une forme d'attention privilégiée, accordée par le praticien à son patient, expliquant cette discipline autour de la prise tensionnelle. Cette bienveillance médicale, sécurisante et rassurante, contribue alors au bien-être du patient et finalement au soin, tel que défini dans la langue française comme le fait de « se soucier de quelqu'un » ou de « porter attention ». Dans la thèse de mon confrère Lillois, [8] les constatations sont identiques ; la prise tensionnelle compte plus que le résultat en lui-même, cet acte devient alors dans le ressenti du patient une preuve que le médecin prend pleinement soin de lui.

Au final, la prise tensionnelle semble s'écarter de son objectif principal et initial, le dépistage de l'hypertension artérielle, elle est utilisée d'avantage comme interaction dans la relation patient-médecin et devient geste de soin. Les patients accordent probablement autant d'attention à la tension par manque d'autres actes de soin lors de la consultation chez leur médecin généraliste. Afin de minimiser le caractère mystérieux de la prise tensionnelle, d'accentuer le sentiment de bienveillance ressenti par le patient, il devrait probablement être bénéfique lors des consultations de développer ces moments d'attention portés à nos patients, via un interrogatoire toujours plus personnalisé ou encore une information éducative concernant l'automesure tensionnelle.

4. La « toute-puissance » de la tension

Comme évoqué précédemment, il est surprenant de constater le nombre important de représentations, symbolisations et enjeux que les patients perçoivent au travers d'une simple mesure biométrique. Les résultats montrent une représentation d'une tension magique qui donnerait un pouvoir puissant au patient lorsque celle-ci est satisfaisante, lui permettant de prédire la bonne ou mauvaise évolution de leur état de santé. C'est dans cette optique que certains interviewés m'évoquaient posséder un tensiomètre au domicile, acheté à leur propre initiative. Puisque leur médecin a la capacité de prédire la bonne santé avec la tension artérielle, en possédant eux-mêmes un appareil, ils s'assurent de détenir le même pouvoir. À domicile, ils peuvent ainsi prendre la place du maître et « jouer au docteur » pour expliquer leur état de forme. La puissance sémiologique et pronostic de la tension se retrouve à nouveau dans ce contexte d'automesure ; le résultat est attendu par les patients mais va aussi expliquer leur état de fatigue ou d'énervement. Mes données notent une grande ambivalence des patients envers l'automesure tensionnelle, la présence de l'appareil au domicile les rassure en partie, de part ce pouvoir qu'ils détiennent, mais ils ne peuvent y croire sans confirmation de leur médecin traitant. Ceci souligne bien la place capitale de la relation humaine, c'est le médecin qui donne un pronostic suite aux résultats tensionnels, le patient attend que son praticien donne une signification aux chiffres tensionnels intégrés à l'observation globale. Il s'agit d'une collaboration permettant de construire une stratégie de prise en charge, de soin qui constitue le rôle du médecin généraliste.

L'intérêt de l'AMT n'est plus à démontrer, les recommandations actuelles confirment que cette mesure évalue plus précisément la sévérité de l'hypertension, détecte les profils de risque élevé des sujets normotendus en cabinet et élimine l'effet blouse blanche. A noter par ailleurs que les interviewés évoquent ne pas ressentir de différence que ce soit à domicile, avec leur médecin traitant ou un autre praticien. La Société Européenne de Cardiologie (ESC), au même titre que la Société Française d'Hypertension Artérielle (SFHTA), ont réévalué leurs recommandations et indiquent que le diagnostic d'hypertension doit être basé sur une mesure de la pression artérielle en ambulatoire (MAPA) ou en automesure. [19][20] Concernant le rythme des mesures tensionnelles en cabinet médical, les données de la littératures sont quasi inexistantes, on retrouve une étude datant de 1999 qui conclue que les mesures régulières ne sont pas nécessaires pour les patients ayant une pression artérielle diastolique inférieure à 75 mmHg s'ils n'ont pas de prise de poids. Puis une étude datant de 2001 qui détaille les délais de prise tensionnelle en fonction de l'âge et de la tension artérielle des patients, l'intégralité des textes

n'est d'ailleurs pas retrouvée en ligne, mais détaillée dans la thèse d'un confrère. [11] Enfin, les dernières recommandations sont de la ESC [19] avec une prise tensionnelle répétée tous les cinq ans si la tension artérielle est inférieure à 120/80 mmHg, tous les trois ans pour une pression artérielle systolique (PAS) entre 120-129 mmHg et une pression artérielle diastolique (PAD) entre 80-84 mmHg, et tous les ans pour une PAS entre 130-139 mmHg et une PAD entre 85-89 mmHg.

