



UNIVERSITE LILLE 2 DROIT ET SANTE
FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année : 2015

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT
DE DOCTEUR EN MEDECINE

LES PATIENTS ET LEUR TENSION EN MEDECINE GENERALE :
Perceptions et croyances sur la pression artérielle et sa mesure en
consultation dans le département du Nord

Présentée et soutenue publiquement le 20 mai 2015
au Pôle Formation
Par Rémi DEFOORT

JURY

Président :

Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Assesseurs :

Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Pascal DELSART

Directeur de Thèse :

Monsieur le Docteur Philippe HANNEQUART

Avertissement

**La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises
dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs**

Table des matières

RESUME	3
PREAMBULE	4
INTRODUCTION	5
METHODOLOGIE	7
1- Type d'étude	7
2- Population étudiée	8
3- Les entretiens semi-dirigés	9
4- Guide d'entretien.....	10
5- Déroulement des entretiens	12
6- Analyse des entretiens.....	12
RESULTATS	13
1- Caractéristiques de l'échantillon.....	13
1.1 Taille du corpus.....	13
1.2 Caractéristiques des patients interrogés	14
2- Habitudes de consultation	16
3- Perceptions sur la prise de la tension.....	17
3.1 Un indicateur de santé	17
3.2 Un outil pour le médecin	18
3.3 Une attention portée au malade	19
3.4 Le compte est bon	20
3.5 « Pourriez-vous prendre ma tension ? ».....	20

4- Croyances sur la tension artérielle	23
4.1 Définition de la tension	23
4.2 Le(s) chiffre(s).....	24
4.3 Facteurs de variation de la tension.....	25
4.4 Symptômes de variation de la tension.....	28
5- L'hypertension artérielle	30
DISCUSSION.....	34
1- L'échantillon	34
2- Des habitudes qui évoluent	35
2.1 Une prise immuable à l'intérieur du cabinet... ..	35
2.2 ... Et des prises à l'extérieur	36
3- Une prise de tension à démystifier ?	38
3.1 La jauge d'énergie de la machine corporelle	38
3.2 Une dimension sacrée autoentretenu.....	41
3.3 Pourriez-vous prendre soin de moi docteur ?.....	43
4- Entre stress et fatigue, le cœur balance... ..	45
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIE.....	50
ANNEXES.....	53
ANNEXE 1 : Fiche d'information patient.....	53
ANNEXE 2 : Guide d'entretien	54
ANNEXE 3 : Caractéristiques détaillées de l'échantillon	56

RESUME

Contexte : La relation qui unit le patient à sa pression artérielle peut parfois paraître surprenante. Sa mesure semble être un moment particulier de la consultation de soins primaires. Chercher à comprendre les représentations des patients vis-à-vis de la pression artérielle et de sa mesure, dans une démarche anthropologique, peut permettre d'enrichir la pratique médicale.

Méthodologie : Etude qualitative par entretiens semi-directifs individuels auprès de 20 patients de médecine générale atteints ou non d'hypertension artérielle dans le département du Nord.

Résultats : La prise de la tension est un moment important de la consultation que les patients sont prêts à réclamer qu'ils soient hypertendus ou normotendus. La valeur de leur tension est un indicateur de santé. La stabilité de leur tension les rassure et peut leur procurer un bien-être posant la question d'un effet placebo d'une « bonne tension ». L'attention que leur porte le médecin est également sécurisante mettant en lumière l'importance de la place du soin en consultation. Les variations tensionnelles sont, selon les patients, principalement générées par le stress et la fatigue. La baisse de tension, plus volontiers symptomatique, semble autant redoutée que la hausse de tension. Les risques cardiovasculaires de l'hypertension artérielle sont bien connus et notamment des patients hypertendus.

PREAMBULE

« 12/7... Une tension de jeune homme ça hein docteur ! »

« 13/7... J'ai toujours 13/7... Vous allez voir docteur ! »

« 14/8... Ah ? Mais la dernière fois j'avais 13/7... Qu'est-ce qu'on va faire ? »

« 15/8... Ah ah ! Je t'ai battue chérie ! »

« 16/9... Parfait, ma date de naissance, comme d'habitude docteur ! »

« 17/9... Ne vous affolez pas docteur, ça ira pour un vieux... »

INTRODUCTION

La relation qui unit le patient à sa pression artérielle peut parfois paraître surprenante voire quasi-mystique. Du réflexe presque pavlovien du bras qui se tend lorsque le médecin l'invite à s'asseoir sur la table d'examen au jeu divinatoire consistant à prédire son chiffre tensionnel du jour, nombre d'exemples donnent à penser que sa mesure est un moment particulier de la consultation.

Atteints ou non d'hypertension, les patients semblent souvent attachés à cette valeur et en font parfois le témoin de leur état de santé général. Ils peuvent se satisfaire de sa stabilité au fil des examens ou quelquefois en expliquer les variations par des événements de leur vie quotidienne, leur tension devenant alors source de confessions plus personnelles.

C'est à partir de ces constatations qu'est née l'idée d'interroger les patients sur l'importance qu'ils vouent à cette prise de la pression artérielle en consultation et les représentations qu'ils peuvent en avoir. L'objectif étant une approche anthropologique des perceptions et croyances au sein du département du Nord.

Travaux antérieurs

Parmi les innombrables données scientifiques traitant de la pression artérielle, de sa mesure, de sa régulation, de son intérêt, de sa valeur pronostique dans diverses pathologies, de l'hypertension elle-même, de sa prise en charge, de ses risques, des stratégies thérapeutiques à adopter, des effets de l'ail, de l'aubépine, des pistaches ou du colchique, rares étaient les documents évoquant le point de vue des patients quant à la prise de la pression artérielle en consultation, geste devenu pourtant presque illustratif du praticien d'aujourd'hui.

Deux thèses françaises de médecine générale abordaient le sujet. L'une d'elles [1] s'intéressait à la demande faite par certains patients sains d'une prise de tension par leur médecin généraliste (« Pourriez-vous prendre ma tension docteur ? »). La seconde [2] étudiait les représentations des patients concernant la prise de la tension en région normande et cherchait à comprendre les raisons de la discordance entre pratique et recommandations.

L'existence de ces premières données, plutôt isolées, sur cette question, nous encouragea à explorer nous-même les représentations de notre département. Il nous sembla également intéressant de ne pas nous focaliser sur une population normotendue ou hypertendue mais d'examiner un échantillon varié pour envisager l'objectif secondaire d'une éventuelle confrontation des représentations entre ces deux groupes.

METHODOLOGIE

1- Type d'étude

Les perceptions et croyances des patients sur leur tension artérielle et sa mesure ont été étudiées au cours d'une enquête qualitative par la réalisation et l'analyse d'entretiens individuels semi-dirigés conduits sur une population de médecine générale.

La méthode qualitative, issue des sciences sociales, semblait la plus adaptée à l'exploration de représentations puisqu'elle s'attache à chercher des réponses approfondies sur ce que les individus pensent et ressentent. Elle cherche à analyser la culture et le comportement des êtres humains dans leur milieu naturel. Ce type d'étude permet de collecter des données verbales, donc non quantifiables, de recueillir des opinions, et d'en avoir une analyse interprétative. C'est une méthode inductive qui cherche à générer des hypothèses là où les méthodes dites quantitatives viennent les tester ou en faire une description numérique [3,4].

Notre approche était anthropologique puisque son but était de porter un regard sur des conceptions humaines, sur la façon dont des personnes vivent leur santé, dans leur dimension socio-culturelle, et de tenter d'en comprendre les déterminants.

2- Population étudiée

Notre enquête a été réalisée auprès de patients consultant un médecin généraliste dans le département du Nord en France.

Nous avons choisi de recevoir des patients volontaires à la sortie de leur consultation dans une pièce isolée du cabinet médical. Ces patients étaient préalablement informés de la possibilité de participer à l'enquête par une annonce affichée en salle d'attente [cf. Annexe 1] et y étaient également invités par le médecin, selon son jugement, à l'issue de la consultation. Ce dernier, informé de l'objectif de la thèse, était donc acteur du recrutement.

S'inscrivant dans une démarche qualitative, les inclusions ont été faites, en collaboration avec les médecins, dans un souci de diversité concernant le sexe, l'âge et le statut tensionnel. Il ne s'agissait aucunement de prétendre à une représentativité statistique par un échantillonnage randomisé mais d'obtenir un large éventail de représentations par un échantillon varié reflet de la réalité. Cette diversité était source de la richesse des données [3,4].

Nous avons sélectionné trois cabinets médicaux de notre connaissance que nous savions dotés d'une pièce annexe où mener les entretiens. Les liens professionnels ou amicaux avec les médecins y exerçant nous semblaient être un atout dans la confiance portée à notre projet et par conséquent dans leur collaboration au recrutement.

Critères d'inclusion : Pouvait être inclus tout patient majeur consultant au cabinet pendant la période de réalisation des entretiens et acceptant d'y participer.

Taille de l'échantillon : Aucun objectif initial sur le nombre de patients à inclure n'a été fixé. Nous avons décidé de clôturer la campagne d'entretiens à saturation des données c'est-à-dire lorsqu'aucune idée nouvelle n'a émergé de la retranscription d'une nouvelle interview [4].

3- Les entretiens semi-dirigés

Le recueil des données auprès de la population participant à l'étude a été effectué au moyen d'entretiens semi-dirigés. L'entretien semi-dirigé est une technique qualitative de recueil d'informations permettant de centrer le discours des personnes interrogées autour de thèmes définis. Il est mené sur la base d'une structure souple qui consiste en des questions ouvertes définissant les domaines à explorer et desquelles l'interviewé comme l'intervieweur peuvent s'écarter pour poursuivre une idée plus en détail n'enfermant donc pas le discours dans un cadre rigide [5].

Ces entretiens ont été individuels afin de favoriser la libre expression du participant et ont été conduits à partir d'un guide d'entretien déroulant la trame de l'interview et les thèmes à aborder.

4- Guide d'entretien [cf. Annexe 2]

Fil conducteur des entrevues à venir, le guide d'entretien que nous avons conçu comptait 3 parties :

- Tout d'abord, une courte présentation de l'étude, en termes simples, avec explication des « règles du jeu » (anonymat, enregistrement audio des entretiens, valorisation du témoignage personnel, absence de jugement).
- Un questionnaire quantitatif, fiche d'identité de l'interviewé, permettant de caractériser l'échantillon. Ce questionnaire était rédigé de manière manuscrite avant l'interview afin de le dissocier des questions ouvertes à suivre.
- Enfin l'entretien qualitatif en lui-même que nous allons détailler.

L'entretien qualitatif était une trame de questions ouvertes autour de la tension artérielle et de sa mesure en consultation centrées sur 2 thèmes principaux :

- La prise de la tension artérielle et notamment sa place dans la consultation médicale, son importance pour le patient ou le médecin, les impressions que pourraient générer une absence de prise ainsi que la potentielle réclamation de celle-ci.
- Les connaissances et croyances sur la tension artérielle et notamment sa définition, ses valeurs normales ainsi que les causes et conséquences de ses variations.

L'entretien débutait par des questions introductives sur les habitudes de consultation concernant la prise de la tension afin de poser le sujet et d'entamer la discussion. Les dernières questions portaient sur les connaissances des patients à propos de l'hypertension artérielle.

