

UNIVERSITÉ DE NANTES

---

FACULTÉ DE MÉDECINE

---

Année 2006

N°16

THÈSE

pour le

DIPLÔME D'ÉTAT DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Qualification en Médecine Générale

par

Clémentine Kerdrain-Deridder

née le 13 février 1974 à Clamart

---

présentée et soutenue publiquement le 18 mai 2006

---

« Pourriez-vous prendre ma tension, docteur? »  
connaissances et croyances  
sur la mesure de la tension artérielle  
au cabinet du médecin généraliste

---

Président: Monsieur le Professeur Vincent Esnault

Directeur de Thèse: Monsieur le Docteur Jean-Paul Canévet

# Sommaire:

	Page
Introduction.....	1
A_ Revue de littérature:.....	3
I_ Tension artérielle normale?.....	4
II_ Patients à risque?.....	4
III_ Quels sont les risques?.....	5
1_ L'hypotension artérielle.....	5
2_ L'hypertension artérielle.....	5
IV_ Les recommandations:.....	6
1_ Les recommandations sur la méthode de mesure.....	6
2_ Les recommandations sur la fréquence de mesure.....	7
V_ Les facteurs influençant la tension artérielle dans la littérature:.....	8
1_ Les Pathologies.....	8
2_ Les substances pharmacologiques et chimiques.....	9
3_ Facteurs Alimentaires.....	10
4_ Facteurs génétiques.....	12
5_ Facteurs Individuels.....	12
6_ Facteurs physiologiques.....	13
7_ L'activité.....	13
8_ Facteurs environnementaux.....	14
9_ Variations liées aux conditions d'examen.....	15
10_ Facteurs biologiques.....	15
B_ Étude des connaissances et croyances des patients:.....	19
I_ Méthodologie.....	18
II_ Résultat:.....	22
1_ Les réponses des médecins:.....	22
1_ La population médicale interrogée.....	22
2_ Les habitudes des médecins.....	22
3_ Les patients sont-ils demandeurs?.....	23
4_ Pourquoi cette demande?.....	24
5_ Quel autre intérêt, que l'obtention des chiffres tensionnels?.....	25
2_ Les réponses des patients:.....	27
1_ Échantillon de patients.....	27
2_ Qu'est-ce que « la tension artérielle »?.....	28
3_ D'après vous qu'est-ce qui peut influencer la tension artérielle?.....	30
4_ Qu'est-ce que cette mesure vous apporte personnellement?.....	33
5_ Cette donnée a-t-elle des conséquences sur votre vie quotidienne?.....	34
6_ Ce geste représente-t-il autre chose à vos yeux?.....	34
7_ Votre médecin vous prend-t-il la tension?.....	35
8_ A quelle fréquence pensez-vous nécessaire de la contrôler?.....	35
9_ Demandez-vous au médecin de le faire?.....	36
10_ Votre tension est-elle une de vos préoccupations?.....	36
11_ Craignez vous que votre tension aie changé?.....	37
12_ Quels sont les risques d'avoir trop de tension?.....	37
13_ Quels sont les risques de n'avoir pas assez de tension?.....	40
14_ Interprétation des expressions proposées.....	41

III_ Confrontation des données:.....	42
1_ Les connaissances des patients sur la tension artérielle:.....	42
1_ Connaissance de la définition.....	42
2_ Connaissance des facteurs influençant la tension.....	43
3_ Connaissance des risques de l'hypertension.....	45
4_ Connaissance des risques de l'hypotension bien tolérée.....	45
2_ La charge symbolique et émotionnelle de la valeur tensionnelle:.....	46
1_ La signification des chiffres tensionnels pour le patient.....	46
2_ La valeur symbolique du geste pour patients et médecins.....	47
3_ L'attente des patients.....	48
4_ Les patients demandeurs.....	49
5_ Vocabulaire.....	50
C_ Discussion:.....	51
I_ L'échantillon.....	52
II_ Connaissances des patients.....	52
III_ Le protocole de mesure.....	53
IV_ Représentations de la tension pour médecins et patients.....	54
V_ Pourquoi cette demande?.....	55
VI_ Sociologie.....	56
VII_ Vocabulaire en consultation.....	57
VIII_ Application au cabinet médical.....	57
Conclusion.....	58
Abréviations.....	59
Bibliographie.....	60
Annexes.....	63



## Introduction

« Pourriez-vous prendre ma tension, docteur? » est une question qui résonne souvent aux oreilles des médecins généralistes de ville. Qu'elle provienne de patients hypertendus ne serait pas étonnant. En effet on pourrait comprendre qu'ils souhaitent surveiller de près les résultats de leurs efforts et de leur traitement. Mais que cette demande émane si souvent de patients bien portants, normotendus et connus comme tels, est plus surprenant. Comment se fait-il que des patients soient amenés à demander à leur médecin de leur prendre la tension? Ne la prendrions-nous pas suffisamment souvent? Attendent-ils autre chose de ce résultat que des chiffres tensionnels régulièrement consignés dans leur dossier médical? Quels fantasmes, quelles craintes nourrissent cette demande? La meilleure réponse à celles-ci est-il de dégainer le sphygmomanomètre sur commande, ou devrions-nous aussi apporter une autre forme de soulagement à ces patients? La mesure tensionnelle au cabinet médical a-t-elle plus de valeur symbolique pour le patient que pour son médecin?

Je n'ai pas trouvé de documentation française répondant à ces questions, après une recherche avec les mots-clés: « compréhension », « connaissances populaires », « croyances », « subjectif » et « tension artérielle », sur le « catalogue et index des sites médicaux francophones » du CHU de Rouen, sur le site 33docpro.com des revues du praticien, concours médical, archives des maladies du coeur et des vaisseaux... ni sur google. La même recherche avec les mots-clés correspondant en anglais « understanding », « convictions », « knowledge », « subjective », et « blood pressure », sur le site de medline: pub-med ne m'a permis de trouver qu'un article polonais sur les connaissances de l'hypertension et de la tension artérielle de la population de Cracovie[1]. Cette population ne saurait correspondre à la population de nos cabinets médicaux pour ce qui est de croyances et de connaissances si culturelles.

Pour répondre à ces questions nous nous proposons d'explorer les connaissances et les croyances des patients de Loire Atlantique au sujet de la « tension artérielle », et de les confronter aux habitudes et au ressenti des médecins généralistes, par l'intermédiaire de questionnaires adressés aux patients et aux médecins.

Mais avant tout il me semble nécessaire de faire le point sur les connaissances scientifiques et les références, concernant les modalités et la fréquence de mesure recommandées pour des patients bien portants. Et pour pouvoir juger de la pertinence des connaissances des patients sur les facteurs influençant la tension artérielle, ainsi que sur les conséquences de l'hypotension et de l'hypertension, il semble utiles de revoir les connaissances médicales actuelles à ce sujet.



# A\_ Revue de littérature

## I Tension artérielle normale?

Le terme le plus approprié est celui de « pression artérielle », mais ce n'est pas (contrairement aux pays anglophones: « blood pressure ») l'expression couramment utilisée par notre peuple et nos médias.

Selon la définition du dictionnaire de médecine Flammarion, la pression artérielle, est la pression exercée par le sang sur les parois des artères périphériques et qui oscille, au cours d'une révolution cardiaque, entre une valeur maximale correspondant à l'arrivée de l'ondée systolique (pression artérielle systolique ou PAS) et une valeur minimale correspondant à la diastole (pression artérielle diastolique ou PAD)[2].

La pression artérielle de l'adulte est classifiée différemment en Europe et aux États-Unis d'Amérique[3,4,5]:

Classification européenne	Classification américaine	PAS (mmHg)	PAD (mmHg)
Optimale	Normale	<120	et <80
Normale	Préhypertension	120 à 129	ou 80 à 84
Normale haute		130 à 139	ou 85 à 89
Hypertension grade 1 (modérée)	Hypertension stade 1	140 à 159	ou 90 à 99
Hypertension grade 2 (moyenne)	Hypertension stade 2	160 à 179	ou 100 à 109
Hypertension grade 3 (sévère)		≥180	ou ≥110
Hypertension systolique isolée		≥140	et <90

## II Patients à risque?[5]

L'hypertension est un facteur de comorbidité cardio-vasculaire. Les patients les plus à risque de développer des complications sont ceux qui accumulent les facteurs de comorbidité listés ci-dessous:

- Sexe masculin
- Âge ( plus de 55 ans pour les hommes et 65 ans pour les femmes)
- Hypertension
- Tabagisme
- Diabète
- Cholestérol LDL élevé ou HDL bas
- Débit de filtration glomérulaire: <60ml/min
- Microalbuminurie
- Obésité Abdominale (circonférence supérieure à 102cm chez l'homme et 88cm chez la femme)
- Sédentarité
- Antécédent familial de pathologie cardio-vasculaire « prématurée » (avant 55 ans pour les hommes et 65 ans pour les femmes)
- complication organique existante (cf chapitre suivant).

Classification du risque de maladie cardio-vasculaire à 10 ans selon les normes O.M.S./I.S.H.:

		Pression artérielle				
		120-129/80-84	130-139/85-89	140-159/90-99	160-179/100-109	≥180/≥110
nombre de facteurs de risque associés:	aucun	référence	référence	risque faible	risque modéré	risque élevé
	1 ou 2	risque faible	risque faible	risque modéré	risque modéré	risque très élevé
	3 ou plus	risque modéré	risque élevé	risque élevé	risque élevé	risque très élevé
	ou lésion organique ou diabète					
complication notée*		risque élevé	risque très élevé	risque très élevé	risque très élevé	risque très élevé

risque faible: <15%	risque modéré: 15 à 20%	risque élevé: 20 à 30%	risque très élevé: >30%
---------------------	-------------------------	------------------------	-------------------------

### III\_ Quels sont les risques?

1\_ Une hypotension artérielle chronique, bien toléré par le patient, semble par contre un facteur protecteur cardio-vasculaire, et de longévité, elle est très rarement abordée dans la littérature. Parfois ces patients peuvent être sujets à des symptômes tels que: des malaises, une faiblesse, des étourdissements ou même l'évanouissement.

2\_ L'hypertension artérielle à long terme se complique d'atteinte de divers organes tel que[3,5]:

- le coeur: hypertrophie du ventricule gauche  
angine de poitrine\*  
infarctus du myocarde\*  
insuffisance cardiaque.\*
- le cerveau: accident ischémique transitoire\*  
accident vasculaire cérébral (ischémique et hémorragique)\*  
démence vasculaire.
- les reins: insuffisance rénale\*
- les artères: artériopathie oblitérante des membres inférieurs\*  
artériopathies\* (coronaires, carotides, rénales...)
- les yeux: rétinopathie\*  
œdème papillaire\*

Par ailleurs, divers symptômes peuvent être ressentis par le patient: céphalées, acouphènes, vertiges, palpitations, asthénie, épistaxis...

Différentes études ont prouvé que la normalisation de l'hypertension par des moyens hygiéno-diététiques et/ou médicamenteux fait chuter significativement le risque de développer, ou au moins retarde, ces complications. C'est pourquoi il est de notre devoir de dépister rigoureusement et précocement l'hypertension artérielle, mais aussi les autres facteurs de risque cardio-vasculaires. Si le poids est très souvent surveillé, la glycémie à jeun et le bilan lipidique, souvent, le tabagisme, parfois, la microalbuminurie, elle, ne figure certainement pas fréquemment dans les dossiers. En tout cas elle semble parfaitement méconnue du grand public, et totalement absente des médias. La « tension artérielle » par contre jouit d'une attention soutenue.

Ces complications ont une incidence majeure en terme de santé publique et individuelle, c'est pourquoi le dépistage de l'hypertension est une priorité. Mais pour être efficace selon quelle méthode et à quelle fréquence les mesures doivent-elles être réalisées?

## IV Les recommandations:

### 1 Les recommandations sur la méthode de mesure de la pression artérielle[3,6,7,9]:

Comme nous le verrons plus loin, la pression artérielle est soumise à l'influence de nombreux facteurs. Afin de la rendre la plus « exacte » possible, c'est à dire le mieux corrélée possible au risque de lésion des organes cible, elle doit être mesurée avec un matériel fiable, et dans des conditions strictes, c'est pourquoi l'O.M.S., et l'A.N.A.E.S. a émit des recommandations de grade A à ce sujet:

- Les conditions d'examen: Le patient doit être assis sur une chaise, les pieds reposant au sol, silencieux, dans une pièce calme et de température agréable, en présence du médecin, depuis au moins 5 minutes avant la mesure. Bras détendu, dénudé et soutenu, le brassard au niveau du coeur. Il ne doit pas avoir bu de café, fumé de tabac, ni fait d'exercice dans la demi-heure précédant la mesure. Pour les patients âgés ou diabétique, une mesure en position debout doit aussi être réalisée à la recherche d'hypotension orthostatique[3,6,9].
- L'instrument de référence est le manomètre à colonne de mercure, mais il est dorénavant interdit de commercialisation pour des raisons environnementales. L'alternative est maintenant le sphygmomanomètre anéroïde (qui doit être révisé régulièrement). Le brassard doit être adapté à la corpulence du patient: sa poche doit recouvrir 80% du haut bras et les 2/3 de sa circonférence chez l'adulte[3,6]. Un brassard trop étroit surestime la tension artérielle, de même qu'un brassard trop large la sous-estime[8].
- La méthode: A la première consultation, il est conseillé de mesurer la différence de pression aux 2 bras. Si celle-ci excède 10mmHg, on utilisera par la suite le bras auquel la tension est la plus élevée. Avant tout il faut s'assurer que le centre de la poche du brassard est bien positionné sur l'artère humérale (par repérage du pouls au pli du coude), et le bord inférieur du brassard 2 à 3 cm au dessous du pli du coude. L'inflation du brassard doit se faire 30mmHg au delà de la disparition du pouls radial. La déflation doit être de 2mmHg par pulsation. Les pressions sont mesurées par la méthode auscultatoire: l'apparition du premier bruit de Korotkoff (phase I) déterminant la Pression Artérielle Systolique (PAS) et la disparition des bruits (phase V) la Pression Artérielle Diastolique (PAD). Cette mesure doit être réalisée 2 fois sur une période d'au moins 3 minutes, et les calcul de la valeur moyenne est retenu. Si la différence entre les 2 mesures excède 10mmHg, il faut répéter les mesures[3,6,9].

Autant dire que ces conditions sont difficiles à réunir à chaque consultation, car si la méthode et les conditions d'examen recommandés par l'O.M.S. doivent être respectées elles exigent au moins 8 minutes uniquement pour la mesure tensionnelle. A une époque où les médecins généralistes sont débordés et manquent de temps, toutes ces conditions ne peuvent être réunies à chaque consultation. Elles sont pourtant indispensables à la reproductibilité des mesure.

Il existe d'autres techniques de mesure de la tension artérielle que la mesure au cabinet médical, notamment l'automesure qui a démontré dans l'étude Sheaf une meilleure corrélation à la survenue des événements cardio-vasculaires que la mesure au cabinet médical. Cette étude a permis de détecter 15% d'hypertendus « blouse blanche »(qui ont un niveau de risque de complication cardio-vasculaire équivalent à la population normotendue), et 10% d'hypertendus masqués (qui eux ont un niveau de risque d'hypertendu)[10,11]. Cependant l'automesure n'est pour le moment qu'une aide en cas de mesure suspecte au cabinet[6]. Un article publié dans la revue du praticien en 2004 prône sa généralisation, en prenant soin de redéfinir les seuils d'hypertension qui ne sont pas les mêmes avec ce type de mesures[12].

Alors que faire? Devons nous prendre systématiquement leur tensions aux patients normotendus sans facteur de risque?

## 2\_ Les recommandations sur la fréquence de mesure chez les patients normotendus à bas risque cardio-vasculaire:

Peu d'études se sont intéressées à la fréquence à laquelle doit être mesurée la tension artérielle des patients normotendus. Ni l'A.N.A.E.S., ni l'O.M.S., n'ont fait à ce sujet de recommandations, et il n'y a pas de consensus. Les sociétés européennes de l'hypertension et de cardiologie précisent, dans leur guide édité en 2003, qu'étant donné la variabilité de la pression artérielle, le diagnostic d'hypertension doit être étayé par des mesures multiples réalisées en différentes occasions[13]. Mais elles n'évoquent pas la fréquence de mesure pour un patient normotendu ...

En 1999 a été publiée une étude Hollandaise sur le développement de la tension artérielle et l'incidence de l'hypertension (7092 patients, 18 ans de suivi, Nijmegen Cohort Study). Elle concluait que les mesures régulières ne sont pas nécessaires pour des patients ayant une PAD basse (<75mmHg), s'ils n'ont pas de prise de poids. Mais l'étude ne s'intéresse qu'à la pression artérielle diastolique, et cette conclusion ne nous permet pas de définir une attitude[14].

Une étude américaine[15], publiée dans le Lancet en 2001, s'est intéressée à la progression des patients normotendus vers l'hypertension, sur la cohorte des patients normotendus de l'étude Framingham. Elle inclus 4200 hommes et 5645 femmes, de 35 à 94 ans (âge moyen 52 ans), examinés entre 1978 et 1994.

Le critère étudié était l'incidence de l'hypertension ( PAS  $\geq$  140mmHg ou PAD  $\geq$  90mmHg ou prise d'un traitement antihypertenseur). Le suivi s'est fait tous les 4 ans. Les covariables étudiées ont été: La catégorie tensionnelle (inspirée du JNC VI, correspondant aux normes européennes actuelles), l'âge, le sexe, l'indice de masse corporelle (I.M.C.), le pourcentage de variation du poids à 4 ans d'intervalle, le tabagisme (fumeur ou non fumeur), et le pouls. En ont été exclus: les patients hypertendus bien entendu, mais aussi tous ceux qui avaient un antécédent d'infarctus du myocarde ou d'insuffisance coronarienne, les patients de moins de 35 ans ou de plus de 94 ans, et tous ceux pour lesquels des informations, concernant leurs tensions ou les covariables étudiées, manquaient.

Les résultats sont les suivants: l'incidence de l'hypertension à 4 ans est de 5,3% pour un patient de moins de 65 ans dont la tension initiale est optimale. Comparées à ce cas, une tension normale initiale a été associée à un risque 2 à 4 fois supérieur d'hypertension, et une tension normale haute à un risque 5 à 12 fois supérieur. Une prise de poids de 5% en 4 ans a été associée à une augmentation du risque de 20 à 30%. Par ailleurs la progression vers l'hypertension a été environ 2 fois plus fréquente, dans le groupe de patients plus âgés (65 à 94 ans) que dans le groupe de patients plus jeunes(35 à 64 ans). L'évolution a été similaire pour les 2 sexes. Aucun des autres cofacteurs étudiés n'a eu d'effet prédictif de l'évolution vers l'hypertension.

Leur conclusion a été qu'un dépistage annuel est sûrement nécessaire pour les patients qui ont une tension normale haute, un dépistage tous les 2 ans serait raisonnable pour les patients qui ont une tension normale et pour ceux qui ont une tension optimale mais 65 ans ou plus, seuls les patients de moins de 65 ans et une tension optimale peuvent subir le dépistage moins fréquemment. La surveillance du poids fait aussi parti de la prévention de l'hypertension.

âge	pressions artérielle		
	Optimale	Normale	Normale haute
moins de 65 ans	moins souvent	2 ans	annuel
65 ans ou plus	2 ans	2 ans	annuel

Cette étude ne prend pas en compte les différences raciales, la plupart des patients inclus étant de type caucasien.

Cette étude sérieuse permet pour la première fois de proposer une fréquence de surveillance régulière de la tension artérielle pour des patients sans facteur de risque cardio-vasculaire. Bien entendu on peut se poser la question de la « transposabilité » des résultats sur la population française. Ces propositions ont été publiées dans « La Revue Prescrire » en 2002[16].

## V\_ Les facteurs influençant la tension artérielle dans la littérature.

La pression artérielle est sous l'influence de très nombreux facteurs, notamment, génétiques et environnementaux, mais il est indispensable de ne pas omettre les pathologies et les médicaments qui eux aussi ont leur part de responsabilité.