Actuellement selon la littérature, le contrôle de tension artérielle en cabinet médical semble donc peu recommandé, en raison des différentes lacunes que cette mesure présente, entraînant des résultats non significatifs de tension artérielle. Des erreurs techniques liées à une taille de brassard inadaptée à la taille du bras, au dégonflage trop rapide du brassard, à la mauvaise position du bras, à une période de repos insuffisante, à une absence d'entretien annuel des appareils de mesure, à une conversation avec le patient au cours de la mesure, voire à une erreur de lecture [21] sont des biais classiques. C'est pourquoi l'ESC recommande également l'abandon de la mesure auscultatoire pour n'utiliser que des tensiomètres électroniques. L'AMT permet ainsi de réduire le biais d'observateur lié à une lecture trop approximative des chiffres voire à un moyennage imprécis [22] dont je discutais précédemment. Or la fonction du praticien n'est pas seulement de mesurer, il a ce rôle incontournable du médecin traitant qui est de trouver un sens à tout ce qu'il observe chez son patient. Depuis ces dernières recommandations, les différentes études réalisées auprès de médecins généralistes dénotent une certaine réticence à cette pratique, notamment dans l'étude EPATEMED de 2018 [23] qui conclue que peu de médecins généralistes utilisent l'AMT dans toutes ses indications. Les principales limites signalées par les médecins étant « l'incapacité du patient, le risque d'anxiété secondaire, une prise de mesures uniquement diurnes et le coût à la charge du patient ». Ceci corrobore mes résultats, puisque la majorité des interviewés possédaient un tensiomètre, sans recommandation de leur médecin traitant, avec de ce fait beaucoup d'interrogations de leur part. Finalement, au vu des réticences médicales face à l'AMT, on retrouve dans la littérature moins de patients qui la pratiquent que de patients en possession d'un tensiomètre. [24] Enfin, il est à noter que le manque de tensiomètres à délivrer aux patients est constatée dans ce travail avec cependant une amélioration de la pratique chez la moitié des médecins depuis la mise en place par la Caisse National d'Assurance Maladie (CNAM) du dispositif permettant aux praticiens de commander gratuitement un tensiomètre. [25]

A la lecture de toutes ces publications, j'ai constaté que peu d'études existent concernant l'avis des patients sur l'AMT et la plupart de celles-ci étudient son utilisation chez les patients

hypertendus. Or si l'on considère que cette pratique doit être généralisée pour le dépistage et le suivi de la tension artérielle, il me semble primordial de savoir si les patients seront observants. Dans mes résultats, parmi les 20 patients ayant déjà réalisé l'automesure, seuls dix étaient traités pour hypertension artérielle et tous disaient ne pas faire confiance aux tensiomètres de domicile. Dans un article de la revue *Exercer* de 2015, [26] les auteurs confirment que 85% des patients refusent que l'AMT se substitue à la prise tensionnelle en consultation de suivi, mais ceux en possession d'un protocole détaillé l'acceptent plus facilement. Mes résultats montrent ainsi que les patients ne sont pas familiarisés avec ces appareils, en lien avec l'incompréhension voire l'inquiétude générées par cette AMT. Une étude de 2009 [27] donne des résultats identiques puisque 20% des personnes incluses évoque une angoisse après réalisation de l'AMT. Il est aussi constaté une diminution de cette anxiété lors d'un deuxième cycle de mesure, trois mois après. Mes interviewés n'avaient probablement pas confiance en cette AMT car ils n'utilisaient qu'occasionnellement leur tensiomètre et n'avaient pas eu d'explications médicales orientées sur l'AMT. Pour diminuer l'inquiétude et l'utilisation anarchique de l'AMT, renforcer l'éducation thérapeutique est une attitude à développer. Cette proposition est citée dans une thèse de médecine de 2012 qui constate que cette éducation thérapeutique est prodiguée dans plus de la moitié des cas par le pharmacien. [28] Ainsi l'éducation du patient à l'AMT pourrait faire partie intégrante de la consultation, en remplacement de la prise tensionnelle, afin d'appliquer au mieux les recommandations. Cette éducation permettrait à priori une meilleure prise en charge, au moins pour les patients hypertendus, mais serait-elle acceptée les patients pour qui la prise tensionnelle est indissociable de la consultation ? Selon le plan « Ma santé 2022 », des assistants médicaux devraient intégrer les cabinets médicaux afin « d'accompagner et décharger les médecins d'actes médicaux simples », peut-on envisager la possibilité qu'ils s'occupent de l'éducation du patient concernant l'AMT ? Est-ce le moment pour les médecins généralistes d'abandonner la part de mystère de nos pratiques en oubliant totalement la prise tensionnelle en consultation ? Mes résultats montrent bien que la prise tensionnelle reste importante pour les patients, non pas pour la mesure en soi, mais bien plus pour l'interprétation médicale et le pronostic découlant de cette mesure de tension artérielle, nécessaires selon le patient à une prise en charge adaptée de leur état de santé.