Le nombre, l'ordre ou le contenu des questions pouvaient varier au fil de l'entretien en fonction de la compréhension de la personne interrogée ou des idées exprimées (reformulations, relances...), sans toutefois s'écarter des points à aborder.

Terminologie : Nous avons volontairement, au cours des entretiens, utilisé la locution « tension artérielle » sans doute plus familière des patients que « pression artérielle » afin de ne pas biaiser la compréhension des questions.

NB : Il semblait donc cohérent que nous fassions de même pour le titre principal de notre travail de thèse.

De même nous n'avons sciemment pas détaillé les notions de pression systolique ou diastolique lorsque nous avons interrogé les patients sur le chiffre tensionnel afin de ne pas orienter leurs réponses et biaiser l'analyse de leurs représentations.

Enfin précisons que nous avons décidé de considérer tout patient traité mais également ayant été traité pour hypertension comme « hypertendu ». Il semblait, en effet plus logique de les placer sous la même bannière dans l'optique de pouvoir confronter les représentations avec des patients n'ayant jamais reçu de traitement antihypertenseur. Par antonymie, ces derniers seront qualifiés de « normotendus ».

5- Déroulement des entretiens

Les entretiens ont été réalisés de mai 2014 à septembre 2014. Ils ont duré en moyenne 15 minutes et ont été enregistrés, après accord du patient, à l'aide d'un smartphone (application Dictaphone). A chaque entretien correspondait donc un fichier numérique audio que nous avons numéroté et auquel se rattachait le questionnaire quantitatif manuscrit numéroté de manière identique.

6- Analyse des entretiens

Chaque entretien a été retranscrit littéralement et en intégralité à partir des enregistrements réalisés afin de respecter strictement l'expression des sujets. Nous avons ainsi obtenu, pour chaque interview, un verbatim à analyser, matière première de notre travail. A partir de cette base de données, nous avons procédé à une analyse thématique afin de faire émerger les idées récurrentes et pertinentes au regard de notre question de recherche.

Les thèmes que nous avons dégagés ont été développés dans la partie « Résultats ».

RESULTATS

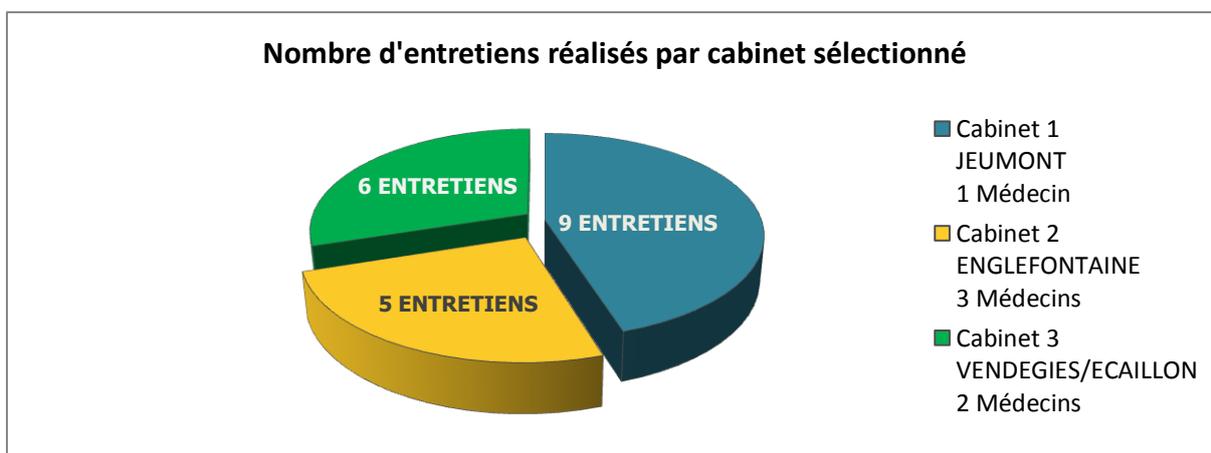
1- Caractéristiques de l'échantillon [cf. Annexe 3]

1.1 Taille du corpus

Nous avons réalisé 20 entretiens dans 3 cabinets de médecine générale du département du Nord.

Cabinet 1 : Les entretiens 1 à 9 ont été réalisés dans un cabinet de la commune de Jeumont (*commune urbaine de plus de 10 000 habitants de l'aire urbaine de Maubeuge*) auprès de la patientèle du médecin y exerçant.

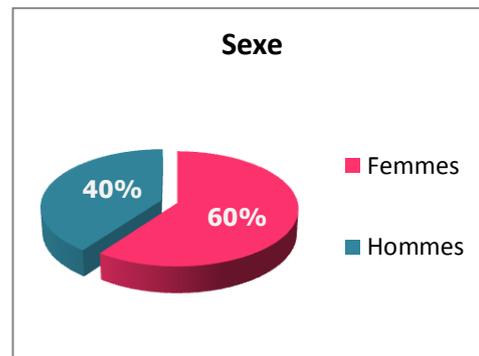
Cabinet 2 : Les entretiens 10 à 14 ont été réalisés dans un cabinet de la commune d'Englefontaine (*commune périurbaine multipolarisée de moins de 2000 habitants*) auprès de la patientèle des trois médecins du cabinet.



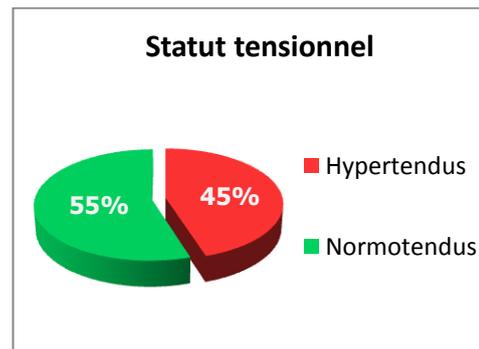
Cabinet 3 : Les entretiens 15 à 20 ont été réalisés dans un cabinet de la commune de Vendegies-sur-Ecaillon (*commune périurbaine de moins de 2000 habitants de l'aire urbaine de Valenciennes*) auprès de la patientèle des deux médecins du cabinet.

1.2 Caractéristiques des patients interrogés

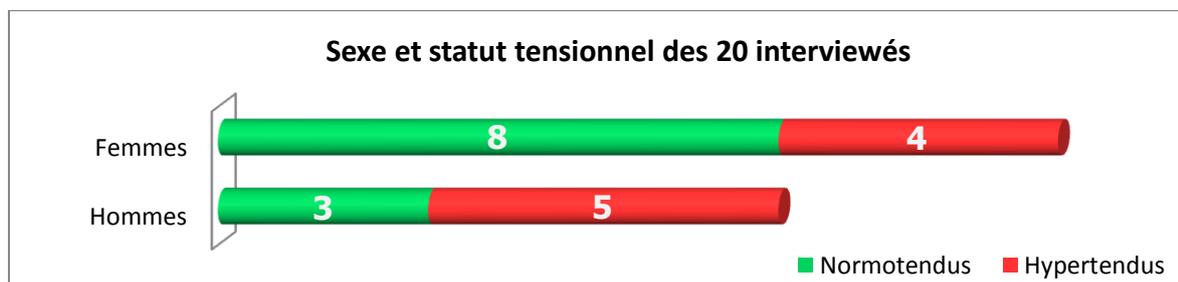
Nous avons interviewé 12 femmes et 8 hommes, l'échantillon était donc majoritairement féminin.



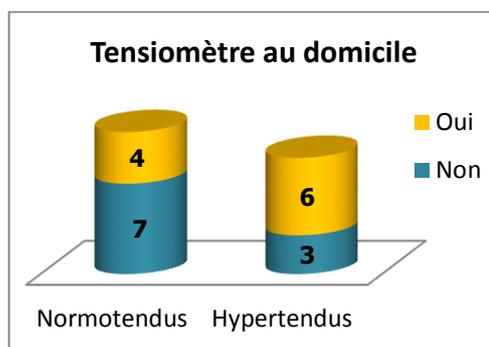
Sur les 20 interviewés, 9 patients présentaient des antécédents d'hypertension. On comptait donc 11 patients normotendus.



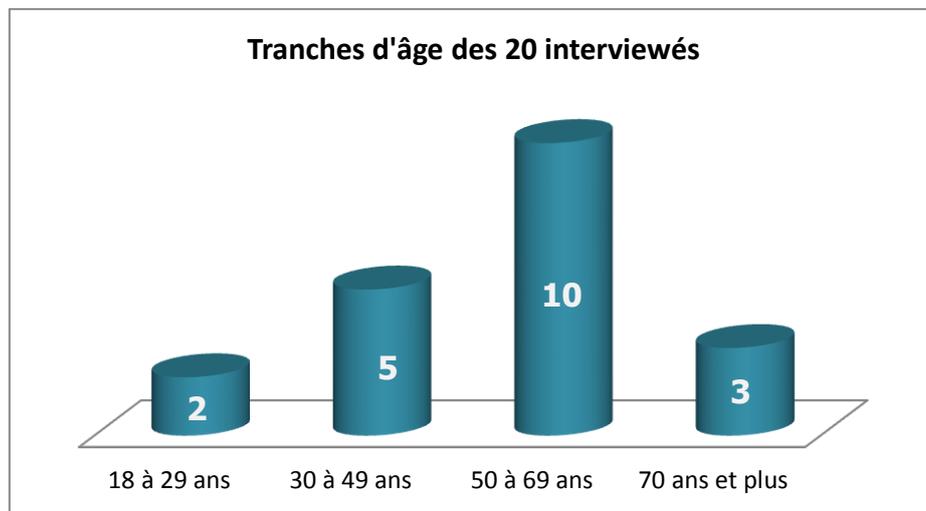
NB : Rappelons que nous avons décidé de considérer comme « hypertendu », tout patient traité ou ayant été traité par un antihypertenseur (cf. chapitre « Méthodologie »).



La moitié des patients interrogés avait un appareil de mesure de la tension au domicile et parmi eux 6 patients hypertendus.



L'âge des patients ayant participé à l'étude s'étalait de 25 à 88 ans pour une moyenne de 57,15 ans. La tranche majoritaire était celle des 50-69 ans.



La catégorie socio-professionnelle la plus représentée était celle des retraités qui comptait 9 sujets. Les 20 patients interviewés pouvaient être répartis de la façon suivante selon les huit catégories de l'INSEE :



2- Habitudes de consultation

« Avant toute question, on prend la tension... »

Pour les 20 patients interrogés, la prise de tension est systématique en cas de consultation médicale. A la question de savoir si leur médecin généraliste prend leur tension, ils répondent par l'affirmative, pour la plupart comme une évidence, presque surpris (« **oui bien sûr, à chaque fois** »), pouvant se mettre sur la défensive pour protéger cette habitude (« **oui... et ça ne me dérange pas !** »).

Selon les pratiques, elle semble prise plus fréquemment en début de consultation, peu après l'entrée, le plus souvent assise, sur une table d'examen (« **attendez euh j'enlève mon blouson, je m'assois, je donne mon bras, il prend son appareil et pschitt pschitt pschitt...** »), sans côté préférentiel selon les patients interviewés que nos demandes de précisions laissent volontiers incrédules (« **bah après l'entrée, avec son machin qui gonfle, comment voulez-vous qu'il la prenne ?** »).

Certains décrivent un acte devenu automatique (« **même que vous dites que vous avez mal au pied on vous prend automatiquement la tension** »), d'autres le perçoivent comme inclus dans une routine ou faisant partie du protocole (« **c'est comme un petit rituel** »). Un patient enfin utilisera lui le terme « instinctif » pour évoquer ce moment où son généraliste dégaine le sphygmomanomètre.