### 1\_ Les Pathologies responsables d'hypertension artérielle secondaire:

#### Pathologies endocriniennes:

- Maladie de Cushing[3]
- Phéochromocytome[3,17,18]
- Hyper-Aldostéronisme primaire (adénome de Conn ou hyperplasie bilatérale des surrénales)[3,17,18]
- Pathologie thyroïdienne ou parathyroïdienne[3]
- Hyper-insulinisme des obèses[17]
- Tumeur à Rénine
- Acromégalie

#### Pathologies vasculaires:

- Coarctation de l'aorte[3]
- Sténose de l'artère rénale[3]

#### Pathologie rénale chronique[3]:

- glomérulonéphrite
- polykystose
- néphroangiosclérose[3,18]

#### Uropathies obstructives[3]:

- lithiases urinaires
- obstacle prostatique...[18]

#### Pathologie neurologique:

- Dysautonomie (augmentation des résistances artérielles périphériques via le système baroréflexe)[17]
- Tumeur cérébrale, et Accident Vasculaire Cérébral (AVC)

#### Pathologie respiratoire

- Syndrome d'Apnée du Sommeil[3]

## 2\_ Les substances pharmacologiques et chimiques les plus fréquentes:[3]

Médicaments: peuvent élever la pression artérielle:

- **Cortisone et autres stéroïdes** (cortico ou minéralocorticoïdes), ACTH
- **Œstrogènes** (surtout les plus puissants)
- **Anti-Inflammatoires Non Stéroïdiens** (y compris inhibiteurs de la Cox-2)
- **Phénylpropranolamine** (= noréphédrine), et analogues (alpha-sympathomimétiques)
- **Cyclosporine et Tacrolimus**
- **Erythropoïétine**
- **Sibutramine**
- Kétamine
- Desfluranes
- Carbamazépine
- Bromocryptine
- Métopropramide
- Antidépresseurs (essentiellement la venlafaxine)
- Bupirone
- Clonidine en association aux bêta-bloquants
- Phéochromocytome: Bêta-bloquants sans alpha-bloquant au préalable; glucagon
- Clozapine
- Aliments riches en Tyramine (fromages fermentés) élève la tension des patients sous IMAO.
- Triptans[19]

peuvent réduire la pression artérielle[19]:

- **Bêta-bloquants**
- **Alpha-bloquants**
- **Diurétiques**
- **Inhibiteurs de l'enzyme de conversion**
- **Antagonistes de l'Angiotensine II**
- **Inhibiteurs Calciques**
- **Anti-hypertenseurs d'action centrale**
- les somnifères: favorisent l'hypotension orthostatique.

Drogues licites ou illicites et « produits naturels »:[3](élèvent la pression artérielle)

- **Cocaïne (consommation et sevrage)**
- **Ma Huang et « Herbal Ecstasy » (= éphédrine), et autres analogues de la phénylpropanolamine.**
- Ayahuasca, caapi ou yagé: Banisteriopsis caapi (liane d'Amérique Latine, hallucinogène, classée comme stupéfiant par l'A.F.S.S.A.P.S., en vente sur internet)[20]
- Nicotine (consommation et sevrage)
- Stéroïdes anabolisants
- Sevrage des narcotiques
- Méthylphénidate (=Ritaline\*)
- Phenacyclidine (=P.C.P.).
- Kétamine
- Ergotamine et autres préparations à bases d'ergot de seigle.
- Millepertuis
- Eleuthérocoque: *Eleutherococcus senticosus* ou Ginseng de Sibérie (vendu sur internet comme « adaptogène »)[21]

Éléments chimiques et autres produits industriels:[3](élèvent la pression artérielle)

- Plomb
- Thallium et autres métaux lourds
- Mercure
- Sels de Lithium (surtout chlorure)

### **3\_ Facteurs Alimentaires:**

**Chlorure de sodium:**[3] La consommation de sel influence directement la tension artérielle, la restriction sodée la fait baisser. Cependant le débat concernant la consommation de sel chez le sujet normotendu n'est pas clos, loin de là. La réduction de l'apport sodé quotidien à 100mmol (soit: 6g de NaCl) participe à prévenir la survenue d'hypertension [3,22,23]. Mais chez le sujet normotendu, la restriction sodée n'a que très peu d'influence sur la tension artérielle (surtout s'il a une alimentation variée à base de légumes et de fruits). Dans l'étude D.A.S.H.-Sodium la baisse de la PAS observée est de l'ordre de 1 à 2 mmHg pour une réduction des apports sodés de 142 à 107mmHg. Par ailleurs diverses études ont montré qu'une réduction des ingesta sodés avait des conséquences négatives comme la diminution des fonctions cognitives chez les sujets âgés, la perturbation de la libido chez les plus jeunes[24], et des carences en iode (dont l'apport principal est le sel de table) qui pourraient n'être pas dénuées d'effets négatifs cardio-vasculaires[25]. En fait il semble que la raison suggère une consommation modérée, encore faut-il s'entendre sur des doses... Pour l'hypertendu on parle maintenant de sensibilité individuelle au sel. Entre le tiers et la moitié des malades hypertendus seraient sensibles au sel. Cette sensibilité est multifactorielle[24]. Elle est plus fréquente chez les Noirs que chez les Blancs, et chez les personnes d'âge moyen ou âgées que chez les jeunes. Des mutations génétiques sont mises en cause. Pour ces sujets particuliers, hypertendus, on observe une augmentation de la pression artérielle à l'occasion d'une charge sodée, et une réduction de la pression artérielle en cas de déplétion sodée. Il a été suggéré que la sensibilité au sel soit un reflet d'une pathologie rénale infra-clinique[17,26].

**Ethanol:** L'Alcool est un important facteur de risque hypertenseur (et de résistance au traitement)[6]. Il a un effet dose-dépendant sur la tension artérielle de patients normotendus et hypertendus. Une absorption de plus de 30g peut faire baisser la tension dans les 4 heures suivant l'ingestion, puis environ 10 à 15 heures plus tard une élévation tensionnelle peut-être notée[3]. Cet effet est identiques chez les patients normotendus et hypertendus[26].

**Réglisse :** Le réglisse a un effet hypertenseur bien connu, effet « aldostérone-like » (pastis sans alcool, chewing-gum, bonbons, battons, phytothérapie en vente libre en pharmacie...)[3,21]

Une consommation suffisante de **fruits et légumes frais** et de **graisses insaturées** combinée à une diminution de la consommation totale en lipides, régime « D.A.S.H. » (*Dietary Approaches to Stop Hypertension*)[27] donne lieu à une baisse de la tension artérielle de l'ordre de 3,5/2,2mmHg chez le patient normotendu au bout de seulement 2 semaines de régime. L'effet est plus franc chez l'hypertendu: 11,4/5,5mmHg[6,26].

L'ajout de 120mmol/j de **potassium** à l'alimentation (sous réserve d'une fonction rénale normale) est associée à une baisse confirmée des valeurs tensionnelles, de l'ordre de 1,8mmHg pour la PAS et 1mmHg pour la PAD chez le patient normotendu (4,4/2,5 chez l'hypertendu). L'effet est plus marqué chez les noirs américains que chez les autres américains (étude américaine). Le régime précédemment cité: riche en fruits et légumes et réduction des graisses animales et sucreries (D.A.S.H.) est une source de potassium plus adaptée qu'un apport par comprimés[22]. L'effet de la consommation de potassium sur la pression artérielle est dépendant de la consommation concomitante de sodium: plus le sujet mange salé, plus le potassium lui est bénéfique et inversement[26].

La consommation d'acides gras mono-insaturés dans le cadre d'un régime dit de type « méditerranéen » (huile d'olive) a permis de diminuer les valeurs tensionnelles de l'ordre de 8/6mmHg chez des patients modérément hypertendus, et de diminuer significativement les événements coronariens, dans une étude publiée en 2000[22,28]. Résultats concordant avec ceux de l'étude D.A.S.H.. Cependant il faut noter que l'augmentation d'acides gras mono-insaturés dans les régimes contrebalance souvent une baisse des sucres. L'imputabilité reste donc encore controversée[26].

Les **acides gras polyinsaturés Oméga3** auraient eux aussi un effet hypotensif, mais uniquement chez les sujets hypertendus. Cet effet est retrouvé pour des quantités consommées importantes (supérieures à 3g/j) non dénuées d'effets secondaires gênants (éructations et goût de poisson sont courants), ce qui les rend difficilement recommandable en pratique courante[22]. Quel effet ont-ils sur la tension du patient normotendu?

Le cholestérol alimentaire pourrait, sans certitude, élever les pressions artérielles systoliques et diastoliques[26].

Les sucres (ou carbohydrates): auraient un effet presseur encore controversé[26].

Les protéines d'origine végétales ont un effet controversé car toujours en balance avec une réduction des carbohydrates[26].

Ail frais: La consommation journalière de 5,6g d'ail frais réduit légèrement mais significativement les pressions systoliques et diastoliques. Par ailleurs, elle élève le cholestérol à court terme, mais le réduit à long terme. Cependant il n'est pas dénué d'un effet secondaire gênant: une haleine désagréable[21,29].

L'ingestion de café élève la pression artérielle des personnes qui n'en boivent pas régulièrement. Cet effet semble indépendant de la caféine. Chez les buveurs habituel, il semble y avoir une certaine tolérance, la pression artérielle n'augmenterait pas, malgré la stimulation du système nerveux autonome par le café[6,30]. Les connaissances sont donc encore bien floues.

Thé: Une étude Taïwanaise (thé vert ou oolong) et une étude Norvégienne ont toutes deux conclu que la consommation de thé participe à réduire la tension artérielle modérément mais significativement[21,31].

Le cacao participe lui aussi à réduire la pression artérielle chez l'hypertendu. Évidemment l'apport de chocolat ne doit pas être un apport calorique supplémentaire, car il favoriserait alors l'obésité[32]. Mais qu'en est-il chez le patient normotendu? Je n'ai trouvé aucune étude à ce sujet.

Les apports de calcium, de magnésium, de fibres, d'acides gras saturés, d'acides gras polyinsaturés Oméga6, de protéines animales, ou de vitamine C n'ont pas d'impact significatif sur la pression artérielle[22,26].

#### **4\_ Facteurs génétiques:**

Il est communément admis qu'il existe une prédisposition génétiquement déterminée à développer une hypertension artérielle essentielle. La transmission de ce caractère résulte probablement de l'interaction de plusieurs gènes (transmission polygénique). La recherche de ces gènes a considérablement progressé ces dernières années. De nombreux gènes sont candidats: des gènes exprimés par le rein (canal de sodium épithélial et aducine) mis en cause dans la sensibilité au sel évoquée plus haut, mais aussi le gène codant pour l'angiotensinogène, et beaucoup d'autres encore[3,17]. Le génotype influence la réponse aux facteurs alimentaires et environnementaux qui modifient la pression artérielle[26]. Par ailleurs il existe plusieurs formes rares d'hypertensions artérielle à distribution mendéliennes monogéniques transmises de parents à enfants sur les modes dominant (syndrome de Liddle, hyperaldostéronisme sensible à la dexaméthasone) ou récessif (syndrome d'excès apparent de minéralocorticoïdes)[3,17].

#### **5\_ Facteurs Individuels:**

**L'âge:** La pression artérielle systolique s'élève continuellement au cours de la vie, contrairement à la pression artérielle diastolique qui s'élève jusqu'à approximativement l'âge de 60-70ans, puis décroît dans la décennie suivante pour ensuite rester stable ou même chuter encore plus tard[3,13]. Avec la rigidité accrue des parois artérielles, les chiffres tensionnels s'élèvent, et surtout la variabilité de la pression artérielle s'accroît. Ainsi l'effet blouse blanche est beaucoup plus important chez le sujet âgé que chez le jeune[33]. Les sujets âgés sont aussi plus exposés à l'hypotension orthostatique. Avec l'âge on observe un accroissement de la sensibilité au sel, une décroissance du gain des barorécepteurs réflexes, une réduction de la perfusion rénale, ainsi qu'un effet amortisseur des grosses artères compromis par leur rigidification[34].

**Surpoids ou Obésité:** Le poids est directement corrélé à la pression artérielle. L'obésité favorise le développement de l'hypertension artérielle. Même chez des patients normotendus, l'indice de masse corporelle (IMC) est un facteur prédictif de la progression vers l'hypertension[35]. Une perte de poids, même aussi minime que 4,5kg réduit la pression artérielle et/ou prévient l'hypertension pour une grande proportion d'individus en surpoids. La baisse a été estimée de 5 à 20mmHg pour 10kg de poids perdu[3]. A cela s'ajoute le type de répartition du tissu adipeux également responsable d'anomalies métaboliques comme la résistance à l'insuline et l'hyperlipémie[17,22], qui toutes deux favorisent aussi l'évolution vers l'hypertension.

**Poids de naissance et prise de poids dans l'enfance:** Une étude britannique, portant sur 356 anglais de 22 ans des 2 sexes met en évidence que plus le poids de naissance est faible, plus la pression artérielle systolique est élevée une fois jeune adulte, indépendamment de l'IMC. Ces résultats concordent avec de nombreuses études européennes et australiennes. Elle trouve aussi que plus la prise de poids entre 1 et 5 ans est importante, plus la PAS à l'âge adulte est élevée, mais cette fois-ci l'IMC entre en ligne de compte, car, dans cette étude, les enfants qui prennent plus de poids entre 1 et 5 ans tendent à être plus gros à l'âge adulte. Par contre, le temps de gestation et la prise de poids dans la première année n'influencent pas la PAS. Le risque d'être un adulte hypertendu serait-il en partie déterminé lors de la vie fœtale?[36]

**Sédentarité:** La sédentarité est un déterminant bien établi d'élévation de la tension artérielle[37] et un facteur de risque cardio-vasculaire. L'activité physique (aérobie régulière, marche rapide 30minutes par jours la plupart des jours de la semaine) réduit de 4 à 9mmHg la pression artérielle, même chez des patients normotendus[3,6,22]. De plus l'activité physique favorise la réduction de la masse adipeuse et le maintien d'un poids de forme adapté également propice à l'amélioration de la tension artérielle[22].

L'ethnie semble jouer un rôle important sur les pressions artérielles, comme vu précédemment, puisque la population noire américaine a, en moyenne, une pression artérielle plus élevée que les autres américains (sans que l'on sache si ces données sont extrapolables à l'ensemble du monde). Ils répondent mieux au régime DASH et à la restriction sodée (cf. supra). Peut-être est-ce parce que leur alimentation est souvent plus salée et moins riche en potassium que le reste de la population américaine?[26] S'agit-il donc de différences génétiques ou culturelles?

Le **stress** fait s'accroître les résistances artérielles, via une stimulation adrénérgique[17]. D'après le comité français de lutte contre l'hypertension artérielle: Le stress peut provoquer des élévations tensionnelles transitoires chez tout le monde. Mais il n'est pas à l'origine de l'hypertension artérielle. Ne pas être stressé ne protège pas de l'hypertension artérielle. Il faut reconnaître qu'il est particulièrement difficile de faire des études fiables (et éthiques) sur les effets du stress à long terme.

Émotivité, Anxiété, Douleur, Traumatisme entre autres sont à l'origine de stress[38,39]. Ni le stress professionnel, ni la forte réactivité pressionnelle au stress ne semblent influencer directement la progression vers l'HTA à long terme chez des sujets jeunes en bonne santé[37,39]. Cependant chez l'homme le stress professionnel et le stress en rapport avec l'interaction vie privée/vie professionnelle, sont tous deux corrélés positivement avec la consommation d'alcool, par le biais d'une forme de mauvaise adaptation au stress, et le stress d'interaction vie privée/vie professionnelle est corrélé à une mauvaise hygiène alimentaire[37].

Le sexe: Il n'a pas été démontré de différence tensionnelle significative entre hommes et femmes[15].

## **6\_ Facteurs physiologiques:**

Lors de **la grossesse** la tension artérielle chute d'environ 15mmHg au 2ème trimestre, puis remonte à son niveau initial au 3ème trimestre[13]. (La surveillance tensionnelle mensuelle des femmes enceintes a pour objectif de prévenir l'éclampsie). L'allaitement n'a, lui, aucun effet sur la tension artérielle[13].

La **respiration**, le **pouls** et les **résistances artérielles**, influencent la tension artérielle via le système nerveux autonome[40] mais surtout par les lois de la physique hydrodynamique.

La réplétion vésicale ou gastrique, la digestion(hypotension post-prandiale), la fatigue, les diarrhées, la fièvre... influencent aussi la pression artérielle par l'intermédiaire du système nerveux autonome[6], et de la répartition de la masse sanguine(splanchnique ou cutanée pour la digestion et la fièvre).

## **7\_ L'activité:**

L'**effort physique** élève la pression artérielle systolique[6,13].

Le **sommeil**: les pressions artérielles chutes pendant le sommeil[6].

Jeux vidéo: On a constaté la montée des chiffres tensionnels, de l'enfant jouant aux jeux vidéo. (Stress également)[38].

## **8\_ Facteurs environnementaux:**

**Le Niveau Socio-économique** bas dans l'enfance est associé à une pression artérielle plus élevée dans l'enfance, mais surtout plus tard à l'âge adulte. L'IMC intervient dans cette différence, mais ne l'explique pas totalement[41].

L'**éducation** et la **culture** pourraient eux aussi influencer la tension artérielle[37,42] au moins indirectement par exemple par le biais des habitudes alimentaire (voire des carences) et/ou de l'activité physique.

L'article polonais cité en introduction[1] conclut que les **connaissances générales du patient sur la tension artérielle** peuvent aussi influencer sa tension... comment, pourquoi, aurait-il une hygiène de vie différente?

**L'heure**: Les mesures sur 24 heures ont révélé que la tension artérielle suit un rythme circadien bien défini et reproductible: Les valeurs sont plus élevées le jour que la nuit: on observe une chute tensionnelle nocturne qui atteint un minimum peu de temps après le coucher, et une augmentation tensionnelle le matin peu après le réveil. Les valeurs les plus élevées sont mesurées lors des premières heures du matin. Le système sympathique semble en cause, mais aussi la cortisolémie, l'activité de la rénine plasmatique, de l'angiotensine II et de l'aldostérone. De plus la compliance artérielle, les résistances vasculaires, l'agrégation plaquettaire et la viscosité sanguine augmentent le matin[43]. Une décroissance insuffisante la nuit serait un facteur de risque d'AVC ischémiques et une variation trop importante un risque d'hémorragie cérébrale[44].

**Température ambiante**[6]: Le froid induit une vasoconstriction, une augmentation de la pression artérielle et de la viscosité sanguine. L'augmentation de la thermogenèse s'accompagne d'une accélération du rythme cardiaque, de l'activité musculaire squelettique (frissons), de l'accroissement du métabolisme énergétique via le système hormonal (hormones thyroïdiennes, catécholamines, glucocorticoïdes, glucagon)[45].

De même on observe des **variations saisonnières** des pressions artérielles chez l'hypertendu âgé: inversement proportionnelles à la température extérieure le jour et directement proportionnelles la nuit. En hiver on observe donc des pressions artérielles plus élevées le jour et plus basse la nuit avec une élévation tensionnelle bien décrite le matin. C'est l'inverse l'été[6,46]. Mais qu'en est-il chez le patient normotendu?

La géographie: L'Europe est une région de haute prévalence de l'hypertension (plus élevée qu'aux États Unis, et au Canada). On y observerait un gradient Nord-Sud [47]. Étant donné l'importance des facteurs alimentaires (et notamment la consommation d'alcool), génétiques, liés à l'activité... il n'est guère surprenant d'observer des différences géographiques. Je n'ai pas trouvé de données impliquant latitude ou longitude dans des variations de la pression artérielle. Je pense qu'étant donné la variation des facteurs génétiques, individuels et environnementaux il serait illusoire de tirer des conclusions à ce sujet.

Le bruit est source de stress. On peut élever la pression artérielle de rats en les stressants par le bruit[38]. Chez l'homme les études réalisées n'ont pas révélé d'impact significatif[48].

La profession ou au contraire le chômage ont été évoqués par le biais du stress (cf. supra)[38]. Mais aucune relation significative n'a été démontrée. Il n'y a pas non plus de relation significative entre le travail en 2×8 et une modification de la pression artérielle, mais il existe un risque de surpoids pour une durée d'exposition au travail en 2×8 supérieure à 20 ans[49].