L'idée principale issue de mon travail est que les patients ne sont pas prêts dans l'immédiat à ne plus bénéficier de la prise tensionnelle au cabinet médical lors de leur consultation. Ils sont d'ailleurs clairs là-dessus, il serait malvenu pour un médecin généraliste de ne pas prendre la tension, sans quoi « *il commence mal avec le patient* ». Outre son rôle de réassurance, cette

interaction est vécue comme une relation de confiance forte, les patients ne craignent aucunement un jugement de la part de leur médecin traitant. En cas de « bonne » tension, les patients pensent leur praticien satisfait de sa prise en charge, en cas de « mauvaise tension », il va simplement adapter les examens complémentaires ou traitement. Contrairement à ce que je j’imaginai, les patients ont confiance en l’estime que leur porte leur médecin. Il existe un sentiment de vulnérabilité lié à une maladie sous-jacente qui pourrait être annoncée par le médecin, ce sentiment n’est aucunement lié au fait d’être face à un professionnel de santé détenteur de la connaissance médicale. Ce constat apparaît dans une thèse de sociologie étudiant le cas de l’hypertension artérielle face aux recommandations [29], ce travail retrouve également que les patients attendent avant tout une écoute de la part de leur médecin. Ce sont d’ailleurs les données de nombreux travaux demandant aux patients ce qu’est « un bon médecin généraliste » [30] ; être reçu rapidement pour un problème urgent, être écouté, être informé et être soulagé sont les principaux critères évoqués par les patients. La confiance du patient envers son médecin découle de situations et interactions partagées durant lesquelles les qualités relationnelles et techniques du médecin sont mises à l’épreuve et donnent, ou non, satisfaction au patient. L’exemple de la prise tensionnelle correspond parfaitement à tous ces critères, nécessaires à la pratique de la médecine générale.

5. Intérêt et biais

A. Choix de la méthode

Comme expliqué dans la partie matériels et méthodes, la méthode qualitative s’est imposée d’elle-même. Sa puissance réside dans le fait que les participants accèdent à un espace de discours libres, permettant d’aboutir à une démarche interprétative. Ce type d’étude trouve sa place dans la recherche concernant des sujets peu ou pas étudiés afin d’amener une réflexion d’ouverture sur d’autres travaux. Ainsi, une des forces de ce travail est son caractère relativement original ; dans la littérature que j’ai pu consulter je n’ai pas retrouvé d’études explorant les enjeux perçus par les patients autour de la prise tensionnelle. Il s’agissait souvent de leur représentation de la tension artérielle et leur connaissance des retentissements de l’hypertension artérielle. De plus, j’ai constaté que peu de travaux portent sur les aspects anthropologiques et sociologiques de la prise tensionnelle, malheureusement trop souvent oubliés en science médicale. Pour mon travail, l’intérêt réside dans le fait que ce soit un sujet de médecine générale en lien avec les dernières recommandations sur la prise tensionnelle datant de moins de deux ans.

Contrairement à l'entretien libre, le choix de l'entretien semi dirigé a l'inconvénient d'orienter et de limiter le panel de réponses possibles. Il permet cependant de restreindre le nombre d'entretiens avant d'atteindre un niveau de saturation des données, d'autant plus que l'entretien libre est indiqué préférentiellement pour des participants maîtrisant le sujet. En l'occurrence, l'entretien semi-dirigé m'a permis de mieux aborder les émotions, interprétations et sentiments des patients contrairement aux questionnaires d'études quantitatives. L'entretien a pour autant pu susciter un biais de mesure de par une mauvaise compréhension des questions posées. En conséquence, j'ai réalisé des relances et reformulé les questions en fonction des besoins pendant l'entretien. Cela a pu parfois être perçu comme plus directif et modifier les réponses des interviewés, notamment du fait de ma faible expérience d'interviewer. Cette limite était surtout présente lors des premières rencontres puis au fur et à mesure les entretiens devenaient beaucoup plus fluides, mes relances étaient faites à des moments opportuns afin de balayer tout le guide d'entretien, sans forcément suivre l'ordre du questionnaire initial, et afin de laisser libre cours à la parole du patient. Comme dans tout protocole, la capacité à parler de soi a été variable selon les individus, j'ai donc dû avoir recours à des questions de relance plus ou moins fréquemment selon les interviewés. Nous étions dans un lieu partiellement neutre pour les patients puisque les entretiens se sont déroulés dans le cabinet médical de leur médecin traitant, donc familier, mais dans un bureau qu'ils ne connaissaient pas. Enfin, on peut retenir un biais de déclaration, les patients pouvant avoir la crainte de parler des pratiques de leur médecin traitant, d'autant plus que les entretiens se déroulaient juste après leur consultation, et que certains patients savaient que le médecin était mon maître de stage.