Le médecin est-il donc un animal pour qui prendre la tension serait un geste inné nécessaire à sa survie ?

3- Perceptions sur la prise de la tension

Pour la majorité des interviewés (19 patients sur 20) et donc qu'ils soient ou non suivis pour une hypertension artérielle, la prise de la tension est un moment important et attendu de la consultation médicale. Certains vont plus loin en affirmant qu'il s'agit d'un acte « indispensable » et « nécessaire » voire qu'il est « normal » et « fait partie d'une consultation complète ». Pour l'un d'entre eux, il semble même être la raison première de sa venue chez le médecin : **« Ben on vient au médecin c'est pour savoir eul' tension ! »**.

S'ils s'entendent donc tous sur son importance, les raisons évoquées qui l'expliquent sont quant à elles variées.

3.1 Un indicateur de santé

« Avoir une bonne tension c'est être en bonne santé »

Pour le plus grand nombre, la tension artérielle semble être un indicateur de l'état de santé ou de l'état général. Elle permet de les « renseigner » sur leur condition ou de « situer » leur niveau de forme (**« savoir où j'en suis »** : 4 fois cité).

Si la plupart des patients le suggèrent précisément en ces termes, d'autres utilisent un discours plus imagé qui semble véhiculer la même idée :

- **« la tension c'est comme un fleuve, si le fleuve est calme alors tout va bien, on est en osmose avec les éléments, mais si les vagues arrivent ça perturbe tout, il peut même y avoir un tsunami et là rien ne va plus... »**
- **« la tension c'est ce qui régule les plus et les moins »**

Ils sont donc satisfaits ou rassurés si le médecin leur dit que leur tension est bonne car cela les protège, momentanément, de la maladie : « **la tension est bonne qu'il m'a dit... Y'a pas à s'en faire ! Il a pas ajouté ça hein, ça c'est moi...** ».

Deux patients interrogés vont même plus loin en révélant un effet bienfaisant de l'annonce d'une bonne tension par leur médecin :

- « **Ça me va bien et je me sens bien en plus, ça m'apporte une confiance** »
- « **On nous dit quelque chose de positif donc on va positiver, on tient la pêche, on va se sentir bien et associer tout ce qui est positif...** »

Ils sont au contraire inquiets lorsqu'elle varie, la stabilité au fil des consultations étant un élément essentiel évoqué par un certain nombre d'entre eux. Ils souhaitent comprendre l'origine d'une modification, si nécessaire à l'aide d'examens complémentaires. Cela peut être une « alerte » pouvant annoncer l'arrivée prochaine d'une maladie (« **on couve quelque chose** »), un « signal d'alarme » à la fois pour eux mais sans doute également pour leur médecin.

3.2 Un outil pour le médecin

« **Pour moi ce n'est pas important mais pour la médecine peut-être...** »

S'ils ne trouvent pas toujours un intérêt personnel à cette prise de leur tension, ils peuvent y suspecter un intérêt médical (« **on lui a appris comme ça, c'est des étapes par lesquelles il doit passer pour prendre sa décision, c'est la phase du... euh comment qu'on dit ça ?** »), probablement diagnostique qu'ils ne sont pas forcés de comprendre (« **c'est son métier, pas le mien** »).

Une personne interrogée envisage pour sa part un intérêt médical autre que strictement clinique, celui de justifier un statut : « **je peux comprendre qu'un patient attende de la part d'un médecin qu'il lui fasse quelque chose...** ». Ou peut-être s'agit-il de montrer de l'intérêt pour son patient...

3.3 Une attention portée au malade

« **Il s'occupe de moi d'une certaine façon...** »

Pour quelques patients, l'importance de la prise de tension n'est pas dans son résultat mais dans sa réalisation. Ce geste leur indique un intérêt du médecin pour leur personne, intérêt qui les sécurise et les rassure (5 patients interviewés l'évoquent) :

- « **je suis contente quand on me la prend, ça me rassure** »
- « **en tant que patient, le fait que le médecin prenne du temps pour nous, on a l'impression qu'il s'intéresse à nous et on se sent mieux quand c'est fait quoi...** »

Notons que, sur ce dernier commentaire, la personne interrogée (ici une patiente normotendue) n'envisage pas un réel intérêt du médecin mais l'« impression » d'un intérêt, peut-être un intérêt feint par le geste de la prise de tension.

Un patient souhaiterait pour sa part une plus grande considération : « **il devrait même poser plus de questions, prendre plus de temps, j'ai l'impression que c'est à la chaîne maintenant** ».

Le médecin par ce geste leur prête attention, n'est-ce pas la définition du soin ?

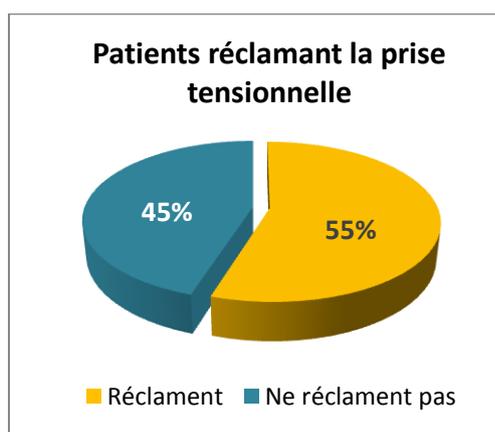
3.4 Le compte est bon

« On m'dit que j'ai une tension de jeune fille mais on m'dit jamais combien »

Quand le brassard se dégonfle, le médecin prend alors la parole. Il peut, semble-t-il, soit annoncer un chiffre (ou deux...) agrémenté ou non d'un commentaire de son cru, soit émettre un avis positif ou négatif sur la mesure qu'il vient d'effectuer. Nous avons noté que certains patients évoquent spontanément leur attachement au chiffre d'autant plus qu'ils peuvent ainsi le comparer à celui de la consultation précédente (**« des fois il oublie de me dire le chiffre et pourtant pour moi c'est important le chiffre »**) tandis que d'autres, au contraire, préféreraient que celui-ci soit commenté ou expliqué (**« parce qu'en vérité on nous dit 11, 12, 13 mais qu'est-ce que ça veut dire ? Si je ne retiens pas les chiffres, ça me sert à rien moi, il faudrait dire si c'est bon ou mauvais tout simplement »**).

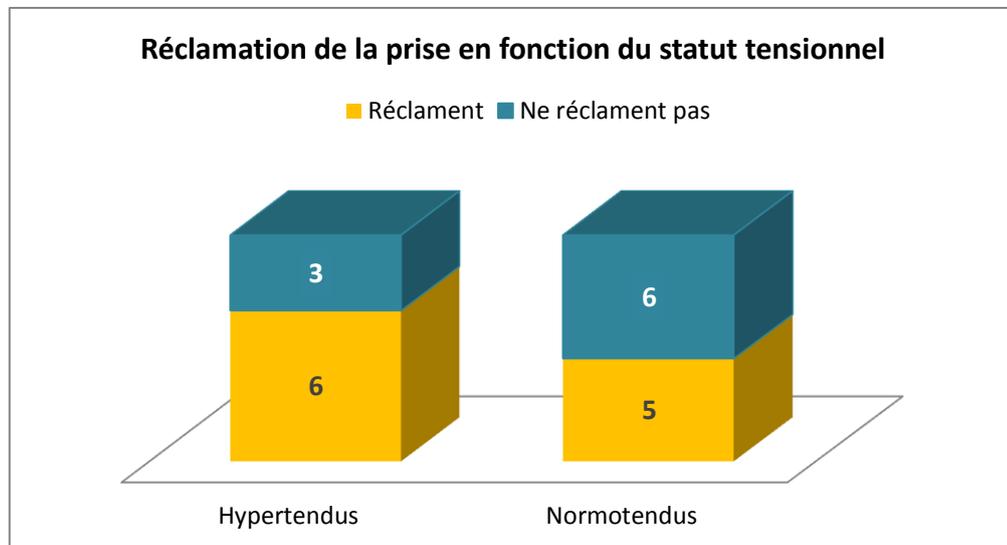
3.5 « Pourriez-vous prendre ma tension ? »

Pour juger de l'importance qu'ils vouent à la prise tensionnelle, nous avons demandé aux patients s'ils pourraient réclamer à leur médecin qu'il prenne leur tension si celui-ci ne le faisait pas.



Le « oui » l'emporte d'une courte tête puisque 11 patients contre 9 affirment qu'ils n'hésiteraient pas à solliciter cette prise en cas d'absence.

Parmi ces 11 patients, 6 sont hypertendus et 5 n'ont jamais été traités pour hypertension. Donc si deux-tiers des patients hypertendus se verraient bien réclamer leur tension, on s'aperçoit aussi que près de la moitié des patients qui ne sont pas suivis pour un problème tensionnel pourraient également demander cette prise.



Qu'ils réclament ou non une prise de leur tension, son absence est, pour la majorité des patients interrogés, considérée comme un oubli du médecin.

Seuls 2 patients évoquent d'ailleurs un possible choix volontaire de celui-ci :

- « **C'est que ce n'était pas dans son intérêt de la prendre, je lui fais confiance** »
- « **Elle a dû penser que ce n'était pas nécessaire** »

Cet oubli donc est considéré plus ou moins grave selon les personnes interrogées. Tandis que l'une d'elles ne s'en troublerait pas (« **je ne ferais pas demi-tour** »), une patiente hypertendue remettrait en cause le sérieux de son médecin (« **ça ne fait pas sérieux hein franchement quand on est soigné pour ça** »). Une autre patiente normotendue effleure quant à elle la notion de faute professionnelle (« **je ne le prendrais peut-être pas comme une faute professionnelle mais il aurait dû y penser** »).

L'intérêt du médecin pour son patient est mis à mal et donc, comme nous l'avons évoqué précédemment, sa qualité de soin :

- « **j'aurais l'impression qu'il ne s'inquiète pas trop pour son patient** »
- « **je me poserais des questions sur sa volonté de s'occuper du patient** »

Enfin certains patients ne peuvent tout simplement pas imaginer un tel oubli de la part de leur médecin (« **depuis 30 ans que je viens, c'est jamais arrivé qu'il ne la prenne pas** ») ou de la leur (« **je ne penserais rien du tout parce que moi je ne l'oublierais pas** »).

En dehors des raisons évoquées dans les premiers points de ce chapitre qui peuvent expliquer l'importance que les patients donnent à cette mesure et pourraient donc légitimer cette demande, quelques-uns suggèrent que c'est l'habitude inculquée par le médecin lui-même qui aurait pu influencer leur attachement à ce geste et donc une telle réclamation :

- « **Si on la mesure tout le temps c'est que c'est important !** »
- « **Si j'allais chez un médecin qui ne la prenait pas peut-être que ça ne me choquerait pas mais dans la mesure où il la prend à chaque fois... On est peut-être trop bien habitué** »
- « **Il doit y avoir des risques sinon ça servirait à quoi de la mesurer tout le temps** »

Terminons par une lueur d'espoir pour ceux qui voient une dérive clientéliste dans la relation médecin-malade et mentionnons qu'une patiente s'est montrée très surprise par la question, n'imaginant pas pour sa part qu'on puisse réclamer quelque chose à son médecin : « **je ne me permets pas de lui dicter sa conduite !** ».