## **9\_ Variations liées aux conditions d'examen:**

L'**Effet blouse blanche** est une augmentation temporaire de la pression artérielle en présence d'un médecin examinateur. La prévalence serait de 25% au domicile comme au cabinet[6](10% seulement selon l'ESH/ESC 2003[13]). La variation des pressions artérielle observée est de -25 à +70mmHg pour la PAS et -18 à +32mmHg pour la PAD. L'effet est plus marqué chez les femmes, et sa fréquence augmente avec l'âge. Il est dépendant du professionnel qui mesure la tension: moins marqué quand il s'agit d'une infirmière, que d'un médecin, moins marqué quand le médecin est une femme, et d'autant plus important que le médecin est titré. On ne sait si ces patients ont des risques cardio-vasculaires identiques aux patients normotendus, mais il ne semble pas licite de leur proposer un traitement antihypertenseur. Serait-ce un stade de préhypertension? Dans ses recommandations de bonne pratique sur l'hypertension, la société scientifique de médecine générale belge recommande de mesurer la tension de ces patients régulièrement et propose tous les ans. La mesure domiciliaire (ou autodétermination) ou la mesure ambulatoire sur 24 heures (MAPA) sont des moyens de surveillance possibles[6,50].

L'effet du **dialogue** est une composante importante de l'effet blouse blanche[33].

La **répétition de la mesure** tend à réduire cet effet, et donc fait baisser les chiffres mesurés[6].

La **position**: la PAD et la fréquence cardiaque s'élève en position assise par rapport à la position couchée[8].

La mise en **orthostatisme** fait chuter temporairement les pressions artérielles, par accumulation de la masse sanguine dans les jambes sous l'effet de la pesanteur. La quantité de sang pompée par le coeur (ou précharge) diminue et fait chuter les pressions artérielles. Ce phénomène est rapidement contrebalancé par des systèmes réflexes mettant en jeu une vasoconstriction et une accélération de la fréquence cardiaque. Si la compensation réflexe tarde trop le sujet peut être victime d'une hypotension. Les personnes âgées y sont plus sujettes, c'est pourquoi il est recommandé de leur prendre la tension assises puis debout.

## **10\_ Facteurs biologiques:**

L'**hypercholestérolémie** est un facteur prédictif de l'évolution vers l'hypertension[6]. Un HDL élevé est corrélé à une moindre incidence d'hypertension. Une élévation du cholestérol total, du « non-HDL » ou du ratio CT/HDL, favorise l'évolution vers l'hypertension, chez des hommes en bonne santé[51].

**Uricémie**: indépendamment de la goutte, l'uricémie a été associée positivement à l'évolution de la TA vers l'hypertension, mais à court terme seulement (4ans). Aucun lien de causalité n'est dégagé: rôle de l'inflammation?, serait-ce un marqueur d'une atteinte rénale encore muette par ailleurs?[52] le lien n'est pas clair...

**CRP**: Une étude sur 20 525 femmes a révélé que celles qui ont un taux de CRP plus haut étaient plus sujettes à développer de l'hypertension artérielle, sans que nous sachions par quelle voie physiopathologique, ou même s'il s'agit d'une cause ou d'une conséquence[53].

L'homocystéinémie n'influence pas directement la tension artérielle[54].



## B\_ Étude des connaissances et croyances des patients

## I\_ Méthodologie

Pour comprendre ce qui amène des patients bien portants à demander qu'on leur prenne la tension artérielle, il nous fallait interroger des personnes qui ont un suivi médical et qui connaissent leur statut tensionnel. Les patients ont donc été recrutés dans des cabinets de médecine générale (après accord préalable des médecins qui y exercent). Après qu'ils avaient accepté sur le principe de répondre à mes questions, je les ai personnellement interrogés, soit avant, soit après la consultation avec leur médecin, dans une salle libre du cabinet dans un souci de confidentialité. L'interrogatoire a été anonyme, et les réponses enregistrées sur dictaphone. Ces entrevues se sont étalées de mi-juin 2005 à mi-janvier 2006. Pour donner une unité de lieu qui permette des comparaisons, je me suis limitée à la Loire Atlantique. J'ai ainsi visité 19 cabinets médicaux de ville et 1 centre médico-sportif.

De lourds critères d'exclusion ont été retenus, dans le but de n'interroger que des patients normotendus, et n'ayant aucun antécédent personnel, ni traitement, ni état physiologique impliquant un suivi tensionnel protocolisé.

Les critères d'inclusions sont les suivants:

- être âgé de 18 ans ou plus (pas de limite supérieure d'âge)
- avoir une tension artérielle normale connue
- avoir un suivi médical régulier (en médecine générale ou en médecine du travail) permettant de contrôler la tension artérielle régulièrement.
- habiter la Loire-Atlantique.

Les critères d'exclusion:

- tout traitement connu pour influencer la tension artérielle pris au long cours: antihypertenseur, œstrogènes (pilule ou traitement hormonal substitutif), hormones thyroïdiennes, certains anticonvulsivants (carbamazépine), les triptans, les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine, les corticoïdes ou AINS... tout traitement cité page 9 (A-V-2)
- tout traitement impliquant un risque cardio-vasculaire justifiant un suivi plus rapproché de la tension artérielle: antidiabétique ou hypocholestérolémiant.
- tout antécédent personnel justifiant un suivi tensionnel protocolisé (accident vasculaire cérébral, infarctus du myocarde, angine de poitrine, néphropathie, diabète...).
- la grossesse
- antécédent d'hypertension artérielle traitée ou non.

J'ai aussi interrogé des médecins, afin d'appréhender leur perception de la demande de mesure tensionnelle par les patients. Les médecins ont été interrogés dans les mêmes cabinets médicaux que les patients, en fonction de leur disponibilité. Le seul critère retenu étant qu'ils soient généralistes (installés en Loire-Atlantique).

Cette étude est donc une enquête d'opinion, auprès de médecins et de patients de Loire Atlantique. Des questionnaires (reproduits pages suivantes) m'ont servi de grille d'entretiens dirigés. J'ai voulu recueillir l'opinion et le ressenti le plus libre possible des sujets interrogés, tout en m'assurant que les questions étaient bien comprises. Les questions ont eu pour objectif de sonder les connaissances des patients au sujet de la tension artérielle, mais aussi d'appréhender ce que la mesure de la tension artérielle leur apporte, tant les chiffres tensionnels que la valeur symbolique de l'acte. Et bien sûr qu'elles sont les raisons de leur demande éventuelle, et leurs attentes. Il nous a aussi paru intéressant de les interroger sur ce qu'ils entendent dans les termes « avoir de la tension », « avoir trop ou pas assez de tension », « être tendus », ou « être hypertendu ».

Les médecins ont été interrogés sur leurs habitudes de mesure tensionnelles, pour les patients entrant dans nos critères d'inclusion, afin que celles-ci puissent être confrontées aux attentes des patients. Nous avons voulu savoir si leur patients étaient demandeurs, et ce qu'ils pensent de l'attente des patients. Mais nous avons aussi cherché à appréhender la valeur symbolique de la mesure tensionnelle pour les médecins, dans le but de savoir si médecins et patients attendent la même chose de la mesure tensionnelle.

Pour éviter le risque de sélections préalable des réponses, de nombreuses questions sont restées ouvertes pour que médecins et patients puissent librement s'exprimer.

Les questionnaires ont été élaborés avec le Docteur Canévet, médecin généraliste et directeur de cette thèse, et avec la participation de Madame Angélique Bonnaud: maître de conférence en psychologie médicale au CHU de Nantes, qui est aussi intervenue dans l'analyse des réponses qui nous ont été faites.

Les données recueillies sont donc à la fois qualitatives et quantitatives. L'analyse s'est faite sous la forme d'une analyse de contenu: les termes utilisés librement par les patients et les médecins ont été traités par mots-clefs, que j'ai ensuite réunis par catégories en fonction de leurs similitudes de sens.

L'étude statistique de représentativité des échantillons et des réponses des différents groupes de patients a été réalisée par Mademoiselle Christelle Volteau ingénieur statisticien à la DRC (direction de la recherche clinique) du CHU de Nantes. Les tests utilisés pour l'analyse des réponses par catégories de patients sont des tests de  $\chi^2$  (chi-2) ou de Fisher pour les petits effectifs.

## QUESTIONNAIRE POUR MÉDECINS:

Nom:  
Âge:  
Sexe:  
domiciliation du cabinet:

Pour ces patients, prenez-vous la TA:      systématiquement ?  
   tous les mois ?  
   tous les 3 mois ?  
   tous les 6 mois ?  
   tous les ans ?  
   moins souvent ?

Les patients sont-ils demandeurs      très souvent ?  
   souvent ?  
   parfois ?  
   rarement ?  
   jamais ?

Que recherche les patients par cette demande ?

Ce geste a-t-il un intérêt en dehors de la recherche systématique d'hypertension artérielle?

## QUESTIONNAIRE POUR PATIENTS:

Renseignements d'ordre généraux:

âge:

sexe:

profession :

domicile :

traitement au long cours: (pilule, THS, psychotropes, corticoïdes, AINS, ...)

si femme: contraception?

grossesse?

antécédents tensionnels

Qu'est-ce que la « tension artérielle »?

D'après vous, qu'est-ce qui peut influencer la tension artérielle ?

Qu'est-ce que cette mesure vous apporte personnellement ?

Cette donnée a-t-elle des conséquences sur votre vie quotidienne?

Hormis la recherche systématique d'hypertension artérielle, ce geste représente-t-il autre chose à vos yeux?

Votre médecin prend-il votre tension:           - trop souvent  
  - suffisamment souvent  
  - pas assez souvent

A quelle fréquence pensez- vous nécessaire de la contrôler? (en mois)

Si votre médecin ne vous prend pas la tension lors de l'examen lui demandez-vous de le faire?  
Si oui pourquoi?

Votre tension artérielle est-t-elle une de vos préoccupations?  
Si oui pourquoi?

Votre tension a toujours été normale, craignez vous qu'aujourd'hui elle ne le soit pas?  
Si oui pourquoi pensez-vous qu'elle aie pu changer?

Quels sont les risques           d'avoir trop de tension?  
  de n'avoir pas assez de tension?

<b>Ces termes ont un rapport avec:</b>	<b>la nervosité</b>	<b>des chiffres tensionnels anormaux</b>
« avoir de la tension »		
« avoir trop de tension »		
« n'avoir pas assez de tension »		
« être tendu »		
« être hypertendu »		

## II\_ Résultats

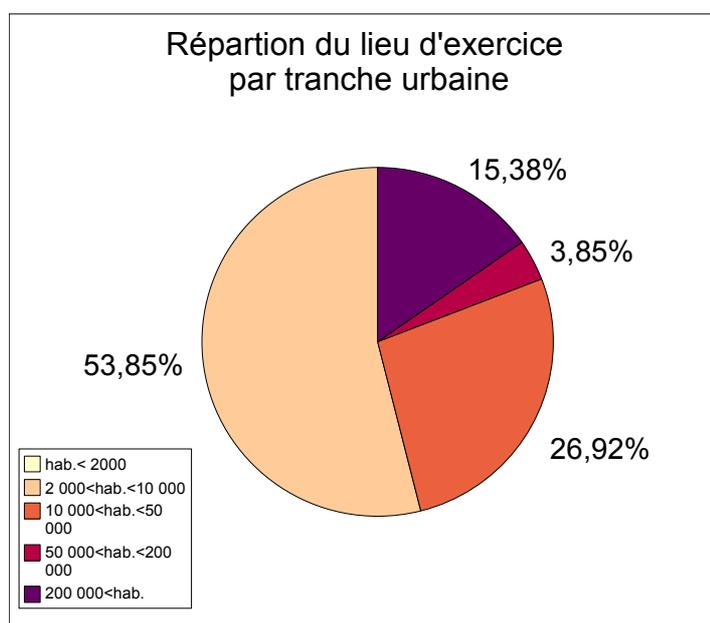
### 1\_ Les réponses des médecins

Commençons par le point de vue qui nous sera, à priori le plus familier, celui des médecins interrogés.

#### 1-1\_ la population médicale interrogée:

26 médecins ont répondu de bonne grâce au questionnaire (n=26), 19 hommes et 7 femmes (soit 27% de femmes). Ils ont entre 34 et 62 ans pour une moyenne d'âge de 46,7 ans. Pour l'étude statistique je les ai répartis en 2 classes d'âge: 12 (46%) ont moins de 45 ans 14 ont plus de 45 ans.

Tous exercent en Loire-Atlantique: Nord-Loire, Sud-Loire et Nantes. La répartition de leur lieu d'activité par tranche urbaine est la suivante:



\_ aucun n'exerce dans une commune rurale c'est à dire de moins de 2 000 habitants.

\_ 14 exercent dans des communes de 2 000 à 10 000 habitants.

\_ 7 dans des communes de 10 000 à 50 000 habitants.

\_ 1 dans une commune de 50 000 à 200 000 habitants.

\_ 4 dans une commune de plus de 200 000 habitants (Nantes est la seule répondant à ce critère dans le département).

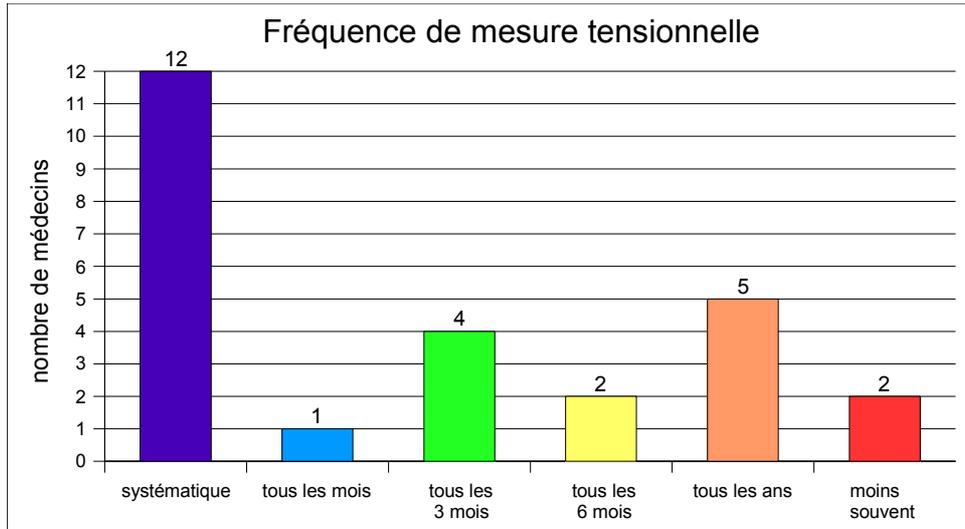
Comparons cet échantillon à la population médicale régionale recensée au 1er janvier 2005[55]: Les Pays de la Loire à cette date comptaient 4 867 médecins généralistes d'âge moyen 47,1 ans. 3458 exercent en cabinet dont 28,9% de femmes. *Sur ces critères ( l'âge et le sexe) l'échantillon de médecins interrogés n'est pas significativement différent de la population médicale régionale. Pour le critère de la répartition de leur cabinet selon la zone urbaine seules des données nationales sont disponibles, elles ne sont pas utilisables pour juger de la représentativité de la répartition urbaine des médecins à l'échelon départemental ou régional.*

#### 1-2\_ Les habitudes des médecins concernant la fréquence de mesure tensionnelle:

*Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableau A*

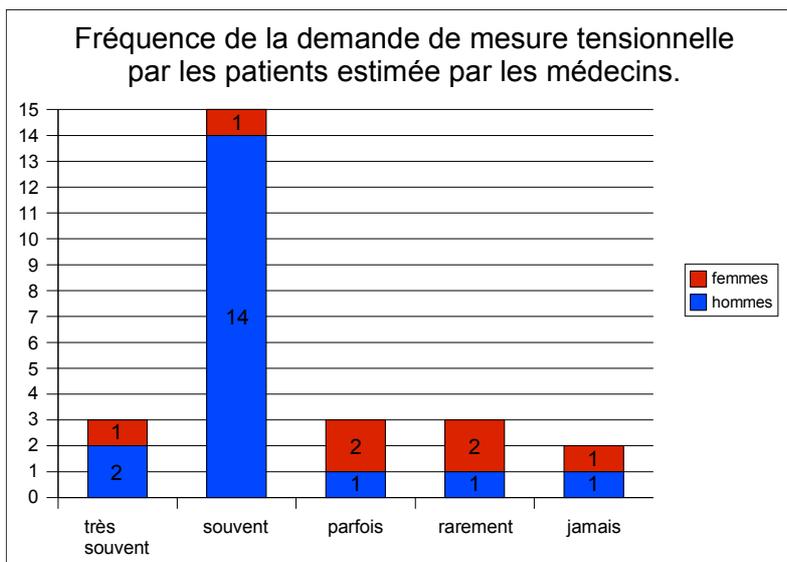
A la première question: Pour ces patients adultes, sans antécédents médicaux, ni traitement justifiant un suivi tensionnel protocolisé, la moitié des médecins (12 médecins) mesurent la tension artérielle systématiquement ou quasi-systématiquement(1 médecin). L'autre moitié s'attache à la prendre selon des fréquences très variables allant de 3 mois à 2 ans. Cette fréquence est parfois ajustée à l'âge du patient puisque 3 médecins parmi ceux qui prennent la tension tous les ans ou moins m'ont précisé la prendre plus souvent (2 systématiquement, et 1 tous les 6 mois) à partir de 35-40ans. L'un d'eux s'adapte au souhait du patient, si la tension a déjà été prise dans l'année et s'il a moins de 35 ans, en lui demandant simplement s'il désire qu'il lui prenne sa tension.

*Il n'y a pas de différence significative d'attitude des médecins en fonction de leur âge, sexe, ni zone d'exercice.*



### 1-3\_ Les patients sont-ils demandeurs?

Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableau B



Globalement les médecins interrogés trouvent leurs patients demandeurs, puisque 18 médecins ont répondu très souvent et souvent (soit 69,2% des médecins interrogés). *Les médecins hommes trouvent les patients significativement plus demandeurs que leurs consœurs. (p=0,02). La demande est aussi fréquente en ville qu'à la campagne, et quel que soit l'âge du médecin.*

Il est intéressant de noter que les 2 médecins qui déclarent ne jamais avoir de demande ont l'habitude de prendre systématiquement la tension, il est donc normal que les patients n'aient pas l'occasion de la réclamer. Cependant 58,3% des médecins qui mesurent la tension systématiquement trouvent leurs patients très souvent ou souvent demandeurs, la mesure systématique ne les met donc pas à l'abri d'une demande importante de la part des patients. *En effet il n'y a pas de différence significative de demande des patients en fonction de la fréquence de mesure tensionnelle habituelle des médecins.*

Quelques précisions ont parfois été apportées sur le profil des patients demandeurs:

6 médecins relèvent que plus les patients sont âgés, plus ils sont demandeurs (surtout à partir de 40-50 ans). Un autre médecin remarque que ce sont toujours les mêmes patients qui sont demandeurs.

En contre partie, un seul médecin m'a signalé avoir parfois des patients pressés qui refusent la mesure tensionnelle.

#### 1-4\_ Pourquoi cette demande?

Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableau C

Quelle représentation se font les médecins des raisons de la demande de prise de tension:

Deux réponses dominent:

La moitié des médecins (14) pensent que prendre sa tension à un patient le renseigne sur « son état de santé en général », en quelque sorte une mesure objective de l'état de santé globale de tout l'organisme: « si la tension va bien, tout va bien... »

La même proportion (13) pense que ce n'est qu'une question d'habitude, cela fait partie du « rituel de la consultation médicale », sans lequel la consultation ne serait pas complète aux yeux du patient. Un médecin a déclaré que « c'est une habitude culturelle française ».

D'une façon plus pragmatique:

6 médecins (23,1%) pensent que le patient en tire une « information sur son état cardio-vasculaire »: « je ne risque pas d'attaque ou de maladie cardio-vasculaire, puisque ma tension est normale ».

