

UNIVERSITÉ DE LIMOGES

FACULTÉ DE MÉDECINE



ANNÉE 2009

THÈSE N° 3129 / 1
DEP.

**REPRÉSENTATIONS DE LA MALADIE
APPLICATION DU MODÈLE EXOGÈNE / ENDOGÈNE
À L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE**

THÈSE

POUR LE DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Présentée et soutenue publiquement le 28 septembre 2009

PAR

Benoît BAROU

Né le 25 décembre 1978 à Bergerac (Dordogne)

SCD UNIV.LIMOGES



D 035 183110 8

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

Monsieur le Professeur CLÉMENT Jean-Pierre

- Président

Monsieur le Professeur BUISSON Jean-Gabriel

- Juge

Madame le Professeur TEISSIER-CLÉMENT Marie-Pierre

- Juge

Monsieur le Professeur VIROT Patrice

- Juge

Madame le Docteur PRÉVOST Martine

- Directeur de thèse

UNIVERSITE DE LIMOGES FACULTE DE MEDECINE

DOYEN DE LA FACULTE:

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

ASSESEURS:

Monsieur le Professeur LASKAR Marc
Monsieur le Professeur VALLEIX Denis
Monsieur le Professeur PREUX Pierre-Marie

PROFESSEURS DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS:

* C.S = Chef de Service

ACHARD Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
ADENIS Jean-Paul * (C.S)	OPHTALMOLOGIE
ALAIN Sophie	BACTERIOLOGIE, VIROLOGIE
ALDIGIER Jean-Claude (C.S)	NEPHROLOGIE
ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX Françoise (C.S)	MEDECINE INTERNE
ARNAUD Jean-Paul (C.S)	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
AUBARD Yves (C.S)	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
BEDANE Christophe (C.S)	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BERTIN Philippe (C.S)	THERAPEUTIQUE
BESSEDE Jean-Pierre (C.S)	OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
BONNAUD François (C.S)	PNEUMOLOGIE
BONNETBLANC Jean-Marie	DERMATOLOGIE-VENEREOLOGIE
BORDESSOULE Dominique (C.S)	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
CHARISSOUX Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE
CLAVERE Pierre (C.S)	RADIOTHERAPIE
CLEMENT Jean-Pierre (C.S)	PSYCHIATRIE ADULTES
COGNE Michel (C.S)	IMMUNOLOGIE
COLOMBEAU Pierre	UROLOGIE
CORNU Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
COURATIER Philippe	NEUROLOGIE
DANTOINE Thierry	GERIATRIE ET BIOLOGIE DU VIEILLISSEMENT
DARDE Marie-Laure (C.S)	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
DAVIET Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)	PEDIATRIE
DENIS François (C.S)	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
DESCOTTES Bernard (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
DESSPORT Jean-Claude	NUTRITION
DUDOGNON Pierre (Sunombre 31/08/2009)	MEDECINE PHYSIQUE ET DE READAPTATION
DUMAS Jean-Philippe (C.S)	UROLOGIE
DUMONT Daniel (C.S)	MEDECINE ET SANTE AU TRAVAIL
ESSIG Marie	NEPHROLOGIE
FEISS Pierre (C.S)	ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
FEUILLARD Jean (C.S)	HEMATOLOGIE
GAINANT Alain (C.S)	CHIRURGIE DIGESTIVE
GAROUX Roger (C.S)	PEDOPSYCHIATRIE
JACCARD Arnaud	HEMATOLOGIE ; TRANSFUSION
GASTINNE Hervé (C.S)	REANIMATION MEDICALE
JAUBERTEAU-MARCHAN Marie-Odile	IMMUNOLOGIE
LABROUSSE François (C.S)	ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
LACROIX Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
LASKAR Marc (C.S)	CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE
LIENHARDT-ROUSSIE Anne	PEDIATRIE
MABIT Christian	ANATOMIE
MAGY Laurent	NEUROLOGIE
MARQUET Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

MATHONNET Muriel
MAUBON Antoine (C.S)
MELLONI Boris
MERLE Louis (C.S)
MONTEIL Jacques
MOREAU Jean-Jacques (C.S)
MOULIES Dominique (C.S)
MOUNAYER Charbel
NATHAN-DENIZOT Nathalie
PARAF François
PLOY Marie-Cécile
PREUX Pierre-Marie
RIGAUD Michel (**Surnombre 31/08/2010**) (C.S)
ROBERT Pierre-Yves
SALLE Jean-Yves (C.S)
SAUTEREAU Denis (C.S)
SAUVAGE Jean-Pierre
STURTZ Franck
TEISSIER-CLEMENT Marie-Pierre
TREVES Richard
TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)
VALLAT Jean-Michel (C.S)
VALLEIX Denis
VANDROUX Jean-Claude (C.S)
VERGNEGREGRE Alain (C.S)
VIDAL Elisabeth (C.S)
VIGNON Philippe
VIROT Patrice (C.S)
WEINBRECK Pierre (C.S)
YARDIN Catherine (C.S)

CHIRURGIE DIGESTIVE
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
 PNEUMOLOGIE
 PHARMACOLOGIE CLINIQUE
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
 NEUROCHIRURGIE
 CHIRURGIE INFANTILE
 RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE
 ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE
 ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE
 BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
 EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE DE LA SANTE ET PREVENTION
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 OPHTALMOLOGIE
 MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION
 GASTRO-ENTEROLOGIE, HEPATOLOGIE
 OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE
 BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE
 ENDOCRINOLOGIE, DIABETE ET MALADIES METABOLIQUES
 RHUMATOLOGIE
 CANCEROLOGIE
 NEUROLOGIE
 ANATOMIE – CHIRURGIE GENERALE
 BIOPHYSIQUE ET MEDECINE NUCLEAIRE
 EPIDEMIOLOGIE-ECONOMIE DE LA SANTE-PREVENTION
 MEDECINE INTERNE
 REANIMATION MEDICALE
 CARDIOLOGIE
 MALADIES INFECTIEUSES
 CYTOLOGIE ET HISTOLOGIE

MAITRE DE CONFERENCES DES UNIVERSITES-PRATICIENS HOSPITALIERS

AJZENBERG Daniel	Parasitologie et Mycologie
ANTONINI Marie-Thérèse (CS)	Physiologie
BOURTHOUMIEU Sylvie	Cytologie et Histologie
BOUTEILLE Bernard	Parasitologie - Mycologie
CHABLE Hélène	Biochimie et Biologie Moléculaire
DRUET-CABANAC Michel	Médecine et Santé au Travail
DURAND-FONTANIER Sylvaine	Anatomie – Chirurgie Digestive
ESCLAIRE Françoise	Biologie Cellulaire
FUNALOT Benoît	Biochimie et Biologie Moléculaire
JULIA Annie (Départ le 01/01/2009)	Hématologie
LE GUYADER Alexandre	Chirurgie Thoracique et Cardio-Vasculaire
MOUNIER Marcelle	Bactériologie – Virologie – Hygiène Hospitalière
PETIT Barbara	Anatomie et Cytologie Pathologiques
PICARD Nicolas	Pharmacologie Fondamentale
QUELVEN-BERTIN Isabelle	Biophysique et Médecine Nucléaire
TERRO Faraj	Biologie Cellulaire
VERGNE-SALLE Pascale	Thérapeutique
VINCENT François	Physiologie

PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE

CAIRE François	Physiologie
-----------------------	-------------

P.R.A.G.

GAUTIER Sylvie	Anglais
-----------------------	---------

PROFESSEURS ASSOCIES A MI-TEMPS

BUCHON Daniel	Médecine générale
BUISSON Jean-Gabriel	Médecine générale

MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS

DUMOITIER Nathalie	Médecine Générale
PREVOST Martine	Médecine Générale

À notre président,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLÉMENT

Professeur des universités de Psychiatrie d'Adultes

Psychiatre des hôpitaux

Chef de service

Vous nous faites le grand honneur de présider ce jury. Trouvez ici l'expression de notre admiration et de notre reconnaissance.

À nos juges,

Monsieur le Professeur Jean-Gabriel BUISSON

Médecine Générale

Professeur associé à mi-temps

Votre présence dans ce jury nous honore, et nous espérons que vous trouverez ici l'expression de nos remerciements et de notre gratitude.

Madame le Professeur Marie-Pierre TEISSIER-CLÉMENT

Professeur des universités d'Endocrinologie Diabétologie, Maladies Métaboliques, Médecine
de la Reproduction
Professeur des universités
Praticien hospitalier

Vous nous faites l'honneur d'avoir accepté de juger ce travail. À vos côtés, nous avons pu apprécier la qualité de votre enseignement mais plus encore votre humanité. Soyez assurée de notre profond respect et de notre sincère gratitude.

Monsieur le Professeur Patrice VIROT

Professeur des universités de Cardiologie

Médecin des hôpitaux

Chef de service

Vous nous avez fait l'honneur d'accepter de juger notre travail. Trouvez dans ce travail toute notre reconnaissance pour votre gentillesse et votre savoir dispensé. Soyez en sincèrement remercié.

À notre directeur de thèse,

Madame le Docteur Martine PRÉVOST

Médecine Générale

Maître de Conférences associé à mi-temps

Avec votre patience et votre disponibilité, vous avez su nous guider dans l'élaboration de ce travail. Merci pour votre gentillesse, votre générosité et votre soutien. Soyez assurée de notre plus sincère reconnaissance.

Je tiens à remercier très sincèrement le service de Biostatistiques, et plus particulièrement le Docteur Laure GUILLOT, pour son aide précieuse dans l'analyse des résultats de cette étude.

À l'ensemble des médecins généralistes ayant accepté de participer à ce travail, votre aide a été indispensable et cette étude n'aurait pu se faire sans vous. Je vous remercie d'avoir pris le temps de répondre à ce questionnaire. Je vous en suis sincèrement reconnaissant.

Aux patients qui ont accepté de se dévoiler quelque peu tout au long du questionnaire. C'est avec tout le respect que je vous dois que je me suis « immiscé dans votre vie ».

À l'ensemble des médecins ayant contribué à ma formation, je vous serai éternellement reconnaissant de m'avoir appris la médecine.

À mes maîtres de stage de médecine générale, qu'il me soit permis à cette occasion de vous remercier pour l'accueil que vous m'avez réservé, pour l'humanité qui entoure votre enseignement et de m'avoir soutenu tout au long de ma formation.

À ma fille, ma vie, mon amour.

À ma femme, présente à tout moment, ton soutien sans faille n'a d'égal que mon amour.

À ma famille, mes parents, ma sœur, mon frère, qui m'ont toujours soutenu pendant ces longues années d'études. Merci pour vos encouragements.

À ma belle-famille. Merci pour votre soutien.

À mes amis, et leurs enfants. Merci pour tout.

SOMMAIRE

I. INTRODUCTION	13
II. PRÉAMBULE	15
III. HISTORIQUE	20
IV. RAPPELS ET RECOMMANDATIONS	25
A. Mesures de la pression artérielle	26
B. Résultats de ces mesures	27
C. Particularités	28
D. Principales étiologies de l'hypertension artérielle	29
E. Hypertension artérielle et risque cardio-vasculaire	30
F. Retentissement et complications	31
G. Hypertension artérielle essentielle et recommandations	32
H. Traitement	33
V. MÉTHODOLOGIE	38
VI. RÉSULTATS	45
A. Rappels méthodologiques	46
B. Caractéristiques de notre échantillon	48
C. Résultats	51
C.1. Connaissances sur l'hypertension artérielle et représentations étiologiques	51
C.2. Vécu de l'hypertension artérielle et rapport avec l'entourage	61
C.3. Hypertension artérielle et traitement	66
C.4. Modèle représentatif et tension artérielle	73

VII. DISCUSSION	78
A. Analyse et critique de l'étude	79
A.1. Sujet de l'étude	79
A.2. Mesure de la pression artérielle	80
A.3. Recrutement des patients par les médecins généralistes	80
B. Analyse et critique du questionnaire	81
C. Critique de l'échantillon	83
C.1. Inclusion des patients	83
C.2. Caractéristiques de l'échantillon étudié	84
D. Impact de la conception causale sur les représentations de la maladie	87
D.1. Hypertension artérielle et connaissances profanes	87
D.2. Le patient hypertendu face à sa maladie	90
D.3. L'observance thérapeutique : un enjeu primordial	98
D.4. Le patient hypertendu et son avenir	99
E. Influence de la représentation étiologique sur les valeurs de tension artérielle	101
VIII. CONCLUSION	106
BIBLIOGRAPHIE	111
ANNEXES	117
Annexe 1 : lettre envoyée aux médecins généralistes	118
Annexe 2 : questionnaire	119

I

INTRODUCTION

Au travers de ce travail, nous nous sommes intéressés à un aspect médico-psychologique que constituent les représentations étiologiques de la maladie en l'occurrence l'hypertension artérielle et ses répercussions éventuelles sur les chiffres de tension artérielle mesurés au cabinet médical.

Cette étude a pu être réalisée grâce à la participation de médecins généralistes de la Haute-Vienne. Ceux-ci ont invité certains de leurs patients hypertendus à remplir un questionnaire que nous nous sommes chargés d'interpréter.

Dans un premier temps, nous avons tenté de dégager une adhésion éventuelle à une représentation exogène (cause extrinsèque) ou endogène (cause intrinsèque) des causes de leur pathologie.

Dans un second temps, nous avons cherché à mettre en évidence si cette conception causale influait sur l'atteinte des objectifs tensionnels.

II
PRÉAMBULE

Une maladie se définit par une modification physique ou psychologique et se reconnaît par ses étiologies, ses symptômes, ses traitements...

Tout médecin qui s'intéresse aux causes d'une pathologie les aborde de manière scientifique, rationnelle, cartésienne et humaine afin de rapporter au mieux la réalité des faits. Cette recherche de la ou des causes s'appuie sur des connaissances scientifiques, médicales, des données statistiques et démographiques basées sur des mesures, des données quantitatives et qualitatives. Cet entrelacement de constatations et mesures constituent une trame définissant un support biomédical sur lequel chaque médecin s'appuie pour étayer ses démarches diagnostiques et thérapeutiques [17].

En situation de soins, tout médecin est confronté quotidiennement au questionnement des patients concernant leur pathologie. Une interrogation récurrente est « Comment est-ce arrivé ? » ou encore « À quoi cela est-il dû ? ».

Afin de répondre au mieux à ces demandes, le médecin s'appuiera sur son savoir biomédical. Cependant, nous avons tous été, à un moment ou à un autre de notre activité, amené à percevoir un sentiment d'incompréhension des patients quant à nos explications sur la cause de leur pathologie. D'une part, cette culture médicale peut ne pas être accessible aux patients novices, profanes ; d'autre part, ces tentatives de réponses peuvent ne pas correspondre à l'attente d'explication causale.

En effet, chaque patient a une représentation de sa maladie qui lui est propre et n'appartient qu'à lui. Cette interprétation causale de la maladie fait intervenir toute la subjectivité de l'être humain qui s'est forgée tout au long de sa vie, au gré des expériences, au travers de son éducation, de ses croyances, de ses théories, de son histoire personnelle et de son vécu [1].

C'est cette personnalité que le médecin prend en compte pour appréhender le patient dans sa globalité et comprendre la complexité de celui-ci. Retirer cette subjectivité au patient réduirait celui-ci à l'état de sujet observé, d'objet pour lequel toute reconnaissance de sa pathologie ne se concevrait que sous forme de modèles préétablis par la rationalité médicale.

Déjà, George Canguilhem, philosophe et épistémologue français, affirmait [13] : *« lorsque le médecin a substitué à la plainte du malade et à sa représentation subjective des causes de son mal, ce que la rationalité contraint de reconnaître comme la vérité de sa maladie, le médecin n'a pas pour autant réduit la subjectivité du malade. Il lui a permis une possession de son mal différente. Et s'il n'a cherché à l'en déposséder, en lui affirmant qu'il n'est atteint d'aucune maladie, il n'a pas toujours réussi à le déposséder de sa croyance en lui-même malade, et parfois même de sa complaisance en lui-même malade. En bref, il est impossible d'annuler dans l'objectivité du savoir médical la subjectivité de l'expérience vécue du malade. »*

Afin de conceptualiser ces représentations de la maladie, François Laplantine [33], chercheur français en ethnologie et en anthropologie, tente de schématiser les diverses interprétations de la santé et de la maladie afin de rendre compte au mieux des notions élémentaires de la représentation des causes d'une maladie au sein d'une société qu'elle soit dite « moderne » ou « primitive », savante ou profane.

Il décrit ainsi 4 groupes de modèles étiologiques :

- modèle bénéfique / maléfique où la maladie est vécue soit comme une expérience positive soit comme néfaste et préjudiciable ;
- modèle additif / soustractif où la maladie est représentée sous la forme d'un objet qui a été soit ajouté soit retiré ;

- modèle ontologique / fonctionnel où la maladie est soit une entité individualisable et localisable dans l'organisme soit une rupture d'équilibre entre l'homme et lui-même ou son environnement ;
- modèle endogène / exogène où la maladie provient soit de l'individu lui-même soit de l'intrusion d'un facteur extrinsèque.

Cette dernière conception prend une dimension particulière ces dernières années en raison de l'imputabilité croissante attribuée, selon une vision populaire, aux modifications de l'environnement sur la genèse des maladies.

L'opposition d'attribution causale sur le modèle endogène/exogène peut s'appliquer ainsi à l'hypertension artérielle sans pour autant remettre en cause ni les multiples étiologies ni les facteurs influençant cette pathologie.

Utiliser ce modèle peut permettre d'apporter un éclairage différent mais complémentaire sur les causes identifiées par les patients en situation de soins de leur hypertension artérielle.

L'hypertension artérielle est une de ces maladies ancrées dans la société par sa prévalence [42] (10,5 millions de Français traités pour l'hypertension artérielle en 2006 selon la Caisse Nationale d'Assurance Maladie), par son caractère familial en raison de cette fréquence importante ; cette fameuse « tension » que chaque médecin se doit de mesurer lors d'une consultation, même pour une rhinopharyngite, afin d'apporter une légitimité à l'examen.

Si nous acceptons qu'un patient puisse avoir une représentation étiologique qui lui est propre, nous concevons alors que le traitement proposé par le médecin peut ne pas être approprié à la perception qu'a le patient de sa pathologie et de ses causes.

Alors qu'en est-il de ce patient à la pathologie si singulière qu'on lui propose un traitement qui ne lui corresponde pas ? Que penser du médecin qui propose un régime hyposodé au patient pour qui le sel n'est responsable en aucune manière de son hypertension artérielle ? Que penser de ce patient qui accepte un traitement médicamenteux malgré la conviction du caractère héréditaire et transmis de sa maladie ainsi que de la fatalité irrémédiable qui le touche ?

Donc, si LE traitement ne rejoint pas LA maladie, qu'en est-il des résultats observés ?

Pour être efficace sur les chiffres de tension artérielle relevés, un traitement doit-il nécessairement être calqué sur ce que désire le patient ? Par conséquent, le malade ferait perdre le rôle de soignant qu'a son médecin et se confierait à lui-même la lourde tâche de se soigner.

Afin de mieux rendre compte de cela, nous allons essayer de mettre en évidence une adhésion éventuelle des patients à une vision endogène ou exogène de la maladie hypertensive et de détecter, si elles existent, des différences dans l'atteinte des objectifs de tension artérielle en fonction du modèle adopté.

III
HISTORIQUE

Les physiologistes pensaient, même longtemps après Galien (131-201, médecin grec), que le sang était envoyé dans tout le corps à partir du foie, siège de l'hématopoïèse selon Galien, et qu'il était consommé à sa périphérie par les organes [16,20].

Il a fallu attendre quatorze siècles et William Harvey (1578-1657, médecin anglais) en 1628 pour remettre en cause ces mouvements du sang et élaborer une conception plus réelle de la circulation sanguine dans sa publication *Exercitatio Anatomica de Motu Cordis et Sanguinis in Animalibus* [16].

La pression artérielle, quant à elle, et ses variations n'ont été mises en évidence que plusieurs décennies plus tard au travers d'expériences menées par Stephen Hales (1677-1761, physiologiste, chimiste et inventeur anglais) en 1733. Ses travaux consistaient en des expérimentations animales dont les mesures nécessitaient des protocoles quelque peu sanglants (figure 1). En effet, Hales abouchait un manomètre fait d'un tuyau de cuivre recourbé à l'artère fémorale d'une jument [7,10]. Il notait ainsi une grande variabilité de la pression artérielle, celle-ci était influencée par les mouvements de l'animal, son pouls, sa respiration, son degré d'épuisement ou de frayeur [32].



Fig.1 Mesure de la pression artérielle par Stephen Hales

Mais c'est principalement à la fin du XIX^e siècle, à la suite des travaux de Jean-Louis-Marie Poiseuille (1797-1869, médecin français) chez le chien, que les physiologistes se sont intéressés à la mesure de la pression artérielle et à sa régulation.

Le docteur Étienne-Jules Marey (1830-1904, médecin français) décrivait ses travaux dans sa thèse *Physiologie médicale de la circulation du sang* soutenue en 1860 où il approfondissait les connaissances de l'hémodynamique cardio-vasculaire grâce à un système de sondes gonflées d'air, introduites dans les vaisseaux d'animaux et reliées à un cylindre métallique permettant de visualiser sous forme de courbes des variations de pression [35].

Par la suite, vers le début des années 1890, des médecins ont commencé à utiliser des appareils destinés à mesurer les variations de pouls et leur amplitude. C'était les premiers sphygmoscopes ou sphygmographes, précurseurs des sphygmomanomètres capables de mesurer la pression artérielle par une méthode enfin non invasive.

C'est ainsi qu'un progrès essentiel dans la mesure de la pression artérielle a été apporté par le docteur Scipione Riva-Rocci (1863-1936, médecin italien) qui associait en 1896 un brassard gonflable à un sphygmomanomètre à mercure et, tout en palpant l'artère radiale, permettait la détermination de la pression artérielle systolique (figure 2).

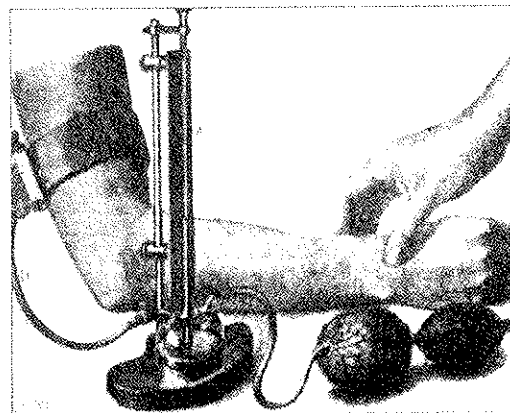


Fig. 2 Sphygmomanomètre de Riva-Rocci

La méthode inventée en 1905 par le docteur Nikolai Sergueïevitch Korotkov (1874-1920, médecin russe) était d'usage plus courant dans la pratique clinique quotidienne. Elle consistait en la mesure au manomètre de la contre-pression exercée sur une artère par un brassard gonflable tout en auscultant l'artère [26].