4- Croyances sur la tension artérielle

4.1 Définition de la tension

« Ah ça je ne sais pas ! Mais vous allez peut-être me l'expliquer... »

Quand on leur demande ce qu'est la tension, 7 patients (3 hommes et 4 femmes) s'approchent d'une définition correcte en évoquant la pression du sang dans les artères, les vaisseaux voire les « tuyaux ». Deux hommes, retraités de l'industrie et traités pour hypertension, s'aventurent même dans des démonstrations plutôt élaborées en se basant sur l'hydraulique et la mécanique des fluides dont voici un extrait : **« Bah c'est la pression artérielle, si je pars en mécanique des fluides, on va avoir des tuyauteries qui vont avoir une certaine résistance, on va mettre une certaine pression qui pousse en radial sur les parois, si on diminue la section il faut augmenter la pression pour conserver un débit identique... Grosso modo il y a un débit maximum et un débit minimum, cela rapporté à des process industriels... Enfin bon (rire) ».**

On note que 4 de ces patients sont hypertendus contre 3 normotendus.

Le rapport au sang, à sa circulation et au débit est évoqué par 3 patients (**« c'est le jet du sang non ? »**) tandis que 3 autres voient un rapport au cœur sans précision (**« ça a rapport aux trucs cardiaques, le cœur et compagnie... »**).

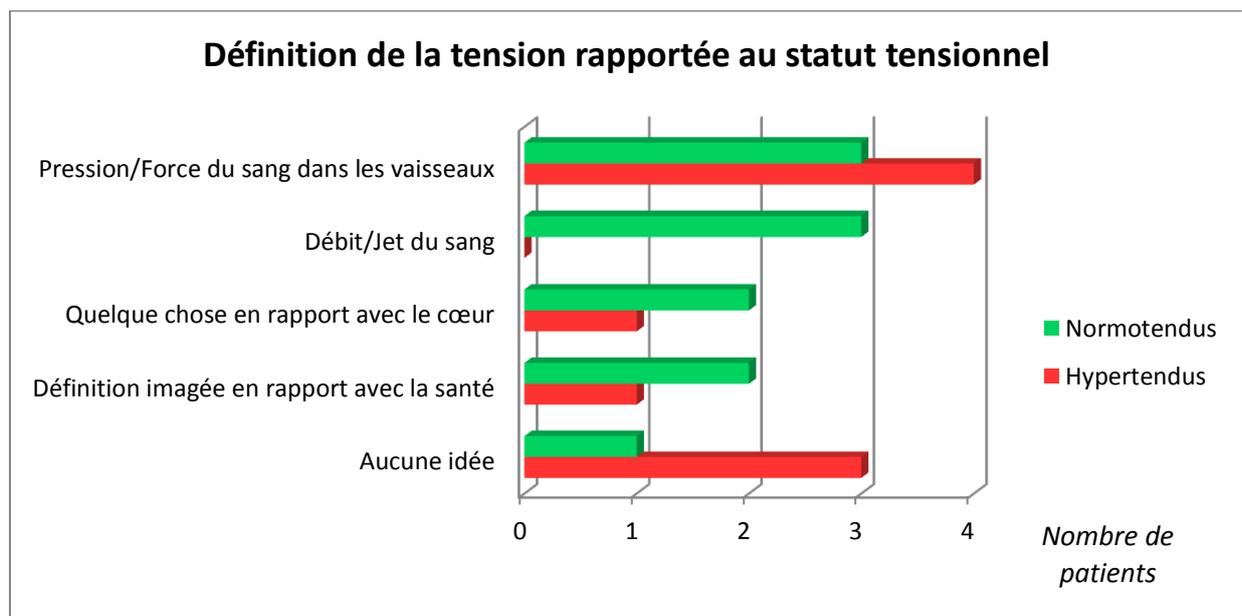
Comme nous l'avons vu au chapitre précédent, certains patients se représentent la tension comme un indicateur de santé et nous le retrouvons ainsi dans la définition de 3 d'entre eux :

- **« La tension ça montre l'état du bonhomme, enfin d'la bonne femme en l'occurrence »**
- **« La tension c'est ce qui nous anime, ça agit partout la tension »**
- **« ça peut être un indicateur d'une santé à peu près correcte »**

Enfin 4 patients n'ont aucune idée claire de ce que peut être la tension bien que 3 d'entre eux soient traités pour hypertension :

- « **Exactement je ne me suis jamais posé la question. On s'est toujours dit qu'on en fait ou qu'on n'en fait pas et voilà...** »
- « **C'est le machin là... Enfin je suis pas tellement au courant hein** »

Précisons que malgré cette méconnaissance, 3 de ces 4 patients réclamaient une prise en cas d'absence.



4.2 Le(s) chiffre(s)

« **Je sais pas 12, un chiffre au pif 12...**»

Réglons tout de suite le problème de la diastolique, quand on leur demande à combien ils estiment une tension normale, seuls 2 patients évoquent spontanément l'existence de deux chiffres. L'un justifie ce savoir par la présence d'un médecin dans sa famille et l'autre par l'observation de son propre appareil de mesure. Les autres personnes interrogées présument naturellement le second chiffre comme une décimale qu'ils citent ou non dans les réponses qu'ils nous livrent.

Sur 20 patients interviewés, 19 se sont risqués à donner un chiffre. Les réponses sont correctes puisqu'elles s'étalent de 11 à 14 avec une nette préférence pour le 12 (10 patients interrogés). Huit patients précisent que leur réponse se base sur leur propre tension puisque leur médecin agrmente le chiffre donné d'un « c'est bien ».

Nos deux patients spécialistes de l'hydraulique restent quant à eux aussi précis que déconcertants :

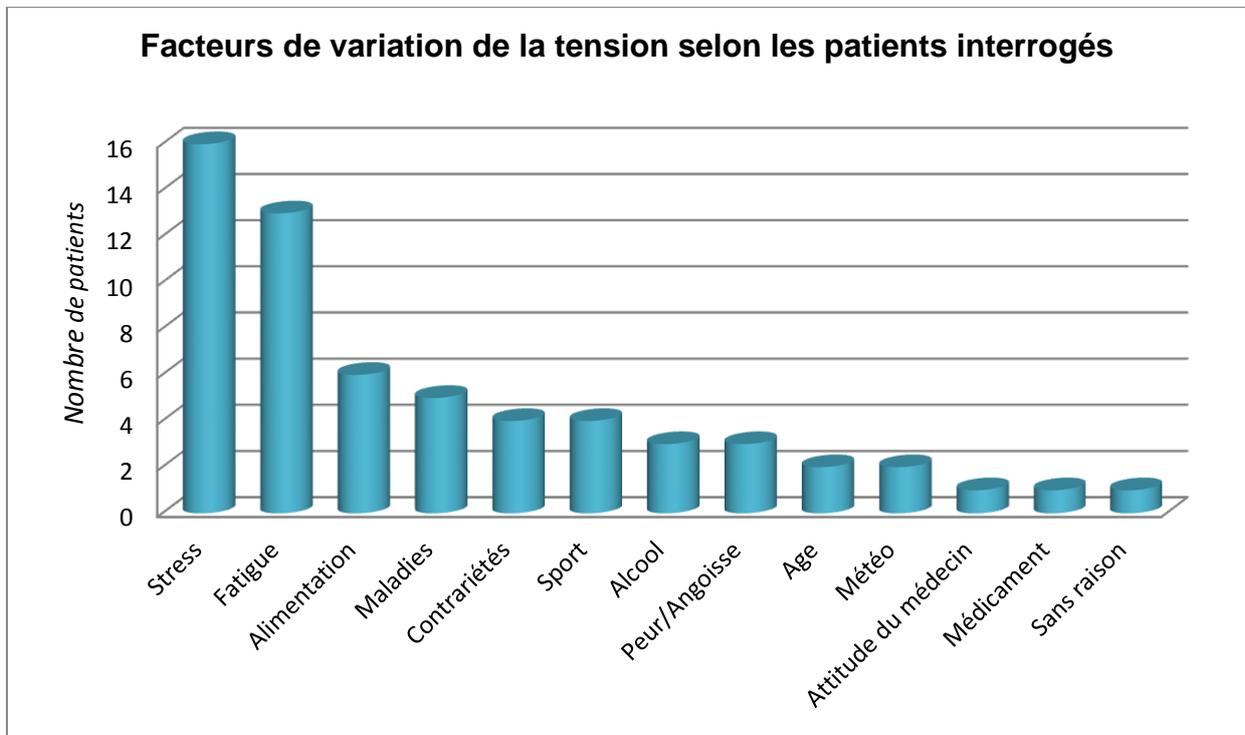
- « **13/8 avec bien sûr une amplitude de 5 ou 6** »
- « **13, oui 13 c'est bien, je réfléchis parce que j'avais plus en Guyane mais comme il y a 2 points de différence avec la métropole...** »

4.3 Facteurs de variation de la tension

« **Bah le stress ça va faire monter... Enfin on le met à toutes les sauces...** »

S'agissant des éléments pouvant faire varier leur tension les patients plébiscitent en grande majorité le stress (16 patients). Il est presque systématiquement cité en premier, sans hésitation, parfois jugé seul responsable des hausses tensionnelles. On l'englobe quelquefois dans une sphère comprenant les contrariétés pouvant le générer et l'angoisse ou l'anxiété pouvant en résulter. Il est souvent assimilé ou associé à de l' « énervement ». Un amalgame semble d'ailleurs fait entre la tension artérielle et le concept de « tension nerveuse » même chez des patients en maîtrisant la définition. C'est en énonçant cette distinction qu'une patiente nous met sur la voie : « **Mon fils fait tout un tas de conneries en ce moment et ça m'énerve... Par la force des choses je pense que la tension monte. Au fond c'est peut-être plus de la tension nerveuse que de la tension artérielle...** ».

La chute de tension est quant à elle l'apanage de la fatigue. Treize patients interrogés (sans distinction de sexe) font, en effet, le lien entre tension basse et fatigue, celle-ci pouvant en être la cause ou la conséquence. Il semble qu'il existe d'après leurs témoignages une corrélation entre tension artérielle et énergie.



L'alimentation complète le podium, évoquée par 6 patients (dont 5 hypertendus), avec tout d'abord la notion de bon ou mauvais régime alimentaire. Les aliments sont uniquement incriminés dans les hausses tensionnelles et parmi ceux-ci on trouve le sel (cité par 3 interviewés), les « excitants » et notamment le café (cité par 3 interviewés), les matières grasses (citées par 2 interviewés) et le sucre (cité par 1 interviewé). L'alcool, quant à lui, est cité à 3 reprises.

La maladie (sans précision) peut également influencer la tension selon 5 personnes interrogées. Nous avons d'ailleurs vu que la tension artérielle pouvait être un outil diagnostique pour le médecin puisqu'une modification pouvait orienter vers une pathologie et ces patients accentuent cette idée.

Le sport est évoqué par 4 personnes dans les variations tensionnelles. Si l'une d'elles évoque les possibles méfaits de l'absence d'activité physique sur la tension artérielle, les trois autres le considèrent comme un possible facteur de hausse bien qu'il semble que ce soit plutôt la notion d'effort brutal qui soit visée comme nous l'explique l'un de nos spécialistes de l'hydraulique : **« Il y a aussi l'activité physique. Imaginons un sprint, on n'a pas eu le temps de dilater les vaisseaux, on se met à courir vite... Paf on va arriver au bout, on va avoir de la tension... Par contre on va faire un 3000 mètres, en partant doucement et cetera et cetera, tout va grossir en même temps et puis voilà... Je le sais parce qu'à un moment j'ai fait du jogging... Il faut laisser le temps... »**.