Pour 5 médecins (19,2%) le patient souhaite seulement « vérifier sa tension artérielle », car il a retenu, via les médias, que la tension et le cholestérol sont importants. Les patients souhaiteraient vérifier que leur tension ne s'élève pas mais aussi, pour certains, qu'elle ne chute pas.

Une autre explication rapportée par 3 médecins est que le patient se renseigne ainsi sur son « état de fatigue » sans rapport avec son état général physique.

N'ont été cités qu'une seule fois:

\_ Que le patient met la tension en rapport avec l'état de « la circulation en général » (c'est à dire cardiaque et artériel mais aussi veineux),

\_ Ou parfois que le patient pense: « Si la tension artérielle est bonne c'est que je n'ai pas de risque de maladie grave ».

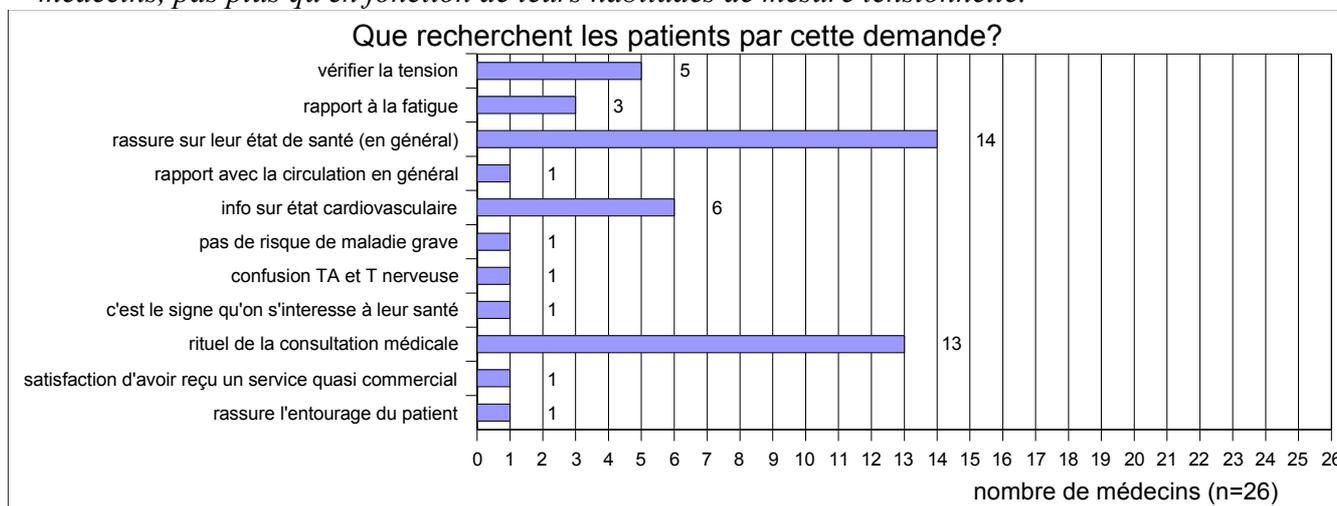
\_ Ou encore qu'il cherche à évaluer son état de « stress » dans une grande confusion entre tension artérielle et « tension nerveuse ».

\_ Ou que pour le patient « c'est le signe qu'on s'intéresse à son état de santé physique ».

\_ Ou pour certains patients c'est une attente de service « quasi-commercial », « le coup de pouet-pouet c'est ce qui justifie l'honoraire pour le patient » et si nous ne la prenons pas nous n'avons pas fait notre travail. « Il ne m'a même pas pris la tension! ».

\_ Enfin il s'agit parfois d'une attente non pas du patient mais de son entourage qui veut se rassurer sur son état de santé. « demande au médecin de te prendre la tension. »

Les interprétations n'ont pas été différentes en fonction de l'âge du sexe ou du lieu d'exercice des médecins, pas plus qu'en fonction de leurs habitudes de mesure tensionnelle.



**1-5\_ Quel autre intérêt que l'obtention des chiffres tensionnels, la mesure tensionnelle a-t-elle pour le médecin?** *Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableau D*

Rares (4/26) sont les médecins pour lesquels la mesure tensionnelle n'apporte « rien d'autre » que les chiffres tensionnels. Aucun de ceux là ne prend la tension systématiquement. *L'analyse statistique trouve une différence significative sur ce critère ( $p=0,0437$ ), tendant à confirmer l'idée que les médecins qui n'attendent de la mesure tensionnelle que le chiffre tensionnel ont tendance à espacer les mesures. Les médecins qui prennent la tension systématiquement en attendent donc toujours autre chose...*

Le plus souvent cette mesure s'inscrit dans le « rituel » d'une « consultation normale », une habitude (42,3%). Cette habitude peut aller jusqu'à l'« automatisme » (23,1%), que le médecin parfois « entretient comme un réflexe afin d'être certain de ne pas oublier pour d'autres patients » pour lesquels la pression artérielle aura plus d'importance (2 médecins/26).

C'est aussi pour près d'un quart des médecins le « premier geste clinique réalisé », une « entrée en contact » avec le patient (26,9%). Ce contact se faisant par l'intermédiaire du tensiomètre et d'un geste très conforme à l'imagerie populaire, serait moins agressif, moins intrusif pour le patient, et permet ensuite de poursuivre l'examen clinique par un contact plus direct. Pour 3 médecins (11,5%) le geste est tellement « ritualisé » et « pas agressif », qu'il en devient « rassurant ». C'est donc une « entrée en matière, une façon de décontracter le patient ». Un seul médecin suggère que ce geste entre dans « la relation de confiance entre le médecin et son patient, ils attendent ça de nous ». En contre partie « si on leur trouve une tension élevée ça les inquiète beaucoup ».

La mesure tensionnelle est un « symbole du corps médical » (23,1%, 6/26 médecins), à tel point qu'il permet parfois de « prendre le contrôle d'une consultation et du patient, en s'imposant comme médecin dans une relation de domination, une emprise physique décontractée »(2 médecins/26), ou de remettre une consultation orientée psy... dans son « contexte médical » (3/26), tout en prouvant au patient que l'« on ne néglige pas son état de santé physique » (2/26).

C'est aussi une « façon d'aborder le sujet de la santé physique quand un patient vient sans demande d'examen clinique ». « Parfois la progression des chiffres, même en restant normaux, permet d'aborder d'autres sujets comme une surcharge pondérale par exemple ».

Parmi ces médecins pour lesquels la tension artérielle est un symbole du corps médical, un jeune médecin qui prend la tension absolument systématiquement pense que « le jour où les médecins ne prendront plus la tension on pourra changer de métier, car c'est le dernier acte technique simple qui nous reste . C'est indispensable pour le respect du médecin. ».

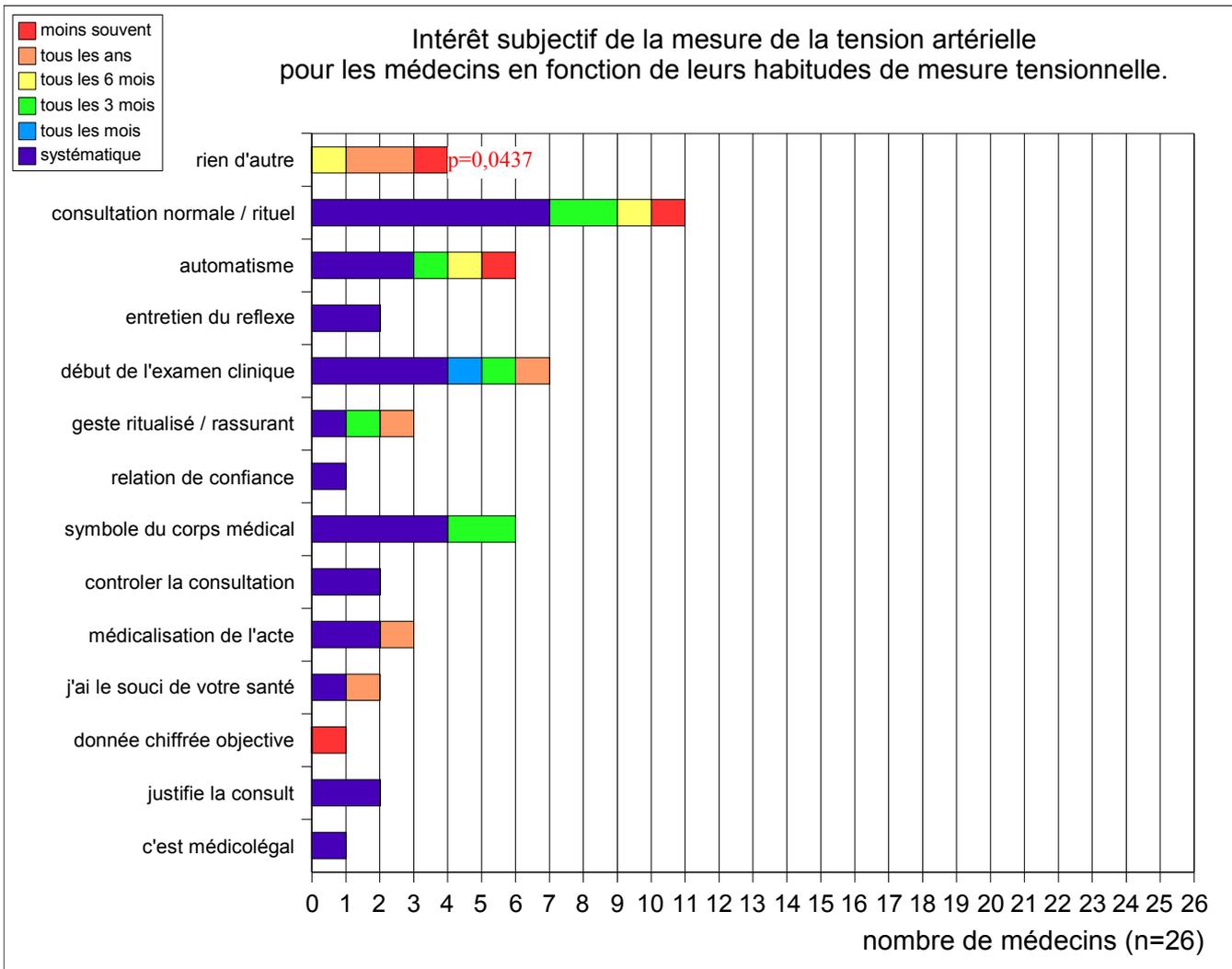
A contrario un médecin expérimenté s'interroge « Ne l'aurions-nous pas rendu symbolique au yeux des patients? »

Pour un seul médecin, la mesure de la tension artérielle permet d'avoir une « donnée chiffrée objective », plus objective que l'examen clinique, comme l'auscultation ou la palpation qui lui semblent plus « examinateur-dépendant ».

Parfois, lors de rares consultations creuses, la mesure tensionnelle permet au médecin de « justifier la consultation », de se dire « j'ai au moins fait ça » (2/26)

Pour finir un autre médecin m'a formellement signifié que « c'est une obligation médico-légale de prendre la tension artérielle à chaque consultation ».

Intérêt subjectif de la mesure de la tension artérielle  
pour les médecins en fonction de leurs habitudes de mesure tensionnelle.

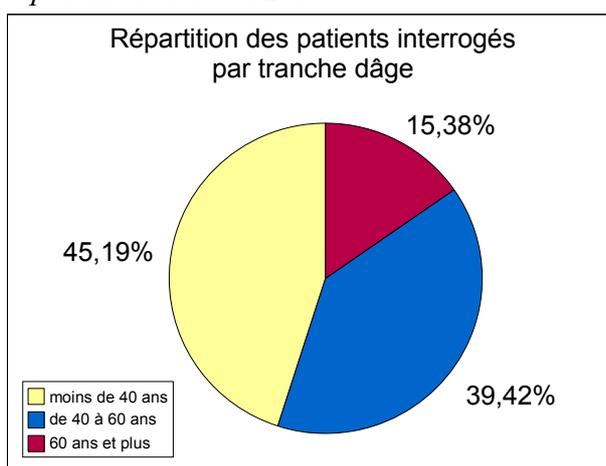


## 2\_ Les réponses des patients:

### 2-1\_ L'échantillon de patients:

La population de référence utilisée pour juger de la représentativité de cet échantillon est la population départementale recensée par l'INSEE en mars 1999 (878 180 habitants de plus de 18 ans)[56].

Malgré les critères d'exclusion 104 patients, 52 hommes et 52 femmes, ont répondu au questionnaire. *Cette proportion de 50% de femme est comparable à celle de la proportion départementale de 52%.*

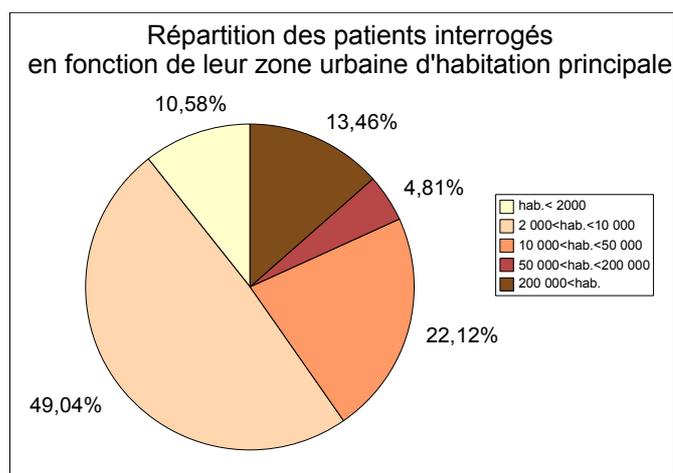


Tous vivent donc en Loire-Atlantique. Ils ont entre 18 et 77 ans, pour une moyenne d'âge de 43,22 ans. *Il n'y a pas de différence significative de répartition en âge des patients de l'échantillon avec la répartition départementale.*

tranches d'âge	Effectif de l'échantillon	Pourcentage de l'échantillon	Pourcentage départemental
moins de 40 ans	47	45,2%	41,0%
de 40 à 60 ans	41	39,4%	33,3%
60 ans et plus	16	15,4%	25,7%
	104	100,0%	100,0%

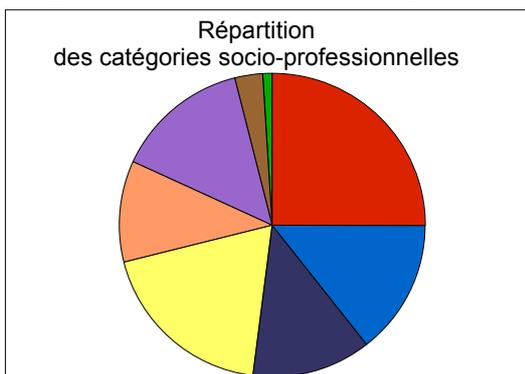
La répartition des patients selon leur commune d'habitation principale se fait de la façon suivante:

Communes des patients interrogés	Effectif	Pourcentage
hab. < 2 000	11	10,6%
2 000 < hab. < 10 000	51	49,0%
10 000 < hab. < 50 000	23	22,1%
50 000 < hab. < 200 000	5	4,8%
200 000 < hab.	14	13,5%



*Pour ce critère seules des données nationales sont disponibles, elles ne sont pas utilisables pour juger de la représentativité de la répartition urbaine des communes d'habitation principale des patients de l'échantillon.*

En classant les patients en fonction des 8 catégories socio-professionnelles de l'INSEE, ils se répartissent de la façon suivante: *L'échantillon est trop petit pour qu'une comparaison sur ce critère soit possible.*



Catégories socio-professionnelles:	Effectif de l'échantillon	Pourcentage de l'échantillon	Pourcentage départemental des plus de 15 ans
1: Agriculteurs exploitants	1	0,01	1,3%
2: Artisans, commerçants, et chefs d'entreprise	3	0,03	3,3%
3: Cadres et professions intellectuelles supérieures	15	0,14	6,1%
4: Professions intermédiaires	11	0,11	12,8%
5: Employés	20	0,19	16,6%
6: Ouvriers	13	0,13	14,9%
7: Retraités	15	0,14	21,2%
8: Autres personnes sans activité professionnelle	26	0,25	24,0%

## 2-2\_ Qu'est-ce que « la tension artérielle »?

*Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableaux E et F.*

Chaque patient a utilisé son propre vocabulaire pour exprimer sa définition de la « tension artérielle ». J'ai réuni les différentes réponses en 7 catégories en fonction de l'exactitude de la définition. Souvent plusieurs réponses ont été données. Pour plus de clarté dans l'exploitation des données je les ai finalement affectées à la réponse la plus exacte qu'ils m'aient apportés.

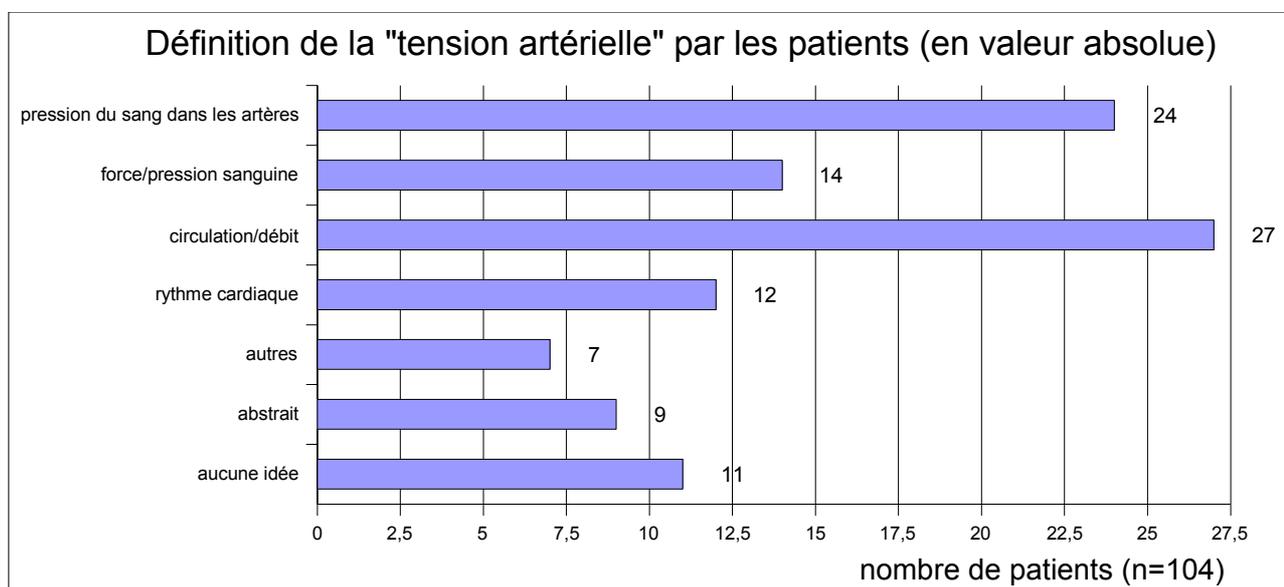
- 24 patients ont cité précisément la définition exacte: « c'est la pression du sang dans les artères ». Ils représentent 23,1% des patients.
- 14 patients (13,5%) ont donné des réponses proches de l'exactitude: en parlant de « force » ou de « pression » sanguine. Leur vocabulaire a été le suivant:
 