Déjà, les physiologistes remarquaient que les chiffres de pression artérielle pouvaient être influencés par les efforts, les émotions, l'âge, le cycle nyctéméral, l'altitude, la digestion, le tabac, etc. permettant ainsi d'introduire les notions d'hypotension et d'hypertension.

Cependant, cette nouvelle notion d'hypertension artérielle n'était pas encore interprétée comme facteur péjoratif dans la survenue d'évènements cardio-vasculaires.

Dès 1905, les médecins des compagnies d'assurance d'Amérique du Nord, dans un souci économique bien entendu, ont cherché à connaître l'espérance de vie des postulants à une assurance vie. Ils imposaient entre autres la mesure de la pression artérielle dans leur bilan de santé [39].

Dès 1910, le docteur John Welton Fischer, directeur médical de la Northwestern Mutual Life Insurance Company, après avoir étudié une cohorte d'hommes de 20 à 60 ans, refusait d'assurer les personnes pour lesquelles la pression artérielle systolique dépassait 150 mm Hg [11,39].

En 1939, une quinzaine de compagnies d'assurance se regroupaient et mettaient au point la Blood Pressure Study pour permettre le suivi de 1 300 000 personnes pendant 10 ans. Cela a permis de mettre en évidence l'augmentation linéaire qui existait entre l'hypertension artérielle et la mortalité cardio-vasculaire dans une population d'hommes âgés de 50 à 69 ans [5].

En 1948, une vaste étude prospective de cohorte, la Framingham Heart Study, a été débutée dans la ville de Framingham située dans le Massachusetts aux États-Unis. Elle incluait à son début 5 209 personnes âgées de 29 à 62 ans pour atteindre plus de 14 000 participants sur 3 générations. Cette étude se poursuit encore actuellement [37,38].

Cette enquête a défini le concept multifactoriel des maladies cardio-vasculaires et mettait déjà en évidence les différents facteurs de risque tels que nous les connaissons aujourd'hui à savoir : l'hérédité, le sexe, l'âge, le tabagisme, l'hypertension artérielle, les dyslipidémies, le diabète...

IV

RAPPELS ET RECOMMANDATIONS

L'hypertension artérielle est une pathologie de premier plan tant par ses répercussions sur la santé que par son impact socio-économique.

Cette hypertension artérielle est un facteur de risque cardio-vasculaire majeur.

En effet, selon l'Institut National de la Statistique et des Études Économiques, les décès en rapport avec l'appareil circulatoire sont la 1^{re} cause de décès en Haute-Vienne en 2006. Pendant cette année, 3 898 décès ont été enregistrés dont 1 203 imputables aux pathologies cardio-vasculaires soit 30,86 % [30,31].

Sur le plan national, ce taux est évalué à 28,19 % par l'INSEE [3,29].

Dès lors, avoir une action directe sur ce marqueur qu'est l'hypertension artérielle prend tout son sens.

Comme il existe une relation linéaire et continue entre les valeurs de pression artérielle et le risque cardio-vasculaire, la notion de valeur seuil déterminant l'hypertension artérielle ne peut être qu'arbitraire. Elle a été définie de manière consensuelle, en l'état actuel des connaissances, par une PAS \geq 140 mm Hg et/ou une PAD \geq 90 mm Hg [27].

A) MESURES DE LA PRESSION ARTÉRIELLE [22]

1) Appareillage :

- méthode traditionnelle qui utilise un manomètre et un stéthoscope
- méthode électronique avec brassard couplé à un capteur de pression

Remarques :

- La taille du brassard utilisé doit être adaptée à la morphologie de chaque patient.
- Le manomètre choisi doit être de préférence un manomètre à mercure, plus précis que le manomètre anéroïde.

2) Conditions de mesure :

- patient en position assise ou couchée depuis plusieurs minutes
- bras dénudé, la manche du vêtement ne faisant pas garrot
- brassard positionné à la hauteur du cœur
- pavillon du stéthoscope placé en regard de l'artère humérale
- pratiquer au moins 2 mesures à 1-2 minutes d'intervalle

3) Méthodes de mesure ; les seuils de pression artérielle définissant l'hypertension artérielle sont différents en fonction de la méthode utilisée pour la mesurer [27] :

- au cabinet : 140 / 90 mm Hg
- auto-mesure : 135 / 85 mm Hg
- MAPA des 24 heures (Mesure Ambulatoire de la Pression Artérielle) : 130 / 80 mm Hg
- MAPA éveil : 135 / 85 mm Hg
- MAPA sommeil : 120 / 70 mm Hg

B) RÉSULTATS DE CES MESURES

Les valeurs de pression artérielle recueillies selon les critères de bonne pratique de mesure permettent d'établir une graduation, une stratification de l'hypertension artérielle que l'ESH (European Society of Hypertension) et l'ESC (European Society of Cardiology) présentent dans la figure 3 [34] :

Classe	Pression artérielle systolique	Pression artérielle diastolique
Pression artérielle optimale	<120	<80
Pression artérielle normale	120-129	80-84
Pression artérielle normale haute	130-139	85-89
Hypertension artérielle grade 1 (légère)	140-159	90-99
Hypertension artérielle grade 2 (modérée)	160-179	100-109
Hypertension artérielle grade 3 (sévère)	≥180	≥110
Hypertension artérielle systolique isolée	≥140	<90

Fig. 3 Classification de la pression artérielle en mm Hg chez l'adulte

C) PARTICULARITÉS

- L'hypertension dite « isolée de consultation », ou hypertension dite « de la blouse blanche » correspond à une pression artérielle élevée lors des consultations mais normale en MAPA ou auto-mesure.

Ces patients ont un risque cardio-vasculaire moindre que les patients ayant une hypertension artérielle avérée.

- L'hypertension ambulatoire isolée ou hypertension masquée correspond à une pression artérielle normale en consultation mais élevée en MAPA ou auto-mesure.

Ces patients ont un risque cardio-vasculaire proche de celui des patients hypertendus.

D) PRINCIPALES ÉTIOLOGIES DE L'HYPERTENSION ARTÉRIELLE

L'hypertension artérielle essentielle représente près de 95 % des cas d'hypertension [2].

Pour tout patient pour lequel l'examen clinique confirme l'existence d'une hypertension artérielle, un bilan systématique initial doit être réalisé afin de mettre en évidence des éléments orientant vers une hypertension artérielle secondaire.

Celui-ci consiste en [27] :

- bilan biologique (glycémie à jeun, bilan lipidique, kaliémie, créatininémie)
- bandelette urinaire (hématurie, protéinurie)
- ECG de repos

ÉTIOLOGIES :

- HTA essentielle (95 % des cas)
- HTA secondaire (liste non exhaustive) :
 - causes rénales = insuffisance rénale, néphropathie parenchymateuse, sténose d'une artère rénale
 - causes surrénaliennes = adénome de Conn, hyperplasie des surrénales, maladie de Cushing, phéochromocytome
 - coarctation de l'aorte
 - causes iatrogènes ou toxiques = réglisse, AINS, corticoïdes, œstrogènes, ciclosporine, sympathomimétiques, cocaïne, alcool
 - grossesse (pré-éclampsie, HTA gravidique)
 - syndrome d'apnée du sommeil

E) HTA ET RISQUE CARDIO-VASCULAIRE

L'hypertension artérielle est un élément important dans la survenue d'évènements cardio-vasculaires mais n'en est pas le seul déterminant.

La prise en charge des patients atteints d'hypertension artérielle essentielle nécessite la connaissance du risque cardio-vasculaire de chaque individu.

En effet, à pression artérielle identique, le risque cardio-vasculaire peut être différent d'un patient à un autre selon la présence ou non de facteurs de risque associés [25].

FACTEURS DE RISQUE CARDIO-VASCULAIRES

- Âge > 50 ans chez l'homme

> 60 ans chez la femme

- Antécédents familiaux d'accident cardio-vasculaire précoce :

IDM ou mort subite avant l'âge de 55 ans chez le père ou autre parent

du 1^{er} degré de sexe masculin

et/ou IDM ou mort subite avant l'âge de 65 ans chez la mère ou autre parent

du 1^{er} degré de sexe féminin

et/ou AVC précoce (avant 45 ans)

- Tabagisme actuel ou arrêté depuis moins de 3 ans

- Diabète traité ou non

- Dyslipidémie : LDL cholestérol $\geq 1,60$ g/l

HDL cholestérol $\leq 0,40$ g/l

La détermination du risque cardio-vasculaire est un élément majeur car il permet d'évaluer la probabilité de survenue d'une maladie cardio-vasculaire (figure 4).

Cette détermination sert ainsi à standardiser la prise en charge de chaque patient afin d'optimiser le traitement antihypertenseur au-delà du seul critère de pression artérielle.

Fig. 4 Stratification des niveaux de risque cardio-vasculaire

Facteurs de risque associés	HTA grade 1 (PA = 140-159 / 90-99 mm Hg)	HTA grade 2 (PA = 160-179 / 100-109 mm Hg)	HTA grade 3 (PA ≥ 180 / 110 mm Hg)
0	Risque faible	Risque moyen	Risque élevé
1 à 2	Risque moyen	Risque moyen	Risque élevé
≥ 3	Risque élevé	Risque élevé	Risque élevé
Diabète	Risque élevé	Risque élevé	Risque élevé
Atteinte d'un organe cible (HVG, microalbuminurie)	Risque élevé	Risque élevé	Risque élevé

L'obésité, la sédentarité et la consommation d'alcool sont également des facteurs à prendre en compte lors de la prise en charge d'un patient hypertendu.

F) RETENTISSEMENT ET COMPLICATIONS

La connaissance du retentissement de l'hypertension artérielle sur les différents organes cibles est une priorité lorsque l'on diagnostique, traite, et organise le suivi d'un patient hypertendu.

Les organes cibles sont le cœur (risque d'insuffisance cardiaque, insuffisance coronarienne), les vaisseaux (risque d'anévrisme de l'aorte abdominale, artériopathie des membres inférieurs ou aorto-iliaque, rétinopathie), le cerveau (risque d'Accident Vasculaire Cérébral ou Accident Ischémique Transitoire, syndrome démentiel), le rein (risque de néphroangiosclérose, insuffisance rénale avec clearance < 60 ml / min).

G) HYPERTENSION ARTÉRIELLE ESSENTIELLE ET RECOMMANDATIONS

Les recommandations internationales, et plus particulièrement européennes grâce à l'ESH (European Society of Hypertension) et l'ESC (European Society of Cardiology), précisent les valeurs seuils de pression artérielle, appelées « objectifs tensionnels », au-delà desquelles une intervention est préconisée afin d'optimiser la prise en charge de ces patients hypertendus [34].

Les objectifs de tension artérielle sont les suivants [27]:

- PA < 130 / 80 mm Hg chez les diabétiques et les insuffisants rénaux
- PA < 140 / 90 mm Hg chez les autres patients

Ces valeurs seuils de pression artérielle constituent des seuils décisionnels dont le seul but est de diminuer l'incidence des maladies cardio-vasculaires.

C'est ainsi que, pour tout patient hypertendu, chaque médecin peut établir, après interrogatoire, examen clinique et examens complémentaires, un profil complet de l'individu afin d'établir une stratégie des différentes prises en charge.

Stratification de la prise en charge et de l'intervention thérapeutique :

Elle est fonction du risque cardio-vasculaire du patient et de l'objectif tensionnel à atteindre.

- Risque faible = mesures hygiéno-diététiques pendant 6 mois à l'issue desquels un traitement pharmacologique est à envisager si l'objectif n'est pas atteint
- Risque moyen = mesures hygiéno-diététiques pendant 1 à 3 mois suivis par l'adjonction d'un traitement médicamenteux si nécessaire
- Risque élevé = mesures hygiéno-diététiques et traitement médicamenteux d'emblée

H) TRAITEMENT

Les moyens thérapeutiques nécessaires à l'atteinte de ces objectifs sont :

- Mesures hygiéno-diététiques [27]:
 - Augmentation de l'activité physique, c'est-à-dire avoir une activité physique aérobie régulière d'au moins 30 à 45 minutes par jour 3 à 4 fois par semaine
 - Arrêt du tabac
 - Limitation de l'apport en sel à 6 g par jour. Par exemple, de manière plus pratique : ne pas resaler les aliments, éviter les aliments trop salés surtout les charcuteries et préparations industrielles
 - Réduction du poids afin d'obtenir un IMC (Indice de Masse Corporelle) $< 25 \text{ kg} / \text{m}^2$, ou à défaut une baisse de 10 % du poids initial
 - Régime riche en fruits et légumes, et pauvre en graisses saturées
 - Limitation de la consommation d'éthanol (20 à 30 g/j pour les hommes, 10 à 20 g/j pour les femmes)

- Traitement médicamenteux

Les traitements pharmacologiques, actuellement indiqués en 1^{re} intention dans le traitement de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte et recommandés par la Haute Autorité de Santé, sont regroupés en 5 classes :

- Diurétiques thiazidiques
- Bêtabloquants
- IEC (Inhibiteurs de l'Enzyme de Conversion)
- ARA II (Antagonistes des Récepteurs de l'Angiotensine II)
- Inhibiteurs calciques

Il est actuellement recommandé de débiter par une monothérapie ou par une association fixe d'antihypertenseurs à dose faible ayant l'indication en 1^{re} intention.

L'adaptation thérapeutique et le suivi tensionnel peut s'effectuer selon le protocole proposé par la Haute Autorité de Santé et reproduit dans la figure 5 [27,44].

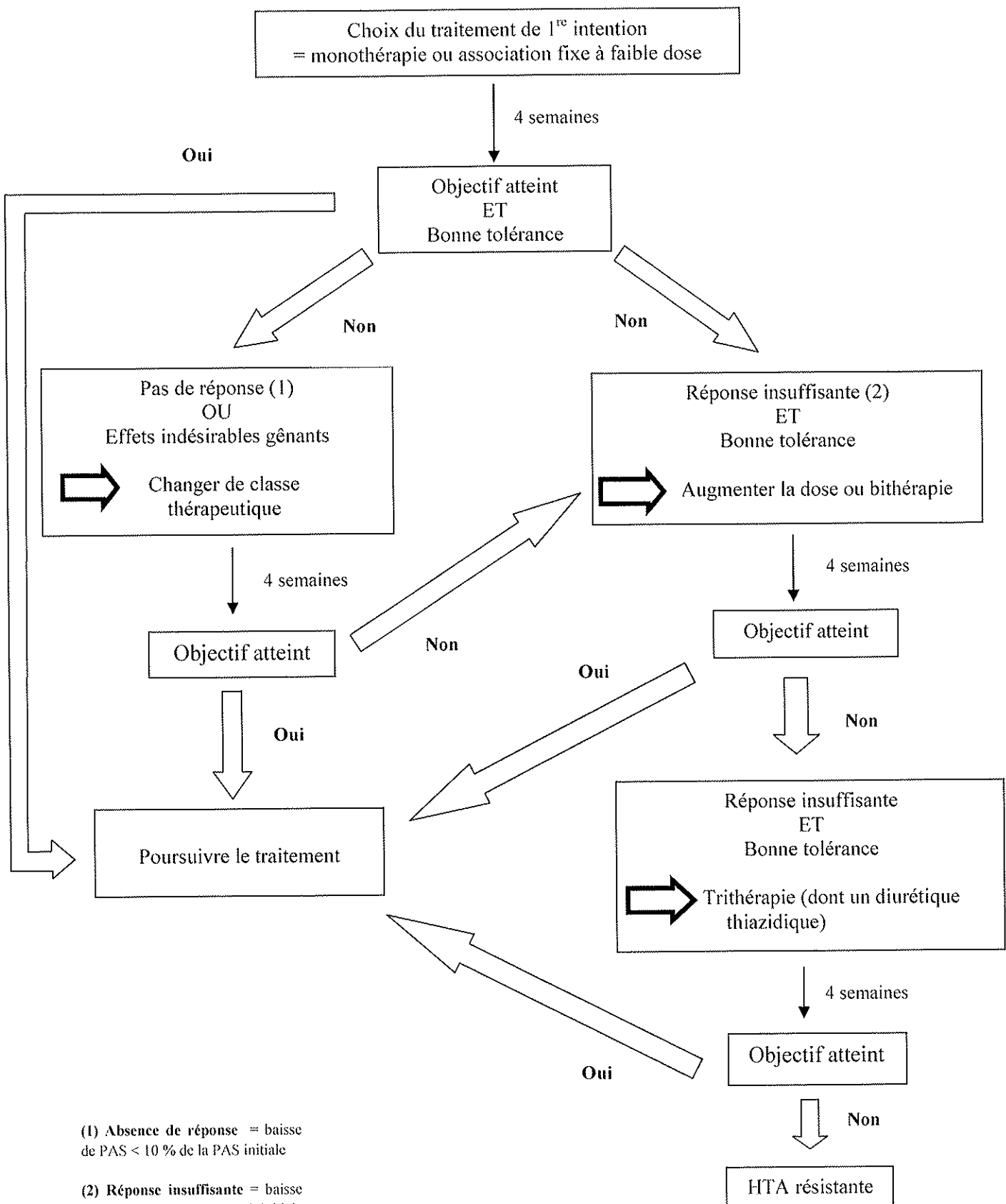


Fig. 4 Stratégie thérapeutique de la prise en charge de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte selon la Haute Autorité de Santé

Lorsqu'une bithérapie, ou une trithérapie, est envisagée, il a été proposé selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé de préférer des associations synergiques selon la stratégie des paniers thérapeutiques.

Celle-ci consiste à associer au premier traitement, qui n'aurait pas permis d'atteindre l'objectif tensionnel souhaité, un médicament de l'autre panier thérapeutique selon le schéma proposé dans la figure 6.

Panier 1 : Bêtabloquant

IEC

ARA II

Panier 2 : Diurétique thiazidique

Inhibiteur calcique

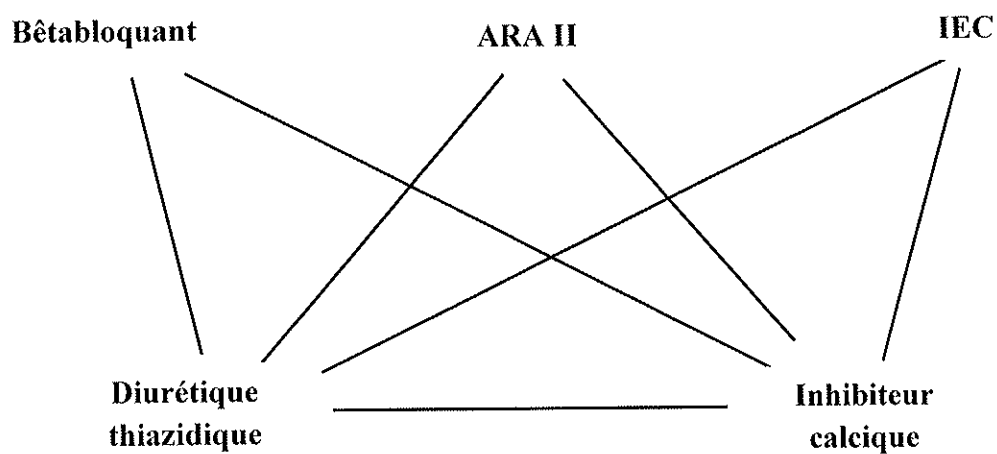


Fig. 6 Stratégie d'adaptation thérapeutique

L'ensemble de ces recommandations (mesure de pression artérielle, bilan du patient hypertendu, détermination du risque cardio-vasculaire, objectif tensionnel, stratégie thérapeutique) ne tend que vers un seul objectif : diminuer le risque de survenue de complications cardio-vasculaires.

Bien entendu, ce but sera d'autant plus facile à atteindre que le patient prendra pleinement part à la prise en charge de sa pathologie au sein d'une équipe composée du médecin généraliste, des médecins des autres spécialités et du personnel paramédical intervenant auprès de ce patient.

V

MÉTHODOLOGIE

Afin de rendre compte au mieux du rapport étroit que les patients établissent avec leur pathologie, nous avons cherché à réunir un ensemble de réactions, de ressentis, d'idées et de conceptions de la maladie.

Selon les travaux de Claudine Herzlich, sociologue française et directrice de recherches au CNRS, en 1969 [28] analysant les mécanismes psychologiques dans les représentations du déclenchement des maladies (sans distinction de maladies), il existerait une forte tendance à attribuer la survenue d'une maladie à des facteurs extrinsèques qui sont, selon elle, un rythme de vie rapide, des horaires trop chargés, un air vicié, le bruit, une mauvaise alimentation, le manque de détente, etc.

D'après les résultats de cette étude, parus dans son ouvrage *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale* [28], 66 % des patients interrogés pensent que le mode de vie a un effet négatif sur la santé, et qu'il est responsable pour 61 % d'entre eux du déclenchement des maladies.

Les facteurs intrinsèques, que Claudine Herzlich détaille par les termes d'« hérédité », de « terrain », de « constitution » ou encore de « tempérament », n'arrivent quant à eux qu'en position mineure.

Nous avons ainsi cherché à élaborer sur le même schéma un formulaire adapté à l'hypertension artérielle et actualisé par rapport au questionnaire établi par Claudine Herzlich en 1969.

C'est ainsi que nous avons élaboré un questionnaire qui se compose de 6 pages dont la première est à remplir par le médecin lui-même en présence de son patient, et les 5 autres pages sont à compléter par le patient seul (par exemple dans la salle d'attente, comme nous l'avons suggéré dans la lettre jointe aux questionnaires, afin de se soustraire au regard du médecin pouvant influencer les réponses).

La première page du questionnaire est composée d'items servant à catégoriser chaque patient au sein de la population à laquelle il appartient (sexe, âge, catégorie socio-professionnelle, traitement antihypertenseur en cours, derniers chiffres de tension artérielle).

Les 5 pages suivantes sont faites de questions à réponses ouvertes ou fermées ; certaines servant à définir le patient dans son appartenance éventuelle à un modèle exogène ou endogène de la conception de son hypertension artérielle ; d'autres permettant, au-delà de la connaissance de la seule répercussion de cette attribution causale sur les chiffres de tension artérielle, d'évaluer l'impact du discours médical sur les connaissances qu'a chaque patient de l'hypertension artérielle, des objectifs à atteindre et du traitement nécessaire à cette pathologie.