Contrariétés, peur et angoisse sont également évoquées mais sont souvent, comme nous l'avons dit plus haut, englobées dans le champ du stress.

L'âge (**« parce que les artères doivent sans doute se scléroser »**) a été cité deux fois de même que la météo (**« j'ai déjà travaillé sous des climats qui sont pffouu et la tension a vachement monté »**).

Enfin, cités une fois, l'attitude du médecin et donc la notion d'effet blouse-blanche (**« ça dépend du médecin, ya des fois des personnages plus ou moins antipathiques et la tension elle monte »**), les médicaments, mais aussi une possible variation sans cause (**« quelquefois elle varie sans savoir pourquoi »**).

4.4 Symptômes de variation de la tension

« Basse on est fatigué fatigué... Et haute... Bah on bouge tout le temps »

Considérée souvent comme cause et conséquence des variations de tension, nous l'avons vu, la fatigue est évoquée en premier lieu en tant que symptôme d'une baisse de tension. Elle est citée à 13 reprises par les patients interrogés qui insistent sur son importance (« **une grosse fatigue** », cité 5 fois). Dans leur esprit, fatigue et tension semblent intimement liées. S'y associent le manque d'énergie et la faiblesse pouvant éventuellement mener au « malaise ».

La notion de ressenti a été plusieurs fois mise en avant sur cette question particulièrement lorsqu'il s'agissait d'évoquer la baisse de tension selon eux plus volontiers génératrice de symptômes.

Deux personnes (toutes deux traitées par antihypertenseur) ont affirmé qu'elles pouvaient plus ou moins prédire leur tension en fonction de leurs sensations :

- **« En fonction de ma journée, je sais comment ça a joué sur ma tension et combien je vais avoir en allant chez le médecin »**
- **« C'est plus aux sensations, je le sens quand ma tension va baisser... Quand je sens que ça ne va pas, ma tension confirme que ça ne va pas... »**

Un patient a tout de même voulu croire que sa tension n'était pas à l'origine de tous ses maux : **« soi-disant quand elle baisse on est fatigué mais vous savez à mon âge on est fatigué quand même... »**

Lorsqu'ils évoquent les symptômes pouvant résulter d'une hausse de tension, une partie des patients reste dans cette idée que la tension véhicule l'énergie et qu'une hausse engendre donc une hyperactivité au sens littéral, c'est-à-dire une activité intense qui serait générée par un regain d'énergie.

Trois personnes utiliseront d'ailleurs le terme « speed » pour décrire l'état d'un patient atteint d'une hausse de tension.

Toujours concernant les symptômes pouvant être occasionnés par une hausse de tension, les patients mentionneront entre autres, les maux de tête (3 patients), les palpitations (1 patient), les sueurs (1 patiente), l'essoufflement (1 patiente) ou les vomissements (1 patiente). Un patient tranche en estimant qu'une variation de la tension fait « passer une sale journée ».

Ce qui paraît important de souligner ici, c'est qu'à cette question relative aux symptômes d'une éventuelle hausse tensionnelle, plus de la moitié des patients ont abordé les complications de l'hypertension artérielle, ne faisant pas la distinction entre une tension artérielle haute de manière aiguë et transitoire et l'hypertension artérielle en tant que pathologie à part entière.

Nous y reviendrons donc dans la partie suivante.

5- L'hypertension artérielle

« Bah c'est la tension qui est haute, enfin j'ai pas fait médecine... »

La première chose à souligner est que, pour la majorité des patients, l'hypertension artérielle est le fait d'avoir une tension haute ou dépassant un certain seuil. Il n'y a pas réellement de distinction faite entre une tension haute à un instant t et une tension haute de manière chronique, peut-être parce que la plupart des patients n'envisagent pas la tension comme une variable. Pour la majorité d'entre eux, lorsque nous avons abordé, dans les questions précédentes, les facteurs et symptômes d'une variation de la tension, nous étions déjà dans un cadre pathologique. Au moment de les interroger sur l'hypertension artérielle ils trouvent donc les questions posées redondantes.

Seules 4 personnes semblent faire une réelle distinction entre une tension artérielle haute et l'hypertension artérielle.

Parmi elles, deux hommes normotendus suggèrent une notion de durée :

- « L'hypertension bah c'est quand on est toute l'année en hypertension quoi »
- « C'est une tension très haute, fin qui reste haute hein »

Une femme traitée pour hypertension évoque quant à elle une pathologie à part entière : « Bah c'est une maladie ».

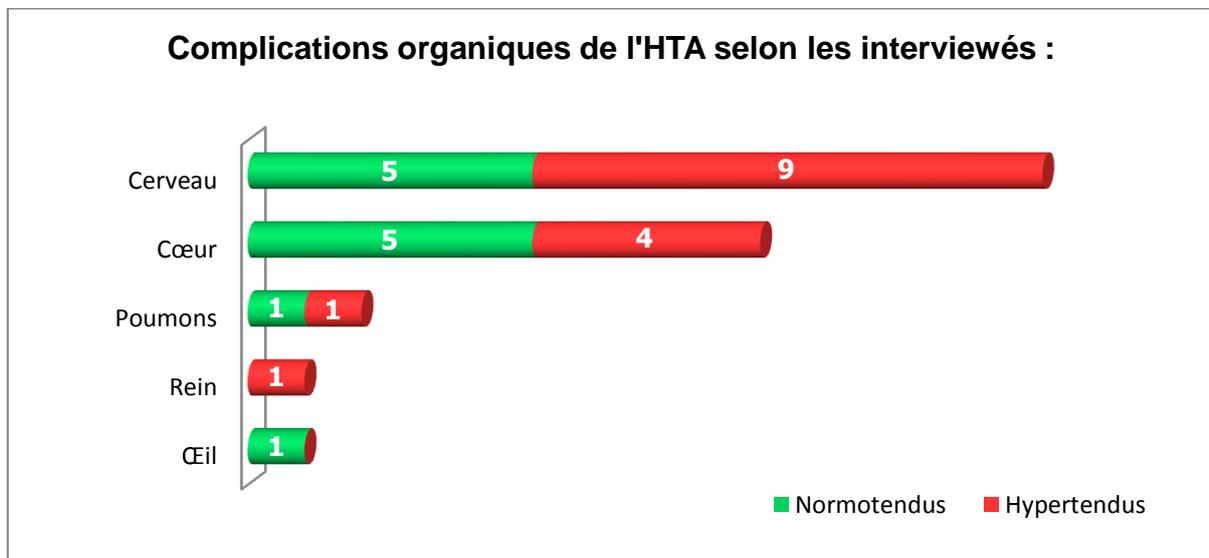
Enfin, une nouvelle fois, un de nos spécialistes de l'hydraulique nous livre une représentation plus consistante : « C'est le système des vaisseaux qui s'est durci, où les cochonneries vont figer... Il va y avoir des zones de réduction, de diminution de diamètre, des endroits où ça va passer moins vite et il faut que le cœur pousse... ».

Il est à noter que des 9 patients traités pour hypertension, seuls 3 ont une idée plus ou moins claire de ce dont il s'agit. Parmi les 6 autres, 3 répondent sans détour ne pas savoir ce qu'est l'hypertension artérielle sans pour autant la négliger : **« Je ne sais pas voyez, je sais que j'ai de la tension depuis l'âge de 16 ans, que je dois la surveiller et prendre mes médicaments et voilà... »**.

Sur les causes pouvant favoriser l'apparition d'une hypertension artérielle, les réponses font majoritairement écho aux facteurs de variation de la tension artérielle vus précédemment, pour les raisons que nous venons d'expliquer. Les personnes interrogées ne se sont que rarement attardées puisqu'elles estimaient avoir déjà répondu à la question et l'intervieweur n'a donc guère insisté. On retrouvait bien sûr le stress en première ligne (**« le stress, l'énervement, tout ça, comme j'ai déjà dit »**), puis la fatigue. Certaines personnes ont toutefois réinsisté sur le mode de vie et l'alimentation. Le sel et le gras ont à nouveau été cités, chacun à 3 reprises. Tempérons en soulignant que sur 9 patients hypertendus interrogés sur les facteurs pouvant favoriser l'hypertension artérielle, seuls 2 évoquent le sel. Quant aux matières grasses (sans précision mais spécifions matières grasses saturées), les 3 patients qui les mentionnent (dont 2 hypertendus) font le lien entre hypertension et hypercholestérolémie.

Une nouvelle notion fait tout de même son apparition, celle d'hérédité, évoquée par 5 personnes (**« pour moi il y a des familles d'hypertendus »**).

Au sujet des complications de l'hypertension artérielle, les complications cérébrales sont majoritairement citées par 14 patients dont la totalité des patients hypertendus. On rencontre principalement le terme « AVC » (11 fois), mais aussi « problème cérébral » ou « congestion cérébrale ». Les possibles séquelles sont également abordées ainsi un patient hypertendu parle du risque de « paralysie » tandis qu'une autre semble évoquer la démence vasculaire (« **On peut faire une congestion et derrière on n'aura plus toute sa tête, on ne sait plus rien hein...** »). Un autre enfin ne préfère pas entrer dans les détails (« **l'AVC et tout le bordel...** »).



La complication cardiaque est également connue et citée par 9 personnes. Peu de précisions sont néanmoins données. L'« infarctus » est craint par 3 patients, d'autres évoquent simplement une « fatigue du cœur » ou un « risque cardiaque ».

En dehors de ces 2 risques majeurs pour les personnes interrogées, on trouve peu d'autres éléments. Deux patients parlent de complications touchant le poumon sans précision en s'appuyant sur des difficultés respiratoires rencontrées par des proches

atteints d'hypertension. Un sujet hypertendu cite le rein au cours de l'énumération d'une liste d'organes sans apporter plus de détails. Une patiente normotendue a, pour sa part, entendu parler de « douleurs dans les yeux ». Une autre tire de son histoire personnelle le risque de dissection aortique (patiente atteinte du syndrome de Marfan).

Le risque de décès en l'absence de traitement est évoqué par un patient : **« j'ai connu des gens qui ne se sont pas soignés, qui se croyaient indispensables, maintenant ils sont là-haut ».**

Moins funeste mais tout de même préoccupant, une patiente parle d'un risque auquel elle a assisté, celui de « devenir tout rouge » : **« J'ai vu un truc sur un de mes collègues une fois, il devient tout rouge, oui il transpire, devient rouge... Enfin c'est inquiétant (rire) ».**

Enfin s'il ne connaît pas les complications de l'hypertension, un patient interrogé ne s'en inquiète pas estimant qu'il les découvrira tôt ou tard : **« ça doit donner d'autres problèmes mais je ne suis pas un spécialiste... J'attends d'y passer... ».**

DISCUSSION

1- L'échantillon

Nos 20 interviewés sont issus d'une population de soins primaires, dans le département du Nord, choisie de manière non aléatoire dans des cabinets connus de l'enquêteur. L'objectif était de recueillir une diversité de points de vue dans des lieux adaptés au déroulement d'entretiens et non de prétendre à une représentativité statistique comme nous l'avons expliqué dans le chapitre « Méthodologie ». Il n'y a donc pas matière à extrapoler nos résultats sur une population autre que celle que nous cherchions à décrire ou à en tirer des conclusions chiffrées. Ce n'est pas l'objet d'une étude qualitative.