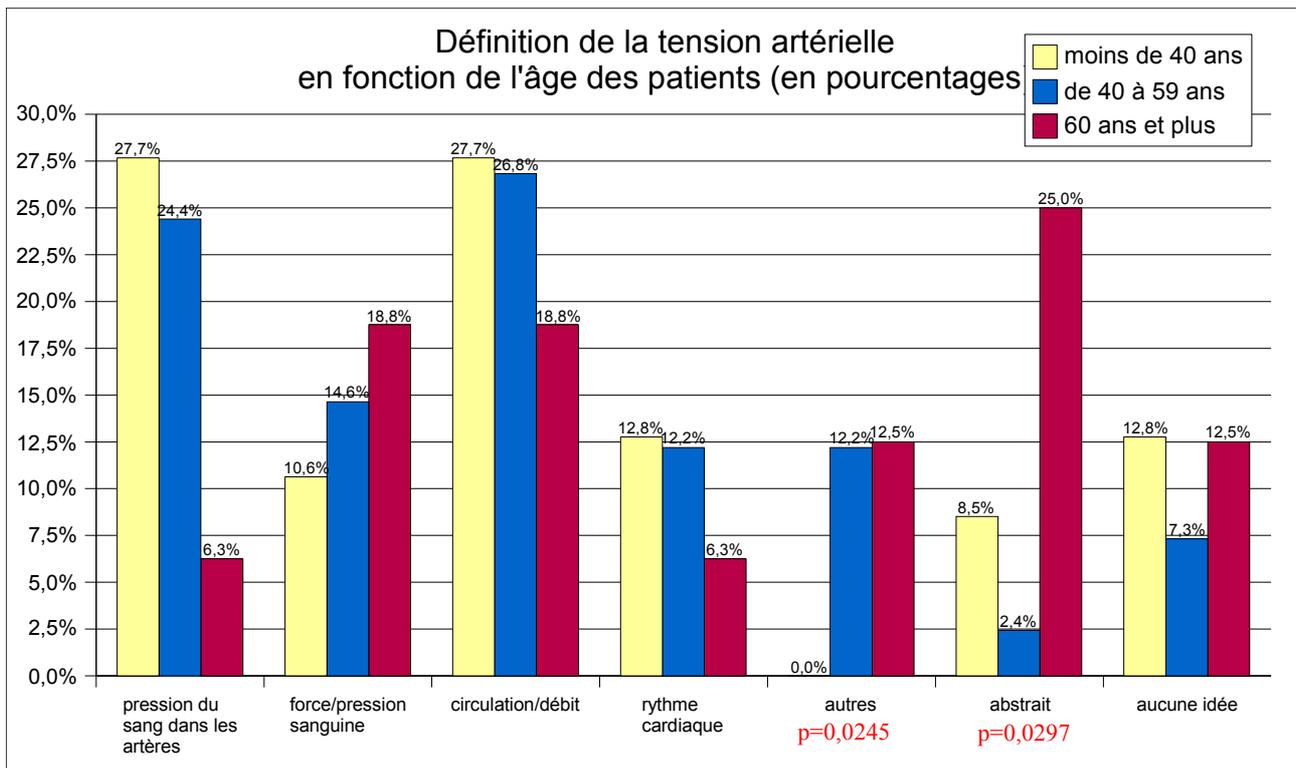
puissance du sang / puissance de la pompe:	4 patients
force de constriction des artères:	1 patient
force dans les artères qui fait circuler le sang:	2 patients
tension dans les artères:	2 patients
pression dans le sang ou pression sanguine:	8 patients
- 27 patients (26%) ont donné une définition plus en rapport avec la « circulation », le « débit sanguin ». Les termes utilisés furent:
 

circulation sanguine:	11 patients
arrivée du sang au cœur puis repart dans l'autre sens:	2 patients
débit / flux / vitesse du sang:	22 patients
- 12 patients confondent la tension artérielle avec le pouls:
 

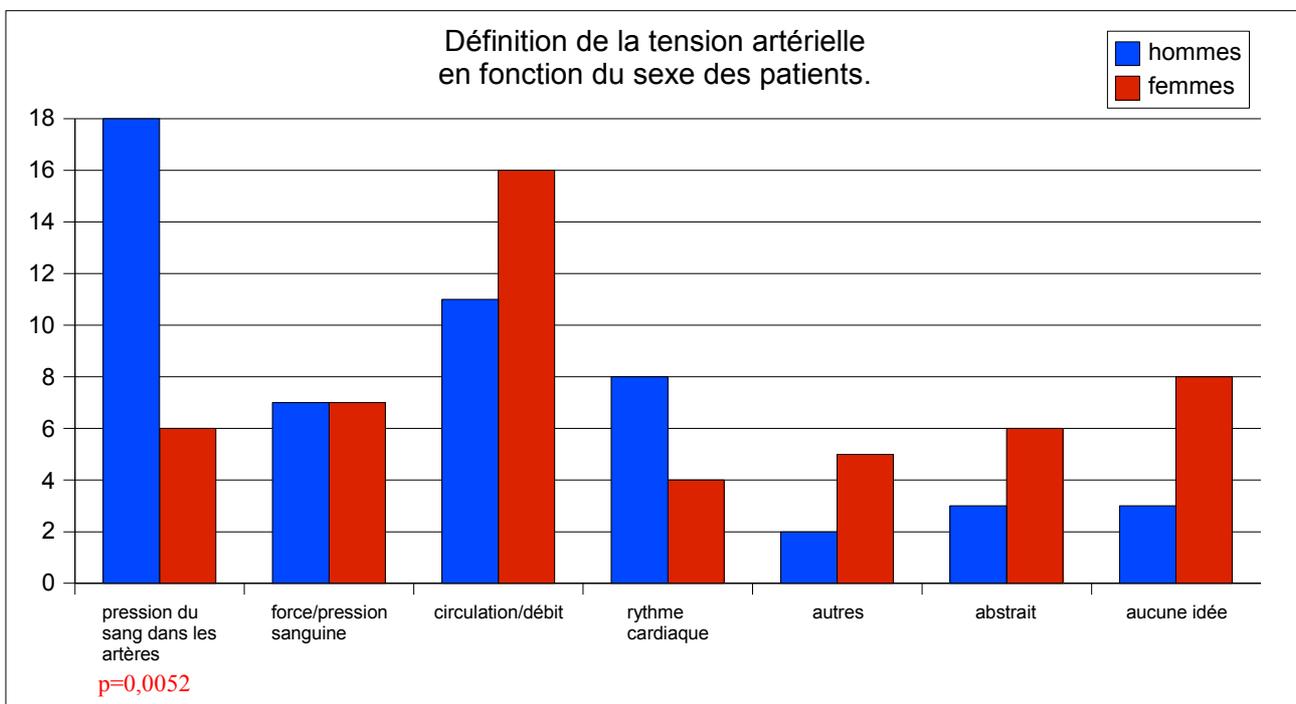
pouls / rythme cardiaque	15 patients
battements du cœur	15 patients
- 7 patients m'ont donné d'autres réponses plutôt floues, voire franchement erronées (« autres »):
 

rapport avec les veines	7 patients	c'est le souffle	1 patient
rapport avec les artères	9 patients	c'est le sang épais	1 patient
rapport avec le cœur	7 patients	c'est la tension nerveuse	2 patients
c'est le temps de récupération	1 patient		
- 9 avaient une vision très abstraite de la tension (1 déclare « c'est ce qui fait circuler l'énergie »).
- 11 ont déclarés ne pas savoir.





*Les patients plus âgés ont significativement répondu de façon plus abstraite ( $p=0,0297$ ), et les plus jeunes n'ont jamais répondu les réponses erronées « autres » ( $p=0,0245$ )*

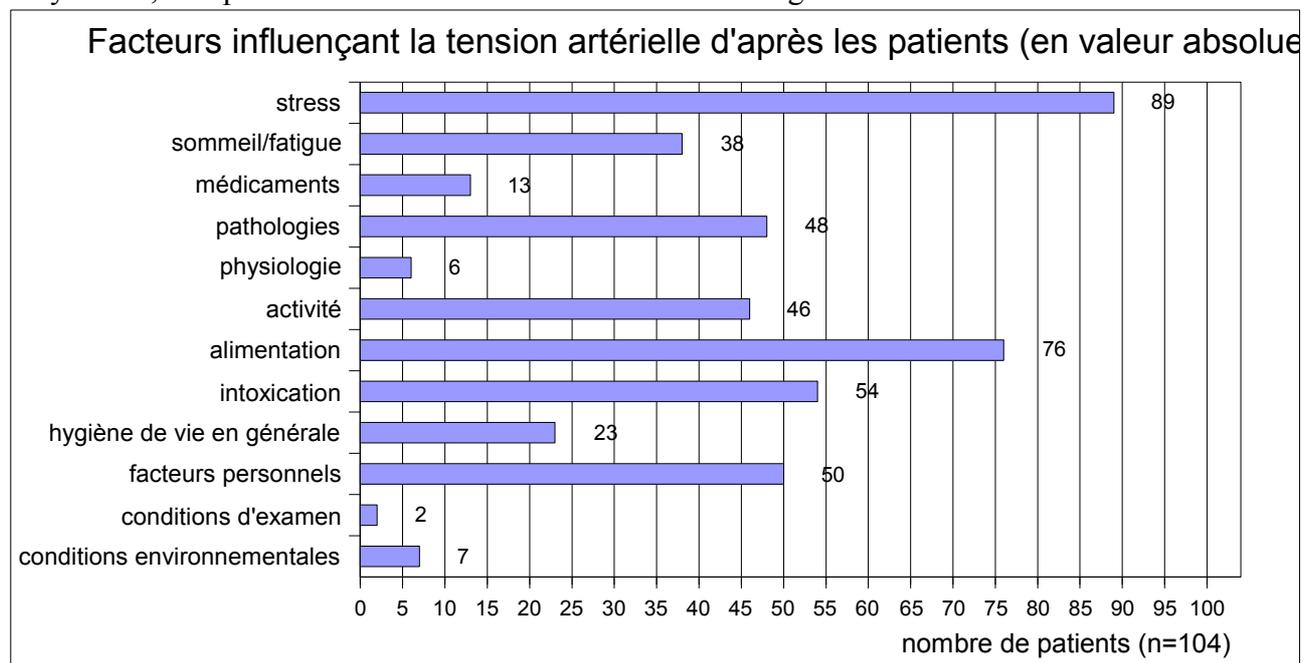


*Les femmes ont significativement moins répondu la réponse la plus exacte: « pression du sang dans les artères » ( $p=0,0052$ ).*

### 2-3\_ D'après vous qu'est-ce qui peut influencer la tension artérielle?

Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableaux G et H.

Toutes sortes de réponses m'ont été apportées, et tous avaient un avis sur le sujet, ils ont donné en moyenne 4,35 réponses chacun. J'ai là aussi dû faire des catégories.



- Le facteur influençant la tension le plus fréquemment cité (89 fois soit 85,6% des patients) fut, sans surprise, le **stress**. Vainqueur toutes catégories il se décline de la façon suivante:

stress:	63 patients	les émotions:	16 patients
angoisse / soucis / anxiété:	19 patients	la contrariété:	3 patients
énervement / nervosité / excitation / humeur:	33 patients	la douleur:	3 patients
les nerfs:	4 patients	surmenage:	5 patients
la dépression:	2 patients	stress au travail:	13 patients
la peur:	3 patients	stress urbain:	2 patients
montée d'adrénaline:	2 patients	le calme / la relaxation:	2 patients

- Dans un registre proche la qualité du **sommeil** et la **fatigue** ont été cités par 38 patients (36,5%)

la fatigue	34 patients
la qualité du sommeil	7 patients

- Le deuxième facteur le plus cité (76 fois) est l'**alimentation**: La plupart des aliments m'ont été cités, mais celui qui revient le plus souvent sont les corps gras (sous-entendu graisses saturées) cité par plus de la moitié des patients dans une certaine confusion entre tension artérielle et cholestérolémie (cofacteurs de risque cardio-vasculaires).

Les aliments cités comme faisant « monter la tension »:

la sur-alimentation:	4 patients	sucre:	15 patients
une mauvaise alimentation / manque d'hygiène alimentaire:	52 patients	sel:	17 patients
corps gras:	58 patients	réglisse:	1 patient
viande:	9 patients	excitants:	7 patients
fer:	1 patient	café:	8 patients
protéines:	1 patient	thé:	1 patients
		épices:	2 patients

Les aliments cités comme faisant « descendre la tension »:

sous-alimentation:	4 patients	huile d'olive / graisses végétales:	4 patients
cuisson (vapeur):	1 patient	oméga3:	1 patient
légumes et fruits:	6 patients	thé:	2 patients

- Viennent ensuite les **intoxications** (citées 54 fois).
 

alcool:	45 patients
tabac:	27 patients
drogues:	15 patients
- Plus largement: 23 patient m'ont affirmé que l'**hygiène de vie** en général (bonne hygiène alimentaire, activité physique régulière, éviter les excès...) influence la tension.
- 46 patients savent que l'**activité physique** peut modifier la tension: l'activité physique régulière (versus sédentarité) la stabilise (34), et l'effort l'augmente (32).
- Seulement 13 patients ont relevé que certains **médicaments** peuvent modifier la tension.

- Par contre ils ont été nettement plus nombreux (48) à penser à « des **maladies** »:

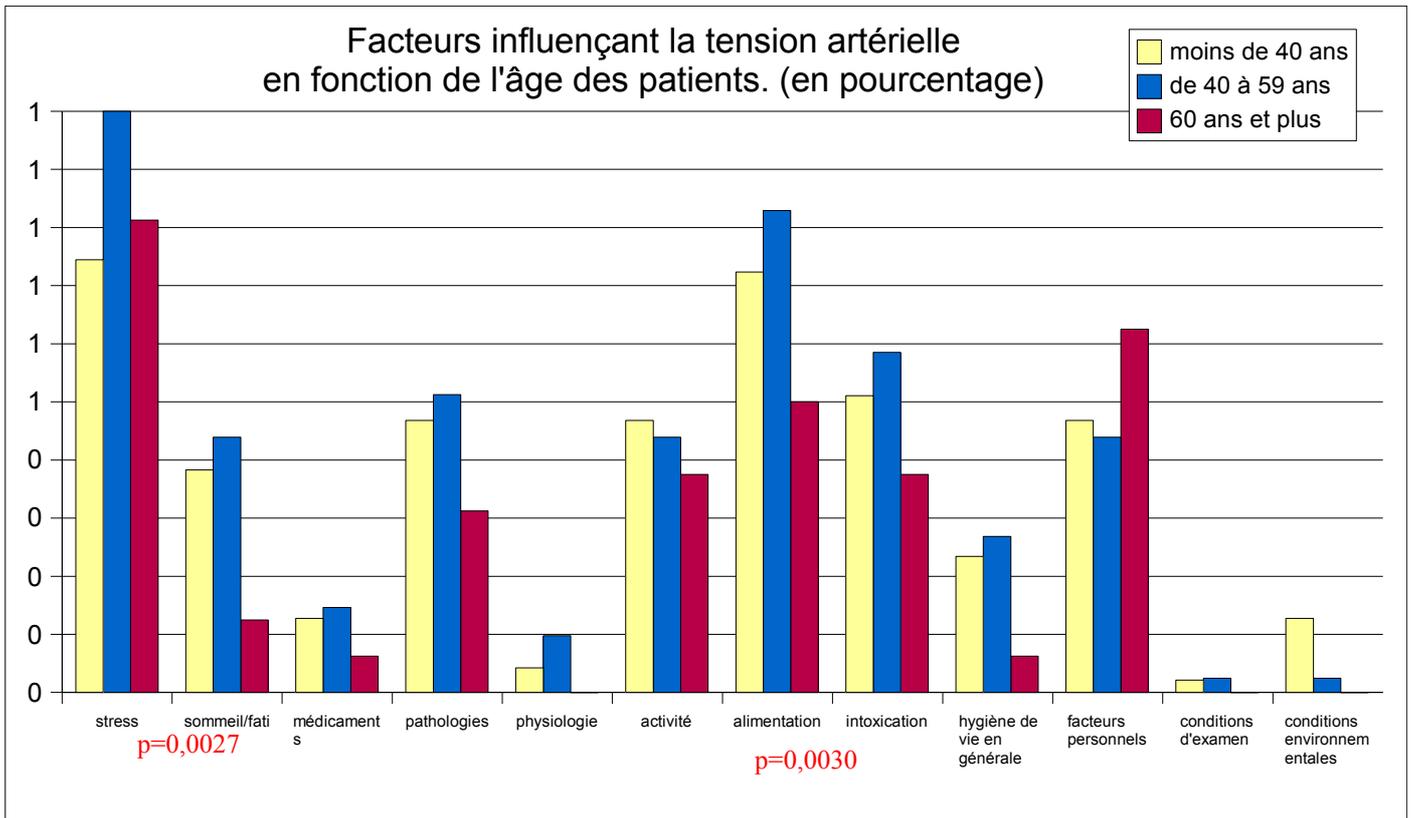
les maladie sans précisions:	17 patients	problème hormonal:	2 patients
obstruction artérielle/dépôt/encrassement/artérite:	15 patients	problème oculaire:	1 patient
maladies cardio-vasculaire:	13 patients	problème dentaire:	1 patient
cholestérol:	15 patients	cancer:	1 patient
diabète:	4 patients	problème de circulation veineuse:	1 patient
problème rénal:	4 patients	malformations:	1 patient
fièvre:	5 patients	anémie:	1 patient
infection:	3 patients	allergies:	1 patient

- Quelques uns (6) m'ont évoqué un **facteur physiologique** en affirmant que la tension dépend aussi du pouls (5) et de la respiration (1).
- S'agissant des **facteurs personnels** influençant la tension artérielle près de la moitié des patients (50) en a cité au moins un.

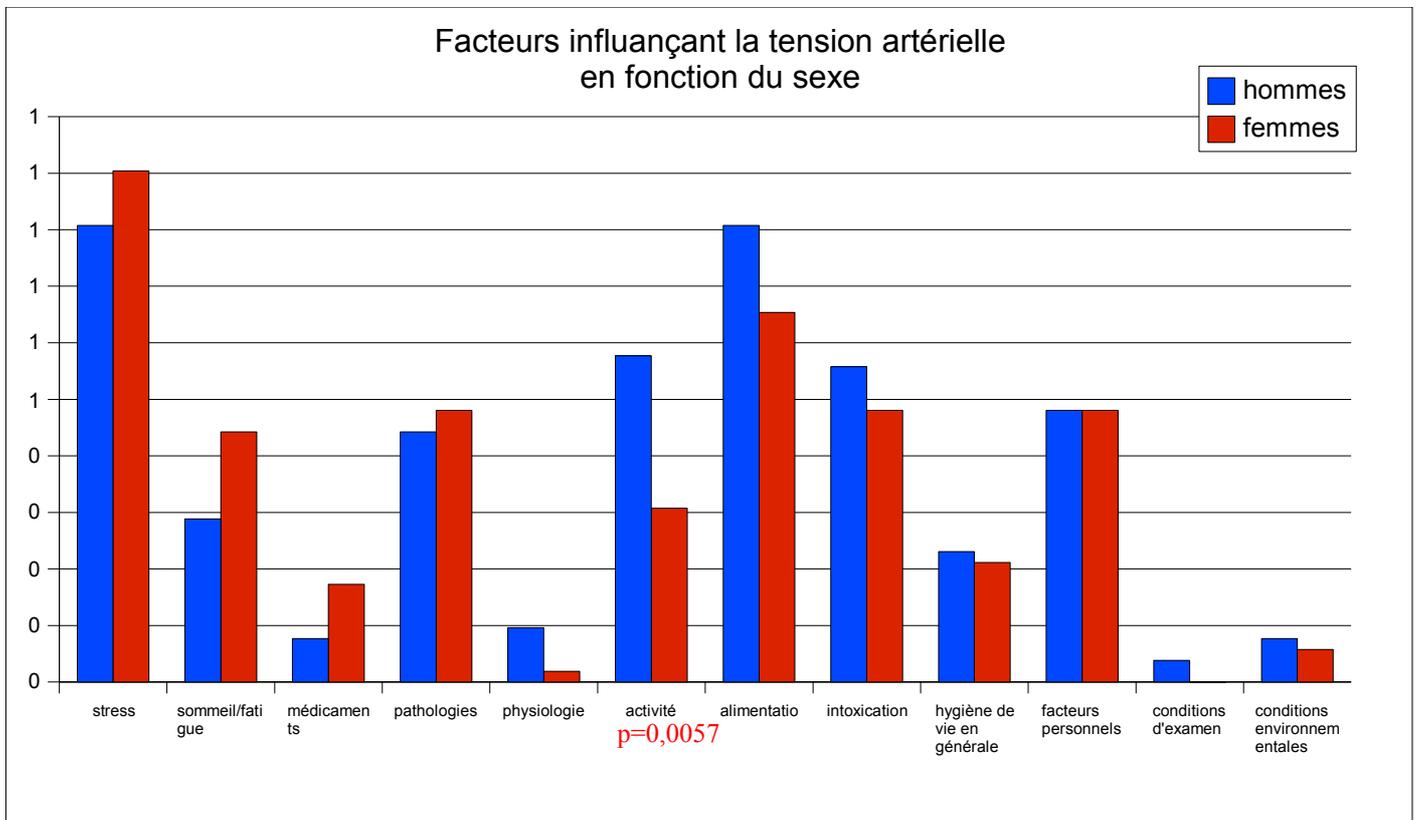
âge:	28 patients	génétique / hérédité:	25 patients
obésité / poids:	18 patients	sexe:	3 patients
taille:	2 patients	ethnie (couleur de peau):	1 patient
grossesse:	8 patients	congénital:	1 patient

- Les **conditions environnementales** sont citées par 7 patients:
 

pollution:	4 patients
pression extérieure:	1 patient
saisons / température / humidité:	5 patients
- Pour finir, les **conditions d'examen** n'ont été citées que 2 fois: cité 1 fois tel quel et 1 fois la notion d' « orthostatisme ».