Ce questionnaire établi, nous avons souhaité le soumettre à un panel de patients consultant leur médecin généraliste en Haute-Vienne.

À la date de l'étude, à savoir en juin / juillet 2008, le Conseil Départemental de l'Ordre des Médecins recensait 459 médecins généralistes installés en Haute-Vienne.

Nous souhaitons solliciter un échantillon de médecins représentatifs de la démographie médicale du moment en termes de rapport hommes / femmes et de lieu d'exercice professionnel à savoir Limoges intra-muros ou pas.

Ces critères sont détaillés dans les figures 7 et 8.

Fig. 7 Répartition des médecins généralistes installés en Haute-Vienne selon le sexe et le lieu d'exercice

Médecins généralistes de Haute-Vienne	Hommes	Femmes
Exercice à Limoges	123	85
Exercice hors de Limoges	174	77

Fig. 8 Répartition des médecins généralistes participant à l'étude selon le sexe et le lieu d'exercice

Médecins généralistes sélectionnés	Hommes	Femmes
Exercice à Limoges	29	20
Exercice hors de Limoges	42	19

C'est ainsi que nous avons sollicités 110 médecins généralistes, choisis de manière aléatoire, et les avons priés de présenter ce questionnaire à 10 de leurs patients suivis pour hypertension artérielle, soit au total 1 100 patients potentiels.

Nous n'avons proposé aucun critère de recrutement des patients si ce n'est qu'ils soient hypertendus.

À l'issue de cette collaboration, chaque médecin participant pouvait renvoyer l'ensemble des questionnaires grâce à l'enveloppe pré-timbrée jointe lors de l'envoi.

À la fin du dépouillement, une partie des patients peut être classifiée en 2 sous-groupes répondant aux critères endogènes ou exogènes de l'attribution causale de leur hypertension artérielle.

Les résultats de l'autre partie des patients n'ayant pu se démarquer vers un modèle ou l'autre sont tout autant fertiles de renseignements et peuvent être intégrés à cette analyse, et restent des indicateurs importants de ces interprétations causales.

C'est ainsi que nous avons pu recueillir 145 dossiers mais nous n'avons pu répartir que 91 d'entre eux parmi les 2 modèles.

Les critères d'inclusion à l'un ou l'autre des modèles explicatifs sont définis en fonction des réponses données aux questions suivantes (voir questionnaire) :

- Question 4 : « Pensez-vous plutôt avoir été prédisposé à l'hypertension artérielle ou plutôt avoir attrapé cette hypertension artérielle ? »
- Question 7 : « Depuis que vous avez de l'hypertension artérielle, diriez-vous que vous avez quelque chose en plus ou quelque chose en moins ? »
- Question 22 : « Concernant le traitement de votre hypertension artérielle, vous diriez plutôt qu'il comble un vide ou qu'il enlève quelque chose ? »
- Question 28 : « À quoi sert le traitement ? Faire disparaître l'hypertension artérielle ou en compenser les effets ? »
- Question 29 : « Préféreriez-vous plutôt qu'on vous enlève la maladie ou qu'on renforce votre organisme ? »

Ces questionnements reposent sur les travaux de François Laplantine [33] pour lequel l'origine exogène est en rapport avec l'intrusion d'un élément extérieur tandis que la cause endogène fait part avec l'individu lui-même.

Cette dualité exogène/endogène peut ainsi être rapprochée de l'opposition entre le « plus » et le « moins », l'addition et la soustraction d'une entité que la thérapeutique visera à corriger dans le sens du retrait ou de l'anéantissement si l'on considère cette tendance au « plus », et dans le sens de la complémentation ou de l'amélioration de son propre état dans le cas du « moins » (figure 9).

Fig. 9 Caractéristiques propres aux modèles exogène et endogène

Critères exogènes	Critères endogènes
Maladie attrapée	Prédisposition à la maladie
Élément en plus	Élément en moins
Thérapeutique soustractive	Thérapeutique additive

Les 145 patients n'ayant pas tous répondu à l'ensemble des 5 questions (n°4, n°7, n°22, n°28, n°29), tous n'ont pu être intégrés à l'un des 2 modèles.

Chacune de ces 5 questions est construite en opposant un critère exogène et un critère endogène repris dans le tableau précédent.

Pour pouvoir intégrer l'un des 2 modèles proposés, chaque patient devait présenter au moins 3 réponses s'orientant vers le versant exogène ou le versant endogène sans avoir nécessairement eu à répondre aux 5 questions.

Ainsi, nous mettons en avant 91 patients qui se répartissent en 2 groupes (figure 10) :

- 55 patients pour lesquels leur hypertension artérielle est en rapport avec un facteur exogène
- 36 patients pour lesquels leur pathologie est imputée, au contraire, à leur propre organisme

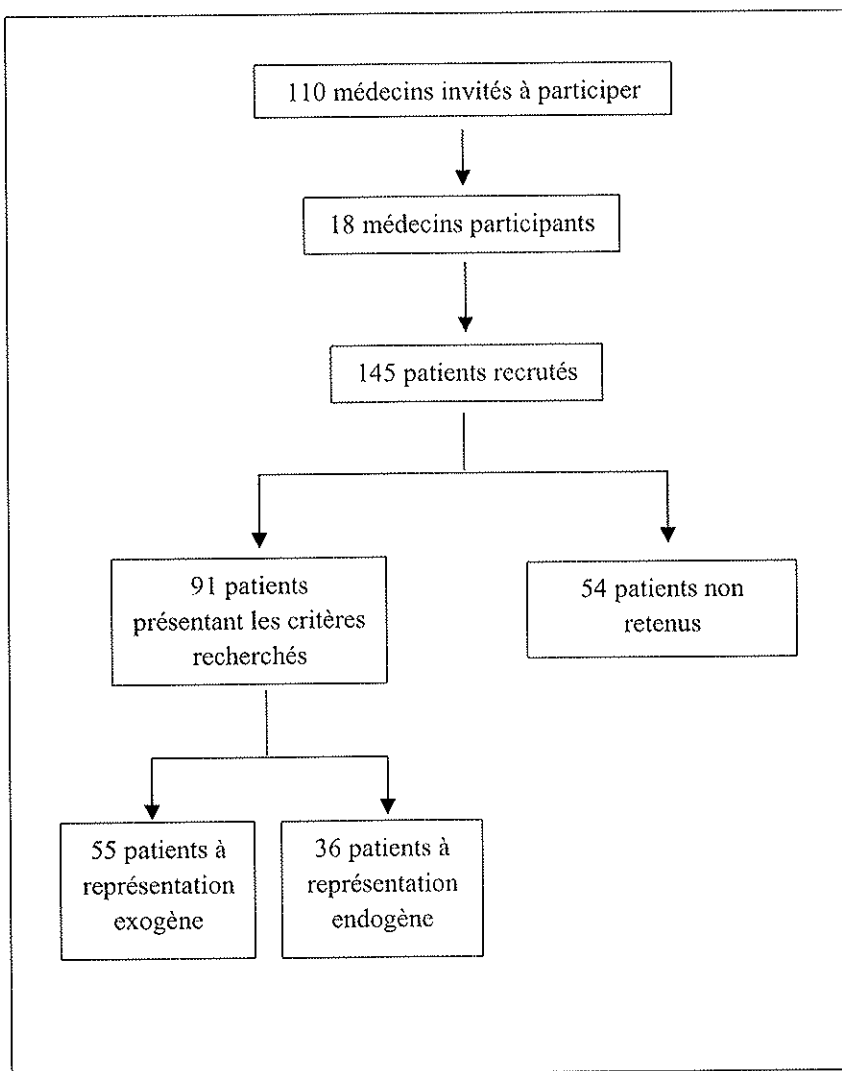


Fig. 10 Diagramme de flux de l'étude

VI
RÉSULTATS

A) RAPPELS MÉTHODOLOGIQUES

Nous avons envoyé le questionnaire à 110 médecins généralistes installés en Haute-Vienne, 18 ont accepté cette participation soit 16,3 % des médecins interrogés.

Sur les 18 médecins ayant accepté de répondre, 7 sont des femmes et 11 sont des hommes.

La moyenne d'âge de ces médecins est de 51,7 ans.

La moitié d'entre eux exerce à Limoges intra-muros.

Nous avons ainsi obtenu 145 questionnaires sur 1 100 retours potentiels soit un ratio de réponse de 13,2 %, et une moyenne de 8 patients inclus par médecin participant (figure 11).

Médecins participants N = 18	Nombre de questionnaires retournés par médecin Total = 145
9	10
5	7 à 9
2	4 à 6
3	1 à 3

**Fig. 11 Nombre de questionnaires retournés
par l'ensemble des médecins**

Seule la moitié des médecins ayant souhaité participer à ce travail a pu accomplir le recrutement de 10 patients hypertendus.

Les critères d'inclusion, nécessaires à l'attribution du modèle exogène ou endogène à la représentation de chaque patient, sont définis en fonction des réponses données aux questions suivantes (voir questionnaire) et dont la tendance des réponses est présentée entre parenthèses.

Ces questions discriminantes sont les suivantes :

- Question 4 : « Pensez-vous plutôt avoir été prédisposé (**endogène**) à l'hypertension artérielle ou plutôt avoir attrapé (**exogène**) cette hypertension artérielle ? »
- Question 7 : « Depuis que vous avez de l'hypertension artérielle, diriez-vous que vous avez quelque chose en plus (**exogène**) ou quelque chose en moins (**endogène**) ? »
- Question 22 : « Concernant le traitement de votre hypertension artérielle, vous diriez plutôt qu'il comble un vide (**endogène**) ou qu'il enlève quelque chose (**exogène**) ? »
- Question 28 : « À quoi sert le traitement ? Faire disparaître l'hypertension artérielle (**exogène**) ou en compenser les effets (**endogène**) ? »
- Question 29 : « Préféreriez-vous plutôt qu'on vous enlève la maladie (**exogène**) ou qu'on renforce votre organisme (**endogène**) ? »

Chaque groupe est constitué de patients dont les réponses à ces questions sont orientées en majorité vers l'une ou l'autre des 2 représentations proposées c'est-à-dire au moins 3 réponses ayant une connotation soit exogène soit endogène. Seuls 91 dossiers remplissaient ces conditions. De nombreuses raisons, que nous expliquerons plus loin, nous ont fait exclure le reste de 54 questionnaires.

Nous avons pu ainsi constituer 2 groupes. Le premier est composé de patients dont les réponses aux questions précédentes se sont orientées dans le sens d'une compréhension exogène de la maladie hypertensive pour au moins 3 items. Nous l'appellerons « groupe exogène ».

Le second groupe est constitué des patients ayant donné au moins 3 réponses à connotation endogène. Cet ensemble de patients sera appelé « groupe endogène ».

B) CARACTÉRISTIQUES DE NOTRE ÉCHANTILLON

Celui-ci est composé de 91 patients : 47 hommes et 44 femmes.

L'Indice de Masse Corporelle moyen est 27,97 kg/m². Il est de 28,3 kg/m² pour le groupe exogène et 27,5 kg/m² pour le groupe endogène.

L'âge moyen est 65 ans et 8 mois. Le patient le plus jeune a 24 ans et le plus âgé a 86 ans.

Il existe une représentation plus importante des hommes jusqu'à 70 ans. A partir de cette tranche d'âge, les femmes deviennent majoritaires. Les sexagénaires sont les plus représentés (figure 12).

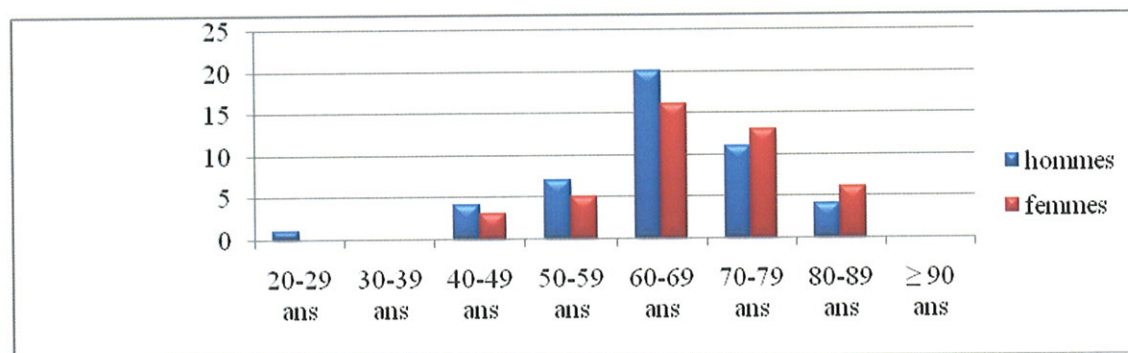


Fig. 12 Répartition de nos patients recrutés selon la catégorie d'âge et le sexe

Les patients exogènes ont en moyenne 66 ans et 3 mois, ceux du groupe endogène ont en moyenne 64 ans et 11 mois.

La répartition de nos patients selon le statut professionnel est représentée dans la figure 13.

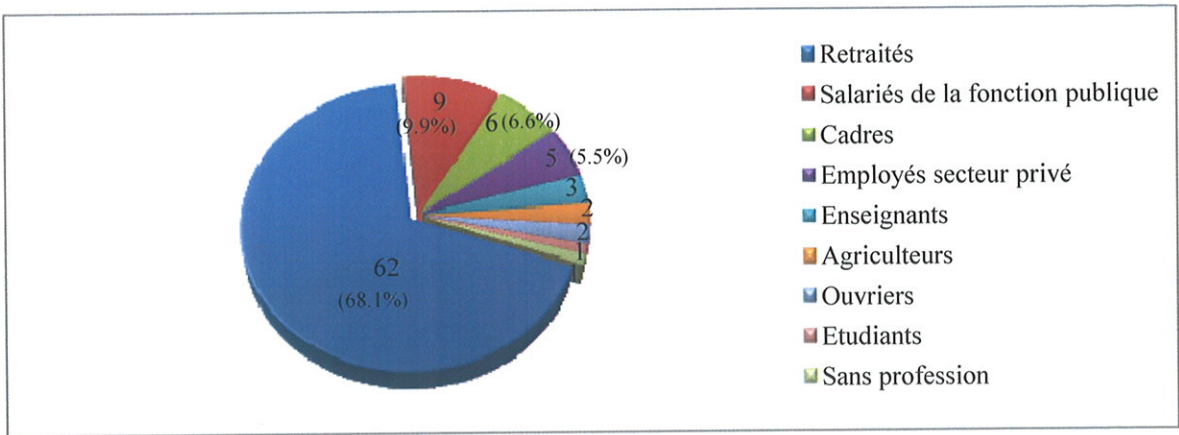


Fig.13 Catégories socioprofessionnelles dans l'échantillon

Les retraités sont très largement majoritaires à 68,1 %.

En effet, les patients qui ont 60 ans et plus représentent 74,5 % des hommes et 79,5 % des femmes.

Dans la figure 14, nous observons le niveau scolaire atteint par l'ensemble de nos patients ainsi que les proportions de chaque groupe.

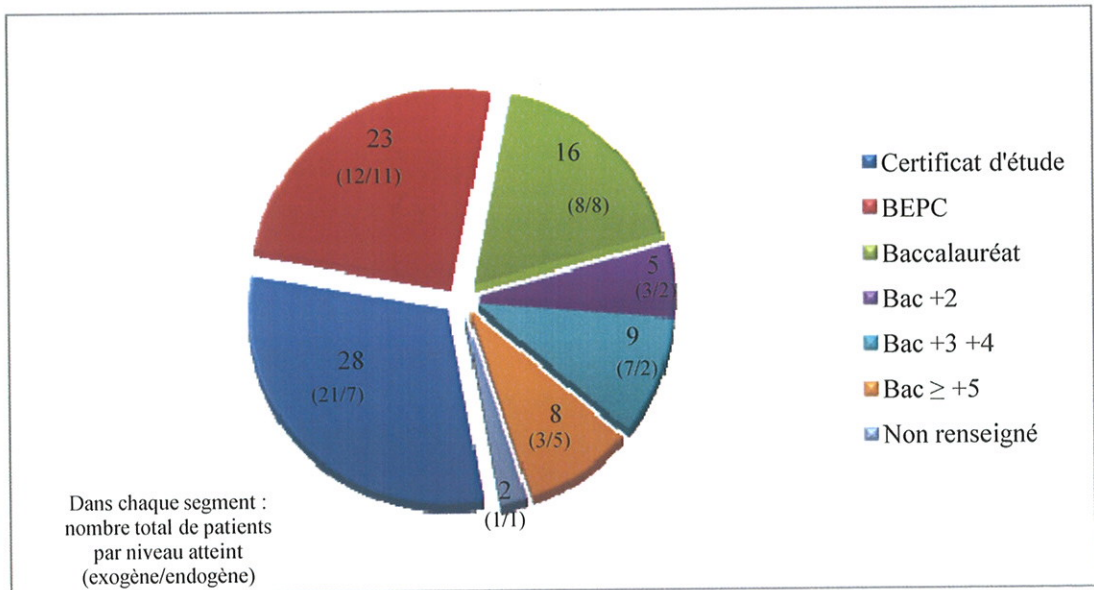


Fig. 14 Niveau d'étude dans l'échantillon

Nous observons que plus de la moitié de notre échantillon (56 %) ne dépasse pas le niveau du BEPC.

Dans le groupe exogène, 38,2 % des patients (21 sur 55) ont arrêté leurs études au certificat d'étude contre 19,4 % (7 sur 36) dans le groupe endogène. Cette différence observée est la plus significative ($p = 0,06$; test de Chi2).

Tabac : 62 patients n'ont jamais fumé

24 ont arrêté il y a plus de 3 ans

2 ont arrêté il y a moins de 3 ans

1 patient fume encore

La consommation moyenne de tabac des patients fumeurs, ou anciens fumeurs, est 27,7 Années/Paquets.

Ancienneté du traitement antihypertenseur (Question 2 : « Depuis combien de temps suivez-vous un traitement contre l'hypertension artérielle ? ») :

- moins de 5 ans : 19 patients
- 5 à 10 ans : 24 patients
- plus de 10 ans : 45 patients

La totalité des patients recrutés suit un traitement médicamenteux antihypertenseur.

De façon schématique, notre patient moyen a environ 66 ans, en surpoids, ne fume pas, est retraité, a arrêté les études avant le lycée et suit un traitement antihypertenseur depuis plus de 10 ans.

C) RÉSULTATS

C.1. Connaissances sur l'hypertension artérielle et représentations étiologiques

C.1.a. Hypertension artérielle et étiologies mises en causes :

Nous avons répertorié dans le tableau de la question 19 (« Donnez votre avis sur les causes possibles de l'hypertension artérielle ») un ensemble des causes potentiellement responsables de l'hypertension artérielle selon le mode de représentation profane.

Bien entendu, cette liste n'est pas exhaustive, mais elle est composée d'un large éventail de causes en plus des étiologies reconnues par la communauté scientifique.

Ceci nous permet d'établir une sorte d'état des lieux des connaissances des patients sur l'hypertension artérielle.

Chaque patient pouvait donner son avis sur le caractère potentiellement hypertenseur de chaque item proposé sous les qualificatifs « Très d'accord / Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord ».