Nous avons voulu un corpus varié notamment en matière d'âge, de sexe et de statut tensionnel. On notera que l'échantillon était majoritairement féminin et de plus de 50 ans mais convenons qu'il est en cela caractéristique d'une population de médecine générale (si l'on se réfère à une enquête menée par la DREES en 2002 [6]).

On peut aussi s'interroger sur l'absence d'agriculteur dans un secteur plutôt rural mais précisons que parmi la vaste catégorie des retraités, nous avons 2 retraités de l'agriculture.

Enfin on pourra reconnaître que le nombre restreint de cabinets est une limite à cette diversité recherchée mais nuanceons en précisant que dans ces 3 lieux nous avons interrogé la patientèle de 6 médecins différents.

2- Des habitudes qui évoluent

2.1 Une prise immuable à l'intérieur du cabinet...

La prise de la tension artérielle en consultation n'est probablement pas un geste inné comme nous l'envisagions dans le chapitre précédent mais une habitude acquise générée par divers facteurs parmi lesquels sans doute l'observation de ses pairs, la conviction personnelle de l'importance de la réalisation du geste ou de son résultat et peut-être aussi l'influence des patients (eux-mêmes possiblement conditionnés par le rituel symbolique entretenu par le médecin, nous en parlerons plus loin).

Quoi qu'il en soit, les entretiens réalisés suggèrent que la prise de la tension au cabinet du médecin généraliste est un moment quasi systématique pour tout patient se présentant en consultation. Une étude déclarative de la Société Française de Médecine Générale faite sur 399 médecins va dans ce sens puisqu'ils étaient 98% à prendre la tension à chaque consultation de patients hypertendus et 81,5% à chaque consultation de patients normotendus [7].

En attendant peut-être l'actualisation des recommandations de la Haute Autorité de Santé concernant la prise en charge de l'hypertension artérielle essentielle, il n'y a pas clairement de consensus sur la fréquence de la prise de la pression artérielle en consultation que ce soit à visée diagnostique ou thérapeutique. Certaines sources évoquent un contrôle tous les trois à six mois pour les patients hypertendus et tous les un à deux ans chez les patients normotendus. L'hypertension artérielle se définit quant à elle classiquement par des valeurs élevées confirmées par deux mesures au cabinet lors de trois consultations successives sur une période de trois à six mois.

En fonction de ces données, de l'innocuité du geste, de la différence de fréquence des consultations médicales entre patients sains et à risque cardiovasculaire, il peut sembler licite de répéter les prises à chaque consultation chez tout un chacun. La pression artérielle se caractérisant par sa variabilité, seule la répétition des mesures peut permettre d'évaluer le niveau tensionnel, d'autant que l'hypertension artérielle reste insuffisamment dépistée.

Malgré tout, selon les recommandations, une prise de tension correcte nécessite diverses précautions notamment d'observer un repos préalable de quelques minutes. En dehors de s'interroger sur la pertinence d'une mesure effectuée dès le retrait du blouson, on peut se demander si le médecin doit « sacrifier » du temps, à chaque examen, à une prise de tension optimale en négligeant peut-être d'autres moments de la consultation. C'est là que l'intérêt des mesures réalisées à l'extérieur du cabinet devient déterminant et les recommandations récentes vont dans ce sens.

2.2 ... Et des prises à l'extérieur

Deux méthodes alternatives de mesure de la pression artérielle se sont développées depuis la fin du XXème siècle : la mesure ambulatoire de la pression artérielle (MAPA) et l'automesure tensionnelle permettant de fournir des valeurs mesurées dans des conditions proches de la vie « normale ».

Les données scientifiques récentes synthétisées dans la recommandation de la Société Française d'Hypertension Artérielle accordent à ces mesures réalisées en dehors de l'environnement médical la valeur de décision la plus importante [8]. Elles

permettent notamment de corriger les erreurs de diagnostic par excès en évitant le piège de l'hypertension « blouse-blanche » (ou hypertension de consultation isolée) et minimisent les erreurs de diagnostic par défaut en dépistant son contraire l'hypertension masquée (ou hypertension ambulatoire isolée), situation clinique à risque cardiovasculaire accru [9,10].

Ces méthodes semblent se faire peu à peu une place dans le diagnostic et le traitement de l'hypertension artérielle en médecine générale comme en témoigne l'évolution positive des résultats des deux études MEGAMET [11,12], enquêtes menées à cinq ans d'intervalle dans le cadre de thèses de médecine générale et explorant la perception et l'utilisation de l'automesure tensionnelle en soins primaires (la réticence de 2004 a fait place à une opinion nettement plus favorable en 2009).

Notre sujet de thèse portant sur les perceptions de la mesure conventionnelle de la tension, nous n'avons pas interrogé les patients sur l'automesure, ce qui nous aurait peut-être permis d'avoir un reflet des pratiques actuelles. Nous pouvons tout de même souligner que deux patients hypertendus interrogés sur trois possédaient un appareil de mesure au domicile.

D'autres études montrent toutefois que les freins à cette automesure restent nombreux [13,14], entre autres l'investissement lié au coût du matériel, l'insuffisance de formation des médecins généralistes mais aussi, semble-t-il, un transfert de compétence parfois mal accepté par le patient comme par le médecin, pouvant être vécu comme une perte de « pouvoir » de ce dernier, attestant que la prise de tension en consultation garde un côté emblématique.

3- Une prise de tension à démystifier ?

3.1 La jauge d'énergie de la machine corporelle

La tension artérielle serait pour les patients un reflet de l'état général, du niveau de forme, de l'énergie du corps. L'analyse de leur discours révèle que, selon la physiologie populaire, la représentation dominante du corps reste celle du corps-machine décrite par Christine Durif-Bruckert dans son ouvrage *Une fabuleuse machine* [15] et reprise par Aline Sarradon-Eck dans son article *Comprendre la physiopathologie profane* [16]. Le corps est perçu comme une machine hydraulique dont l'énergie est un fluide magnétique électrique transporté principalement par les nerfs et le sang. Comme dans le modèle électrique, il y a dans le corps une énergie négative et une énergie positive, des surtensions et des pannes qui tour à tour stimulent la personne ou la fatiguent. Dans cette représentation, la maladie est pensée comme un déséquilibre énergétique. Selon notre propre étude, la tension artérielle semble être, pour le patient, un indicateur de ce niveau d'énergie, on comprend alors que sa mesure prenne une valeur symbolique particulière.

Cette représentation d'une tension artérielle garante de notre santé, pressentie dès les premiers pas dans un cabinet de médecine générale, semble partagée par un grand nombre de patients et pas seulement dans notre département puisque les résultats des thèses de nos confrères de Nantes [1] et de Caen [2] (cf. « Travaux antérieurs ») allaient également dans ce sens.

Aucune donnée scientifique n'accrédite pour le moment cette idée et la mesure de la pression artérielle n'a d'autre vertu que de dépister l'hypertension artérielle, facteur de risque cardiovasculaire majeur.

La force de cette représentation est pourtant telle que les résultats de notre enquête suggèrent un possible effet placebo de la mesure en consultation d'une tension jugée satisfaisante. De ce point de vue, la tension, ou du moins son évocation, pourrait effectivement avoir un impact sur le bien-être et donc la santé donnant ainsi vie à la représentation.

Dès lors, la question de tenter de rationaliser la prise de tension et la ramener à ce qu'elle semble devoir être, le dépistage d'un facteur de risque, peut se poser... Conserver une symbolique forte s'avère tentant si cela peut favoriser le bien-être du patient par l'annonce rassurante d'une tension correcte.

Tentant aussi alors parfois d'annoncer le chiffre que le patient voudrait entendre plutôt que celui relevé, dans un souci thérapeutique, conscient du pouvoir apaisant d'une « bonne tension ». Si on estime, effectivement, que la valeur de la tension prise au cabinet, dans des conditions imparfaites, ne sera pas le critère premier de dépistage de l'hypertension artérielle, pourquoi ne pas taire un « 14/8 » présagé préoccupant et lui préférer un « 12/7 » plus rassurant ?

Du reste certains généralistes ne s'arrangent-ils pas déjà avec les chiffres ?

Les confidences relatées dans les nombreux blogs de praticiens fleurissant sur la toile témoignent de cette tendance : « *Et je vais l'avouer juste après les roulements de tambours et avant les huées du public : des fois je mens (...) Je te dis treize-sept pour que tu sois contente. La prochaine fois je dirai douze-six-et-demi pour varier les plaisirs* » (Extrait du blog de Jaddo [17], pythie des médecins généralistes 2.0).

Un autre argument en faveur de la conservation d'une symbolique forte, soulevé par Aline Sarradon-Eck, est qu'une telle représentation de la pression artérielle pourrait favoriser l'observance et l'adhésion au traitement chez les patients hypertendus, le médicament hypotenseur devenant un remède entretenant le corps [16].

Mais entretenir cette mystique n'est-il pas à double tranchant ?

Si un effet placebo corrélé à une bonne tension existe, son pendant nuisible, un effet nocebo lié à une mauvaise tension, est aussi vraisemblable et certaines prises de tension, notamment au domicile, pourraient s'avérer anxiogènes.

Et qu'en est-il sur le plan déontologique ? Le médecin doit à son patient une « information loyale, claire et appropriée » afin d'obtenir son « consentement éclairé » aux soins qu'il lui propose (article 35 du code de déontologie). Se doit-il alors de rappeler à chaque patient que la prise de sa pression artérielle est un simple geste de dépistage et que la mesure d'une tension correcte n'est pas l'assurance d'une machine corporelle sans dommage ? Peut-il « mentir » pour le bien de son patient ? Les éléments de réponses sont à puiser dans les domaines de l'éthique et de la philosophie (notamment dans la fameuse querelle qui opposa Emmanuel Kant et Benjamin Constant au sujet « d'un prétendu droit de mentir par humanité » [18]).

C'est également une question que soulève Aline Sarradon-Eck dans *Comprendre la physiopathologie profane* : « Une démarche éthique doit aussi s'assurer que toute l'information a été donnée au patient (...) mais peut-elle faire abstraction de son point de vue, de son savoir profane, de ses valeurs, de ses propres logiques ? ».

Choisir de détruire l'image symbolique de la tension artérielle reviendrait-il à porter atteinte à ces « valeurs » ? D'ailleurs les arguments d'un médecin qui caresserait ce projet seraient-ils entendus ou feraient-ils de lui au mieux un excentrique au pire un incompetent ? Et enfin ces représentations qu'ont les patients de leur tension ne sont-elles pas partagées pour une part par le médecin et n'entretiennent-ils pas déjà eux-mêmes la symbolique de cet acte ?

3.2 Une dimension sacrée autoentretenu

Certains indices au cours de nos entretiens nous ont fait penser que l'attitude du médecin vis-à-vis de la prise de tension pouvait être pour une part responsable des représentations du patient. La prise systématique de la tension artérielle par les généralistes a créé une habitude mais aussi semble-t-il amplifié la force symbolique de l'acte. Pour les patients le raisonnement est simple : si le médecin mesure leur tension constamment, c'est que c'est important. Et ce qui semble si important pour leur médecin le devient aussi pour eux.