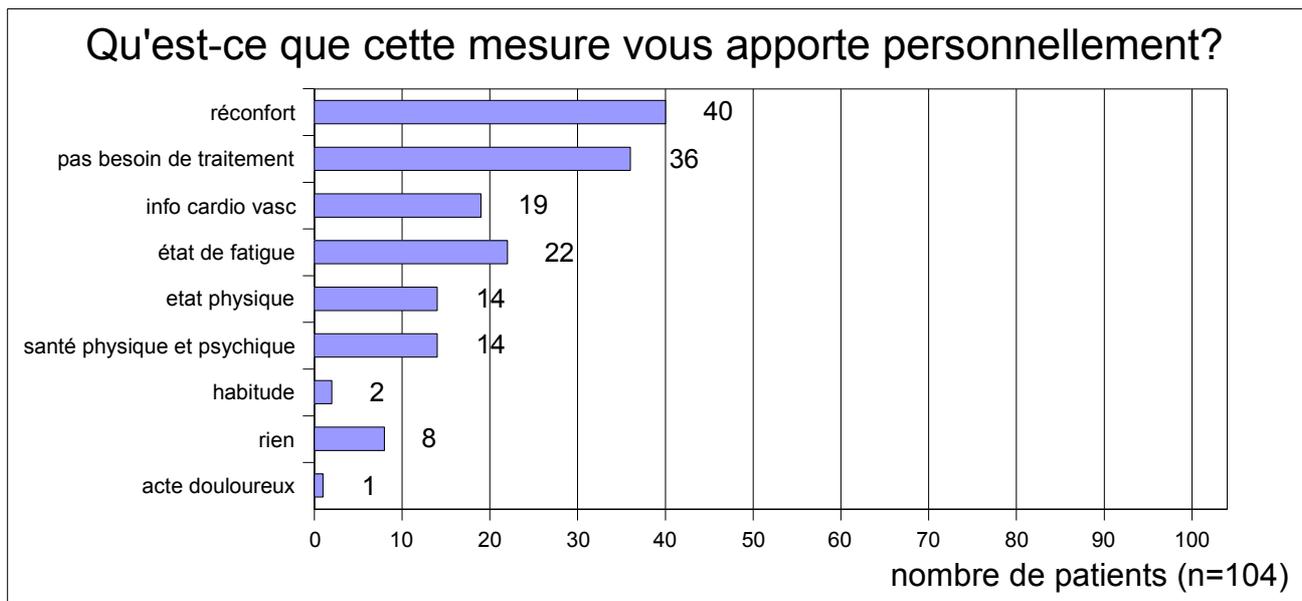
*Les 40-59ans ont tous pensé au stress, significativement plus que les autres tranches d'âge (p=0,0027). Les personnes âgées ont moins pensé aux facteurs alimentaires (p=0,0030).*



*L'activité physique a été plus souvent citée par les hommes que par les femmes (p=0,0057).*

## 2-4 Qu'est-ce que cette mesure vous apporte personnellement?

Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableaux I et J.



Seuls 8 patients (7,7%) ont déclaré que la mesure de leur tension, ne leur apporte « rien ». Pour tous les autres, la prise de tension a un intérêt personnel:

40 patients (38,5%) se disent « réconfortés », « rassurés », à l'annonce de leurs chiffres tensionnels (normaux comme d'habitude), le plus souvent sans donner plus de détails.

2 ont tout de même précisés qu'ils en tiraient un réconfort psychique, sorte d'apaisement.

3 « aiment savoir »

1 est « rassuré quand il voit le sourire du toubib qui vient de lui prendre la tension »

Globalement ces patients n'ont pas su réellement expliquer en quoi la mesure tensionnelle leur faisait du bien.

Plus pragmatiques, pour 36 patients c'est juste un contrôle de la tension, ils en concluent que « puisque leur tension est normale, ils n'aurons pas besoin de modifier leur hygiène de vie, ni de prendre un traitement ».

19 patients (18,3%) en tirent des informations sur leur état cardio-vasculaire:

6 sur leur état cardiaque seul: « la tension est bonne donc le coeur va bien »

15 sur leur état cardiaque et vasculaire.

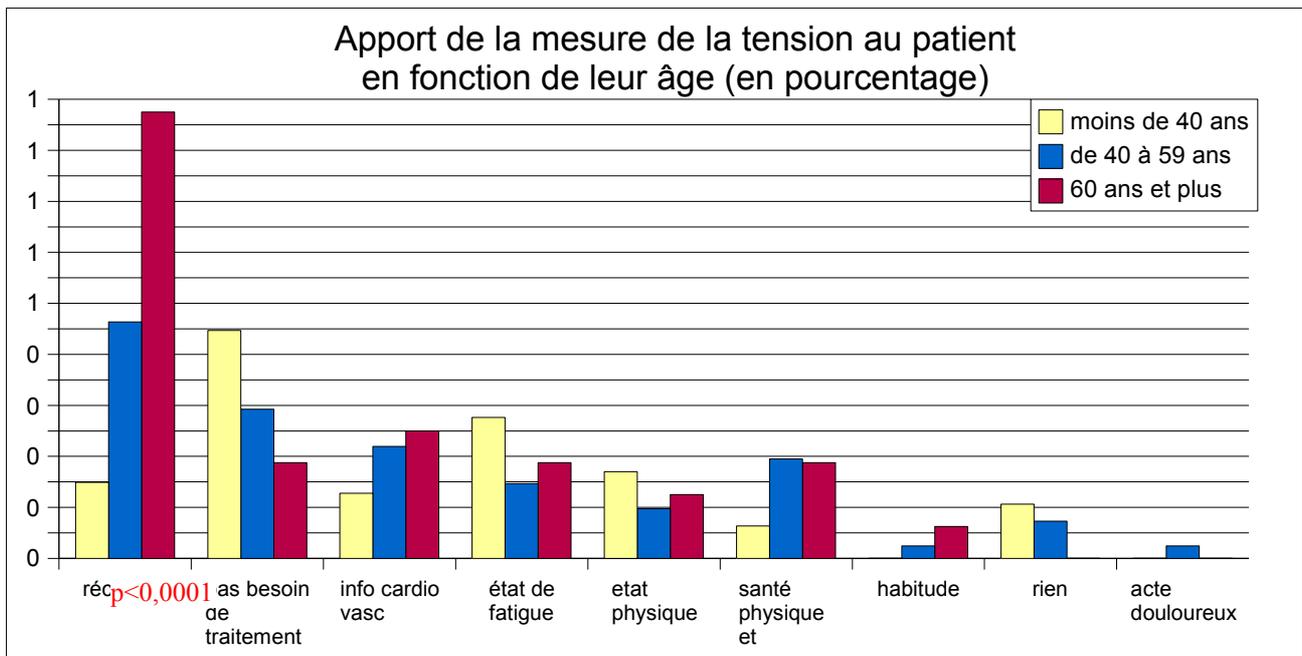
14 patients (13,5%) concluent, plus largement, sur leur état de santé physique, incluant tout l'organisme: « ma tension est bonne, donc mon corps va bien », « avec la tension artérielle, le médecin peut voir s'il y a un problème quelque part ».

La même proportion (13,5%) de patients y incluent en plus leur santé psychique: « ma tension est bonne donc je vais bien »

22 patients (21,2%) en font un étalon de leur état de fatigue générale (dans ce cas, souvent dans la recherche d'hypotension)

Pour 2 patients c'est juste une « habitude »: ils ont l'habitude qu'on la leur prenne, donc il faut la prendre, sinon « il manque quelque chose », et il ne se sentent pas satisfaits.

A l'inverse, une patiente m'a signalé ne pas aimer qu'on lui prenne la tension, car elle trouve ce geste douloureux.



Les sujets âgés ont significativement plus souvent répondu que la mesure de leur tension leur apporte un réconfort, sans précision ( $p < 0,0001$ ).

## 2-5\_ Cette donnée a-t-elle des conséquences sur votre vie quotidienne?

Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableaux O et P.

7 patients (soit 6,73% des patients interrogés) déclarent que leur tension artérielle a des conséquences sur leur vie quotidienne, malgré sa normalité. Tous ont entre 40 et 59 ans (*différence significative  $p = 0,0028$* ).

Certains appliquent d'ores et déjà une prévention en faisant attention à leur alimentation et à leur activité. D'autres ont eu des hypotensions lors de périodes de fatigue physique et en ont conclu que cette hypotension en était la cause.

Mais pour une majorité écrasante (93,27%) des patients interrogés leur tension n'a pas de conséquence sur leur vie quotidienne, ce qui n'est pas surprenant puisqu'ils sont tous normotendus.

## 2-6\_ Ce geste représente-t-il autre chose à vos yeux?

Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableaux K et L.

Pour plus de la moitié des patients (53,8%) la mesure de la tension artérielle n'a pas de valeur symbolique, elle ne leur apporte « rien d'autre » que leurs chiffres tensionnels.

Pour 40 patients (38,5%) c'est une question d'habitude: « ça fait partie du rituel d'une consultation normale », « de routine », « c'est basique », « si la tension n'est pas prise la consultation n'est pas complète ».

Pour seulement 5 patients (4,8%) c'est un « geste rassurant », « une forme d'attention » qui leur est portée. A l'inverse 1 patient trouve ce geste « intrusif » et anxiogène.

Pour 3 patients (2,9%) il fait partie de la « relation médecin-patient », « une prise de contact » et c'est une « façon d'aborder le corps ».

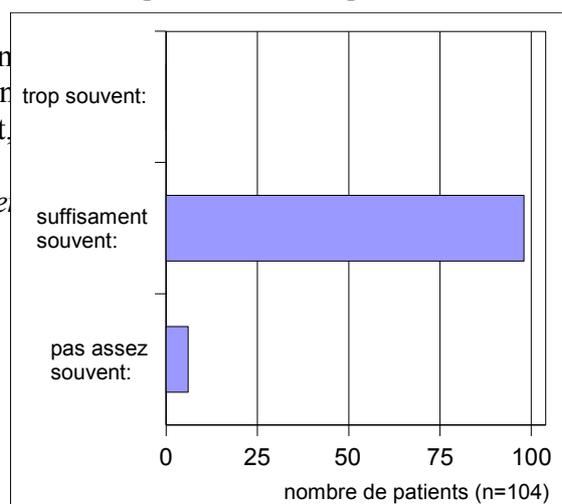
Seuls 4 patients ont parlé de « symbole du corps n

3 patients pensent que « si le médecin prend la température c'est important », et « puisque c'est la première chose qu'il fait.

Les réponses à cette question ne sont pas significativement

## 2-7\_ Votre médecin vous prend-t-il la tension?

Des données chiffrées précises sont disponibles en



annexe: tableaux O et P.

Absolument aucun patient n'a estimé que son médecin lui prenait la tension trop souvent! Apparemment ce n'est jamais trop.

Une majorité écrasante, 98 patients, soit 94,2% des patients interrogés, pensent que leur médecin leur prend suffisamment la tension.

Seuls 6 patients (5,8%) ont estimé que leur médecin ne leur prend pas assez la tension (1 a précisé que c'était parce qu'il ne venait pas suffisamment souvent consulter).

*Il n'y a pas de différence de réponse en fonction de l'âge ou du sexe.*

**2-8\_ A quelle fréquence pensez-vous nécessaire de la contrôler?** Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableaux M et N.

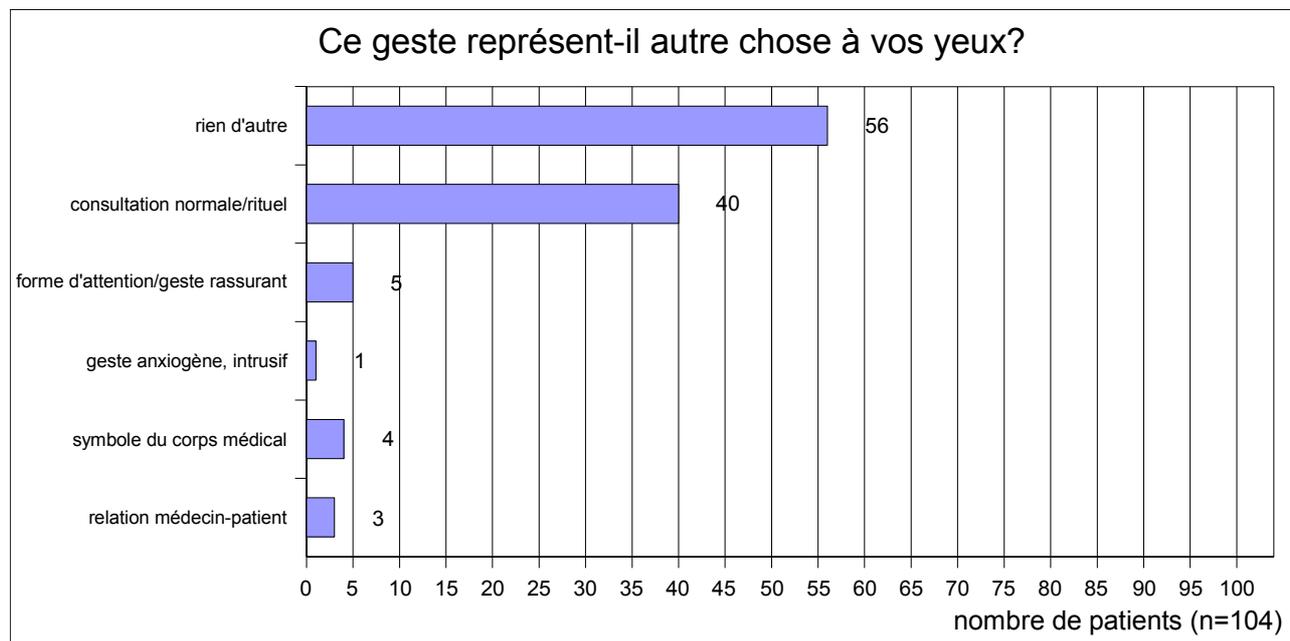
En l'absence de symptomatologie ou de traitement justifiant une mesure tensionnelle, la plupart des patients (57,7%) pensent que prendre la tension tous les 6 à 12 mois est suffisant. Mais pour un peu plus du quart (26,9%), il est nécessaire de la prendre plus souvent. Rares (4,8%) sont ceux qui estiment qu'il n'est pas nécessaire de prendre la tension tous les ans. 10,6% des patients n'ont pas émis d'avis du tout. 7 patients ont à juste titre souligné qu'il faut la prendre plus souvent avec l'âge (et 1 si terrain génétique). 1 patient a remarqué que prendre la tension souvent permet d'intervenir sur le mode de vie dès les premiers signes d'élévation.

*Il n'y a pas de différence significative de fréquence estimée entre les différents groupes de patients.*

**2-9\_ Si votre médecin ne vous prend pas la tension lors de l'examen, lui demandez-vous de le faire?** Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableaux O et P.

27% des patients répondent que oui, *sans différence significative entre les groupes*, il demanderaient à leur médecin de leur mesurer la tension si celui-ci ne l'avait pas fait pendant la consultation.

Ils avancent les explications suivantes:



soit parce que cela fait longtemps à leur yeux qu'elle n'a pas été prise (9),  
 soit parce qu'ils ressentent des symptômes (fatigue, stress, déprime, étourdissements...) (8),  
 soit parce que c'est un acte médical minimum, systématique (4), c'est respecter le patient que de lui prendre la tension, c'est la moindre des choses... (2).  
 soit c'est un contrôle rassurant et important du bon fonctionnement du cœur ou du corps (10)

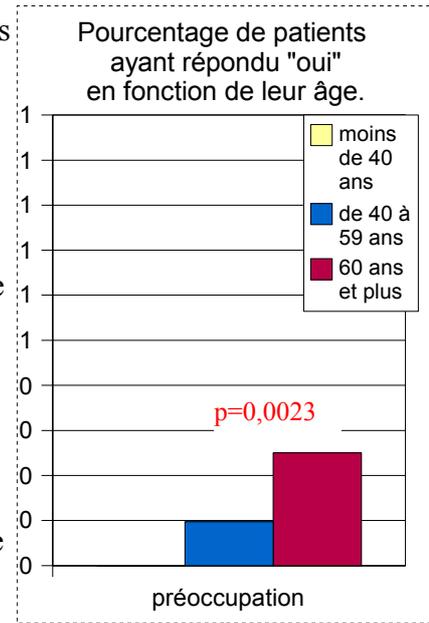
Parmi ceux qui ne demandent pas qu'on leur prenne la tension (73%), certains ont tenu à préciser:  
 si le médecin ne l'a pas prise c'est qu'il ne l'a pas jugé nécessaire (4)  
 je ne me le permettrais pas (2).  
 on y pense pas (1).

## 2-10 Votre tension est-elle une de vos préoccupations?

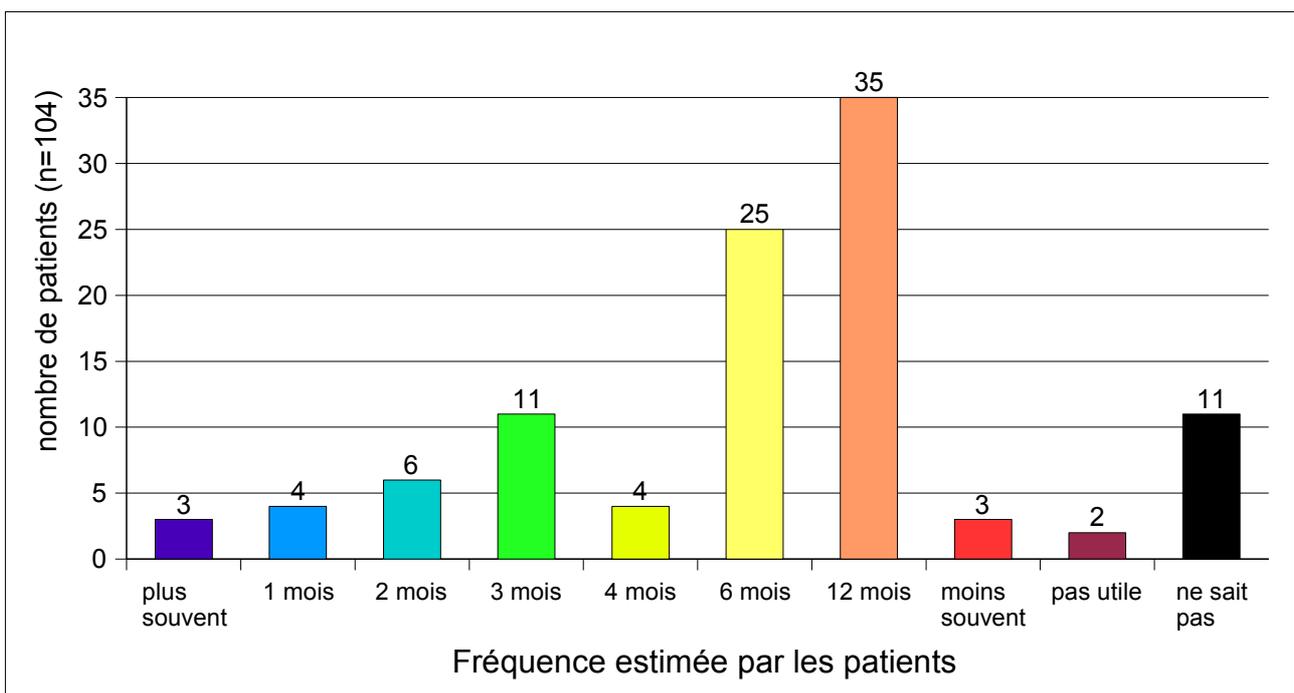
Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableaux O et P.