La figure 15 illustre les facteurs potentiellement responsables d'hypertension artérielle pour les patients du groupe exogène :

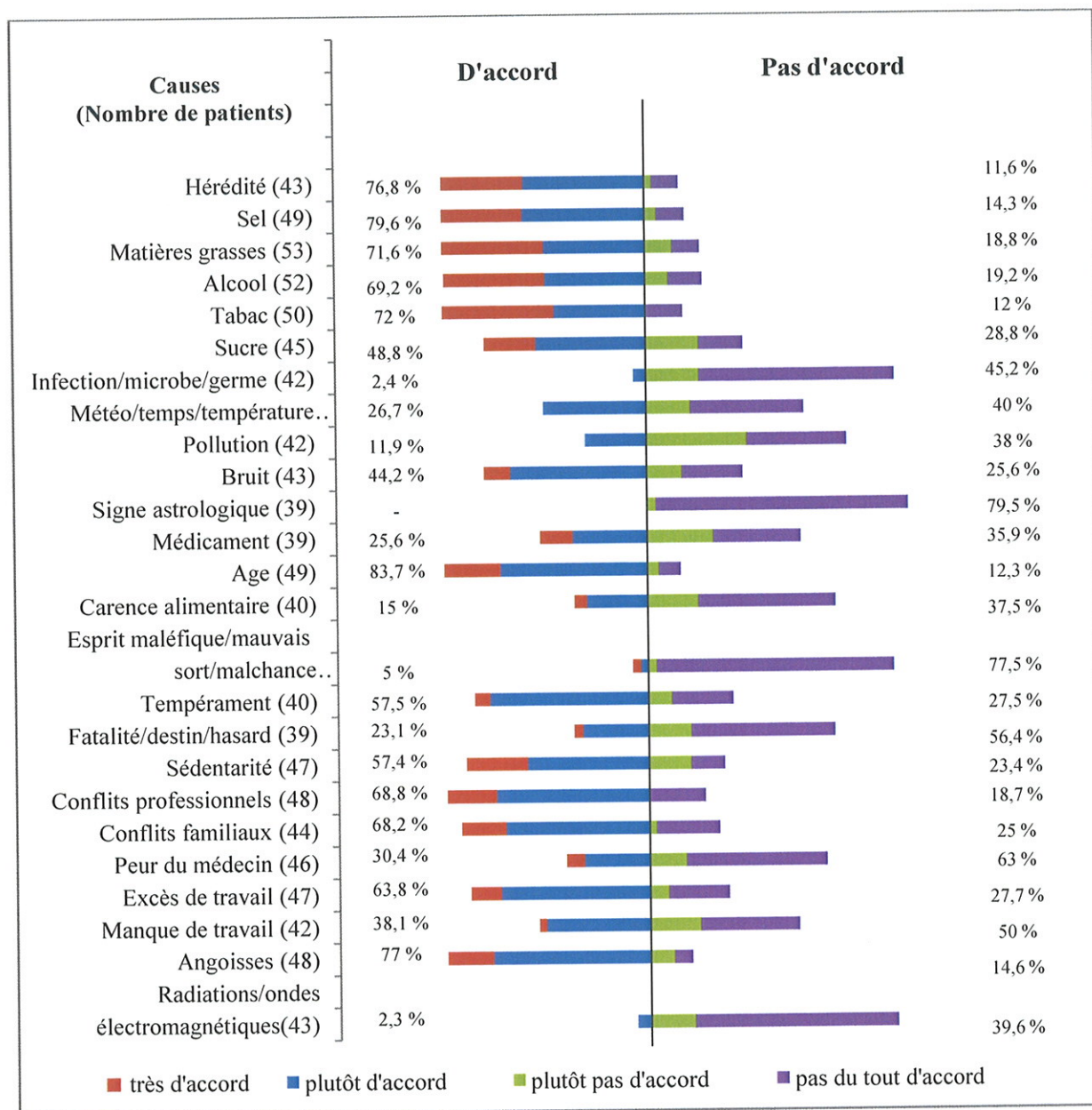


Fig. 15 Causes potentielles selon les patients du groupe exogène

La figure 16 met en évidence, quant à elle, l'impact de ces facteurs selon les patients du groupe endogène :

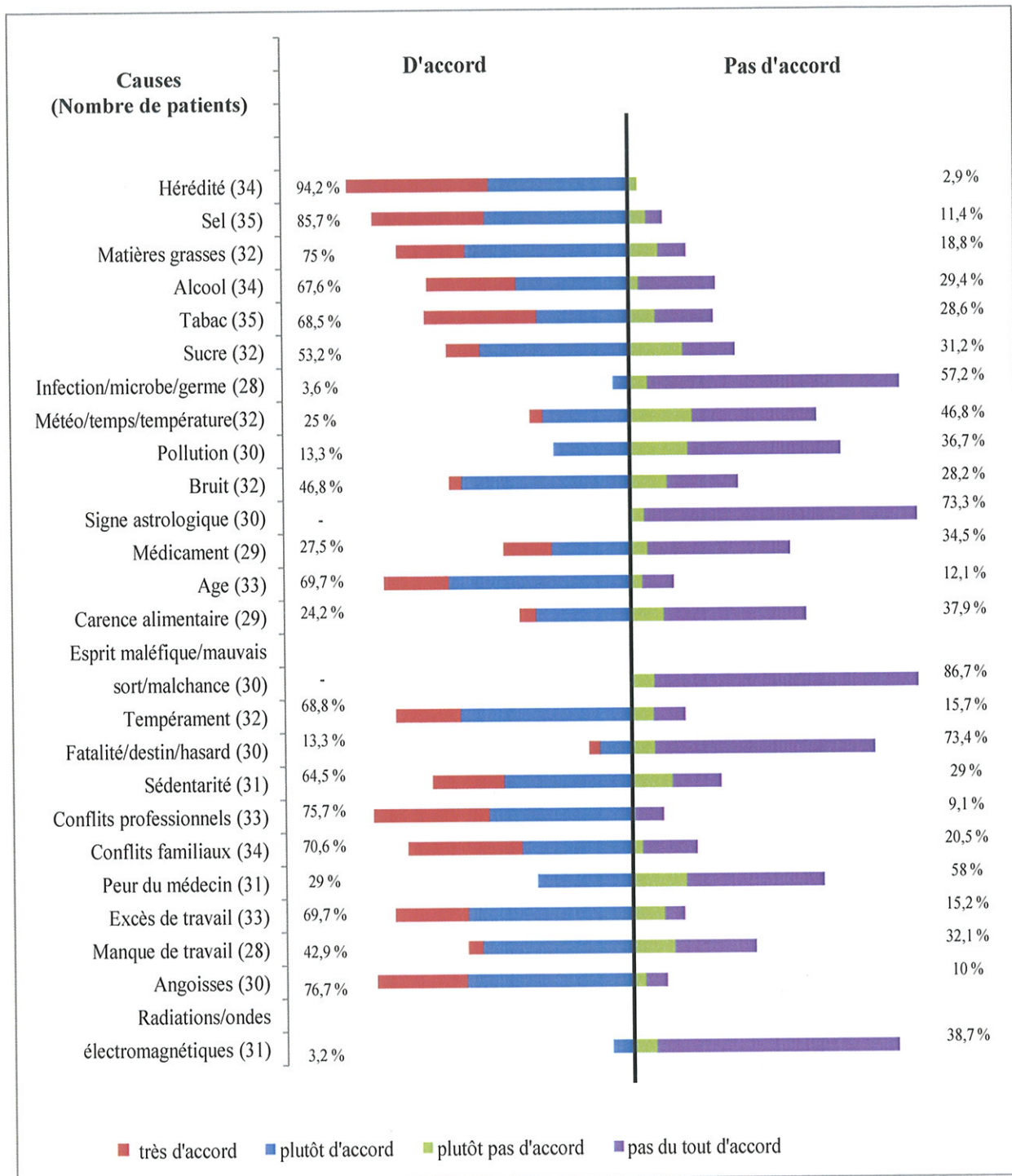


Fig. 16 Causes potentielles selon les patients du groupe endogène

Nous constatons de grandes similitudes entre les 2 groupes.

En effet, plusieurs causes regroupent plus de 50 % d'avis favorable dans les 2 groupes.

Celles-ci sont l'hérédité, le sel, les matières grasses, l'alcool, le tabac, l'âge, le tempérament, la sédentarité, les conflits professionnels, les conflits familiaux, l'excès de travail, les angoisses.

L'étiologie la plus fréquemment mise en cause dans le groupe exogène est l'âge avec 83,7 % tandis que l'hérédité est au premier plan avec 94,2 % dans le groupe endogène.

Le facteur génétique est la différence la plus significative entre nos 2 groupes. Il entre en compte pour 76,8 % des patients du groupe exogène contre 94,2 % dans le groupe endogène ($p = 0,04$; test de Chi²).

C.1.b. Hypertension artérielle et traitements (Question 21 : « Parmi les propositions suivantes, lesquelles soignent l'hypertension artérielle? ») :

Nous avons proposé aux patients de nous présenter les traitements envisageables dans l'hypertension artérielle.

Parmi les réponses proposées, nous avons repris les mesures et traitements reconnus dans la prise en charge de l'hypertension artérielle mais aussi d'autres propositions moins consensuelles que l'on peut reprendre dans la figure 17.

Traitements	Groupe exogène N = 55	Groupe endogène N = 36
Médicaments	54 (98 %)	36 (100 %)
Psychothérapie	1 (2 %)	1 (2,7 %)
Guérisseur / Magnétiseur / Sorcier	1 (2 %)	—
30 min d'activités physique 3 fois / semaine	35 (63,5 %)	25 (69,5 %)
Acupuncture	3 (5,5 %)	4 (11 %)
Perte de poids	45 (82 %)	23 (64 %)
Exorcisme	—	—
Consommation de sel \leq 6g / jour	34 (62 %)	25 (69,5 %)
Phytothérapie	5 (9 %)	4 (11 %)
Homéopathie	7 (13 %)	3 (8,5 %)
Religion / Prière	1 (2 %)	—
Arrêt du tabac	34 (62 %)	18 (50 %)
Consommation d'alcool \leq 2 à 3 verres / jour	41 (74,5 %)	22 (61 %)
Autre médecine dite « douce »	—	1 (2,7 %)

Fig. 17 Mesures thérapeutiques selon chaque groupe

Nous pouvons observer une adéquation entre les 2 groupes qui mettent en avant majoritairement, c'est-à-dire plus de 50 % des patients, les traitements recommandés par les autorités de santé dans le traitement de l'hypertension artérielle à savoir les médicaments, une activité physique régulière, une baisse de poids, une limitation de la consommation de sel et d'alcool ainsi que l'arrêt du tabac.

Les autres traitements, cités moins souvent, sont des mesures attribuées aux médecines dites « douces » à savoir l'acupuncture, l'homéopathie et la phytothérapie.

La différence la plus significative concerne la baisse de poids ($p = 0,05$; test de Chi²). Accessoirement, les autres différences sont l'arrêt du tabac ($p = 0,26$; test de Chi²) et la limitation de la consommation d'alcool ($p = 0,17$; test de Chi²). Ces modifications semblent nécessaires plus pour le groupe exogène que pour le groupe endogène.

C.1.c. Gravité de l'hypertension artérielle (Question 9 : « Votre hypertension artérielle est une maladie : bénigne / plutôt pas grave / modérément grave / plutôt grave / grave ») :

Nous connaissons bien les risques potentiels d'une hypertension artérielle négligée, sa gravité et son retentissement en cas d'affections secondaires.

Mais ce risque peut ne pas être perçu de la même manière par les patients hypertendus.

Nous avons choisi d'échelonner ce degré de gravité sur 5 niveaux, du niveau dit bénin côté 1/5 à celui dit grave côté 5/5.

La moyenne du niveau de gravité supposé de l'hypertension artérielle est de 3,21/5 pour les patients exogènes et 3,31/5 pour les patients à représentation endogène.

Les risques majeurs redoutés par l'ensemble des patients (Question 6 : « Si vous ne soigniez pas votre hypertension artérielle, que risqueriez-vous ? ») sont principalement :

- un accident vasculaire cérébral (nommé aussi « attaque », « accident cérébral », « hémorragie cérébrale ») pour 31 sur 67 patients ayant répondu
- l'infarctus du myocarde (nommé aussi « crise cardiaque ») pour 16 personnes
- la mort est citée à 12 reprises
- les « problèmes cardiaques » (sans précision) reviennent 8 fois.

De manière plus minoritaire, sont cités des risques tels qu'une paralysie, une insuffisance cardiaque, de l'artérite, des accidents cardio-vasculaires, un malaise, une maladie grave, une augmentation des angoisses, une hémorragie.

C.1.d. Hypertension artérielle et évènement déclenchant (Question 12 : « Un évènement a-t-il déclenché votre hypertension artérielle ? ») :

Nous avons demandé aux patients s'il existait, pour eux, un lien entre un évènement de leur vie (évènement personnel, familial, professionnel...) et l'apparition de la maladie.

Les résultats sont représentés dans la figure 18.

	Groupe exogène N = 45	Groupe endogène N = 34
Rapport existant	15	9
Rapport inexistant	30	25

Fig. 18 Lien entre la survenue de l'hypertension artérielle et un facteur déclenchant

Pour les patients du groupe exogène, 33,3 % estiment qu'un évènement de la vie est à l'origine de la survenue de leur hypertension artérielle contre 26,5 % dans le groupe endogène ($p = 0,51$; test de Chi2).

La différence observée n'est pas significative.

Les causes évoquées par les patients dans la survenue de leur pathologie sont majoritairement d'origine psychologique (stress ou angoisses pour 8 personnes, décès ou maladie d'un proche pour 5 personnes). Des facteurs physiologiques, modifications ou perturbations de l'organisme, sont cités mais dans une moindre mesure (grossesse ou ménopause pour 3 patients, surmenage et fatigue pour 2 autres, prise de poids, « mauvais sang »). Aussi, des changements marquants dans la vie quotidienne ont pu être tenus pour responsables comme un choc (sans précision), des travaux ou encore l'arrêt du tabac.

C.1.e. L'hypertension artérielle : pathologie inéluctable ? (Question 13 : « Auriez-vous pu éviter cette hypertension artérielle ? »)

Par quelque moyen que ce soit, l'hypertension artérielle aurait-elle pu ne pas survenir chez ces patients ? Avaient-ils les moyens ou la possibilité d'intervenir pour éviter cette pathologie?

Nous obtenons les résultats suivants (figure 19) :

	Groupe exogène N = 43	Groupe endogène N = 28
Maladie évitable	11	7
Maladie inévitable	32	21

Fig. 19 Caractère évitable de l'hypertension artérielle selon les 2 groupes

Pour les patients du groupe exogène, 25,6 % s'accordent à penser qu'ils auraient pu être épargnés par l'hypertension artérielle contre 25 % dans le groupe endogène.

La différence n'est pas significative ($p = 0,95$; test de Chi2).

C.1.f. Rôle de victime imputable à l'hypertension artérielle (Question 14 : « Pourriez-vous dire que vous êtes victime de l'hypertension artérielle ? ») :

Nous pourrions supposer que le fait d'être atteint d'hypertension artérielle pourrait conférer au patient, n'ayant pas choisi ce sort, le rôle de victime aux mains de sa maladie.

La figure 20 expose les résultats obtenus.

	Groupe exogène N = 46	Groupe endogène N = 32
Victime	28	21
Non victime	18	11

Fig. 20 Patients se sentant victimes de leur hypertension artérielle au sein de chaque groupe

Pour les patients du groupe exogène, 60,9 % des patients se perçoivent en tant que victimes de leur pathologie contre 65,6 % du groupe endogène ($p = 0,67$; test de Chi2).

C.1.g. « Être ou avoir » :

Au-delà de la fonction grammaticale des verbes être et avoir au sein de la langue française, ceux-ci prennent une dimension autre quant à leur définition et leur signification propres.

Le verbe « avoir » renvoie à la possession, à l'attribution d'un élément extérieur qui ne vient plus faire qu'un avec le sujet qui se l'approprie.

Le verbe « être » est plus une caractéristique de l'individu qui définirait, grâce à ce terme, un trait de personnalité. Ce verbe établit ainsi l'appartenance intrinsèque de ce caractère.

À la question 1, « Diriez-vous plutôt que vous avez de l'hypertension artérielle ou plutôt que vous êtes hypertendu ? », les résultats sont les suivants (figure 21) :

	Groupe exogène N = 53	Groupe endogène N = 34
« J'ai de l'hypertension artérielle »	36	22
« Je suis hypertendu »	17	12

Fig. 21 Influence du choix des mots dans la représentation de l'hypertension artérielle

67,9 % des patients du groupe exogène et 64,7 % de ceux du groupe endogène déclarent dire « avoir de l'hypertension artérielle » plutôt que « être hypertendus ».

À la question 8, « Vous dites plutôt : j'ai une maladie hypertensive ou je suis malade de l'hypertension artérielle ? », nous obtenons les résultats suivants (figure 22) :

	Groupe exogène N = 47	Groupe endogène N = 31
« J'ai une maladie hypertensive »	16	7
« Je suis malade de l'hypertension artérielle »	31	24

Fig. 22 Influence du mot « maladie » dans la représentation de l'hypertension artérielle

Lorsque nous introduisons la notion de maladie dans la formulation de la question, les réponses s'inversent. En effet, 34 % des patients du groupe exogène et 22,6 % de ceux du groupe endogène avouent dire « avoir une maladie hypertensive » plutôt que « être malades de l'hypertension artérielle ».

C.1.h. Symbolique et représentation (Question 5 : « Si vous deviez dessiner votre hypertension artérielle, quel animal ou végétal ou objet pourrait la symboliser ? ») :

La notion d'hypertension artérielle, telle qu'elle est connue et décrite par la communauté médicale, peut ne pas avoir les mêmes représentations pour les personnes profanes en matière médicale.

Les symboles évoqués par l'ensemble de nos patients sont les suivants (figure 23) :

<u>OBJET</u> (cité 9 fois)	<u>VÉGÉTAL</u> (cité 7 fois)	<u>ANIMAL</u> (cité 22 fois)
Tuyau d'arrosage : 3 fois Balance : 2 fois Entonnoir Perceuse Spots lumineux en discothèque Thermomètre	Lierre : 2 fois Chiendent : 2 fois Peuplier Pomme Roseau	Serpent : 6 fois Cheval : 4 fois Chat : 3 fois Chien Fauve Oursin Poisson-hérisson Renard Rongeur Scorpion Singe Tigre

Fig. 23 Symbolisme de la maladie hypertensive

Il existe une forte représentation animale de l'hypertension artérielle, le serpent étant cité à 6 reprises. Les animaux familiers sont minoritaires.

Parmi les objets cités, le tuyau d'arrosage n'est cité que par les patients appartenant au groupe endogène.

C.2. Vécu de l'hypertension artérielle et rapport avec l'entourage

C.2.a. Ressenti lors de l'annonce (Question 15 : « Quels sentiments avez-vous ressentis à l'annonce de votre hypertension artérielle ? ») :

Les sentiments ressentis à l'annonce d'une nouvelle, de quelque nature qu'elle soit, sont propres à chaque individu et n'ont une intensité que pour celui qui vit cet instant.

La découverte de l'hypertension artérielle et l'annonce au patient peut alors prendre des aspects différents (figure 24).

Sentiment	Groupe exogène N=29	Groupe endogène N=26
Aucun	7	5
Surprise	3	5
Angoisse, inquiétude	6	2
Fatalité	2	2
Besoin de soins	3	5
Contrariété	4	2
Confiance	1	2
Tristesse	1	1
Colère	1	1
Sentiment de vieillissement	1	1

Fig. 24 Sentiment ressenti lors de l'annonce de l'hypertension artérielle

L'absence de sentiment particulier a pu être relevée pour 12 personnes sur 55 ayant répondu à cet item.

Le sentiment d'angoisse est retrouvé chez 20,7 % des patients à représentation exogène contre 7,7 % pour le groupe endogène ($p = 0,25$; test de Fisher).

C.2.b. Changement amorcé suite à l'annonce (Question 18 : « En quoi l'hypertension artérielle a-t-elle modifié votre vie ? »)

Suivant la même orientation, nous souhaitons mettre en évidence des modifications éventuelles dans la vie des patients hypertendus après l'annonce de leur affection.

Les résultats sont présentés dans le tableau suivant (figure 25) :

	Groupe exogène N = 42	Groupe endogène N = 29
Aucun changement	20	8
Besoin de modifier l'alimentation	10	9
Besoin de faire du sport	1	6
Obligation de prise médicamenteuse	8	10
Améliorer la surveillance médicale	3	3
Arrêt tabac	1	—
Besoin de calme	1	—
Retentissement néfaste sur l'organisme	2	1

Fig. 25 Modifications adoptées après l'annonce de l'hypertension artérielle

Aucune modification notable n'est relevée pour 47,6 % des patients dans le groupe exogène et 27,6 % dans le groupe endogène ($p = 0,09$; test de Chi2).

C.2.c. Hypertension artérielle, entourage et quête d'informations :

L'hypertension artérielle étant une pathologie fréquente, il n'est pas rare qu'un patient hypertendu ait dans son entourage proche une ou plusieurs personnes touchées par cette pathologie. Alors, nous pouvons penser qu'une partie de nos patients hypertendus aura connaissance de proches ayant des complications imputables à l'hypertension artérielle.

(Questions 10 : « Dans votre entourage, connaissez-vous des personnes qui ont déjà eu des complications dues à l'hypertension artérielle ? »)

(Question 11 : « Pensez-vous avoir les mêmes risques de faire ces complications ? En quoi ressemblez-vous à ces personnes ? »)

Parmi les patients du groupe exogène, il existe une répartition homogène car 27 patients déclarent ne connaître personne ayant de complication de l'hypertension artérielle, 26 en connaissent. Parmi ces derniers, 18 estiment que leur risque est similaire à celui de leurs proches et les raisons invoquées sont principalement l'appartenance à la même famille et plus accessoirement, un mode vie identique, un excès alimentaire ou une anxiété.

Au sein du groupe endogène, la distribution est différente avec 68 % des patients connaissant quelqu'un de touché dont la moitié dit encourir le même risque que ce proche. De même, les raisons citées sont aussi principalement un lien de parenté, et dans une moindre mesure, le stress, un excès de poids, un « problème circulatoire ».

Il existe une légère différence entre les 2 groupes où 50 % des patients du groupe exogène et 68 % du groupe endogène disent connaître quelqu'un ayant des complications de l'hypertension artérielle ($p = 0,1$; test de Chi2).

Nous avons souhaité également, pour étayer notre étude, savoir s'il existait une certaine implication des patients à connaître ce qu'est l'hypertension artérielle (Question 16 : « Avez-vous cherché des informations sur l'hypertension artérielle ? »).

La figure 26 schématise la recherche d'informations dans chaque groupe de patients.

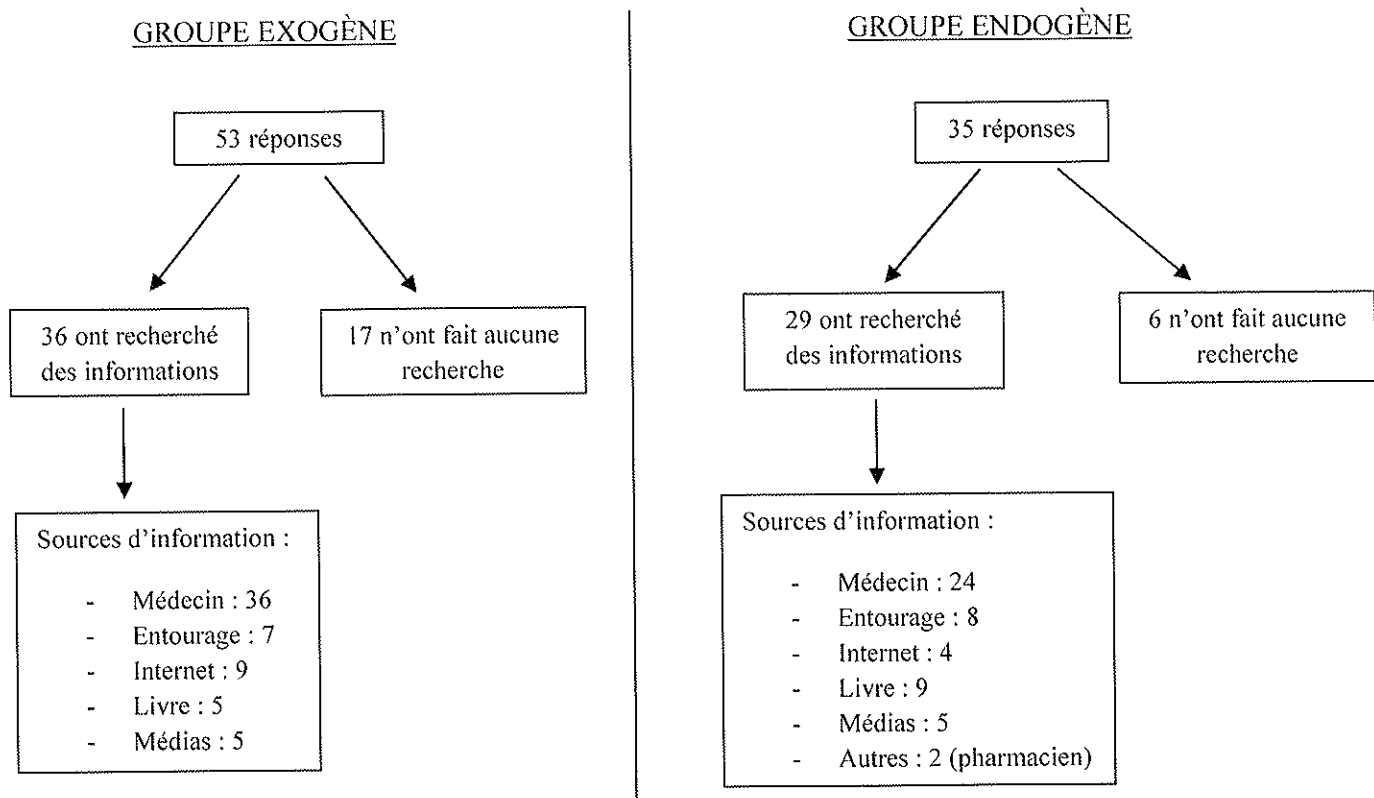


Fig. 26 Sources d'informations selon chaque groupe

Les patients appartenant au groupe endogène ont tendance pour 82,9 % d'entre eux à aller ou être allés chercher des informations concernant leur pathologie contre 67,9 % dans l'autre groupe ($p = 0,11$; test de Chi2).