Les médecins entretiennent donc cette charge symbolique sans doute inconsciemment mais peut-être aussi de manière délibérée... Les résultats de l'étude de notre consœur de Nantes [1] peuvent en tout cas accréditer cette idée, dévoilant en effet, que le geste de la prise de tension est envisagé de manière beaucoup plus symbolique par le médecin que par son patient et évoqué par lui-même comme un « symbole du corps médical ».

On imagine alors que démystifier le geste de la prise de tension serait porter atteinte à cette « dimension sacrée » du médecin, notion à laquelle s'intéresse le dossier *Médecine et sacré* publié dans la revue médicale TLM [19].

Selon les auteurs, bien que le médecin occidental ait abandonné « l'aspect inquiétant du chaman, du guérisseur ou autre sorcier », la médecine actuelle « n'en garde pas moins des racines solidement ancrées dans l'imaginaire, l'irrationnel, le mystérieux, l'indicible... Le sacré ». Rituels d'auscultation, secret du cabinet, langage ésotérique, instruments mystérieux, médicament-miracle, ils relèvent que « tout dans le cérémonial de la consultation concourt à faire du médecin un être aux pouvoirs surnaturels, un magicien entre les mains duquel le patient s'abandonne au prodige de la guérison ».

La prise de la tension est sans aucun doute un de ces éléments concourant au « sacré » et la rendre déchiffrable au patient ébranlerait le « prestige » médical et donc cette dimension sacrée déjà mise à mal par d'autres évolutions (de la désaffection du costume-cravate et de la sacoche en cuir aux prescriptions informatisées qui font perdre le mystère de l'écriture manuscrite classiquement illisible).

Et cette dimension sacrée n'a-t-elle pas un rôle dans le pouvoir de guérison ?

« Au fait, n'oubliez pas de m'appeler "Docteur", si vous m'appelez "Monsieur" je risque de perdre la moitié de mon pouvoir » lance pour répondre à cette question Patrick Ouvrard dans son article *l'Homme malade et le faiseur de miracle* [19].

L'engouement croissant autour des médecines dites parallèles et leur côté magico-religieux et irrationnel pour les non-adeptes illustre sans doute cette recherche de « sacré » mais potentiellement aussi la recherche d'un « facteur humain » que le scientisme éteint peut-être peu à peu des consultations de médecine générale [19].

Quoi qu'il en soit, on peut imaginer que les patients, persuadés de l'intérêt de leur médecin pour leur tension, lui accordent alors une importance particulière qu'ils croient légitime et partagée. Ils voient alors, dans ce moment de la consultation, une ouverture pour parler d'eux, d'autant plus belle que leur médecin est contraint au silence (mais d'autant plus regrettable qu'il ne les entend pas...).

Ne recherchent-ils pas simplement dans cet intérêt pour leur tension, un intérêt de leur médecin pour eux-mêmes ? Réclamer sa tension ne devient-il pas une manière de réclamer de l'attention ?

3.3 Pourriez-vous prendre soin de moi docteur ?

Le geste de la prise de tension en consultation serait une preuve, pour les patients, de l'attention que leur porte leur médecin. Et cette attention est, pour eux, sécurisante et rassurante, contribuant donc à leur bien-être.

Nous avons noté que cette attention recherchée par les patients renvoyait à la définition même du soin. Etymologiquement le soin est le fait de « songer à quelqu'un », de « se soucier de quelqu'un » ou de « porter attention ». Une définition satisfaisante pourrait être celle que nous livre Walter Hesbeen dans son ouvrage

Prendre soin à l'hôpital [20] : « Prendre soin c'est porter une attention particulière à une personne qui vit une situation qui lui est particulière et ce, dans la perspective de lui venir en aide, de contribuer à son bien-être, à sa santé. »

Les conclusions de la thèse de notre confrère de Caen [2] mettaient également en avant cette notion de soin et l'importance de la place du geste « véritable moment privilégié de la consultation » pour le patient, par rapport au résultat qui « compte moins que le fait que l'on prenne soin de lui ».

Si la prise de la tension est vécue comme un véritable geste de soin, l'importance qu'elle endosse en médecine générale pourrait faire penser que la part du soin au cours d'une consultation n'est pas suffisante et que de là vient l'attachement à cette prise.

Qu'en est-il alors des autres moments d'une consultation ?

L'interrogatoire n'est-il pas la première marque de l'intérêt du médecin pour son patient et ne devrait-il pas avoir une valeur de soin au moins équivalente ? Rien ne nous permet de juger mais soulignons que les nombreuses lacunes concernant la qualité d'écoute des médecins mises en avant par un travail de thèse de 2011 [21] pourraient expliquer que ce ne soit pas le cas.

Quant à l'examen clinique, parfois initié et conclu par la prise de tension, est-il trop succinct et n'offre-t-il pas assez de garanties de l'attention du médecin pour son malade ?

Nous avons pu, lors de notre exercice, observer que d'autres actes de la consultation pouvaient, par la force de l'habitude, prendre une importance grandissante jusqu'à être également réclamés par les patients (par exemple l'utilisation systématique d'un cardioscope de poche ou la mesure du périmètre abdominal) mais aussi qu'un interrogatoire prolongé était quelquefois susceptible de faire oublier la prise de la tension. Ces constatations tendraient à prouver que ce n'est pas la prise de la tension en elle-même qui est tellement importante pour les patients mais simplement le fait que l'on prenne soin d'eux...

4- Entre stress et fatigue, le cœur balance...

Les résultats de notre étude suggèrent qu'il existe, pour les personnes interrogées, une forte corrélation entre la tension artérielle et le stress. Notre consœur de Nantes faisait le même constat dans sa région en 2006 [1] et se posait la question de l'imputabilité du vocabulaire utilisé. Il est assez clair que pour la majorité des patients, « avoir de la tension » signifie « être tendu », ce qui équivaut à « être nerveux » et finalement à « être stressé ».

Notons que rien ne dit qu'utiliser la terminologie « pression artérielle », plus médicalement admise, permettrait de minimiser cette analogie puisqu'elle reproduit les mêmes mécanismes lexicaux trompeurs tels que « être sous pression » ou « avoir la pression ».

Dans l'article *Comprendre la physiologie profane* précédemment évoqué, l'auteure remarque l'étroitesse de la relation entre sang et nerf prenant en exemple le diagnostic populaire de « tension nerveuse ». Il existe, nous l'avons vu nous-même, un amalgame entre la tension artérielle et cette entité nosologique de « tension nerveuse » voisine du stress. Elle conclut que cette relation naît d'une logique métaphorique dans la pensée populaire et que l'hypertension artérielle serait pour l'individu « la métaphore de la pression sociale, ou encore la métaphore de l'inquiétude et des émotions ».

Une enquête menée conjointement par le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle et la Sofres en 2001 renforçait encore cette idée du lien fait entre tension et stress puisqu'elle montrait qu'une majorité des « hypertendus » estimait que le stress de leur vie était responsable de cette anomalie et que près de 30% des Français pensaient que l'hypertension artérielle était identique à ce qu'on appelle la « tension nerveuse ». Ce constat avait conduit à la publication d'une brochure visant à informer le public sur les liens existants entre hypertension et stress [22].

Qu'en est-il d'ailleurs réellement de ce lien entre hypertension et stress ?

Il semble établi, si on l'aborde sur un plan biologique, que l'état de stress augmente la production de catécholamines par les glandes surrénales et soit donc responsable d'une augmentation de la fréquence cardiaque et de la pression artérielle, au moins de manière transitoire. L'« effet blouse-blanche » illustre d'ailleurs parfaitement cette augmentation temporaire liée au stress.

Plusieurs données scientifiques démontrent en outre qu'un mode de vie stressant favorise les maladies cardiovasculaires et particulièrement la récente étude publiée en 2012 dans *The Lancet* qui met en avant le rôle du stress au travail dans la survenue d'accidents cardiovasculaires [23].

Bien que ces données actuelles n'impliquent pas strictement le stress dans le déclenchement d'une hypertension artérielle chronique, sa prévention et les techniques de relaxation inhérentes à celle-ci sont aujourd'hui mises en avant afin de réduire les risques existants. Selon cette même étude, de telles mesures préventives pourraient avoir également un impact positif sur d'autres facteurs de risque, tels que le tabac et l'alcool dont la consommation serait partiellement liée au stress.

Il conviendra sans doute de rappeler aux patients et notamment aux hypertendus les autres facteurs favorisant l'hypertension artérielle et particulièrement le rôle de l'excès d'apport en sel qui d'après nos résultats semble partiellement oublié.

La fatigue, sur l'autre versant, a comme le stress, été largement évoquée au cours de nos entretiens. Nos résultats ont notamment mis en lumière l'importance du ressenti des patients dans la baisse de tension. Il nous a d'ailleurs semblé qu'une tension basse était autant (voire plus) redoutée qu'une tension haute puisqu'elle était vécue comme une perte d'énergie. Peut-être eût-il fallu étoffer certaines questions pour en avoir le cœur net et laisser planer le doute plus longtemps sur ce qui relevait du cadre pathologique. En embrayant trop rapidement sur l'hypertension artérielle nous avons pu contrarier un discours qui aurait possiblement fait la part belle à l'hypotension.

Dans sa thèse sur les représentations autour de la tension artérielle, notre confrère de Caen [2] interrogeait les patients sur leur conception d'une « mauvaise tension artérielle » et selon ses résultats, il y avait presque équilibre entre tension trop élevée (41% des réponses) et tension trop basse (35% des réponses).

Sur le plan médical cependant, et indépendamment d'une éventuelle affection causale, l'hypotension artérielle n'a pas d'existence communément admise en pathologie quand elle n'est pas génératrice de malaise (hypotension orthostatique, syncope vasovagale). Il est même admis qu'une tension basse est un élément cardioprotecteur. Pourtant si l'on en croit la plupart des patients, le degré de fatigue engendrée par une tension basse semble influencer nettement sur la qualité de vie ce qui pourrait mériter une plus grande considération de la part du soignant.

Ajoutons toutefois que si une liaison entre tension basse et fatigue est scientifiquement fondée, elle est sans doute trop allègrement empruntée par les patients. La tension étant pour eux un reflet de l'état de forme, la fatigue se définit systématiquement par une tension basse et réciproquement. Le rôle du médecin sera probablement de faire la part des choses entre les symptômes liés à sa tension par le patient et un réel problème tensionnel. Il est cependant intéressant de relever, pour finir, que la tension est, par son image de marqueur de l'état général, un vecteur utilisé par le patient pour évoquer sa santé, renforçant l'idée de l'importance de cet acte en consultation.

CONCLUSION

La relation qui unit le patient à sa pression artérielle peut parfois paraître surprenante et tenter d'en comprendre les raisons, dans une démarche anthropologique, s'avère enrichissant pour la pratique de la médecine générale.

Nos entretiens confirment que la prise de tension est un moment important et attendu de la consultation car il renseigne le patient, quel que soit son statut tensionnel, sur son état de santé. Celui-ci recherche une stabilité semble-t-il garante d'un équilibre oscillant entre un stress pourvoyeur d'hypertension et une fatigue synonyme d'hypotension. L'annonce d'une tension jugée satisfaisante (généralement 12) pourrait avoir des vertus bienfaitantes par effet placebo, peut-être parce que la tension a une image symbolique forte entretenue par le médecin.