Seuls 7,7% des patients déclarent que leur tension est une de leurs préoccupations, bien qu'ils soient nettement plus nombreux à exiger qu'elle soit mesurée (27% cf. question précédente). Ils sont préoccupés parce que « ça concerne le cœur, donc c'est important », et par « peur des conséquences » ou encore « c'est une indication importante sur l'état de santé ». Cependant parmi ces 8 patients qui se déclarent préoccupés, un seul a adopté une attitude préventive en faisant globalement attention à son hygiène de vie, les autres se contentent de vérifier sans cesse. Logiquement, celui-là ne craint pas que sa tension aie changé, puisqu'il a fait attention, tandis que sur les 7 autres, 4 craignent qu'elle aie changé (57,1% contre 15,5% pour les autres patients) la différence est significative avec un  $p=0,013$ .

Parmi les autres patients, nombreux sont ceux que leur tension ne préoccupe pas puisqu'elle a toujours été normale, mais ils m'ont confié qu'ils se sentiraient nettement plus préoccupés si leur tension venait à s'élever.



Les patients plus âgés se déclarent significativement plus préoccupés ( $p=0,0023$ ).



## 2-11 Votre tension a toujours été normale, craignez-vous qu'aujourd'hui elle ne le soit pas?

Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableaux O et P.

16,3% des patients craignent qu'elle ait changé au moment où ils se présentent en consultation, sans différence entre les catégories de patients.

Les raisons invoquées sont les suivantes:

- l'âge avançant la tension peut s'élever (5)
- stress, surmenage, fatigue en ce moment (8)
- attente et chaleur dans la salle d'attente (1)
- palpitations, douleurs, malade aujourd'hui... (3)
- s'alcoolise en ce moment (1)
- a une mauvaise hygiène de vie (1)
- on ne peut jurer de rien, il y a toujours un risque, et en plus on ne le sent pas (2).

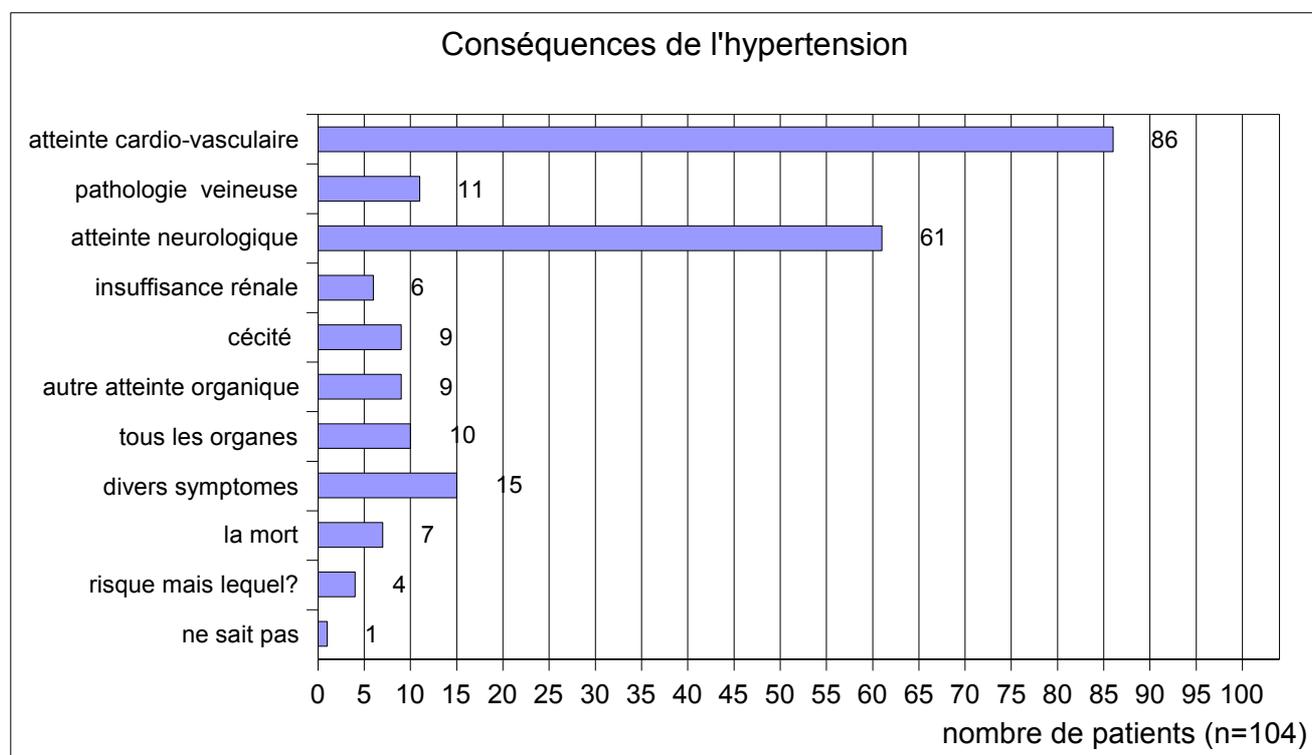
Les patients qui ne sont pas inquiets avancent parfois des arguments tels que:

- je vais bien en ce moment (2),
- j'ai une bonne hygiène de vie (2),
- ou je pense que je le sentirais (2).

## 2-12 Quels sont les risques d'avoir trop de tension?

Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableaux Q et R.

Que savent ces patients normotendus des risques encourus par une personnes constamment hypertendue? A l'interrogatoire, j'ai insisté sur le fait qu'il ne s'agissait pas de poussées hypertensives aiguës, mais d'hypertension chronique.



Comme pour les questions précédentes le risque cardiaque est bien connu des patients: 82,7% d'entre eux (86 patients) ont cité des atteintes **cardio-vasculaires**, réparties comme suit:

problème cardiaque en général:	65 patients	syncope:	1 patient
infarctus / angine de poitrine:	43 patients	arrêt cardiaque:	9 patients
insuffisance cardiaque:	6 patients	mauvaise circulation dans les jambes:	20 patients
ça abîme les valves:	2 patients	rupture d'anévrisme:	10 patients
problème de rythme:	2 patients	hémorragie interne:	1 patient.
tachycardie:	2 patients		

Viennent ensuite les conséquences **neurologiques** citées par 58,7% des patients (soit 61 patients).

atteinte cérébrale:	20 patients
paralysie/hémiplégie/AVC/congestion cérébrale:	29 patients
hémorragie cérébrale/rupture d'anévrisme/vaisseaux qui pètent:	18 patients
le sang qui monte trop dans la tête:	3 patients
malaise/perte de connaissance:	9 patients
migraines/maux de tête:	7 patients
vertiges:	4 patients
confusion:	1 patient
chutes:	1 patient

Des complications **veineuses** ont été citées 11 fois (10,6% des patients).

varices:	5 patients
phlébite:	1 patient
embolie:	2 patients
trouble circulatoire dans les jambes:	3 patients
veines:	2 patients

Les complications **rénales** sont très peu connues: seuls 6 patients ont cité l'insuffisance rénale. Pour la plupart, ils y étaient particulièrement sensibilisé par la pathologie rénale d'un proche.

La cécité a été citée par 9 patients. Il est à noter qu'en cours de recrutement a été diffusé sur France 5 un documentaire traitant des atteintes rétinienne dues à l'hypertension. Un certain nombre de patients l'on vu et n'auraient pas évoqué d'atteinte **visuelle** autrement.

D'autres atteintes organiques ont été parfois évoquées comme conséquence de l'hypertension, sans réel support

atteinte pulmonaire:	3patients	scientifique:
atteinte digestive:	2 patients	
atteinte hépatique:	4patients	
diabète:	1patient	

10 patients ont déclaré que puisque le sang circule dans tout l'organisme, **tous les organes** peuvent être touchés par le biais d'une mauvaise irrigation.

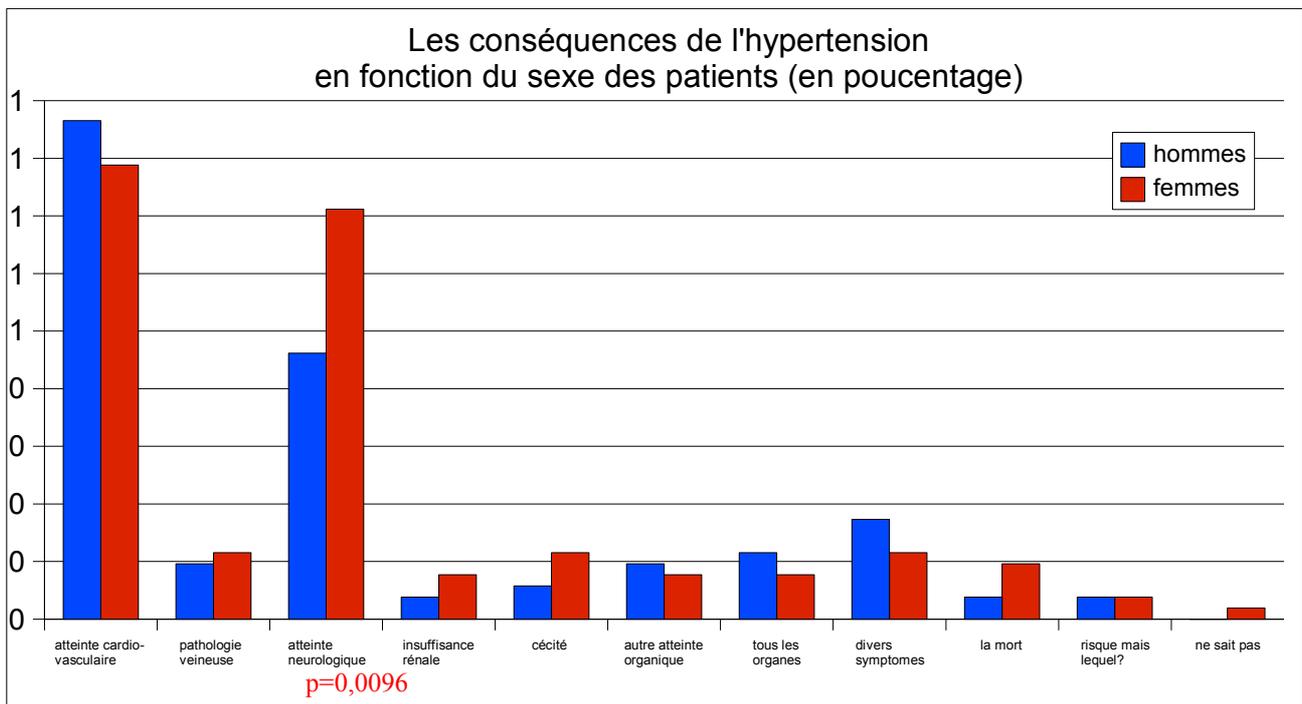
**La mort** a été citée telle quelle 7 fois comme une conséquence de l'hypertension. L'arrêt cardiaque avait lui été cité 9 fois, cela fait donc 16 patients (soit 15,4%) pour lesquels une mort brutale est une conséquence possible de l'hypertension, c'est probablement ce qui lui donne une telle importance.

15 patients ont cité comme conséquences de l'hypertension les **symptômes** suivant:

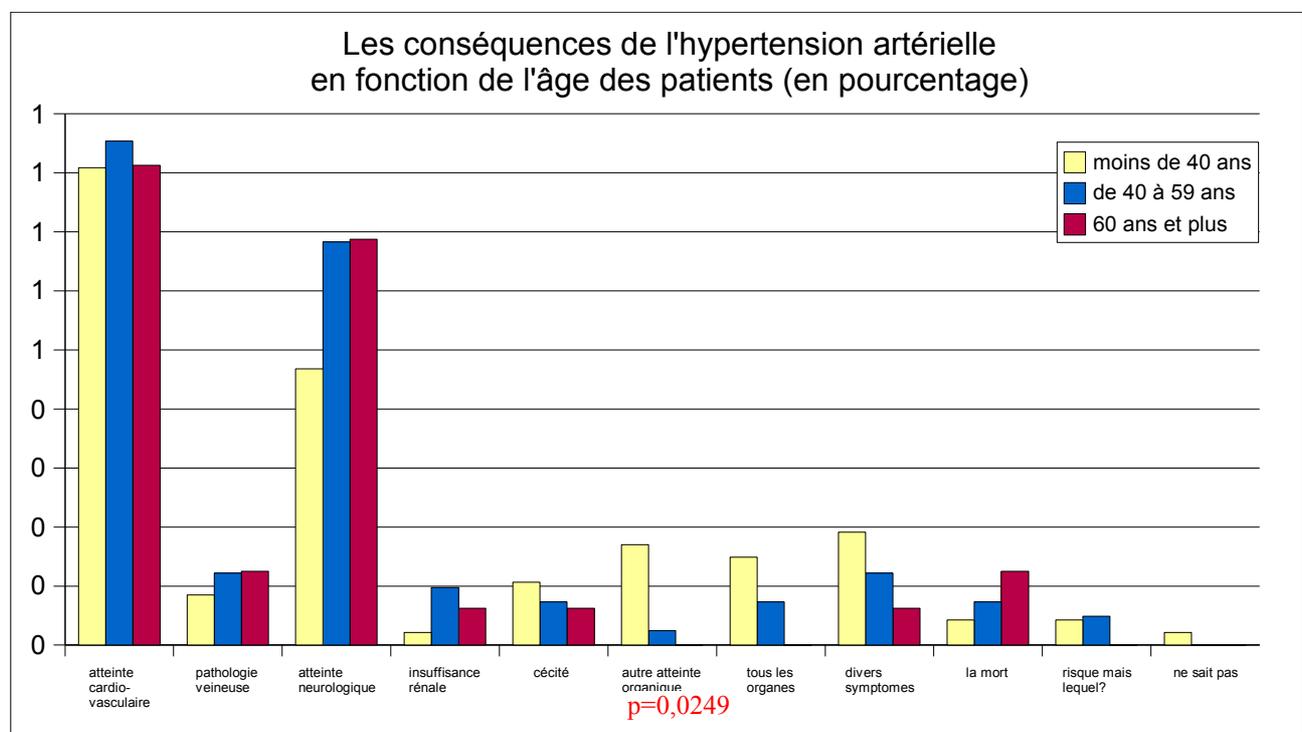
fatigue:	6 patients	engelures:	1 patient
nervosité/mauvaise humeur:	6 patients	douleur dans les membres par surpression:	1 patient
épistaxis (saignement du nez):	2 patients	bouffées de chaleur:	1 patient.

Pour finir: 4 patients savent que l'hypertension est dangereuse mais pas pourquoi, et un seul patient

ne s'est pas prononcé du tout.



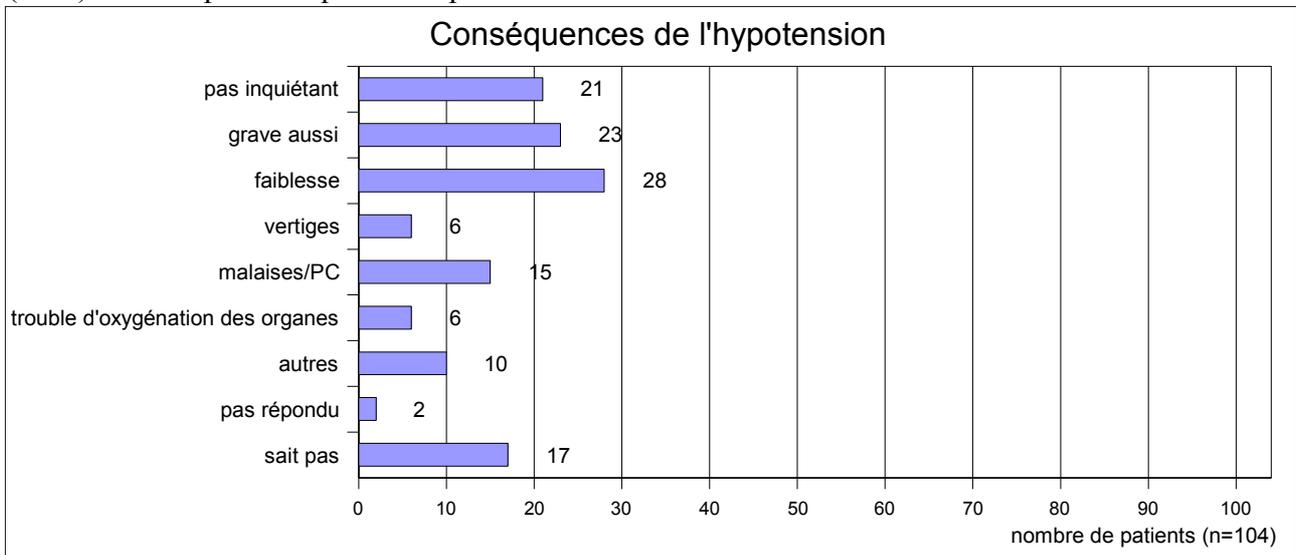
*Les femmes ont statistiquement plus souvent cité les complications neurologiques que les hommes (p=0,0096), et les plus de 60 ans n'ont jamais mentionné d'atteintes organiques « autres » (p=0,0249).*



### 2-13\_ Quels sont les risques de n'avoir pas assez de tension?

Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableaux S et T.

En interrogeant les patients j'ai insisté sur le fait qu'il ne s'agit pas de baisse brutale de tension (choc) mais de patients qui ont en permanence un tension basse.



Sur ce sujets ils sont nettement plus nombreux à ne pas se prononcer (19), et les réponses sont beaucoup plus évasives.

Pour 21 patients (20,2%) avoir une tension basse en permanence n'est « pas inquiétant ».

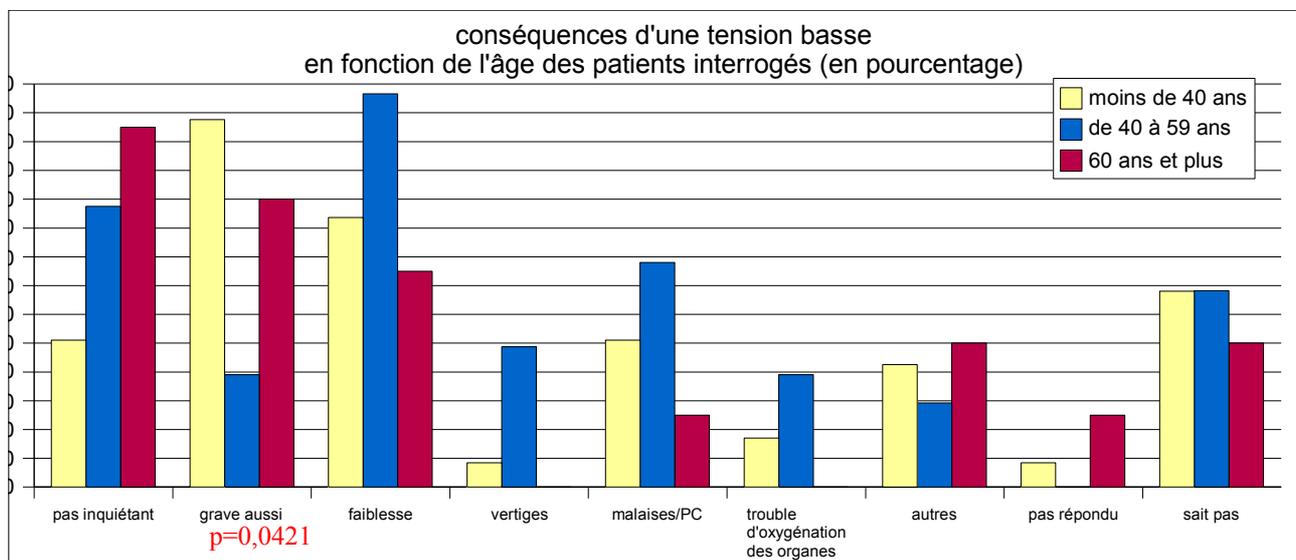
Au contraire pour 23 patients c'est « aussi grave » que d'avoir de l'hypertension, mais ils ne se prononcent pas sur les risques.