Les sources d'information restent majoritairement le médecin, sans distinction, que ce soit le médecin traitant ou le médecin spécialiste qui aurait pu être consulté.

Dans les 2 groupes, l'entourage est interrogé de façon équivalente. Sous le terme d'entourage, nous entendons la famille bien entendu mais tout autant le voisinage ainsi que les collègues de travail.

Nous avons vu précédemment que 50 % et 68 % des 2 groupes disaient connaître quelqu'un ayant des complications de l'hypertension artérielle. Mais existe-t-il une réciprocité ? Ces

patients sont-ils aussi transparents avec leur entourage et plus précisément avec leurs collègues de travail qui, nous pouvons supposer, maintiendraient une distance entre eux plus qu'avec des membres de la famille ?

Les réponses données à la question 17 (« Dites-vous facilement à vos amis ou collègues que vous prenez un traitement antihypertenseur ? ») sont représentées dans la figure 27 :

	Groupe exogène N = 54	Groupe endogène N = 34
Collègues informés	34	30
Collègues non informés	20	4

Fig. 27 Patients hypertendus et collègues

63 % des patients du groupe exogène déclarent que leurs collègues de travail connaissent la nature de leur traitement. Ce taux atteint 88,2 % dans le groupe endogène ($p < 0,01$; test de Chi2).

C.3. Hypertension artérielle et traitement

C.3.a. Observance thérapeutique : pourquoi ? Comment ?

En tant que médecin, l'objectif que l'on cherche à faire atteindre à un patient est d'abaisser sa pression artérielle au-dessous d'une valeur-seuil qui lui est propre afin d'éviter les complications imputables à l'hypertension artérielle et qui ne peuvent être remises en cause. Cet objectif a pour but ultime de prolonger la vie de nos patients dans des conditions les plus favorables possibles.

Cependant, nos motivations peuvent ne pas être en adéquation avec celles de nos patients.

Les résultats sont présentés dans la figure 28 (Question 23 : « Qu'est-ce qui vous motive pour soigner votre hypertension artérielle ? ») :

Motivation	Groupe exogène N = 37	Groupe endogène N = 29
Aucune	2	2
Éviter les complications	12	13
Désir de longévité, repousser la mort	5	—
Santé, vie normale, bonnes conditions de vie	11	11
Famille	2	3
Médecin	3	—
Abaisser les chiffres de tension artérielle	2	—

Fig. 28 Motivations incitant à suivre le traitement antihypertenseur

Les résultats sont relativement proches dans les 2 groupes.

Les motivations principales sont de mener une vie la plus normale possible et d'éviter les complications de l'hypertension artérielle.

Mais nous constatons que, seul le groupe exogène, a évoqué la mort comme motivation pour soigner leur hypertension artérielle.

Le médecin peut aussi être un moteur. Pour d'autres, le seul but du traitement est de faire baisser les chiffres de tension artérielle.

Un traitement n'a d'efficacité que s'il est suivi. Il s'agit là d'une évidence pour chacun.

Mais d'une part, l'obligation de suivre un traitement quotidiennement pour une maladie chronique qu'est l'hypertension artérielle, d'autre part l'assujettissement permanent à des mesures hygiéno-diététiques ne risquent-ils pas d'entraîner un épuisement, une démotivation

ou un désintérêt des patients envers leur pathologie et son traitement ? Ne risquons-nous pas de voir nos patients oublier volontairement ou pas une ou plusieurs prises médicamenteuses ?

Nous obtenons les résultats suivants (figure 29) :

(Questions 24 : « Vous arrive-t-il d'oublier votre traitement ? » et Question 25 : « S'il vous arrive d'oublier votre traitement, quelles en sont les raisons ? »)

Fréquence des oublis	Groupe exogène N = 54	Groupe endogène N = 35
Jamais	48	26
1 fois / mois	5	5
1 fois / semaine	1	4
Plusieurs fois / semaine	—	—

Fig. 29 Fréquence des oublis médicamenteux dans chaque groupe

Il existe une très forte majorité de patients des 2 groupes qui déclare ne jamais oublier de prendre leur traitement : 88,9 % dans le groupe exogène et 74,3 % dans le groupe endogène ($p = 0,07$; test de Chi²).

Par conséquent, nous constatons que 25,7 % des patients endogènes disent oublier au moins 1 fois par mois leur traitement contre 11,1 % dans le groupe exogène.

Les raisons invoquées sont, dans les 2 groupes, le plus souvent dues à un simple oubli mais parfois dues aussi à un changement de rythme de vie, d'habitudes ou un déplacement à l'extérieur.

De manière plus étonnante, dans les 2 groupes, il y a davantage d'effets ressentis lors de l'oubli de médicament que de personnes ayant réellement affirmé avoir oublié leur traitement.

En effet, dans le groupe exogène, 6 personnes ont oublié au moins 1 fois leur traitement dans le mois mais 25 ont répondu à la question sur les changements éventuels ressentis lors de

l'oubli du traitement (Question 26 : « Comment vous sentez-vous si vous ne prenez pas votre traitement ? »). Parmi ces 25 personnes, 15 se sont sentis moins bien et 10 n'ont rien constaté. Pour les patients appartenant au groupe endogène, 9 personnes disent avoir oublié au moins 1 fois leur traitement dans le mois alors que 20 ont répondu à la question 26. Parmi ces 20 personnes, 8 se sont sentis moins bien, 8 n'ont remarqué aucun changement et 4 se sont sentis plutôt mieux.

Nous avons constaté à la question 23 que les motivations principales des 2 groupes étaient d'éviter les complications dues à l'hypertension artérielle et de vivre normalement, en bonne santé. Il s'agit là du but ultime.

Une motivation reste une finalité vers laquelle chacun veut tendre.

Les moyens donnés à chaque patient pour atteindre cet objectif peuvent, entre autres, être le traitement proposé par le médecin. La thérapeutique ne peut être une fin en soi, ce n'est que le vecteur qui éloigne l'individu de son état initial.

Le simple espoir qu'un traitement pris soit efficace ne peut pas être le seul moteur d'observance thérapeutique.

Il doit nécessairement exister une différence entre ce que nous attendons d'un traitement et ce qui nous pousse à le prendre. (Question 31 : « Qu'attendez-vous de votre traitement antihypertenseur ? »)

Attente du traitement	Groupe exogène N = 32	Groupe endogène N = 22
Rien	3	—
Éviter les complications	2	4
Désir de longévité, repousser la mort	2	—
Santé, vie normale, bonnes conditions de vie	11	8
Abaisser, normaliser les chiffres de tension artérielle	13	8
Autres	1 (traitement adapté à la personnalité)	2 (dose de drogue reste constante, compenser carence due à une prédisposition génétique)

Fig. 30 Effets du traitement espérés par chaque groupe

Alors que l'abaissement ou la normalisation des chiffres de tension artérielle n'était une motivation suffisante que pour une minorité de nos patients (2 dans le groupe exogène, aucun dans le groupe endogène), nous constatons, par contre, que près de 40 % des patients des 2 groupes attendent une baisse de leur tension artérielle en prenant leur traitement.

À la question 30 (« Pensez-vous qu'un jour, vous ne prendrez plus de médicaments pour traiter votre hypertension artérielle ? »), nous souhaitons savoir si ces patients pensent pouvoir s'affranchir, un jour, de leur traitement médicamenteux.

Les réponses sont les suivantes (figure 31) :

	Groupe exogène N = 48	Groupe endogène N = 34
OUI	5	0
NON	43	34

Fig. 31 Pérennité du traitement dans chaque groupe

La totalité des patients appartenant au groupe endogène conçoivent l'idée de toujours poursuivre leur traitement alors que 10,4 % des patients exogènes pensent le contraire (p = 0,07 ; test de Fisher).

C.3.b. Une maladie, un traitement... et après ?

Tout médecin connaît l'importance de faire adhérer un patient à son traitement. Ceci sera d'autant plus facile que le patient sera acteur de sa pathologie et de sa prise en charge.

Celui-ci peut et doit participer pleinement à son traitement.

La question 32 (« De quoi dépend l'amélioration de votre maladie ? ») peut nous apporter des éléments de réponse sur le degré d'implication des patients dans la prise en charge de leur pathologie.

De quoi dépend l'amélioration de la maladie ?

Nous avons évoqué que la pathologie des patients pouvait être améliorée par une ou plusieurs des propositions suivantes (figure 32) :

	Groupe exogène N = 49	Groupe endogène N = 33
Patient	35	20
Médecine	45	30
Entourage (environnement, personnes autour, conditions de travail...)	11	9
Autres	0	0

Fig. 32 Facteurs influençant l'amélioration de la pathologie hypertensive

Dans le groupe exogène, 71,4 % des patients reconnaissent qu'ils ont un rôle à jouer dans l'évolution de leur maladie contre 60,6 % dans le groupe endogène ($p = 0,3$; test de Chi2).

Nous pouvons remarquer également que plus de 90 % des patients dans les 2 groupes reconnaissent l'importance des médecins dans la prise en charge de leur problème et leur confient leur pathologie.

Nous avons vu, grâce aux résultats de la question 21 (« Parmi les propositions suivantes, lesquelles soignent l'hypertension artérielle ? »), que les mesures diététiques et médicamenteuses étaient connues par une grande majorité de nos patients. Mais, nous pouvons craindre qu'il existe un certain hiatus entre ce qui est connu et ce qui est réellement appliqué.

Les réponses données à la question 27 (« Est-ce que vous pourriez faire quelque chose de plus pour améliorer vos chiffres de tension artérielle ? ») nous apportent un élément de discussion sur ce que les patients peuvent faire pour optimiser leurs chiffres de tension artérielle (figure 33).

	Groupe exogène N = 46	Groupe endogène N = 32
Amélioration possible	22	18
Pas d'amélioration possible	24	14

Fig. 33 Capacités d'optimiser la tension artérielle selon chaque groupe

Dans les 2 groupes, la moitié des personnes ayant répondu reconnaît que respecter plus scrupuleusement les mesures hygiéno-diététiques serait bénéfique sur leur maladie hypertensive. Il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes ($p = 0,46$; test de Chi2).

Les autres réponses, plus sporadiques, sont de diminuer la quantité de travail, de se soustraire à l'environnement ou encore d'avoir une activité intellectuelle.

C.4. Modèle représentatif et tension artérielle

C.4.a. Tension artérielle à ne pas dépasser (Question 3 : « Quel est le chiffre maximum de tension artérielle que vous ne devez pas dépasser ? »)

Les figures 34 et 35 mettent en couleur les tensions artérielles systolique et diastolique que chaque groupe ne doit pas dépasser.

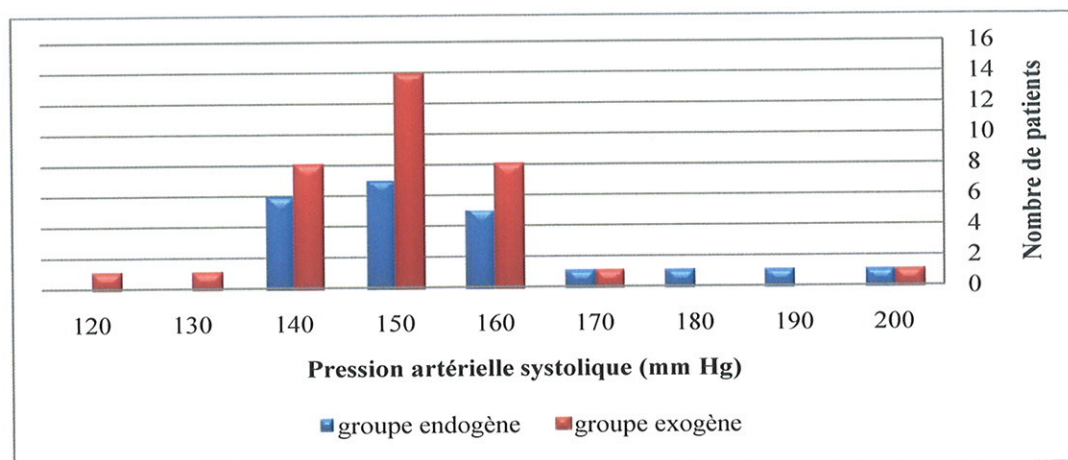


Fig. 34 Tension artérielle systolique maximale théorique selon les 2 groupes

Seuls 29,4 % des patients du groupe exogène et 27,3 % de ceux du groupe endogène sont en-dessous de leur objectif réel de 140 mm Hg. Nos 2 groupes ne sont pas statistiquement différents ($p = 0,89$; test de Chi²).

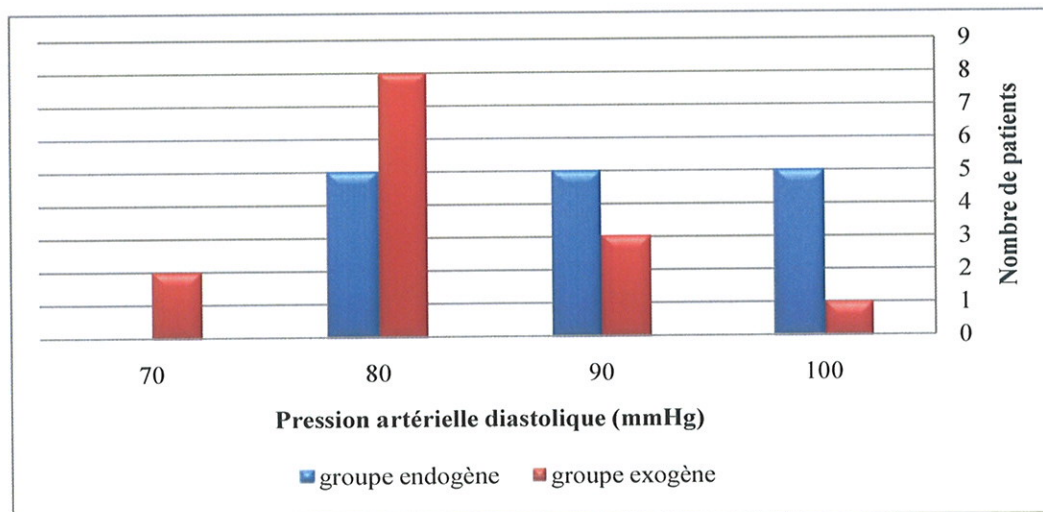


Fig. 35 Tension artérielle diastolique maximale théorique selon les 2 groupes

Pour la pression artérielle diastolique, 92,9 % des patients du groupe exogène et 66,6 % de ceux du groupe endogène sont en-dessous de leur objectif réel de 90 mm Hg ($p = 0,001$; test de Chi2).

Lorsque nous observons les moyennes des valeurs annoncées de tension artérielle à ne pas dépasser, il apparaît que les patients appartenant au groupe exogène suggèrent que leur tension artérielle ne doit pas excéder 150,6 mm Hg/82,1 mm Hg.

Ceux du groupe endogène, quant à eux, affirment que leurs chiffres ne doivent pas dépasser 155 mm Hg / 90 mm Hg.

C.4.b. Parallélisme des valeurs objectives et subjectives de tension artérielle :

Nous avons souhaité mettre en évidence l'implication des patients dans la connaissance de leur pathologie au travers des chiffres de tension artérielle, c'est-à-dire que nous avons comparé la mesure de tension artérielle lors de la dernière consultation au souvenir que le patient a de ce chiffre (Question 20 : « Combien aviez-vous de tension artérielle lors de la dernière consultation ? »).

Le tracé de la figure 36 reproduit les différences en mm Hg observées entre la tension artérielle objective mesurée lors de la précédente consultation et la valeur retenue par chaque patient.

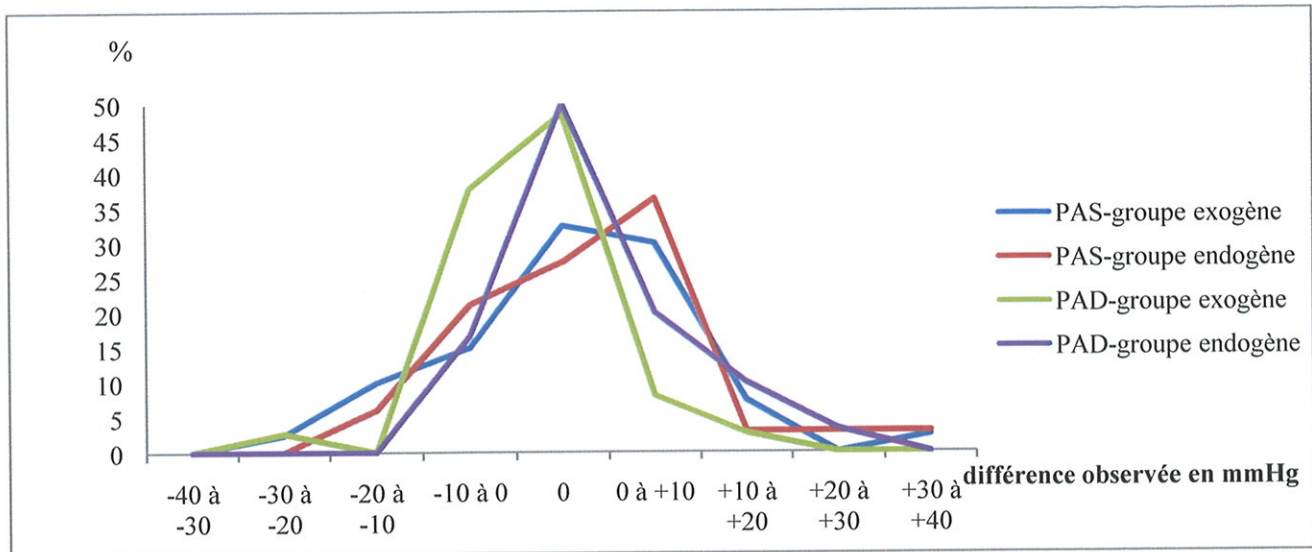


Fig. 36 Différences observées entre la tension artérielle annoncée par les patients et les données mesurées lors de la dernière consultation

Ce tracé met en évidence une distribution gaussienne des données.

Pour le groupe exogène, 67,5 % des patients connaissent leur chiffre de PAS à +/- 5 mm Hg et 54 % leur PAD. Lorsqu'on élargit cet intervalle à +/- 10 mm Hg, cette proportion passe à 77,5 % pour la PAS et 94,6 % pour la PAD.

Pour le groupe endogène, 39,4 % des patients connaissent leur chiffre de PAS à +/- 5 mm Hg et 50 % leur PAD. Lorsqu'on élargit cet intervalle à +/- 10 mm Hg, cette proportion passe à 84,8 % pour la PAS et 86,7 % pour la PAD.

La différence la plus significative concerne la connaissance la plus stricte de la valeur de pression artérielle, c'est-à-dire à +/- 5 mm Hg, où les patients du groupe exogène semblent mieux se rappeler de leur dernière valeur de pression artérielle ($p = 0,007$; test de Chi2).

C.4.c. Tension artérielle vue par nos 2 groupes de patients :

Nous avons constaté que les patients avaient tendance à mémoriser en moyenne des chiffres de tension artérielle légèrement différents de ceux annoncés par les médecins généralistes.

De même, il existe, comme nous l'avons vu, une surestimation de l'objectif de tension artérielle pour les 2 groupes aux dépens de la valeur systolique. La tension artérielle acceptée pour nos patients hypertendus non diabétiques non insuffisants rénaux doit être, selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, inférieure à 140 mm Hg pour la valeur systolique et inférieure à 90 mm Hg pour la diastolique.

Selon le groupe exogène, la tension artérielle à ne pas dépasser est en moyenne 150,6 mm Hg/82,1 mm Hg.

Quant au groupe endogène, leur valeur seuil supposée est en moyenne 155 mm Hg/90 mm Hg.

Dans les faits, qu'en est-il ? Qu'observons-nous à partir des valeurs relevées par les médecins généralistes pour ces patients qui ont un objectif faussé, moins drastique ?

C.4.d. Objectif tensionnel et modèle étiologique :

Nous souhaitons savoir si les patients de chacun de nos 2 groupes ne dépassent pas l'objectif tensionnel fixé et s'il existe des différences entre la moyenne de tension artérielle du groupe exogène et celle du groupe endogène.

Le nombre maximal théorique de mesures de tension artérielle dont nous disposons est de 4 mesures par patient, c'est-à-dire la tension mesurée le jour de la consultation et les mesures des 3 consultations précédentes.

Ces moyennes sont présentées dans la figure 37.

	Patients exogènes N = 55	Patients endogènes N = 36
Nombre de mesures de tension artérielle	181	135
Tension artérielle systolique moyenne	134,01 mm Hg	134,55 mm Hg
Tension artérielle diastolique moyenne	75,98 mm Hg	76,16 mm Hg

Fig. 37 Différences des moyennes de tension artérielle entre le groupe exogène et le groupe endogène

Nous remarquons que la moyenne des chiffres de tension artérielle mesurée par les médecins est en-deçà des valeurs maximales préconisées aussi bien pour la pression artérielle systolique que la diastolique.

Dans le groupe exogène, 71,1 % des patients ont une moyenne de pression artérielle (systolique et diastolique) ne dépassant pas l'objectif tensionnel recommandé contre 68,6 % dans le groupe endogène. Les 2 groupes sont similaires ($p = 0,88$; test de Chi²).

Les différences de tension artérielle entre les 2 groupes ne sont pas statistiquement significatives ($p = 0,62$, test de Student).

VII
DISCUSSION

A) ANALYSE ET CRITIQUE DE L'ÉTUDE

A.1. Sujet de l'étude

Parmi les différents modèles explicatifs proposés par François Laplantine pour déterminer les représentations étiologiques de la maladie, celui basé sur l'opposition exogène/endogène semble être tout à fait adapté à notre société contemporaine.