En s'appuyant sur les perceptions mises à jour, il peut paraître intéressant parfois de remodeler délicatement cette image dans un souci d'éducation des patients hypertendus quitte à conserver un peu de mysticisme sans doute propice à une meilleure efficacité thérapeutique.

En dehors du simple résultat, la prise de tension est aussi pour le patient un véritable moment de soin où se concentre sur lui toute l'attention de son médecin. La classique réclamation de cette prise par le patient devrait dorénavant, plutôt que susciter l'horripilation, poser la question de la place du soin dans les consultations.

BIBLIOGRAPHIE

1. Kerdrain-Derrider 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 générale]. Université de Nantes, 2006.
2. Duguey JP. Etude des représentations du patient autour de la tension artérielle et de sa prise en consultation de médecine générale. [Thèse de médecine générale]. Université de Caen, 2007.
3. Blanchet A, Gotman A. L'entretien : L'enquête et ses méthodes. 2ème édition. Armand Colin. 2007.
4. Aubin-Auger I, Mercier A, Baumann L, Lehr-Drylewicz AM, Imbert P, Letrillard L. et al. Introduction à la recherche qualitative. Revue Exercer 2008 ; 84 : 142-5
5. Britten N. Qualitative Interview in Medical Research. BMJ. 1995.
6. Labarthe G. Les consultations et visites des médecins généralistes, un essai de typologie. DREES : Études et Résultats n° 315, 2004.
7. Lemercier X, Duhot D, Arnould M, Poppelier A, Hebbrecht G. Caractéristiques de la mesure de la pression artérielle par les médecins généralistes français. Congrès de la médecine générale. Lyon, 2008.
[http://www.sfm.org/news_letter/nl22/cm08_po_03_%20pression_arterielle.pdf]
8. Mesures de la pression artérielle : Pour le diagnostic et le suivi du patient hypertendu. SFHTA, Novembre 2011.
9. Mounier-Vehier C, Marboeuf P, Craeymersch C, Noel A. Auto mesure de la pression artérielle. Gadget ou outil d'aide à la prise en charge du patient hypertendu ? La lettre au cardiologue n°410. Décembre 2007 : 23-26.

10. Mounier-Vehier C, Delsart P. HTA masquée chez le patient à risque. Pourquoi la dépister ? *Cardiologie-Cardinale* 2001 ; 5(36) : 47-50.
11. Rousseau S. Automesure tensionnelle. Pratique en soins primaires. Etude MEGAMET. Enquête téléphonique auprès de 546 médecins généralistes de mai à août 2004. [Thèse de médecine générale]. Université de Nancy, 2007.
12. Tsou-Gaillet TJ. L'utilisation de l'automesure tensionnelle par les médecins généralistes en 2009 : les recommandations de l'HAS et de l'ESH ont-elles eu un impact sur la pratique de l'automesure par rapport à l'enquête de 2004 ? Etude MEGAMET 2. Enquête téléphonique nationale auprès de 500 médecins généralistes d'avril 2008 à mars 2009. [Thèse de médecine générale]. Université de Nancy, 2010.
13. Tsintzila G. Etude MEGAMET. Enquête qualitative. [Thèse de médecine générale]. Université de Nancy, 2011.
14. Michenaud J. Automesure tensionnelle en médecine générale. Enquête d'opinion et de pratique auprès de 300 médecins généralistes de Loire-Atlantique et de Vendée en 2007. [Thèse de médecine générale]. Université de Nantes, 2008.
15. Durif-Bruckert C. Une fabuleuse machine : anthropologie des savoirs ordinaires sur les fonctions physiologiques. Paris, Métailié. 1994.
16. Sarradon-Eck A. Comprendre la physiopathologie profane. *Revue Ethica Clinica* 2008 ; 51 : 20-28.
17. Jaddo. Le petit prince a dit... [en ligne]. Disponible sur : <http://www.jaddo.fr/> (Consulté le 12/12/2014).
18. Constant B, Kant E. Le droit de mentir. Mille et une nuits, 2003.
19. Draperi C, Baumann F, Ouvrard P, Odier B. Médecine et sacré. *Revue TLM* n°61, 2005.

20. Hesbeen W. Prendre soin à l'hôpital : Inscrire le soin infirmier dans une perspective soignante. Paris, Masson, 1997.
21. Dareths Fabier S. Evaluation de la qualité d'écoute des médecins généralistes en consultation. [Thèse de médecine générale]. Université Bordeaux 2, 2011.
22. CFLHTA. Hypertension et stress. Informations et conseils du Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle. Chevrel et Jacquillat, 2001.
23. 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. Lancet 2012 ; 380 : 1491-7.

ANNEXES

ANNEXE 1 : Fiche d'information patient

Bonjour,

Dans le cadre de ma thèse intitulée : « LES PATIENTS ET LEUR TENSION EN MEDECINE GENERALE : Perceptions et croyances sur la pression artérielle et sa mesure en consultation dans le département du Nord », je réalise une enquête auprès des patients du cabinet médical.

Il s'agit d'entretiens individuels de quelques minutes, enregistrés, et bien sûr totalement anonymes. Le but est de recueillir votre opinion sur ce sujet ! Alors si vous avez un peu de temps en sortant de votre consultation, n'hésitez pas à venir me retrouver ce jour dans le bureau du Dr _ _ _ _

Merci d'avance pour votre aide précieuse

Rémi Defoort (Médecin Remplaçant)

ANNEXE 2 : Guide d'entretien

Présentation de l'étude :

« Je réalise une thèse de fin d'étude sur la perception et les croyances que des patients de médecine générale, tels que vous aujourd'hui, peuvent avoir au sujet de la prise de leur tension au cabinet de leur médecin. Il s'agit, en quelque sorte d'une enquête dont le but est de recueillir vos impressions, votre ressenti, votre expérience personnelle et c'est dans ce contexte que je réalise ces entretiens, qui sont anonymes. Je vais donc vous poser plusieurs questions et vais vous demander d'y répondre le plus librement possible. Il n'y a ni bonnes ni mauvaises réponses puisque l'objectif de l'étude est justement d'avoir votre témoignage et votre conviction propre. Afin d'analyser les réponses a posteriori, je vais procéder à l'enregistrement audio de ces entretiens. »

Questionnaire quantitatif (caractérisation de l'échantillon)

Entretien n°

IDENTITE

- Sexe :
 - F
 - H
- Age :
- Profession :
- Domicile (ville) :

STATUT TENSIONNEL

- Prenez-vous ou avez-vous déjà pris un médicament afin de traiter une hypertension artérielle ?
 - OUI
 - NON
- Avez-vous un appareil pour mesurer votre tension à domicile ?
 - OUI
 - NON

Acceptez-vous d'être éventuellement recontacté téléphoniquement afin de faire préciser certaines de vos réponses (back up) : OUI NON

Entretien qualitatif

Questions introductives : **Habitudes de consultation**

- 1) Avez-vous l'habitude que votre médecin prenne votre tension ?
- 2) Pouvez-vous me décrire ce moment ?
Quand et comment s'y prend-il ?

1^{er} Thème : La prise de tension et son importance

- 3) Est-ce important pour vous qu'il le fasse ? Pour quelle(s) raison(s) ?
Est-ce un moment important d'une consultation médicale ?
- 4) La valeur de votre tension est-elle une de vos préoccupations ?
- 5) Qu'est-ce que cette mesure vous apporte/indique ?
Si votre médecin vous dit que votre tension est « bonne/mauvaise », qu'est-ce que cela signifie pour vous ?
- 6) Pourriez-vous réclamer à votre médecin de prendre votre tension s'il ne le faisait pas ? Est-ce un moment que vous attendez au cours de la consultation ?
Que penseriez-vous s'il ne la prenait pas ?

2^{ème} Thème : Connaissances et croyances

- 7) Selon vous qu'est-ce que la « tension » ?
- 8) A combien estimez-vous une tension normale ?
- 9) Qu'est-ce qui, selon vous, peut faire varier votre tension ?
- 10) Selon vous, quels sont les symptômes liés à ces variations (tension basse / tension élevée) ?

Un mot sur : l'hypertension artérielle

- 11) Selon vous qu'est-ce que l'hypertension artérielle ?
Que signifie être atteint d'hypertension artérielle ?
- 12) A quoi peut-elle être due ?
Quels en sont les facteurs de risque ?
- 13) Quelles en sont les complications ?

ANNEXE 3 : Caractéristiques détaillées de l'échantillon

Entretien N°	Sexe	Age	Commune	Profession	Traitement HTA
1	Femme	50 ans	Jeumont	Sans profession	non
2	Femme	88 ans	Jeumont	Retraitée	non
3	Femme	65 ans	Maubeuge	Professeur	non
4	Homme	47 ans	Jeumont	Sans profession	non
5	Femme	69 ans	Jeumont	Retraitée	non
6	Femme	43 ans	Rousies	Professeur des écoles	oui
7	Femme	42 ans	Elesmes	Professeur	non
8	Femme	66 ans	Recquignies	Retraitée	oui
9	Homme	68 ans	Jeumont	Retraité	oui
10	Homme	62 ans	Englefontaine	Retraité	oui
11	Homme	67 ans	Preux-au-bois	Retraité	oui
12	Femme	50 ans	Poix-du-Nord	Assistante maternelle	non
13	Homme	27 ans	Salesches	Bûcheron	non
14	Homme	47 ans	Englefontaine	Boucher	non
15	Femme	25 ans	Vendegies-sur-Ecaillon	Sans profession	non
16	Homme	57 ans	Wailly	Inspecteur du trésor	oui
17	Femme	85 ans	Vendegies-sur-Ecaillon	Retraitée	oui
18	Homme	84 ans	Verchain	Retraité	oui
19	Femme	67 ans	Quérénaing	Retraitée	oui
20	Femme	34 ans	Verchain	Professeur	non

AUTEUR : DEFOORT Rémi

Date de Soutenance : 20 mai 2015

**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 - Médecine - Lille 2015

DES de Médecine Générale

Mots-clés : Pression artérielle - Représentations - Consultation - Médecine générale

Résumé :

Contexte : La relation qui unit le patient à sa pression artérielle peut parfois paraître surprenante. Sa mesure semble être un moment particulier de la consultation de soins primaires. Chercher à comprendre les représentations des patients vis-à-vis de la pression artérielle et de sa mesure, dans une démarche anthropologique, peut permettre d'enrichir la pratique médicale.

Méthodologie : Etude qualitative par entretiens semi-directifs individuels auprès de 20 patients de médecine générale atteints ou non d'hypertension artérielle dans le département du Nord.

Résultats : La prise de la tension est un moment important de la consultation que les patients sont prêts à réclamer qu'ils soient hypertendus ou normotendus. La valeur de leur tension est un indicateur de santé. La stabilité de leur tension les rassure et peut leur procurer un bien-être posant la question d'un effet placebo d'une « bonne tension ». L'attention que leur porte le médecin est également sécurisante mettant en lumière l'importance de la place du soin en consultation. Les variations tensionnelles sont, selon les patients, principalement générées par le stress et la fatigue. La baisse de tension, plus volontiers symptomatique, semble autant redoutée que la hausse de tension. Les risques cardiovasculaires de l'hypertension artérielle sont bien connus et notamment des patients hypertendus.

Composition du Jury :

Président : Monsieur le Professeur Raymond GLANTENET

Asseseurs : Monsieur le Professeur Christophe BERKHOUT

Monsieur le Docteur Pascal DELSART

Monsieur le Docteur Philippe HANNEQUART