B. Choix de la population

Les 28 interviewés sont issus d'une population de soins primaires, dans le département de l'Aisne, choisis de façon non aléatoire dans des cabinets médicaux que je connais. L'objectif était de recueillir divers points de vue sans prétendre à une représentativité statistique comme expliqué dans la partie matériels et méthodes. Mes résultats ne peuvent donc pas être extrapoler à une population autre pour en tirer des conclusions chiffrées, ce n'est pas l'objet d'une étude qualitative. Le corpus se voulait varié en âge, sexe, antécédents médicaux et suivi médical. On note que l'échantillon est cependant majoritairement féminin, ceci peut-être expliquer par le fait que le département de l'Aisne compte, au 1^{er} janvier 2020, 51,1% de femme pour 48,9% d'homme. [31] A noter également que cette population est caractéristique d'une population de médecine générale selon l'enquête de la direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques (DREES) de 2004 [32].

Dans un premier temps, je proposais la participation à l'enquête auprès des patients directement en salle d'attente, mais après plusieurs refus, la sélection a finalement été faite directement par leur médecin généraliste. Un biais de sélection est de ce fait créé en fonction des choix effectués par les praticiens en proposant à certains patients et non de façon systématique. On constate notamment une majorité de patients suivis par leur médecin traitant depuis 20 ans ou plus, versus huit patients seulement suivis depuis moins longtemps. Cela ne s'est pas traduit par des entretiens différents notamment dans les discours des patients ou de l'analyse des résultats, mais cela a pu générer des différences de réponses par une moindre motivation des patients pour ces entretiens.

Enfin, il faut intégrer que le nombre restreint de cabinets médicaux concernés est une limite à la variabilité des populations de notre étude et donc des réponses analysées. Cependant, dans ces trois lieux de l'étude, j'ai interrogé la patientèle de cinq médecins différents, et de façon totalement fortuite nous avons sélectionné autant de patient dans chacun des trois cabinets.

V. Conclusion

La prise tensionnelle est significative de la relation médecin patient, elle est par conséquent indispensable à la consultation en cabinet médical de médecine générale. Si sa réalisation paraît si difficile en pratique, c'est qu'elle oppose deux individus avec des perceptions et des modèles explicatifs différents. Cette étude a permis de mieux entrevoir les raisons de l'importance qu'accordent les patients à cette mesure. C'est un objet de magie, elle représente un réel et parfait reflet de leur santé qui les rassure. Selon les patients, elle constitue en cela un pouvoir puissant de soin pour le médecin généraliste. Cette représentation mystique devrait ainsi être conservée pour le bien-être et le ressenti positif des patients.

C'est au praticien de savoir intégrer les croyances et représentations du patient pour mieux le comprendre et le soigner. Les connaissances théoriques du patient doivent également être améliorées autant que possible pour lui permettre d'être acteur de sa santé. Le médecin possède ce pouvoir de la connaissance et doit être capable de le restituer au patient afin d'aboutir à une collaboration patient-médecin pour une prise en charge toujours plus bénéfique. L'étude montre cependant que le patient attend du médecin qu'il interprète les chiffres tensionnels mais également et surtout qu'il fixe un pronostic de santé globale à travers les résultats. C'est le rôle du médecin généraliste que de donner du sens à cette mesure pour proposer une stratégie à son patient qui devient acteur de sa santé.