En effet, d'un côté, nous pouvons constater la montée en puissance de l'incrimination des éléments extérieurs auxquels beaucoup tentent d'attribuer la survenue de leurs maux (ondes de téléphones portables ou relais téléphoniques dans la survenue de cancer du système nerveux central, acariens et allergènes alimentaires qui seraient responsables de la forte augmentation des allergies, ou encore les conditions de travail ou le mode de vie dans l'émergence de stress).

D'un autre côté, la médecine et les sciences progressent dans la connaissance de l'implication de la génétique dans la survenue de nombreuses maladies. Ces données nouvelles, relayées par les médias, sont dispensées à la population, qui peut ainsi trouver dans ces découvertes des explications aux problèmes de santé qui touchent un individu.

De ce modèle (opposition exogène/endogène) dans la conception des étiologies d'une pathologie, est née l'envie de l'appliquer à une pathologie très courante en pratique quotidienne : l'hypertension artérielle.

Il n'est pas question ici de remettre en cause et de discuter les étiologies et les cofacteurs de risque de l'hypertension artérielle.

Autour de la question principale de l'atteinte de l'objectif tensionnel des patients hypertendus traités, nous avons recherché à mettre en évidence les mécanismes sous-jacents qui

justifieraient ce modèle de représentation de la maladie ainsi que les rapports entretenus par le patient avec sa maladie.

Dans notre étude, le critère principal de sélection des patients était l'hypertension artérielle indépendamment de son étiologie, de son ancienneté ou de son traitement, qu'elle soit primaire ou secondaire.

A.2. Mesure de la pression artérielle

Nous n'avons donné de consignes particulières aux médecins participant à ce travail ni sur les conditions de mesure de la pression artérielles, ni sur le matériel à utiliser.

De même, nous ne savons pas si le matériel utilisé a bénéficié d'un étalonnage récent.

Les mesures de tension artérielle nous ont été rapportées pour la plupart en centimètres de mercure (cm Hg). Nous avons alors homogénéisé l'ensemble des mesures en millimètres de mercure (mm Hg) conformément aux recommandations des autorités de santé. Les valeurs n'ont pas été arrondies.

Si un tel travail devait être repris, il conviendrait d'éliminer au mieux ces différents biais.

A.3. Recrutement des patients par les médecins généralistes

La seule obligation pour le médecin généraliste était de sélectionner des patients hypertendus. Nous leur avons proposé de choisir les 10 premiers patients hypertendus qu'ils verraient en consultation.

Mais, nous pouvons supposer que certains biais existent :

- Un patient présentant un défaut de compréhension (syndrome démentiel, retard mental, etc.) a pu éventuellement être refusé par le médecin le jugeant inapte à répondre.

- Un patient a pu ne pas être retenu car son dossier ne permettait pas de connaître les mesures de tension artérielle des 3 consultations précédentes.

B) ANALYSE ET CRITIQUE DU QUESTIONNAIRE

Tout d'abord, il faut reconnaître que les résultats obtenus après l'analyse de ces questionnaires peuvent être pondérés en raison du taux de participation relativement peu important, 16,3 % des médecins interrogés. À noter que le taux d'inclusion est seulement de 8 patients par médecin alors que chaque praticien avait reçu 10 questionnaires.

Manifestement ce travail a rencontré des résistances de la part des médecins et peut-être des patients. Notre enquête ne recense pas le nombre de refus des patients.

Plusieurs possibilités peuvent expliquer cette participation moyenne :

- Réticence du médecin généraliste.
- Manque de temps de la part du médecin. Cependant, seule la première page était à remplir par celui-ci, les autres devant être complétées par le patient. Une suggestion était proposée au médecin, à savoir le remplissage du questionnaire par le patient dans la salle d'attente. Mais le temps dévolu à répondre pouvait engendrer une désorganisation du planning du praticien.
- Longueur du formulaire : il était constitué de 6 pages, le médecin ayant pu estimer le découragement éventuel de ses patients.
- Le libellé de certaines questions pouvait paraître non conventionnel voire déroutant par ses « questions ambiguës » comme a pu le souligner un patient dans les commentaires.
- Refus des patients d'être intégrés à cette étude. Ceux-ci devaient, à l'issue de leur tâche, remettre le questionnaire à leur médecin pour que ce dernier le renvoie.

Peut-être, craignaient-ils que leurs réponses ne soient découvertes par leur médecin et interprétées au point d'interférer dans la relation établie avec le praticien. Nous aurions pu donner une enveloppe pré-remplie et pré-timbrée pour chaque questionnaire pour éviter cette éventuelle difficulté.

L'analyse des données recueillies peut poser quelques problèmes en raison du caractère hétérogène des questions. Certaines se présentent sous forme de questions fermées soit à réponse binaire soit à choix multiple. D'autres questions sont à réponse ouverte dont l'analyse nécessite une classification sémantique des réponses qui fait malgré tout appel à un certain degré de subjectivité.

Au-delà du recensement de notre échantillon et de ses caractéristiques, nous nous sommes aperçus de la mauvaise formulation de certaines questions nous rendant difficile l'inventaire de tous les facteurs de risque cardiovasculaires de chaque patient. Ceci nous aurait permis de déterminer leur niveau personnel de risque cardiovasculaire.

Les items défailants sont : - « antécédents personnels cardio-vasculaires » où nous n'avons pas précisé, pour un patient dyslipidémique, son taux de HDL-cholestérol et LDL-cholestérol.
- « antécédents familiaux » où nous n'avons pas demandé l'âge de survenue des évènements cardio-vasculaires.

Il aurait été également intéressant de connaître le milieu de vie de nos patients et son éventuelle implication dans l'adoption d'une conception causale plutôt qu'une autre. En effet, la vie urbaine est souvent accusée de nuisances sonores, chimiques...

C) CRITIQUE DE L'ÉCHANTILLON

C.1. Inclusion des patients

Lors du dépouillement des 145 questionnaires reçus, nous n'avons pu intégrer dans notre étude que 91 d'entre eux. 54 questionnaires ont été exclus pour les raisons suivantes :

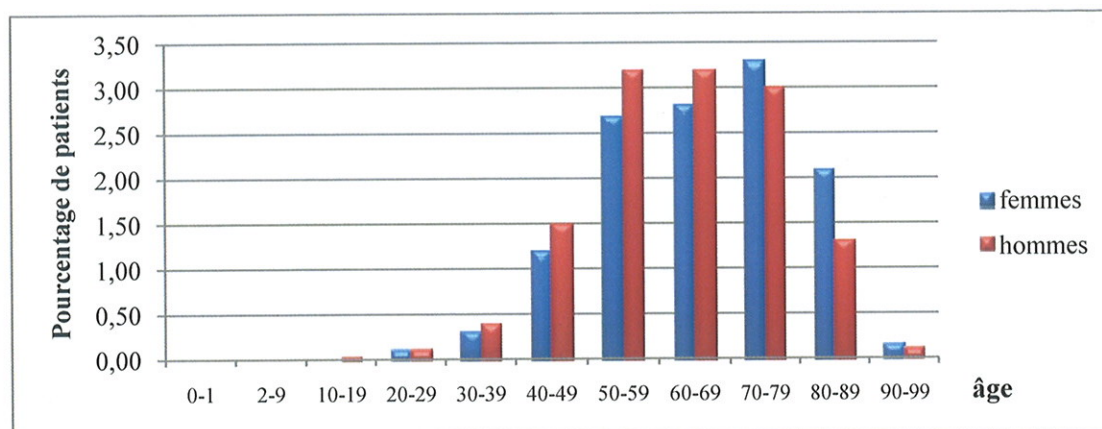
- 12 patients n'avaient rempli leur formulaire que très partiellement.
- 38 patients n'avaient pas répondu à la totalité des 5 questions discriminantes ou bien leurs réponses ne leur permettaient pas se distinguer vers l'un des deux versants du modèle exogène/endogène.
- Seuls 4 patients ont été exclus en raison de leur statut diabétique. En effet, l'objectif tensionnel d'un patient diabétique, comme celui d'un patient insuffisant rénal, est 130/80 mm Hg. Ces patients étaient trop peu nombreux pour pouvoir exploiter leurs résultats et définir un groupe statistiquement représentatif. Nous avons préféré conserver les patients dont l'objectif tensionnel était identique soit 140/90 mm Hg.

Les patients qui n'ont pu être classés ni dans le groupe endogène, ni dans le groupe exogène, en raison de leurs réponses peu discriminantes, n'ont pas pour autant une absence de représentation de leur maladie. Peut-être ont-ils une conception causale différente des modèles préétablis ou bien la formulation des questions a pu ne pas être suffisante pour les inclure dans l'un des deux groupes.

De plus, l'adoption d'un modèle plutôt qu'un autre, l'interprétation des éléments composant l'image personnelle d'une maladie, peuvent ne pas être figées dans le temps, un patient pouvant peut-être transiter d'une explication vers une autre au gré de son expérience et de son vécu.

C.2. Caractéristiques de l'échantillon étudié (les 91 questionnaires patients retenus)

Nous pouvons comparer notre échantillon aux données nationales fournies par l'Observatoire de la Médecine Générale [36].



**Fig. 38 Prévalence par tranche d'âge pour l'année 2007
Comparaison hommes-femmes hypertendus**

La figure 38 montre la répartition de la prévalence de l'hypertension artérielle par sexe et par tranche d'âge. Il existe une prédominance des hommes jusque vers 70 ans puis une inversion du ratio hommes / femmes. De même, la prévalence est plus faible avant 40 ans.

Notre étude est composée de 44 femmes et 47 hommes : 1 homme chez les 20-29 ans, aucun chez les 30-39 ans, 3 femmes et 4 hommes chez les 40-49 ans, 5 femmes et 7 hommes chez les 50-59 ans, 16 femmes et 20 hommes chez les 60-69 ans, 14 femmes et 11 hommes chez les 70-79 ans, 6 femmes et 4 hommes chez les 80-89 ans, aucun au-delà.

Ces populations sont superposables.

Selon une étude de la Caisse Nationale d'Assurance Maladie parue en 2007 [42], l'âge moyen des patients hypertendus traités en France en 2006 est 66,6 ans.

Celui de notre étude est de 65,7 ans. Le groupe exogène a une moyenne d'âge de 66,4 ans et le groupe endogène 64,7 ans.

Seulement 1 an et 8 mois (1,7 an) séparent l'âge moyen du groupe exogène de celui du groupe endogène montrant ainsi que l'âge n'est pas un facteur déterminant dans l'adoption d'un modèle plutôt qu'un autre ($p = 0,15$).

Nos patients sont principalement des retraités (68,1 % de l'échantillon). Ceci est dû à une plus faible prévalence de l'hypertension artérielle chez les patients jeunes.

En 1999, un rapport du Centre de Recherche d'Étude et de Documentation en Économie de la Santé (CREDES devenu depuis l'IRDES : Institut de Recherche et Documentation en Économie de la Santé) [21] met en avant une prévalence plus importante de l'hypertension artérielle chez les patients dont le niveau d'étude est le plus bas. Ici, les données sont similaires avec seulement 24 % des patients qui ont fait des études secondaires.

Ces données sont corroborées par l'étude ENNS (Étude Nationale Nutrition Santé) réalisée en 2006-2007 [18,23] qui retrouve effectivement une relation inversement proportionnelle entre la prévalence de l'hypertension artérielle et le niveau du dernier diplôme obtenu.

Une particularité existe chez les patients s'étant arrêtés au certificat d'étude : en valeurs relatives, il existe près de 2 fois moins de patients avec représentation endogène (19,4 %) que de patients du groupe exogène (38,2 %) ($p = 0,06$).

Nous aurions pu supposer qu'un niveau d'étude plus modeste modèlerait une certaine manière de se représenter sa pathologie en l'attribuant aux facteurs extérieurs, peut-être, comme nous l'avons précisé précédemment, par manque de connaissances sur l'implication de la génétique dans les mécanismes physiopathologiques.

Parmi les patients recrutés, 62 patients déclarent ne jamais avoir fumé soit 69,7 % contre 27 qui fument toujours ou ont arrêté. L'étude ENNS ne recense que 54,1 % de fumeurs ou anciens fumeurs mais cette étude ne concernait que les patients hypertendus de 18 à 74 ans.

Nous pouvons constater que l'Indice de Masse Corporelle moyen de notre échantillon est de 28,06 kg/m².

IMC (kg/m ²)	Échantillon
IMC < 25	30,7 %
IMC = 25-29,9	42 %
IMC ≥ 30	27,3 %

Le surpoids est un facteur connu dans la survenue d'évènements cardiovasculaires [4].

Notre échantillon est composé majoritairement de personnes ayant un excès pondéral.

Cependant, nous ne retrouvons pas de différence significative entre nos 2 groupes : le groupe exogène a un IMC moyen de 28,4 contre 27,5 pour le groupe endogène. L'IMC ne peut donc pas être considéré comme un facteur influençant une représentation particulière de la maladie (p = 0,25).

La totalité de nos patients prend un traitement médicamenteux antihypertenseur.

Nous pouvons supposer qu'il s'agit d'un biais de recrutement. Suivre uniquement les mesures hygiéno-diététiques ne serait-il pas un début de traitement ?

Un individu doit-il nécessairement prendre un traitement antihypertenseur pour être considéré comme patient hypertendu ?

D) IMPACT DE LA CONCEPTION CAUSALE SUR LES REPRÉSENTATIONS DE LA MALADIE

D.1. Hypertension artérielle et connaissances profanes

Nous avons essayé de dresser un état des lieux des connaissances des patients hypertendus sur les causes éventuelles de l'hypertension artérielle en général, pas seulement la leur.

Nous nous sommes appuyés sur les travaux de Claudine Herzlich publiés dans son ouvrage *Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale* concernant les rapports entre la société et la maladie ainsi que de la conception causale de la maladie [28].

Lors d'entretiens avec un groupe de personnes, elle a pu mettre en avant et analyser ces « facteurs de risque » susceptibles de générer des maladies.

L'outil utilisé ici se présente sous forme de tableau où chaque item (cause) peut être coté de manière qualitative (« Tout à fait d'accord / Plutôt d'accord / Plutôt pas d'accord / Pas du tout d'accord / Ne sait pas »).

Etant donné que notre cadre est l'hypertension artérielle, nous avons étoffé les items avec des facteurs plus caractéristiques de cette pathologie comme le sel, le tabac qui viennent compléter les causes évoquées lors des entretiens des travaux de Claudine Herzlich comme les angoisses, le bruit, la pollution...

Hérédité, sel, matières grasses, alcool, tabac, âge, tempérament, sédentarité, conflits professionnels, conflits familiaux, excès de travail et angoisses sont les causes citées par plus de 50 % des patients des 2 groupes comme facteurs potentiels dans le développement de l'hypertension artérielle.

Nous pouvons retrouver ici les causes bien établies d'hypertension artérielle, témoignant ainsi du travail de prévention des médecins qui trouvent là une réponse à leurs messages.

Le sucre et les matières grasses ne sont pas à proprement parler des causes d'hypertension artérielle mais participent au développement du diabète et de l'obésité.

Des causes plus surprenantes, non validées par le corps médical, reviennent fréquemment : les angoisses, les conflits professionnels et familiaux, l'excès de travail.

Beaucoup de patients semblent faire l'amalgame entre hypertension artérielle et augmentation momentanée de la pression artérielle que l'on peut constater, entre autres, lors de ces événements stressants.

Dans une étude menée en juin 2001 par le Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle [14], 84 % des personnes issues d'un échantillon de la population générale pensent que le stress a une part importante dans les problèmes d'hypertension artérielle.

Cette relation intime entre tension artérielle et stress est mise en valeur dans cette étude du CFLHTA où 29 % des personnes interrogées pensent que l'hypertension artérielle est identique à la tension nerveuse.

L'assimilation de l'hypertension artérielle et de la « tension nerveuse » permettrait au patient d'affirmer quantitativement et objectivement son état de stress lors des mesures de pression artérielle.

Par conséquent, il n'est pas anodin de retrouver des situations stressantes (angoisses, excès de travail, conflits professionnels et familiaux) jouer les premiers rôles dans la conception causale des patients hypertendus.

Bien entendu, l'inverse peut se concevoir : l'hypertension artérielle peut générer un état anxieux de manière bien légitime chez des patients hypertendus.

La liste des causes que nous avons essayé de développer ne peut pas être exhaustive. Nous avons sélectionné ces items en fonction de références bibliographiques et des expériences professionnelles, mais la complexité du rapport à la maladie qu'entretient un patient, et son histoire personnelle, nous contraint à supposer que d'autres items auraient pu satisfaire certains patients.

La médecine moderne apporte une solution thérapeutique pour beaucoup de pathologies.

L'hypertension artérielle ne fait pas exception et fait appel à des thérapeutiques complémentaires aussi bien médicamenteuses qu'hygiéno-diététiques.

Dans notre étude, la quasi-totalité des patients reconnaît l'intérêt d'un médicament antihypertenseur. Toutes les mesures hygiéno-diététiques (activité physique, arrêt du tabac, diminution de l'alcool, diminution du sel, perte de poids) sont majoritairement citées comme utiles à la prise en charge de l'hypertension artérielle.

Ceci reflète l'impact du message diffusé depuis de nombreuses années auprès des patients hypertendus. Par contre, nous ne pouvons pas affirmer que ceux-ci appliquent ces mesures.

Les patients appartenant au groupe exogène semblent reconnaître, plus que ceux du groupe endogène, la nécessité de limiter la consommation d'alcool, de perdre du poids et d'arrêter le tabac. Ce sont des facteurs qui sont considérés comme « en trop » donc à « retirer ». Ceci se conçoit dans une population à représentation exogène.

D'autres réponses citées moins souvent comme l'acupuncture, l'homéopathie et la phytothérapie nécessitent d'être prises en compte et traduisent le développement croissant de ces médecines dites « douces » dans notre société bien qu'elles n'aient jamais fait la preuve de leur efficacité dans la prise en charge de l'hypertension artérielle.

Le caractère grave de cette affection qu'est l'hypertension artérielle est bien ressenti par l'ensemble des patients sans différence significative entre les 2 groupes : 3,21/5 pour le groupe exogène et 3,31/5 pour le groupe endogène ($p = 0,59$).

Il semblerait que cette reconnaissance de gravité ne soit que toute relative car la majorité des patients a cité comme complications possibles l'accident vasculaire cérébral, l'infarctus du myocarde, la mort. Ainsi nous aurions pu attendre à ce que le score de gravité s'approche de 5/5.

Nos patients voient leur hypertension artérielle comme une pathologie modérément grave car il s'agit, pour l'instant, d'un état stable, intermédiaire entre maladie et santé. Ils ne se sentent pas tout à fait en bonne santé car se savent hypertendus, suivent un traitement médicamenteux, subissent des examens médicaux, et ne se perçoivent pas tout à fait malades non plus car ont une qualité de vie normale et ne ressentent peut-être pas d'effets directs de leur affection.

Minimiser les risques encourus par la pathologie qui nous affecte pourrait être un moyen de se rassurer [40].

D.2. Le patient hypertendu face à sa maladie

Dans notre échantillon, 33,3 % des patients du groupe exogène retrouve un évènement à l'origine de l'émergence de leur hypertension artérielle alors que dans le groupe endogène, ils ne sont que 26,5 %.

Cette différence, bien que peu significative ($p = 0,51$), pourrait évoquer la tendance du groupe exogène à imputer à un facteur extrinsèque la survenue d'un fait nouveau. Nous pourrions voir dans cette attitude une tentative de se soustraire à sa propre responsabilité dans la survenue de l'hypertension artérielle.

Nous constatons que, dans ce cas, les causes évoquées sont le plus souvent le stress, les angoisses, le décès ou la maladie d'un proche. Il s'agit là de situations psychologiques bouleversantes qui viendraient affecter l'organisme lui-même pour déclencher l'hypertension

artérielle. Il existerait une interaction directe entre l'esprit et le corps de l'individu. Ceci rejoint le concept de maladie psychosomatique.

Le corollaire du questionnement précédent nous conduit à envisager la possibilité qu'ont eue les patients hypertendus d'éviter leur pathologie.

Dans les 2 groupes, seulement 74 à 75 % des patients pensent qu'ils n'auraient pas pu éviter leur hypertension artérielle. Ces valeurs, identiques pour les 2 groupes ($p = 0,95$), mettent en lumière la fatalité, le caractère obligatoire et inéluctable de cette affection.

Il semblerait qu'aucune action de l'individu n'aurait permis de se soustraire à la survenue de celle-ci. Toute intervention aurait été vaine.

Une maladie inévitable retirerait toute responsabilité à l'individu atteint [19].

Dans le groupe exogène, 60,9 % des patients affirment être victimes contre 65,6 % dans l'autre groupe. Nous pouvons peut-être voir dans ces résultats une tendance à se sentir victime donc à rejeter sa propre responsabilité et éviter ainsi tout sentiment de culpabilité. Mais il n'y a pas de différence significative entre les 2 groupes ($p = 0,67$).

Lorsqu'un patient parle de sa maladie, les mots employés sont très riches d'enseignement.

Les verbes « être » et « avoir » prennent ici un sens bien particulier. Comme nous l'avons vu précédemment, le verbe « avoir » renvoie à la possession tandis que le verbe « être » correspond presque à un trait de caractère. Cette opposition persiste dans la langue française pour bien des expressions médicales. Nous pouvons entendre, par exemple, « j'ai de la

fièvre » ou « je suis fiévreux », ainsi que « j'ai des migraines » ou « je suis migraineux », et enfin « j'ai des problèmes au cœur » ou « je suis cardiaque ».

Dans notre étude, 2 patients sur 3 dans les 2 groupes affirment dire « J'ai de l'hypertension artérielle » plutôt que « Je suis hypertendu ». Cependant, lorsque nous introduisons la notion de maladie dans la question, la tendance s'inverse totalement avec 34 % des patients dans le groupe exogène et 22,6 % dans le groupe endogène qui annoncent « J'ai une maladie hypertensive » plutôt que « Je suis malade de l'hypertension artérielle ».

Ceci peut éventuellement nous informer que les patients des 2 groupes rechercheraient à être reconnus en tant que « malades ».

Cependant, nous pouvons atténuer ces résultats car les patients ont pu sélectionner l'item qui reprenait exactement les termes « hypertension artérielle » plutôt que « hypertendu » ou « maladie hypertensive ». Les mots employés dans la formulation des questions ont pu induire à sélectionner un item plutôt qu'un autre dès lors que les patients reconnaissaient les termes exacts de leur affection.