Un des résultats intéressants de mon travail de thèse est l'avis des patients sur l'automesure tensionnelle. C'est une méthode à nouveau considérée comme mystérieuse car ils ne maîtrisent pas la technique et de ce fait ils n'ont pas confiance en ses résultats. Avoir un tensiomètre à domicile les rassure, ils peuvent ainsi « jouer au docteur » et vérifier par eux-mêmes leur état de santé. Ils possèdent par cette mesure une partie du pouvoir médical mais pour autant, la place du médecin généraliste reste incontournable, ils ont besoin de la confirmation des résultats mais surtout de sa validation. L'automesure tensionnelle est recommandée à présent comme seul indice de dépistage de l'hypertension artérielle valable, mais les patients auront toujours besoin de l'interprétation des résultats par leur médecin traitant.

Les enjeux de la prise tensionnelle, que ce soit en automesure ou en cabinet médical, dépassent largement le cadre d'une simple, voire banale mesure biométrique si classique de la consultation médicale. Bien au contraire, elle joue un rôle majeur dans l'interaction entre le patient et son médecin et traduit une relation de confiance forte. Au-delà de la prise tensionnelle, geste technique médical si courant et familier pour un médecin, le patient attend de cette dernière une réponse médicale, une prise en charge de sa santé qu'il ne maîtrise pas. Le patient a toute confiance en son médecin mais par l'intermédiaire de la mesure tensionnelle, la médecine lui donne une réelle possibilité de devenir acteur de sa santé.

VI. Bibliographie

- [1] Institut national de la santé et de la recherche médical. Dossiers informations : Hypertension artérielle. [En ligne] <https://www.inserm.fr/information-en-sante/dossiers-information/hypertension-arterielle-hta>
- [2] Jeunemaitre X, Julien J, Michel J-B. Hypertension. Encyclopaedia Universalis. [En ligne] <https://www.universalis.fr/encyclopedie/hypertension/>
- [3] Niiranen T.J., Hänninen M., Johansson J., Reunanen A., Jula A.M. Home-Measured Blood Pressure Is a Stronger Predictor of Cardiovascular Risk Than Office Blood Pressure. The Finn-Home Study. *Hypertension, Journal of the American Heart Association*. 2010. volume 55. P 1346-1351.
- [4] Imbert G. « L'entretien semi directif : à la frontière de la santé publique et de l'anthropologie ». *Recherche en soins infirmiers*. 2010. Volume 3. P 23 – 34.
- [5] Scribbr. L'entretien semi-directif : définition, caractéristiques et étapes. 2019. [En ligne] <https://www.scribbr.fr/methodologie/entretien-semi-directif/>.
- [6] Paillé P. *L'analyse par théorisation ancrée. Cahiers de recherche sociologique*. 1994. Volume 23. P 147 – 181.
- [7] Caillaud S, Flick U. *Triangulation méthodologique. Ou comment penser son plan de recherche*. Lo Monaco G, Delouée S, Rateau P. *Les représentations sociales. Théories, méthodes et applications*. Bruxelles. Editions de Boeck. 2016. P 227-240.
- [8] Defoort R. *Les patients et leur tension en médecine générale : Perceptions et croyances sur la pression artérielle et sa mesure en consultation dans le département du Nord*. Thèse de Médecine. Université Lille 2 Droit et Santé. 2015. P 56.
- [9] Kerdrain-Deridder C. « Pourriez-vous prendre ma tension, docteur ? » connaissances et croyances sur la mesure de la tension artérielle au cabinet du médecin généraliste. Thèse de Médecine. Université de Nantes. 2006. P 81.
- [10] El Hafdi S. *Le ressenti des patients sur la consultation de médecine générale*. Thèse de Médecine. Université de Picardie Jules Vernes. 2016. P 63.

[11] Fiol B. *Représentation du médecin généraliste concernant la mesure de la pression artérielle chez le patient normotendu. Thèse de Médecine. Université de Nice Sophi Antipolis. 2015. P 81.*

[12] Allen J, Crebolder H, Heyrman J, Svab I. *World Organization of National Colleges, Academies and Academic Associations of General Practitioners/Family Physicians. La définition européenne de la médecine générale-médecine de famille. 2002. [En ligne] <https://www.woncaeurope.org/page/definition-of-general-practice-family-medicine>*

[13] Hudelson P. *Que peut apporter l'anthropologie médicale à la pratique de la médecine. Revue Médicale Suisse. 2002. Vol 2. P 22444.*

[14] Sarradon-Eck A. *Comprendre la physiopathologie profane. Revue Ethica Clinica. 2008. Vol 51. P 20-28.*

[15] Levy R., Danon-Boileau H. *Considérations psychosomatiques sur l'hypertension artérielle. Évolution psychiatrique. 1953. Vol 3. P 397-409.*

[16] Mabile O. *Étude des déterminants de l'annonce des chiffres tensionnels chez les patients hypertendus et de l'impact de la relation médecin patient. Thèse de Médecine. Université de Bordeaux. 2015. P 97.*

[17] *Société Française d'Hypertension Artérielle. Recommandations de la SFHTA. [En ligne] http://www.sfhta.eu/?page_id=3404*

[18] Kivimäki M, Nyberg ST, Batty GD, et al. *Job strain as a risk factor for coronary heart disease : a collaborative meta-analysis of individual participant data. The Lancet. 2012 ; vol 380. P 1491-1497.*

[19] *European Society of Cardiology, European Society of Hypertension. Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal. 2018. Volume 39. P 3021-3104.*

[20] *Société Française d'Hypertension Artérielle. Recommandations : Mesure de la pression artérielle. 2018. [En ligne] http://www.sfhta.eu/?page_id=3404*

[21] Rousseau S. *Automesure tensionnelle pratique en soins primaires : étude MEGAMET enquête téléphonique nationale auprès de 546 médecins généralistes de mai à août 2004. Thèse de Médecine. Université Henry Poincare Nancy. 2007. P 160.*

[22] Collège National des Généralistes Enseignants. *Communiqués du conseil scientifique. L'automesure tensionnelle pour le diagnostic d'hypertension artérielle : une référence pour la pratique.* 2015. [En ligne]

https://www.cnge.fr/conseil_scientifique/productions_du_conseil_scientifique/lautomesure_tensionnelle_pour_le_diagnostic_dhyper/

[23] Jenck L. *Étude EPATEMED : étude de la pratique de l'automesure tensionnelle en médecine générale, étude descriptive quantitative transversale en soins primaires en Gironde.* Thèse de Médecine. Universités de Bordeaux. 2018. P 116.

[24] *L'assurance Maladie. Santé et prévention : Diagnostic de l'HTA par automesure tensionnelle.* [En ligne]

<https://www.ameli.fr/medecin/sante-prevention/pathologies/diagnostic-hta-automesure-tensionnelle/diagnostic-hta-automesure-tensionnelle>

[25] Spire T. *Valeur de l'automesure tensionnelle en médecine générale.* Thèse de Médecine. Universités de Paris Diderot. 2010. P 104.

[26] Truong R, Perrain A. « Et vous m'prenez pas la tension, docteur ? » Les patients hypertendus pratiquant l'automesure tensionnelle refusent que leur médecin généraliste arrête de mesurer leur pression artérielle lors de la consultation de suivi. *Exercer.* 2015. Volume 125. P 106-107.

[27] Hautefeuille A, Jeffredo P, Cadier S, Dessolle L, Le Reste JY. *L'automesure tensionnelle, source d'anxiété ? Etude prospective observationnelle.* *Rev Prat.* 2009. Volume 59. P 3-6.

[28] Gibello Lambert A. *Comment les hypertendus français mesurent-ils leur pression artérielle ?* Thèse de Médecine. Faculté de médecine de Nancy. 2012. P 54.

[29] Rolland C. *Enjeux et usages des recommandations de bonne pratique. Application à la médecine générale et à l'hypertension artérielle.* Thèse de sociologie. Université de Toulouse. 2011. P 331.

[30] Gaborieau P. *Qu'est-ce qu'un « bon médecin généraliste » ? Enquête quantitative de comparaison des moyennes des notes données aux items du questionnaire EUROPEP, par les usagers de médecine générale de la Touraine du Sud.* Thèse de médecine. Université de Tours. 2013. P 39.

[31] Institut national de la statistique et des études économiques. *Statistique et étude : Estimation de population par sexe et âge au 1^{er} janvier 2020*. [En ligne] <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2012692>

[32] Labarthe G. *Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie*. DREES : *Études et Résultats*. 2004. Volume 315. P 12.

VII. Annexes

1. Annexe 1 : Guide d'entretien

Bonjour, je m'appelle Ninon Aron, je suis interne en médecine générale de dernière année. Je vous remercie de bien vouloir participer à cet entretien dans le cadre de ma thèse portant sur la prise de tension artérielle, je voudrai analyser la perception des enjeux perçus par les patients lors de la mesure de la tension artérielle, tant au cabinet qu'à la maison. Je vais donc vous poser quelques questions, le but étant d'y répondre le plus librement possible, sans avoir peur de jugement, de mauvaise ou bonne réponse. Notre entretien sera bien sur anonyme, acceptez-vous que j'enregistre notre conversation ?