Nous avons choisi d'aborder le symbolisme propre à la maladie, en l'occurrence l'hypertension artérielle, car il permet de dégager l'objet, qu'est la maladie, de son affect et de le reporter sur une image plus supportable pour le psychisme [6, 8, 43].

Parmi nos patients, 38 attribuent un symbole à leur pathologie. Comment interpréter ces différents symboles ?

22 patients citent majoritairement un animal :

- Serpent (6 fois) : phobie populaire fréquente (maladie effrayante) ; symbole du Mal ?
- Cheval (4 fois) : animal vigoureux et imposant (puissance de la maladie) ?

- Chat (3 fois) : symbole de superstition, mauvais sort (maladie-châtiment) ; animal domestique mais ayant un caractère sauvage (maladie « apprivoisée » mais imprévisible) ?
- Scorpion, poisson-hérissin, oursin : animaux ayant des piquants (maladie qui gêne, qui dérange) ?
- Tigre, fauve, renard : animaux sauvages, dangereux (dangerosité de la maladie) ?

Dans les symboles animaliers, nous constatons que les animaux familiers sont minoritaires d'où le caractère dangereux, indomptable, imprévisible que peut revêtir l'hypertension artérielle.

Ensuite, les objets reviennent à 9 reprises :

- Tuyau d'arrosage (3 fois) : métaphore de l'artère (tuyau) et de la pression du sang (eau) ?
- Balance (2 fois) : « équilibre » entre santé et maladie ? Une rupture de cet équilibre peut être crainte ?
- Thermomètre : analogie avec le manomètre à mercure, ses graduations et les mouvements de liquide ?
- Entonnoir : fin inéluctable, on y tombe sans espoir d'en sortir ?
- Perceuse : bruit, analogie avec les céphalées et les acouphènes comme circonstances de découverte de l'hypertension artérielle ou comme pathologie non équilibrée ?
- Spots lumineux en discothèque : « agression » visuelle et auditive ?

Enfin, les végétaux sont cités par 7 patients :

- Lierre (2 fois) : enserre l'arbre, l'organisme ; perte de liberté de mouvement (maladie-fardeau, maladie-prison) ?
- Chiendent (2 fois) : mauvaise herbe, maladie à éliminer ?
- Pomme : fruit défendu, idée de l'interdit bravé (maladie-punition) ?

- Peuplier : arbre grand, robuste, symbole de résistance ?
- Roseau : symbole de résistance face à la maladie, il « plie mais ne rompt pas » ?

Les animaux sont cités plus souvent que les végétaux ou les objets. Peut-être est-ce en raison du mouvement qui les anime, qui les rend plus « vivants » ? Ainsi, la maladie serait-elle une entité animée, indépendante, évoluant pour son propre compte et où le patient ne serait que la cible de ses agissements ?

La tendance de cette symbolique s'orienterait principalement vers une maladie hypertensive dangereuse, imprévisible, inexorable, mortelle.

36,4 % des patients du groupe exogène trouve une symbolique dans leur affection contre 50 % dans le groupe endogène ($p = 0,19$).

Avoir une métaphore de sa maladie pourrait être un moyen d'appréhender celle-ci différemment, de la rendre plus compréhensible et peut-être plus acceptable. Ainsi, existerait-il un lien plus fusionnel entre la maladie et le patient qui se la symbolise ?

Les sentiments ressentis par les patients à l'annonce de leur hypertension artérielle peuvent revêtir des aspects différents. Nous avons laissé libre court à l'expression personnelle des patients par l'intermédiaire d'une question à réponse ouverte et courte.

Chaque patient a su présenter succinctement son ressenti. Nous n'avons pas demandé aux patients de faire leur choix parmi la liste des sentiments qu'auraient pu établir des linguistes à savoir la joie, la tristesse, la peur, la colère. La libre expression de chacun nous a amené à considérer les sensations ressenties plus que les sentiments décrits par les linguistes.

Nous retrouvons ainsi dans les réponses obtenues, l'absence de sentiment particulier ou bien la surprise, l'angoisse ou l'inquiétude, la fatalité (exprimée le plus souvent par la locution

« C'est la vie ! » par nos patients), ou encore le besoin de soins (nécessité de prise médicamenteuse, suivi médical régulier), la contrariété (frustration), la confiance (confiance en la science, au médecin), la tristesse, la colère, le sentiment de vieillissement.

Sur 55 patients ayant répondu à cet item, 12 affirment n'avoir eu aucun sentiment à l'annonce de cette nouvelle soit 21,8 % des patients. Faut-il y voir une certaine passivité ou un degré de détachement ? Ou encore cet évènement était-il pressenti ou redouté au point d'anéantir toute réaction ? Ou, tout simplement, l'ancienneté de l'hypertension artérielle est telle que ces sensations ont été oubliées ?

Nous remarquons que les résultats sont peu différents d'un groupe à l'autre. La différence la plus marquante est le sentiment d'angoisse qui est retrouvé pour 20,7 % des patients à représentation exogène et pour seulement 7,7 % des patients du groupe endogène ($p = 0,25$).

Pour ces patients du groupe exogène, pour lesquels leur pathologie est principalement due à un facteur extrinsèque, la notion d'intrusion d'un élément étranger suffirait à générer un sentiment anxieux. Tout comme l'enfant, l'adulte a peur de ce qu'il ne connaît pas [15].

Tout médecin sait que le traitement médicamenteux n'est qu'une facette de la prise en charge thérapeutique de l'hypertension artérielle. Un médicament antihypertenseur doit nécessairement être accompagné de règles hygiéno-diététiques strictes.

Il peut être surprenant de constater qu'une part non négligeable des patients, 47,6 % du groupe exogène et 27,6 % du groupe endogène, affirme ne rien avoir changé dans leur vie à la suite de l'annonce de leur hypertension artérielle ($p = 0,09$).

Nous pouvons y voir peut-être un certain degré de fatalité ou de renoncement face à la pathologie et cette tendance semble plus importante dans le groupe exogène que dans le

groupe endogène. Ou encore, il peut exister un manque d'informations sur les règles hygiéno-diététiques ? Notre étude ne recense pas la qualité des informations reçues sur celles-ci.

Lorsqu'un changement a été amorcé, les modifications concernent principalement l'alimentation, l'activité physique et l'observance médicamenteuse.

Nous pouvons constater qu'aucun patient ne déclare avoir modifié sa consommation d'alcool bien que la majorité de notre échantillon considère l'alcool comme facteur potentiel d'hypertension artérielle. Peut-être, n'en consomment-ils pas, ou encore leur consommation ne leur paraît pas excessive pour justifier une réduction de celle-ci ?

L'entourage familial semble tenir une place importante dans le rapport qu'entretient un patient hypertendu avec sa pathologie.

D'une part, nous constatons que 50 % des patients appartenant au groupe exogène attestent connaître un proche touché par l'hypertension artérielle. Dans le groupe endogène, 68 % ont un proche atteint ($p = 0,1$). Ces derniers patients sont plus nombreux en valeur relative car ils ont pu être plus attentifs aux pathologies familiales afin de justifier leur propre pathologie. Ces patients, dont la représentation est endogène, ont pu mener l'enquête en ayant comme fil conducteur la conviction intime que leur hypertension artérielle, supposée intrinsèque, avait une origine héréditaire et ainsi « débusquer » des proches qui n'auraient pas exposé leurs problèmes dans d'autres circonstances.

D'autre part, parmi ces personnes ayant un repère familial, les raisons invoquées sont très majoritairement le lien familial qui les unit plus que le mode de vie ou l'éventuel surpoids.

Cette référence familiale dans la survenue de l'hypertension artérielle fait de cette dernière une sorte de signature, de marque de fabrique, pour les optimistes, ou de tare pour les pessimistes.

Nous avons précédemment évoqué les paramètres intervenants dans l'élaboration d'une représentation étiologique. Celle-ci se modèle au gré des expériences, des croyances, de l'histoire personnelle de chaque individu.

Cette vision est-elle définitivement établie et ancrée ? Les patients peuvent se forger une idée indélébile de leur hypertension artérielle. D'autres, au contraire, peuvent chercher à étayer leur conception ou la remettre en cause en glanant des informations relatives à leur pathologie.

Dans les deux groupes, une forte majorité des patients ont cherché à approfondir leurs connaissances sur leur affection, 82,9 % dans le groupe endogène et 67,9 % dans le groupe exogène ($p = 0,11$).

Que ce soit pour consolider leur perception de leur maladie ou pour la modifier, cette forte mobilisation des patients tend à penser que l'adoption d'un modèle de représentation reste modulable, flexible, non figée.

Nous avons vu précédemment que 50 % des patients du groupe exogène et 68 % dans le groupe endogène connaissent quelqu'un de leur entourage touché par l'hypertension artérielle. Lorsque l'on cherche à transposer cette tendance au domaine professionnel, le groupe endogène affiche une attitude plus expansive car 88,2 % des patients de ce groupe déclarent que leurs collègues de travail sont informés du traitement qu'ils suivent contre 63 % dans le groupe exogène ($p < 0,01$).

Bien entendu, ces données sont à modérer car certains travailleurs n'ont pas de collègues.

Il semblerait que les patients du groupe endogène aient une plus forte propension à affirmer leur statut de malades hypertendus. L'adoption du modèle endogène pourrait permettre de s'affranchir du sentiment de pudeur ou d'embarras. Reconnaître l'origine de sa maladie comme venant de soi-même serait un pas vers l'acceptation de son état.

Avoir une conception exogène de la maladie, et avouer ainsi que son corps est perméable aux agents extérieurs, pourrait être une façon d'avouer une faiblesse.

Hypertension artérielle, maladie honteuse ? Avoir un comportement de malade dans une société où les performances sont recherchées risquerait d'afficher ses faiblesses ? Prendre un traitement, est-ce risquer de se désociabiliser ?

Il en serait peut-être différemment d'un autre état pathologique.

D.3. L'observance thérapeutique : un enjeu primordial

Les motivations avouées par nos patients, les moteurs de l'observance thérapeutique, sont sensiblement les mêmes dans les 2 groupes. Ceux-ci sont majoritairement le souhait d'avoir une vie normale et d'éviter les complications inhérentes à la pathologie hypertensive.

Il semblerait que, malgré des représentations différentes d'une même affection, les patients de nos 2 groupes convergent vers une finalité identique.

Tous les patients de notre étude prennent un médicament antihypertenseur et, à une exception près, tous affirment que le médicament prend part au traitement de l'hypertension artérielle.

Par conséquent, dans un monde idéal, tous nos patients devraient suivre scrupuleusement leur prise médicamenteuse. Bien entendu, il en est autrement.

Le service des recommandations professionnelles de la Haute Autorité de Santé reconnaît l'inobservance thérapeutique comme une cause majeure d'échec dans la prise en charge de l'hypertension artérielle [27].

88,9 % des patients du groupe exogène et 74,3 % du groupe endogène affirment ne jamais oublier de prise médicamenteuse ($p = 0,07$).

Nous pouvons supposer que cette observance médicamenteuse est majorée par souci de satisfaire leur médecin généraliste, par peur du jugement de ce dernier, ou encore parce que l'oubli d'une ou plusieurs prises médicamenteuses a été refoulé, ou tout simplement parce que certains patients ont pu oublier leur traitement seulement 2 à 3 fois dans l'année et ne pas trouver cette fréquence d'oubli dans les propositions que nous leur avons faites.

Il est clair que ces chiffres d'observance sont majorés. En effet, nous constatons que nous retrouvons plus de patients signalant des effets à l'oubli d'une prise médicamenteuse que de patients « avouant » l'oubli d'une prise.

Les résultats concernant cette observance thérapeutique auraient pu être statistiquement plus fiables si nous avions utilisé l'outil d'évaluation de l'observance médicamenteuse développé par le CFLHTA (Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle), repris par les membres du CRGE (Collège Régional des Généralistes Enseignants) du Limousin et validé en médecine générale [12,41].

D.4. Le patient hypertendu et son avenir

Nous avons tous été confrontés dans notre pratique professionnelle à des patients souhaitant interrompre leur traitement devant des chiffres de tension artérielle normalisés.

Cette question sur la pérennité du traitement médicamenteux implique un certain recul des patients et impose une projection dans l'avenir qui peut paraître déroutante voire utopique pour certains en raison du caractère chronique de cette pathologie.

C'est uniquement au sein du groupe exogène que nous retrouvons des patients, 10,4 % du groupe, qui pensent que leur traitement médicamenteux est temporaire ($p = 0,07$).

L'hypertension artérielle serait pour ces patients un état morbide provisoire que le médicament a traité et la maladie a donc disparu.

L'observance thérapeutique doit être un point crucial de la prise en charge de l'hypertension artérielle. Elle s'articule autour d'un patient maître de sa pathologie, qui la reconnaît et qui la combat. Le patient est le premier acteur du traitement.

Dans le groupe exogène, 71,4 % des patients reconnaissent avoir un rôle à jouer dans l'amélioration de leur maladie contre 60,6 % dans le groupe endogène ($p = 0,3$).

Mais le rôle prépondérant est dévolu au médecin qui a une responsabilité pour plus de 90 % des patients des 2 groupes.

D'une part, nous pouvons remercier ces nombreux patients qui nous font confiance dans la prise en charge de leur hypertension artérielle. Le médecin pourrait être aussi une sorte de « médecin-médicament » comme l'avait déjà reconnu Michael Balint (1896-1970, psychiatre anglais) : « *le médecin est le remède le plus fréquemment utilisé dans la pratique générale* » [9,24,28].

D'autre part, nous pouvons craindre que ce soit une sorte de délestage de leurs responsabilités, le médecin permettant ainsi au patient de s'affranchir de ses responsabilités.

Supporter psychologiquement le poids de la maladie et le poids de son traitement sont peut-être deux tâches trop lourdes et difficilement compatibles ?

Malgré des résultats qui nous font apprécier les connaissances des patients sur les causes, les traitements de l'hypertension artérielle ainsi qu'une observance satisfaisante, 47,8 % des patients du groupe exogène et 56,2 % des patients du groupe endogène admettent que leurs

chiffres de tension artérielle pourraient être meilleurs principalement en respectant plus rigoureusement les mesures hygiéno-diététiques ($p = 0,46$).

En se reposant essentiellement sur le traitement médicamenteux, nos patients semblent négliger l'importance des mesures non médicamenteuses peut-être par manque de temps pour l'activité physique, ou peut-être par refus de suivre un régime alimentaire plus strict.

Connaître les règles à suivre et ne pas pouvoir ou ne pas vouloir les suivre pourrait susciter un sentiment de culpabilité.

À côté de cela, nous devons évoquer cette part importante de patients dans les 2 groupes qui affirment que leur tension artérielle ne peut pas être améliorée. Cela peut se concevoir chez des patients ayant atteint l'objectif tensionnel recommandé mais, pour les autres qui sont au-delà, il existerait une certaine résignation, ou un refus de reconnaître leur propre rôle dans le traitement de leur hypertension artérielle.

De manière synthétique, l'hypertension artérielle ne laisse pas indifférents les patients hypertendus qui connaissent assez bien le caractère dangereux et les facteurs influençant cette affection malgré une tendance populaire de faire l'amalgame entre tension artérielle et angoisse. Il peut exister une certaine ambivalence des patients qui veulent garder un rôle d'acteur de leur pathologie tout en rejetant les responsabilités, dévolues au médecin.

E) INFLUENCE DE LA REPRÉSENTATION ÉTIOLOGIQUE SUR LES VALEURS DE TENSION ARTÉRIELLE

Nous avons pu observer différentes représentations de l'hypertension artérielle aussi bien sur la maladie elle-même, sur son traitement, ou sur l'environnement émotionnel et son implication dans le vécu de cette affection.

Nous constatons que 67,5 % des patients du groupe exogène connaissent leur chiffre de PAS à +/- 5 mm Hg contre 39,4 % dans le groupe endogène ($p = 0,007$).

Les patients à représentation exogène pourraient être éventuellement plus impliqués que les patients de l'autre groupe dans la connaissance de leur hypertension artérielle.

Connaître ses valeurs de tension artérielle permettrait de s'approprier sa pathologie, de l'appréhender ou de la rendre plus familière.

De manière plus concrète, les mesures relevées par les médecins généralistes sont le témoin objectif sur lequel médecins et patients se basent pour juger de l'efficacité d'un traitement.

Nos patients ont un point commun : leur objectif tensionnel. Celui-ci ne doit pas excéder 140 mm Hg / 90 mm Hg.

Comme nous l'avons précisé précédemment, nous n'avons pas retenu les patients diabétiques ou insuffisants rénaux, dont l'objectif tensionnel est plus strict, en raison de leur nombre très insuffisant.

La moyenne des tensions artérielles systoliques du groupe exogène est de 134,01 mm Hg contre 134,55 mm Hg pour le groupe endogène.

La moyenne des tensions artérielles diastoliques du groupe exogène est de 75,98 mm Hg contre 76,16 mm Hg pour le groupe endogène.

Les valeurs les plus hautes sont observées au sein du groupe exogène malgré le manque de significativité entre les 2 groupes ($p = 0,62$, test de Student).

Adopter un modèle de conception causale plutôt qu'un autre ne semble pas influencer sur les valeurs de tension artérielle.

Au-delà des différences peu significatives entre les tensions artérielles des 2 groupes, nous pouvons noter que la moyenne des tensions artérielles mesurées est en-deçà de l'objectif tensionnel recommandé.

Ces résultats ne signifient pas pour autant que tous les patients sont à l'objectif.

En effet, 71,1 % des patients du groupe exogène ont une moyenne de pression artérielle ne dépassant pas l'objectif tensionnel recommandé contre 68,6 % dans le groupe endogène ($p = 0,88$).

De plus, bien qu'en deçà de 140 mm Hg / 90 mm Hg, les moyennes sont de peu en-dessous de ces valeurs. Et il est peut-être envisageable que ces objectifs soient revus à la baisse dans les années à venir.

La conception étiologique de l'hypertension artérielle selon le modèle exogène/endogène peut s'appliquer à un certain nombre de patients. Tous ne peuvent prétendre obéir à cette règle. Il persiste beaucoup de patients aux représentations intermédiaires, mixtes, mêlées de facteurs extérieurs à l'organisme venant se greffer sur une susceptibilité individuelle (terrain, hérédité).

Ces derniers patients sont à l'image de ce qu'est réellement l'hypertension artérielle (si nous nous positionnons sur l'hypertension artérielle essentielle), à la fois une prédisposition héréditaire associée à d'autres cofacteurs de risque (tabac, alcool,...).

L'adoption d'un concept causal répondrait plus à une attente et une conviction de l'individu qu'à la réalité propre de sa pathologie.

Un individu peut prétendre que son hypertension artérielle provient de facteurs exogènes uniquement parce qu'il craint qu'elle ne trouve son origine en lui.

Connaître le modèle adopté par chaque patient pourrait-il être un outil dans la stratégie thérapeutique ?

En raison des tensions artérielles statistiquement proches entre les 2 groupes, appréhender le groupe d'appartenance d'un patient permettrait plutôt de prévenir un défaut d'observance du traitement (moins d'oublis de traitement médicamenteux dans le groupe exogène). Alors, nous

aurions la tâche de proposer une stratégie thérapeutique différente d'un patient à l'autre, un traitement personnalisé, répondant plus précisément aux attentes de chaque malade tout en respectant notre devoir de médecin.

Certains indices chez nos patients pourraient nous orienter, lors de la consultation, vers le modèle qu'ils ont pu adopter.

Il serait difficile d'établir un profil particulier de patients propre à chaque modèle de représentation étiologique, mais nous pourrions plutôt évoquer certains éléments se rencontrant plus fréquemment, selon notre étude, dans l'un ou l'autre versant du modèle exogène/endogène.

D'une part, les éléments allant dans le sens d'une représentation exogène de l'hypertension artérielle seraient :

- un niveau d'étude bas (certificat d'étude ou BEPC)
- aucun changement du mode de vie après l'annonce de la maladie
- meilleure connaissance de leurs valeurs de pression artérielle
- moins d'oublis de prise médicamenteuse
- traitement supposé temporaire

D'autre part, les éléments en faveur d'une conception endogène de l'hypertension artérielle seraient plutôt :

- des proches plus souvent touchés par l'hypertension artérielle
- la tendance à rechercher des informations et renseignements sur leur pathologie
- collègues informés
- oublis de traitement plus fréquents
- traitement supposé permanent, à vie

D'une manière générale, nous devons fortement insister auprès de l'ensemble de nos patients, indépendamment du modèle de conception causale, sur la nécessité de respecter plus scrupuleusement les règles hygiéno-diététiques. En tant que médecins, nous avons la tâche de diffuser plus largement ces notions afin que ces mesures représentent une part tout aussi importante que le traitement médicamenteux dans la prise en charge thérapeutique de l'hypertension artérielle.

De plus, en connaissant plus précisément le modèle explicatif adopté par nos patients, nous pourrions aller au-delà de la connaissance de la pathologie de nos patients, nous aborderions ainsi le fonctionnement même de nos patients. Cela nous permettrait d'améliorer et d'optimiser la relation médecin-malade qui est primordiale au sein de la prise en charge de toute maladie. Cette relation entre le soignant et le soigné, cet échange entre le médecin et son patient, est un point essentiel pour une meilleure observance thérapeutique.

En raison du caractère multifactoriel de l'hypertension artérielle essentielle, nous ne pouvons pas concevoir de privilégier le traitement médicamenteux aux mesures hygiéno-diététiques ou inversement.

Il pourrait être intéressant de présenter, à chacun de nos patients hypertendus, l'ensemble des mesures thérapeutiques d'une manière différente selon le modèle causal adopté.

Ainsi, nous pourrions proposer au patient exogène d'appréhender son traitement comme un moyen de lutter contre l'hypertension artérielle, de la combattre afin de la faire disparaître.

Pour un patient à représentation endogène, nous pourrions au contraire présenter ce traitement comme nécessaire pour améliorer les capacités de lutte de son organisme, pour renforcer ses moyens de défense.

VIII
CONCLUSION

La représentation d'une maladie pour un individu se conçoit comme l'amalgame de perceptions, de cognitions, de croyances et de représentations personnelles s'organisant en schèmes dont la compréhension doit intégrer le vécu social et personnel du patient.

Des patients atteints de la même maladie, l'hypertension artérielle, ne peuvent pas afficher des représentations identiques compte tenu de cette diversité culturelle.