Pour commencer, pourriez-vous me donner quelques renseignements : votre genre, votre âge, votre profession, votre situation familiale, vos problèmes de santé ou ce pour quoi vous être suivi ? Depuis combien de temps prenez-vous un traitement pour l'HTA ? Depuis combien de temps êtes-vous suivi par votre médecin généraliste ?

1. Connaissance du patient sur la tension artérielle :

1/ Pouvez-vous me dire dans un premier temps, ce que vous savez au sujet de la tension artérielle ? Et au sujet de l'hypertension artérielle ?

2/ Savez-vous quelles en sont les conséquences, de l'HTA ?

3/ De ce fait, pourriez-vous me dire pourquoi, selon vous, votre médecin contrôle-t-il votre tension artérielle ?

2. Ressenti et vécu du patient à travers la prise tensionnelle :

4/ Pourriez-vous me dire en quoi cette mesure est importante pour vous ?

5/ Que ressentez-vous quand un médecin vous prend la tension en consultation ?

6/ Et lorsque le médecin qui vous la prend n'est pas votre médecin habituel ?

7/ Que ressentez-vous lorsque le médecin vous annonce une tension normale ?

8/ Si le médecin vous annonce une tension artérielle élevée ou du moins différente de d'habitude, que ressentez-vous alors ?

3. La prise tensionnelle dans la relation malade médecin

9/ En quoi, selon vous, la prise de tension artérielle peut être importante pour le médecin lors d'une consultation de médecine générale ?

10/ Selon vous, que va-t-il penser, en fonction des résultats de votre tension ?

11/ Que pensez-vous d'une consultation durant laquelle le médecin ne mesure pas votre tension ?

4. Mise en perspective avec l'automesure

12/ Concernant la prise de tension artérielle que vous prenez vous-même à la maison, appelée « automesure », qu'avez-vous ressenti lors de la prise de tension ?

13/ Qu'avez-vous ressenti lorsque les chiffres étaient normaux ? Et lorsqu'ils étaient anormaux ?

14/ Quelle a été alors votre réaction vis-à-vis de votre médecin ?

Merci beaucoup pour votre participation.

2. Annexe 2 : Caractéristiques détaillées de l'échantillon

Entretien	Sexe	Age	Profession	Suivi par le médecin	Traitement antihypertenseur
1	Féminin	29 ans	Sans emploi	20 ans	Non
2	Féminin	52 ans	Aide à domicile	32 ans	Non
3	Féminin	82 ans	Retraitée	30 ans	Oui
4	Féminin	65 ans	Retraitée	30 ans	Non
5	Féminin	35 ans	Bouchère	20 ans	Oui
6	Masculin	30 ans	Chef de chantier	30 ans	Non
7	Féminin	50 ans	Aidant familial	30 ans	Oui
8	Féminin	47 ans	Aide médico-psychologique	30 ans	Non
9	Masculin	26 ans	Intérimaire	20 ans	Non
10	Féminin	87 ans	Retraitée	30 ans	Oui
11	Féminin	41 ans	Courtière en assurance	3 mois	Non
12	Masculin	59 ans	Boulangier	20 ans	Non
13	Masculin	51 ans	Cariste	3 ans	Oui
14	Féminin	84 ans	Ouvrière en usine	1 an	Oui
15	Masculin	68 ans	Retraité	30 ans	Non
16	Féminin	49 ans	Sans emploi	30 ans	Non
17	Féminin	72 ans	Retraitée	20 ans	Oui
18	Féminin	47 ans	Secrétaire	20 ans	Non
19	Féminin	54 ans	Auxiliaire de vie	6 mois	Non
20	Féminin	79 ans	Retraitée	5 ans	Oui
21	Masculin	72 ans	Cuisinier	20 ans	Oui
22	Féminin	85 ans	Agent d'entretien	10 ans	Oui
23	Féminin	47 ans	Aide-soignante	20 ans	Oui
24	Masculin	68 ans	Employé sécurité sociale	9 mois	Non
25	Féminin	38 ans	Cuisinier	6 ans	Non
26	Féminin	49 ans	Educatrice	15 ans	Non
27	Masculin	53 ans	Employé d'usine	3 ans	Oui
28	Masculin	82 ans	Retraité	20 ans	Oui

3. Annexe 3 : Classification des pressions artérielles mesurées en cabinet médical et définition des grades d'hypertension artérielle (ESC/ESH 2018)

Table Classification of office blood pressure^a and definitions of hypertension grade^b

Category	Systolic (mmHg)		Diastolic (mmHg)
Optimal	<120	and	<80
Normal	120–129	and/or	80–84
High normal	130–139	and/or	85–89
Grade 1 hypertension	140–159	and/or	90–99
Grade 2 hypertension	160–179	and/or	100–109
Grade 3 hypertension	≥180	and/or	≥110
Isolated systolic hypertension ^b	≥140	and	<90

©ESC/ESH 2018

BP = blood pressure; SBP = systolic blood pressure.