Dans les sociétés dites « modernes » où la médecine semble ne pas associer la maladie aux représentations sous-jacentes, le modèle explicatif médical peut ne pas satisfaire au modèle personnel de celui qui souffre et ne pas répondre à ses attentes et ses questionnements.

Le modèle d'explication causale basé sur l'opposition exogène / endogène est très utilisé par les sociologues et les anthropologues. L'adoption de ce modèle ne peut pas se substituer aux connaissances médicales de l'hypertension artérielle et la survenue de cette pathologie ne saurait se résumer à une cause unique.

Les résultats obtenus par cette étude sont riches d'enseignements malgré l'existence de biais propres au questionnaire et au recrutement des patients qui pourraient éventuellement être corrigés par une étude sémantique plus stricte et un recrutement à plus grande échelle.

Nous n'avons pas mis en évidence de différence statistiquement significative entre les moyennes de tension artérielle des groupes exogène et endogène. Cependant, 70 % des patients de notre échantillon ont des moyennes de pression artérielle qui respectent l'objectif tensionnel fixé par les recommandations européennes.

Au-delà des valeurs de pression artérielle statistiquement proches entre les 2 groupes, nous avons pu établir un état des lieux des connaissances des patients hypertendus sur l'hypertension artérielle, ses causes, ses traitements et son impact sur la vie de ces patients.

L'application du modèle exogène / endogène à des patients hypertendus ne nous permet pas de prédire si le traitement suivi sera efficace, et si un patient atteindra l'objectif tensionnel fixé, mais peut plutôt nous apporter quelques éléments de compréhension sur les rapports entretenus par le patient avec sa maladie et son traitement.

Les étiologies de l'hypertension artérielle sont relativement bien cernées mais, dans notre étude, les angoisses et les situations stressantes auraient un rôle majeur dans la survenue de la maladie. Il nous reste ainsi encore quelques explications à fournir à nos patients. Peut-être aurions-nous intérêt à ne pas ignorer leurs représentations, leurs tentatives de justification causale répondant éventuellement à des questions auxquelles ils obtiennent bien rarement des réponses.

Les patients des groupes exogène et endogène mêlent, en proportions variables, des éléments extérieurs et des éléments inhérents à leur propre organisme. La maladie pourrait résulter alors de la rupture d'un équilibre entre l'action de facteurs extrinsèques et la résistance de l'individu.

Les messages de prévention de la maladie hypertensive délivrés par les médecins généralistes semblent être relativement bien intégrés par les patients hypertendus.

La prise en charge thérapeutique est un processus lourd et complexe qui semble le plus souvent dévolu au médecin plutôt qu'au patient lui-même. L'ensemble des responsabilités repose alors sur le médecin qui devient le soignant (donc acteur sur la maladie).

L'analyse des représentations de l'hypertension artérielle s'articule autour d'un axe responsable / non responsable.

L'ensemble des résultats récoltés par notre étude nous orienterait vers une hypertension artérielle perçue comme dangereuse par les patients, mais dont les risques sont minimisés afin peut-être de se rassurer et de ne pas se laisser anéantir dans les activités quotidiennes.

La maladie peut être soit acceptée pour mieux la combattre soit refusée et rejetée pour mieux la supporter.

L'ensemble des patients refuse le rôle qu'ils jouent dans la survenue de leur pathologie afin peut-être d'éviter le sentiment de culpabilité (tâche bien plus insupportable que la maladie elle-même ?). Nous pouvons sans doute y voir un mécanisme de défense, de protection.

Connaître la maladie d'un patient est indispensable mais connaître le patient l'est tout autant. Au-delà de la prise en charge médicale d'une pathologie, notre objectif, en tant que médecin, est d'améliorer l'adhésion du patient à son traitement pour une observance optimale. Cette adhésion serait d'autant plus facilitée si nos décisions médicales prenaient en compte dans la mesure du possible les modèles représentatifs de chaque patient.

L'observance médicamenteuse semble meilleure pour les patients du groupe exogène.

Il serait intéressant de présenter le traitement au patient de manière à ce que sa représentation thérapeutique soit calquée sur sa conception causale. Nous pourrions alors proposer une stratégie thérapeutique adaptée pour une meilleure observance donc des résultats optimisés. Ainsi, nous limiterions l'escalade thérapeutique et diminuerions les effets nocifs des traitements inadéquats.

Si nous nous sommes permis d'appliquer le modèle exogène / endogène à la représentation étiologique de l'hypertension artérielle, alors pourrions-nous envisager de l'étudier au cours d'autres pathologies ?

Optimiser l'efficacité de la stratégie thérapeutique choisie doit être l'objectif commun dans la prise en charge de toute pathologie.

VIII
BIBLIOGRAPHIE

1. ADAM P., HERZLICH C. Sociologie de la maladie et de la médecine. Paris : Nathan, 1994, 127 p.
2. ANDRÉ-FOUET X. Cardiologie: 1^{er}, 2^e et 3^e cycles de médecine générale : préparation au concours de l'internat. Lyon : Presses Universitaires de Lyon, 1999, 903 p.
3. AOUBA A., PÉQUIGNOT F., LAURENT F., et al. Mortalité par maladies de l'appareil circulatoire en 2005 et évolution depuis 1980. Actualité et Dossier en Santé publique, 2008, 63, p. 25-34
4. ARTIGOU J.-Y., MONSUEZ J.-J., Société Française de Cardiologie. Cardiologie et maladies vasculaires. Paris : Elsevier Masson, 2007, 1639 p.
5. Association of Life Insurance Medical Directors of America, Society of Actuaries. Blood Pressure Study, 1979. New York : Society of Actuaries and Association of Life Insurance Medical Directors of America, 1980, 359 p.
6. ASSOUN P.-L. L'inconscient organique. Pouvoirs du symbole et travail du symptôme. Revue française de psychosomatique, 2002, 21, p. 53-73
7. BAILLET J., DEMAREZ J.-P., NORTIER E. De retour de Babel. Paris : Estem, 2003, 618 p.
8. BALESTRIÈRE L. Freud et la question des origines. 2^e éd. Paris : De Boeck Université, 2002, 264 p.
9. BALINT Michael. Le médecin, son malade et la maladie. 2^e éd. Paris : Payot, 1996, 419 p.
10. BOUNHOURE J.-P. Histoire de la Cardiologie : des hommes, des découvertes, des techniques. Toulouse : Privat, 2004, 191 p.
11. BRAMI J. Déceler ces « maladies obscures » : le problème de John Welton Fischer. Primary Care, 2001, 1, p. 803-804
<http://www.primary-care.ch/pdf/2001/2001-26/2001-26-225.PDF>

12. BUISSON J.-G., BUCHON D., RIBIÈRE-LOZES A.-M., MOULIN J.-L., PRÉVOST M. Comment évaluer l'observance ? La revue du Praticien-Médecine Générale, 2004, 646-647, p. 439-441
13. CANGUILHEM G. Le normal et le pathologique. 2^e éd. Paris : Presses universitaires de France, 1972, 224 p.
14. Comité Français de Lutte contre l'Hypertension Artérielle, GIRERD X. Étude FLASH 2001 : Hypertension et stress, 2001
http://www.comitehta.org/index.php?option=com_docman&Itemid=94
15. DANEAULT S., LUSSIER V., MONGEAU S. Souffrance et médecine. Québec : Presses de l'Université du Québec, 2006, 158 p.
16. DURIS P. Circulation du sang par W. Harvey. Encyclopédie Universalis.
http://www.universalis.fr/encyclopedie/Z020356/CIRCULATION_DU_SANG_PAR_W_HARVEY.htm
17. ECK-SARRADON A. S'expliquer la maladie : une ethnologie de l'interprétation de la maladie en situation de soins. Thèse de doctorat en anthropologie. Université d'Aix-Marseille III, 2000, 407 p.
18. Étude Nationale Nutrition Santé 2006. Situation nutritionnelle en France selon les indicateurs d'objectif et les repères du Programme National Nutrition Santé (2007, Paris). Colloque PNNS. 75 p.
19. FLICK U. La perception quotidienne de la santé et de la maladie : théories subjectives et représentations sociales. Paris : L'Harmattan, 1993, 399 p.
20. FLOURENS P. Histoire de la découverte de la circulation du sang. 2^e éd. Paris : Garnier Frères, 1857, 283 p.
21. FRÉROT L., LE FUR P., LE PAPE A., et al. Centre de Recherche d'Etude et de Documentation En Santé. L'hypertension artérielle en France : prévalence et prise en charge thérapeutique, 1999, 247 p.

22. GIRERD X., DIGEOS-HASNIER S., LE HEUZEY J.-Y. Guide pratique de l'hypertension artérielle. 3^e éd. Paris : Masson, 2004, 210 p.
23. GODET-THOBIE H., VERNAY M., NOUKPOAPE A., et al. Niveau tensionnel moyen et prévalence de l'hypertension artérielle chez les adultes de 18 à 74 ans, ENNS 2006-2007. Bulletin Épidémiologique Hebdomadaire, 2008, 49-50, p. 478-483
24. GRIMALDI A., COSSERAT J. La relation médecin-malade. Paris : Elsevier Masson, 2004, 202 p.
25. GRUSON E., DALLONGEVILLE J. La lettre de la Nouvelle Société Française d'Athérosclérose, 2007, 32, 3 p.
<http://www.nsfa.asso.fr/spip.php?article1495>
26. HALIOUA B. Histoire de la médecine. 2^e éd. Paris : Masson, 2004, 272 p.
27. Haute Autorité de Santé. Service des recommandations professionnelles. Prise en charge des patients adultes atteints d'hypertension artérielle essentielle, 2005, 117 p.
http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/HTA_2005_rap.pdf
28. HERZLICH C. Santé et maladie : analyse d'une représentation sociale. Paris-La Haye : Mouton, 1969, 226 p.
29. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Principales causes de décès en France métropolitaine en 2005.
http://www.insee.fr/fr/themes/detail.asp?reg_id=99&ref_id=asfsante#t2
30. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Décès par cause et département pour les hommes en nombre.
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=9&ref_id=santc005
31. Institut National de la Statistique et des Études Économiques. Décès par cause et département pour les femmes en nombre.
http://www.insee.fr/fr/themes/tableau.asp?reg_id=9&ref_id=santc006

32. KULBERTUS H. Sémiologie des maladies cardio-vasculaires. Paris : Masson, 1998, 408 p.
33. LAPLANTINE F. Anthropologie de la maladie. Étude ethnologique des systèmes de représentations étiologiques et thérapeutiques dans la société occidentale contemporaine. Paris : Payot, 1986, 411 p.
34. MANCIA G., DE BACKER G., DOMINICZAK A., et al. European Society of Hypertension, European Society of Cardiology. 2007 Guidelines for the management of arterial hypertension. European Heart Journal, 2007, 28, p. 1462-1536
<http://240plan.ovh.net/~sfhta/IMG/pdf/EHS-2007.pdf>
35. MAREY É.-J. Physiologie médicale de la circulation du sang. Paris : Adrien Delahaye, 1863, 568 p.
36. Observatoire de Médecine Générale. Prévalence de l'hypertension artérielle pour l'année 2007
<http://omg.sfmg.org/content/donnees/donnees.php>
37. DANNENBERG A., GARRISON R., KANNEL W. Incidence of Hypertension in the Framingham Study. American Journal of Public Health, 1988, 78, 6, p.676-679
www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1350281
38. OPPENHEIMER G. Becoming the Framingham Heart Study 1947-1950. American Journal of Public Health, 2005, 95, 4, p. 602-610
39. POSTEL-VINAY N. Facteurs de risque : la contribution méconnue des premiers médecins d'assurance sur la vie. Médecine/sciences, 2000, 16, 3, p. 404-408
<http://ist.inserm.fr/BASIS/medsci/fqmb/medsci/DDD/6122.pdf>
40. RAZAVI D., DELVAUX N. Précis de psycho-oncologie. Paris : Elsevier Masson, 2008, 442 p.

41. RIVIÈRE O. Le patient chronique en Limousin et son ordonnance : connaissance et observance. Thèse de doctorat en médecine. Limoges : Université de Limoges, 2008, 91 p.
42. SAMSON S., RICORDEAU P., PÉPIN S., et al. Caisse Nationale d'Assurance Maladie. Hypertension artérielle et facteurs de risque associés : évolutions entre 2000 et 2006, 2007, 10, 8 p.
43. WESTEN D., GARITTE C. Psychologie: pensée, cerveau et culture. Paris : De Boeck Université, 2000, 1280 p.
44. YOUNG J., Collège des Enseignants d'Endocrinologie, Diabète et Maladies Métaboliques. Connaissances et pratique : Endocrinologie, diabétologie et maladies métaboliques. Paris : Masson, 2007, 470 p.

ANNEXES

Annexe 1

BAROU Benoît

Limoges le 15 Mai 2008

87000 LIMOGES
06-XX-XX-XX-XX
benoitbarou@.....fr

Cher confrère,

Je suis médecin généraliste remplaçant sur la Haute-Vienne et, à l'occasion de mon travail de thèse de Médecine Générale, je sollicite votre contribution à la réalisation de cette étude, pour laquelle vous avez été sélectionné de manière aléatoire parmi l'ensemble des médecins généralistes installés en Haute-Vienne.

Ce travail est réalisé sous la direction de Madame le Docteur Martine Prévost, médecin généraliste à Limoges.

Cette thèse cherche à mettre en évidence l'existence éventuelle de liens entre les représentations qu'ont les patients de leur hypertension artérielle, de ses causes et les chiffres mesurés.

Il s'agit d'un questionnaire anonyme composé de 6 pages : la première est à remplir par vous-même, les 5 autres pages par le patient seul, dans la salle d'attente par exemple.

Le plus simple pour vous, et pour avoir des tableaux statistiques reproductibles, est de faire remplir ce questionnaire par vos 10 prochains patients hypertendus.

Vous récupérerez ainsi les 10 exemplaires que vous pourrez me renvoyer à l'aide de l'enveloppe pré-timbrée ci-jointe avant le 15 juillet 2008.

N'hésitez pas à me contacter pour toute question relative à cette étude.

Je vous remercie très sincèrement pour votre contribution à cette thèse qui ne pourra pas se faire sans vous.

Veuillez agréer, cher confrère, l'expression de ma considération distinguée.

BAROU Benoît

Annexe 2

Cette première page est à remplir par le médecin traitant, les suivantes par le patient seul en salle d'attente.

Nom (3 première lettres) :

Prénom (2 premières lettres) :

Sexe : M
 F

Âge :
Poids :
Taille :

Profession : Agriculteur - exploitant
 Artisan – commerçant – chef d'entreprise
 Ouvrier
 Cadre
 Enseignant
 Autre salarié de la fonction publique ou territoriale
 Employé secteur privé
 Chômage
 Retraité → de quelle profession :
 Sans profession
 Étudiant
 Autre et préciser :

Niveau d'étude : Certificat d'étude
 BEPC
 Bac
 Bac + 2
 Bac + 3 ou 4
 Bac + 5 ou plus

Antécédents personnels cardio-vasculaires :

Antécédents familiaux cardio-vasculaires :

Consommation de tabac : ... cigarettes/jour depuis ... ans

Arrêt du tabac depuis moins de 3 ans
 depuis plus de 3 ans
 n'a jamais fumé

Traitement antihypertenseur en cours :

TA en mmHg lors des 3 dernières consultations :

TA en mmHg ce jour :

Votre médecin vous a choisi pour répondre à un questionnaire anonyme qui servira de référence dans une thèse de Médecine Générale concernant l'hypertension artérielle et ses causes.

Merci de prendre quelques instants pour répondre à ces questions en cochant les cases qui correspondent le mieux à votre avis.

1) Diriez-vous : plutôt que vous avez de l'hypertension artérielle
ou plutôt que vous êtes hypertendu

2) Depuis combien de temps suivez-vous un traitement contre l'hypertension artérielle ?
 moins de 5 ans de 5 à 10 ans plus de 10 ans

3) Quel est le chiffre maximum de tension artérielle que vous ne devez pas dépasser ?

4) Pensez-vous : plutôt avoir été prédisposé à l'hypertension artérielle
ou plutôt avoir attrapé cette hypertension artérielle

5) Si vous deviez dessiner votre hypertension artérielle, quel animal ou végétal ou objet pourrait la symboliser ?

6) Si vous ne soigniez pas votre hypertension artérielle, que risqueriez-vous ?

7) Depuis que vous avez de l'hypertension artérielle, diriez-vous que vous avez :
 quelque chose en plus
ou quelque chose en moins

8) Vous dites plutôt : j'ai une maladie hypertensive
ou je suis malade de l'hypertension artérielle

9) Votre hypertension artérielle est une maladie : bénigne
 plutôt pas grave
 modérément grave
 plutôt grave
 grave

10) Dans votre entourage, connaissez-vous des personnes qui ont déjà eu des complications dues à l'hypertension artérielle ? oui non

11) Pensez-vous avoir les mêmes risques de faire ces complications ? oui non
En quoi ressemblez-vous à ces personnes ?

12) Un évènement a-t-il déclenché votre hypertension artérielle ? oui → lequel ?
 non

13) Auriez-vous pu éviter cette hypertension artérielle ? oui → comment ?
 non

14) Pourriez-vous dire que vous êtes victime de l'hypertension artérielle ?
 oui non

15) Quels sentiments avez-vous ressenti à l'annonce de votre hypertension artérielle ?

16) Avez-vous cherché des informations sur l'hypertension artérielle ?

- oui → précisez : entourage
 un médecin
 médias
 livres
 internet
 autre : ...

non

17) Dîtes-vous facilement à vos amis ou collègues que vous prenez un traitement antihypertenseur ? oui non

18) En quoi l'hypertension artérielle a-t-elle modifié votre vie ?

19) Donnez votre avis sur les causes possibles de l'hypertension artérielle :

	Très d'accord	Plutôt d'accord	Plutôt pas d'accord	Pas du tout d'accord	Ne sait pas
Hérédité/prédisposition					
Sel					
Matières grasses					
Alcool					
Tabac					
Sucre					
Infection/microbe/germe					
Météo/temps/température					
Pollution					
Bruit					
Signe astrologique					
Médicament					
Âge					
Carence alimentaire					
Esprit maléfique/mauvais sort/malchance					
Tempérament					
Fatalité/destin/hasard/prédestination					
Sédentarité					
Conflits professionnels					
Conflits familiaux					
Peur du médecin					
Excès de travail					
Manque de travail					
Angoisses					
Radiations/ondes électro-magnétiques					

20) Combien aviez-vous de tension artérielle lors de la dernière consultation ?

21) Parmi les propositions suivantes, lesquelles soignent l'hypertension artérielle :

- Médicaments
- Psychothérapie
- Guérisseur/magnétiseur/sorcier
- 30 minutes d'activité physique 3 fois par semaine
- Acupuncture
- Perte de poids
- Exorcisme
- Consommation de sel de 6 g par jour ou moins
- Phytothérapie
- Homéopathie
- Religion/prière
- Arrêt du tabac
- Consommation d'alcool moins de 2 à 3 verres/jour
- Autre(s) médecine(s) dite(s) « douce(s) » → lesquelles : ...

22) Concernant le traitement de votre hypertension artérielle :

- Diriez vous plutôt que le traitement comble un vide
- ou** Diriez vous plutôt qu'il enlève quelque chose ?

23) Qu'est-ce qui vous motive pour soigner votre hypertension artérielle ?

- 24) Vous arrive-t-il d'oublier votre traitement ?** jamais
- 1 fois par mois
 - 1 fois par semaine
 - plusieurs fois par semaine

25) S'il vous arrive d'oublier votre traitement, quelles en sont les raisons ?

- 26) Comment vous sentez-vous si vous ne prenez pas votre traitement ?** mieux
- pareil
 - moins bien

- 27) Est-ce que vous pourriez faire quelque chose de plus pour améliorer vos chiffres de tension artérielle ?** oui, quoi donc ?
- non

28) À quoi sert le traitement ? faire disparaître la maladie
ou compenser les effets de l'hypertension artérielle

29) Préféreriez-vous plutôt : qu'on vous enlève la maladie
ou qu'on renforce votre organisme

30) Pensez-vous qu'un jour, vous ne prendrez plus de médicaments pour traiter votre hypertension artérielle ? oui non

31) Qu'attendez-vous de votre traitement antihypertenseur ?

32) De quoi dépend l'amélioration de votre maladie ?

- de vous
- de la médecine
- de l'entourage (environnement, personnes autour de vous, conditions de travail,...)
- autres et précisez

33) Observations et remarques générales sur ce questionnaire :

Merci pour votre précieuse collaboration

SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON A IMPRIMER N° 3129

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU et PERMIS D'IMPRIMER
LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

Représentations de la maladie

Application du modèle exogène/endogène à l'hypertension artérielle

Chaque individu a un vécu personnel, une histoire qui conditionne ses représentations des évènements de la vie. Cette représentation est une mise en images de notions abstraites afin de les rendre plus compréhensibles.

Il peut être intéressant d'appréhender les causes de l'hypertension artérielle selon le modèle endogène/exogène pour lequel l'étiologie d'une pathologie provient soit de facteurs propres à l'individu lui-même soit de facteurs extérieurs au patient.

Nous avons demandé à des médecins généralistes de Haute-Vienne de présenter un questionnaire à leurs patients hypertendus. Nous avons pu établir que certains de ces patients répondaient à une conception causale exogène ou endogène de leur pathologie. Nous souhaitons savoir s'il existait des différences de tension artérielle en fonction du modèle adopté.

91 patients hypertendus ont pu être intégrés au modèle : 55 exogènes et 36 endogènes.

Il n'existe pas de différence significative de tension artérielle entre les 2 groupes.

Cependant, la moyenne de tension artérielle des 2 groupes reste en-deçà de l'objectif tensionnel de 140/90 mmHg.

L'observance médicamenteuse semble meilleure dans le groupe exogène.

Connaître ce que le patient pense de sa maladie, c'est appréhender le patient dans sa globalité.

En connaissant le groupe d'appartenance d'un patient hypertendu, nous pourrions lui proposer un traitement en adéquation avec son mode de représentation étiologique.

Pour le patient à représentation exogène, le traitement peut être un moyen de combattre la maladie afin de la faire disparaître.

Pour le patient dont la conception étiologique est endogène, le traitement peut être l'outil renforçant les moyens de défense de l'organisme.

DISCIPLINE - SPÉCIALITÉ DOCTORALE : MÉDECINE GÉNÉRALE

MOTS-CLÉS : Hypertension artérielle, étiologie, représentations, exogène, endogène

FACULTÉ DE MÉDECINE DE LIMOGES

2, rue du Docteur Marcland

87025 LIMOGES Cédex