^aBP category is defined according to seated clinic BP and by the highest level of BP, whether systolic or diastolic.

^bIsolated systolic hypertension is graded 1, 2, or 3 according to SBP values in the ranges indicated.

The same classification is used for all ages from 16 years.

MESURE DE LA TENSION ARTERIELLE : ENJEUX, RESENTIS ET ÉMOTIONS AUTOUR DE LA PRISE TENSIONNELLE.

Introduction : La prise tensionnelle est plus qu'une mesure anthropométrique simple, c'est un moment symbolique fort de la consultation de médecine générale. Connaître le ressenti et comprendre les enjeux tel que perçus par les patients autour de la prise tensionnelle, en cabinet comme en automesure paraît donc indispensable dans l'amélioration de la relation patient-médecin.

Matériel et méthode : Étude qualitative par entretiens semi-dirigés auprès de 28 patients de médecine générale de l'Aisne. Les résultats ont été confrontés à une triangulation théorique et de chercheur.

Résultats : Les connaissances concernant la tension artérielle sont peu développées chez les interviewés. La surveillance régulière de leur tension artérielle symbolise pour eux un état de santé et une hygiène de vie. La prise tensionnelle est un rituel indispensable et rassurant pour les patients. Le vécu de cette mesure est intimement lié au comportement, à la réaction et à l'interprétation de leur médecin traitant. Si l'automesure tensionnelle peut les rassurer, l'interprétation de cette mesure par leur praticien reste primordiale.

Discussion : Parfois mystique voire magique, la prise tensionnelle le rassure, prédisant son état de santé. Elle joue alors un véritable rôle dans le soin. Ce pouvoir médical doit être partagé avec le patient pour une décision collégiale de prise en charge. Au-delà des valeurs chiffrées mesurées en consultation ou en automesure, le patient attend de son praticien un pronostic sur son état de santé. L'éducation thérapeutique à l'automesure tensionnelle est justifiée, mais ne peut se substituer à la prise tensionnelle.

Conclusion : La prise tensionnelle est le reflet d'une relation de confiance forte patient-médecin. Elle possède une puissance magique qui assure le soin et le bien-être du patient. En consultation comme en automesure, la place du praticien reste incontournable dans l'interprétation et le pronostic médical.

Mots-clefs : Médecine générale ; tension artérielle ; représentation du corps ; relation médecin-patient

BLOOD PRESSURE MEASUREMENT : ISSUES, FEELINGS AND EMOTIONS REGARDING BLOOD PRESSURE TAKING.

Introduction : Blood pressure taking is more than a simple anthropometric measurement, it's a powerful symbolic element of general medicine. Knowing the feeling and the issues perceived by patients when it comes to blood pressure taking seems to be essential in improving the patient-doctor relationship, both in the office and in self-measurement.

Method : Qualitative study using semi-structured interviews with 28 general medicine patients in the Aisne. The results were confronted with a theoretical and researcher triangulation.

Results : Theoretical knowledges concerning blood pressure are poorly developed among interviewees. The regular monitoring of their blood pressure symbolizes for them a state of health and a healthy lifestyle. Blood pressure measurement is an essential and reassuring ritual for patients. The experience of this measure is intimately linked to the behaviour, reaction and interpretation of their treating physician. If self-measurement of tension can reassure them, the interpretation of this measure by their practitioner remains paramount.

Discussion : Sometimes mystical or even magical, blood pressure taking reassures him, predicting his state of health. It then plays a true caring role. This medical power must be shared with the patient for a collegial decision to be taken. Beyond the figures measured in consultation or by self-measurement, the patient expects his practitioner to give him a prognosis on his state of health. Therapeutic education in self-measurement of blood pressure is justified, but cannot replace blood pressure measurement.

Conclusion : Blood pressure taking is traducing a forceful trust-based patient-doctor relationship. It has a magical power which ensures the care and well-being of the patient. In consultation as in self-measurement, the place of the practitioner remains essential in the interpretation and the medical prognosis.

Key words : Général médecine ; blood pressure ; body image ; doctor-patient relationship