28 patients pensent qu'une tension basse a pour conséquence: « faiblesse », « fatigue », « manque d'énergie », « lenteur », « mollesse », pour 6 patients des « vertiges », et pour 15 des « malaises ».

Pour 6 patients tous les organes peuvent être altérés par un manque d'oxygénation.

10 patients ont pensé à d'autres conséquences:

atteinte cardiaque	2 patients	douleur oculaire	1 patient
arrêt cardiaque	1 patient	trouble psychique	2 patients
anémie	4 patients		



Les patients qui ont le moins répondu que l'hypotension est aussi grave que l'hypertension sont les

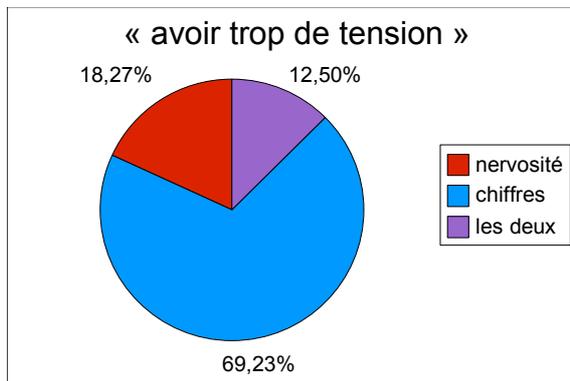
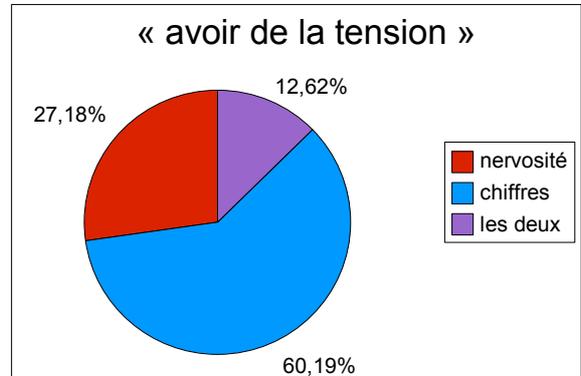
40-59 ans ( $p=0,0421$ ).

**2-14\_ Interprétation des expressions proposées:** Des données chiffrées précises sont disponibles en annexe: tableaux U et V.

Je leur ai proposé 5 expressions qui reviennent souvent aux l'oreilles des médecins, et leur ai demandé d'interpréter ces expressions:

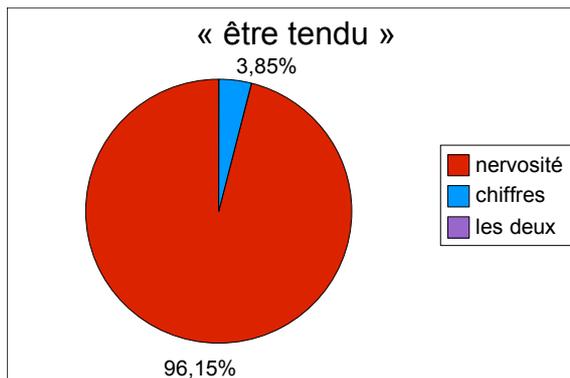
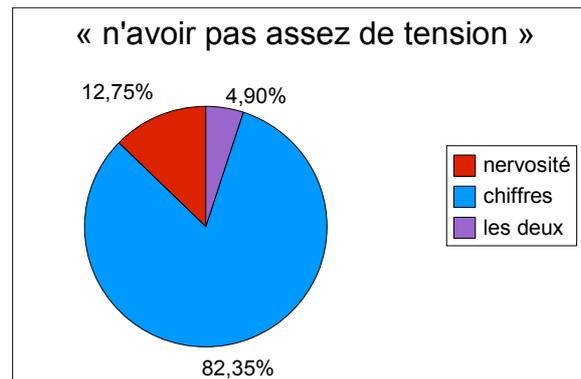
- Signifient-elles: - être nerveux  
- avoir des chiffres tensionnels, mesurés au brassard, anormaux  
- ou les deux

Pour 60,19% des patients « **avoir de la tension** » signifie avoir des chiffres tensionnels élevés. Cependant ils sont quand même plus du tiers à entendre « être nerveux ». Enfin pour 12,62% des patients l'expression est ambiguë.



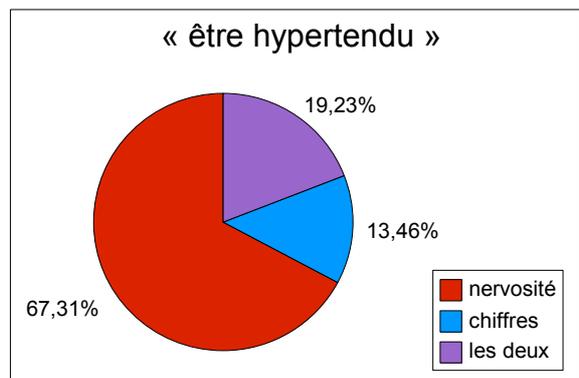
« **avoir trop de tension** » est plus nettement en rapport avec les chiffres tensionnels. L'apparition de « trop » dans l'expression suggère aux patients une notion plus numéraire.

« **n'avoir pas assez de tension** » est encore plus tranché en faveur des chiffres tensionnels (bas). Cependant il reste encore 12,75% des patients pour lesquels quelqu'un qui « n'a pas assez de tension » est en quelque sorte lymphatique.



« **Être tendu** » met presque tout le monde d'accord. « Je suis tendu » signifie « Je suis nerveux ».

Tout au contraire « **être hypertendu** » est tout à fait ambiguë: pour les 2/3 des patients c'est être « hypernerveux », et pour 19% des patients l'expression n'est pas claire. seuls 13,5% des patients l'interprètent comme une pression artérielle élevée, mesurée au brassard.



Il n'y a pas de différence significative entre groupes de patients dans les réponses à ces 5 questions.

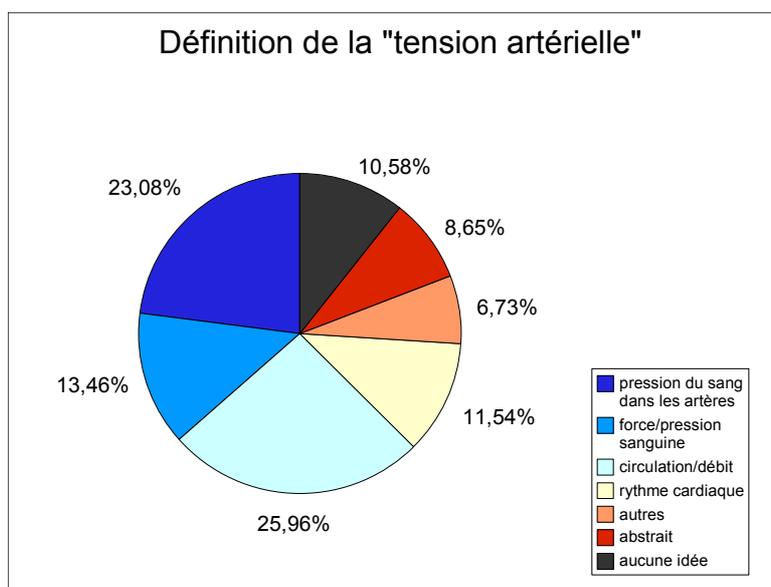
### III Confrontation des données:

#### 1 Les connaissances des patients sur la tension artérielle:

##### 1-1 Connaissance de la définition:

La définition de la pression artérielle (A-I) donnée par le dictionnaire de médecine Flammarion a été utilisée comme référence pour analyser les réponses des patients (B-II-2-2):

La pression artérielle, est la pression exercée par le sang sur les parois des artères périphériques et qui oscille, au cours d'une révolution cardiaque, entre une valeur maximale correspondant à l'arrivée de l'ondée systolique (pression artérielle systolique ou PAS) et une valeur minimale correspondant à la diastole (pression artérielle diastolique ou PAD)[2].



Globalement les patients ont une idée plutôt bonne de la définition de la tension artérielle, plus du tiers (36,5%) donnent une définition exacte (ou presque) de la tension artérielle (« pression du sang dans les artères »)(23,08%) ou « puissance/force du sang »)(13,46%), et 1 quart la met en lien avec le débit sanguin. Ce n'est pas si mal pour une population qui n'a pas eu de formation particulière sur le sujet. Cependant, il reste un peu plus du tiers des patients (37,5%) qui ont une idée plus que floue, fautive, ou pas d'idée de la définition de la tension artérielle. Les hommes ont répondu de façon plus exacte que les femmes. Les

personnes âgées de plus de 60 ans sont statistiquement plus nombreuses à avoir répondu de façon abstraite. En y ajoutant les réponses floues ou fautes (« autre »)et l'absence de réponse, elles sont 56,3% à ne pas savoir ce qu'est la tension artérielle. Les jeunes de moins de 40 ans n'ont pas répondu de façon plus juste que leurs aînés, mais ils n'ont pas donné de réponses floues. De telles proportions laissent le champ libre à l'éducation.

**1-2 Connaissance des facteurs influençant la tension:** Les connaissances des patients (B-II-2-3) ont été comparées aux connaissances scientifiques (A-V).

Le tableau présenté à la page suivante permet de présenter les réponses des patients et de les comparer aux connaissances scientifiques actuelles. Cependant ces données ne sauraient être parfaitement superposables. Les connaissances médicales y sont représentées en fonction de nos certitudes sur les effets de différents facteurs influençant la tension artérielle, qu'ils l'abaissent (-) ou l'élève (+). Les facteurs influençant les pressions artérielles avec certitude sont notée ++ ou --, les facteurs généralement admis + ou -, et les facteurs pour lesquels l'effet reste présomptif +/- . Sont notés 0 les facteurs qui n'ont démontré aucun effet. Les réponses des patients ne peuvent-être traitées de la même façon. J'ai traité chaque facteur en fonction du nombre de patients qui me l'ont cité. Le facteur le plus cité pouvant être considéré comme le plus important à leurs yeux. Ce tableau a donc des limites certaines. Il a pour seul intérêt de nous permettre de visualiser la justesse des réponses des patients au regard de nos connaissances, et l'intérêt qu'ils y portent par rapport à nos certitudes.

Et globalement, ils ne sont pas dupes et ne font pas d'erreur.

Effet sur la tension		hausse tensionnelle			pas d'effet	baisse tensionnelle		
		++	+	+/-		0	+/-	-
Pathologies			48					
Médicaments				12		11		
Tabac				27				
Drogues				15				
Facteurs Alimentaires	Chlorure de Sodium			17				
	Potassium				0			
	Magnésium				0			
	Calcium				0			
	Ethanol		45					
	cholestérol		58					
	graisses saturées							
	graisses monoinsaturées					4		
	polyinsaturées Oméga 3					1		
	polyinsaturées Oméga 6				0			
	carbohydrates (sucres)			15				
	protéines animales				0			
	protéines végétales				0			
	fruits et légumes					9		
	régime DASH						52	
	fibres				0			
	réglisse			1				
	ail frais				0			
Thé			1		2			
Café			8					
Cacao				0				
Facteurs génétiques				25				
Facteurs Individuels	sexe			3		3		
	âge			28				
	ethnie			1				
	Obésité			18				
	stress	89						
Facteurs physiologiques	fatigue						34	
	sommeil				0			
	relaxation					2		
	pouls			5		5		
	respiration			1		1		
	grossesse	pathol		8		?		psysiol
	digestion				0			
	réplétion vésicale				0			
douleur			3					
Activité	sédentarité		34					
	effort physique		32					
Facteurs Environnementaux	niveau socio-économique bas				0			
	éducation/culture				0			
	profession			13				
	bruit				0			
	pollution			4				
	géographie				0			
	saison			5				
	température				0			
l'heure				0				
Conditions d'Examen	effet blouse blanche				0			
	répétition des mesures				0			
	dialogue				0			
	position			1				
Facteurs Biologiques	hypercholestérolémie			15				
	uricémie				0			
	CRP				0			

connaissances médicales	++ ou --	effet reconnu
	+ ou -	effet admis
	+/-	effet controversé
	0	pas de différence significative
connaissance populaire (en fonction du pourcentage de réponses des patients)	++ ou --	60 à 100%
	+ ou -	30 à 60%
	+/-	1 à 30%
	0	pas évoqué
réponse identique		

Régime DASH= régime riche en fruits et légumes et réduit en graisses d'origines animales et sucrerie

Ils savent qu'une élévation tensionnelle peut-être révélatrice d'une maladie sous-jacente. Ils sont 46,2% à y avoir pensé. C'est beaucoup au regard de la faible proportion d'hypertensions secondaires. Ils pensent à juste titre à des maladies cardio-vasculaires, mais aussi à l'hypercholestérolémie qui est un facteur favorisant l'hypertension beaucoup moins évident que l'artérite qu'ils citent dans les mêmes proportions. A l'inverse ils sous-estiment nettement l'impact de l'insuffisance rénale. Le diabète et les pathologies hormonales sont aussi très peu citées.

Ils sont plutôt peu nombreux à avoir pensé aux médicaments, pourtant ils savent bien que le traitement de l'hypertension passe le plus souvent par un traitement médicamenteux.

Ils savent que tabac et alcool favorisent l'élévation tensionnelle, moins pour les drogues.

Il savent aussi pour le café, et ne se trompent pas non plus sur les facteurs alimentaires bénéfiques pour la tension. Ce qu'ils appellent « bonne hygiène alimentaire » ressemble à s'y méprendre au régime DASH (régime riche en fruits et légumes avec réduction des graisses animales et des sucreries) qui a si clairement fait ses preuves dans la réduction de la pression artérielle, mais aussi dans le traitement de l'hypertension. Les personnes âgées sont significativement moins au courant des effets de ce régime. En contre-partie j'ai pu constater que les méfaits du régime restent méconnus.

Ils sont trop peu nombreux (17%) à savoir que le surpoids joue un rôle prépondérant dans l'élévation tensionnelle.

L'effet de l'âge n'est cité que par le quart des patients seulement. C'est peu au regard de l'évidence scientifique. La même proportion sait qu'il peut exister des facteurs génétiques responsables d'hypertension.

Le stress est source d'ambiguïté: Les patients en font leur première cause d'élévation tensionnelle. C'est juste, le stress élève la tension, parfois même beaucoup, mais ponctuellement. La communauté scientifique ne semble pas y attacher la même importance que les patients (85,6% l'ont cité) probablement parce qu'il n'est pas reconnu responsable d'hypertension. De la même façon, les patients évoquent le stress au travail, qui n'est pas reconnu être une source d'hypertension. Il est systématiquement cité par les 40-59 ans.

Ils évoquent à juste titre la fatigue, mais sous-estiment les effets de la grossesse.

Les facteurs liés à l'activité physique sont bien connus, surtout des hommes, ils savent bien qu'une activité régulière stabilise la tension, tandis qu'un effort violent l'élève.

Rares sont ceux qui connaissent la variation saisonnière de la tension ou les effets de la température, et on ne saurait les en blâmer car elle n'est que rarement prise en compte par les médecins eux-même. Par contre, ils ignorent absolument la variation nyctémérale de la tension, ou les variations diurnes en fonction de la digestion, ou de la réplétion vésicale par exemple. Il en va de même de la responsabilité du niveau socio-économique.

Les variations liées aux conditions d'examen, tels que l'effet blouse blanche tant redouté des médecins, la répétition des mesures, le dialogue... sont totalement méconnues. Pour eux, ce que est mesuré au cabinet médical est leur réalité tensionnelle, c'est un verdict. Nous savons que la réalité n'est pas si absolue, et qu'une valeur tensionnelle doit être rapportée à son contexte.

Comment les patients savent-ils que l'hypercholestérolémie favorise l'hypertension? Certains par leur bon sens hydrodynamique, car ils savent que « le cholestérol encrasse les artères » et que des « artères bouchées » favorisent l'élévation tensionnelle. Mais pour d'autre c'est une confusion entre cofacteurs de risque cardio-vasculaires.

En somme, les patients interrogés ont une assez bonne connaissance des facteurs qui modifient la tension artérielle, mais ils surestiment la responsabilité du stress et sous estiment l'obésité. Mais ils connaissent bien les implications de l'hygiène de vie (activité, alimentation...).

**1-3\_ Connaissance des risques de l'hypertension:** Les connaissances des patients (B-III-2-12) ont été confrontées aux complications connues de l'hypertension décrites en A-III-2.

Les patients interrogés sont très au courant des risques cardio vasculaires encourus par un hypertendu, puisqu'ils sont 82,7% à y avoir pensé. « Le coeur c'est important », ils ne l'oublient pas. Les risques les plus souvent cités sont l'infarctus du myocarde et l'angine de poitrine, mais ils ont aussi pensé à l'artériopathie oblitérante des membres inférieurs, insuffisance cardiaque, rupture d'anévrisme...

Les complications neurologiques ont été citées par 58,7% des patients (plus souvent par les femmes): AVC, hémorragie cérébrale, céphalées... Là aussi les patients connaissent les risques.

L'insuffisance rénale, est la grande oubliée. Seuls 6 patients (5,8%) y ont pensé. Mon impression est qu'elle a été citée par des sujets particulièrement sensibilisés par l'atteinte d'un proche (époux, parent...), et qui ont vécu par cet intermédiaire les affres de l'insuffisance rénale, jusqu'à l'hémodialyse. Toujours est-il que très peu de patients ont cité cette complication. Le rein est pourtant bien un organe noble, l'auraient-ils oublié?

Ils sont un peu plus nombreux à avoir pensé aux complications visuelles (9 soit 8,7%). Ils ont été un peu aidés par un documentaire passé à la télévision au cours du recrutement. Cette complication est donc elle aussi assez méconnue.

La mort a été citée par 15,4 % des patients (7 fois telle quelle et 9 fois « arrêt cardiaque »), il est exact qu'elle constitue la complication ultime de l'hypertension.

Par ailleurs, ils ont pensé à des complications non reconnues par le corps médical: complications veineuses, ou « tous les organes puisque le sang va partout ». Par contre, ils n'ont été que très peu nombreux à penser à des atteintes pulmonaires, digestives ou hépatiques, et jamais des personnes âgées de plus de 60 ans.

Pour résumer, ils connaissent bien les complications cardio-vasculaires et cérébrales et mal les complications rénales et oculaires.

**1-4\_ Connaissance des risques de l'hypotension bien tolérée:** Les connaissances des patients (B-III-2-13) ont été confrontées aux bénéfices et risques de l'hypotension bien tolérée (A-III-1).

Les réponses sont nettement plus évasives, et ils se prononcent moins souvent que sur les risques de l'hypertension (17 « ne sait pas » contre 1 pour la question précédente).

Le plus souvent ils voient les sujets hypotendus comme des personnes « lentes », « molles », lymphatiques(26,9%). Par contre, il est vrai qu'elles sont plus exposées aux vertiges(5,6%) et aux malaises(14,4%).

L'hypotension les inquiète outre mesure puisqu'ils ne sont que 20% à penser qu'elle n'est pas inquiétante, et 22% à la croire « aussi grave » que l'hypertension. Les 40-59ans sont moins nombreux à l'estimer grave. 6 patients ont pensé à des atteintes organiques par manque d'oxygénation (j'avais pourtant bien spécifié qu'il ne s'agissait pas de chute de tension, mais bien de tension basse chronique bien tolérée). Et pour 10 patients/104 la tension basse peut-être responsable d'atteinte cardiaque, d'anémie, de douleur oculaire (probable confusion avec l'hypertension intra-oculaire), ou de troubles psychiques...

Donc le risque est largement surestimé.

## 2\_ La charge symbolique et émotionnelle de la valeur tensionnelle:

### 2-1\_ La signification des chiffres tensionnels pour le patient:

Voir aussi en annexe tableau W:

Les réponses des médecins à la question « Que recherchent les patients par cette demande? »(B-II-1-4) ont été comparées aux réponses des patients à la question « Qu'est-ce que cette mesure vous apporte personnellement? »(B-II-2-4).

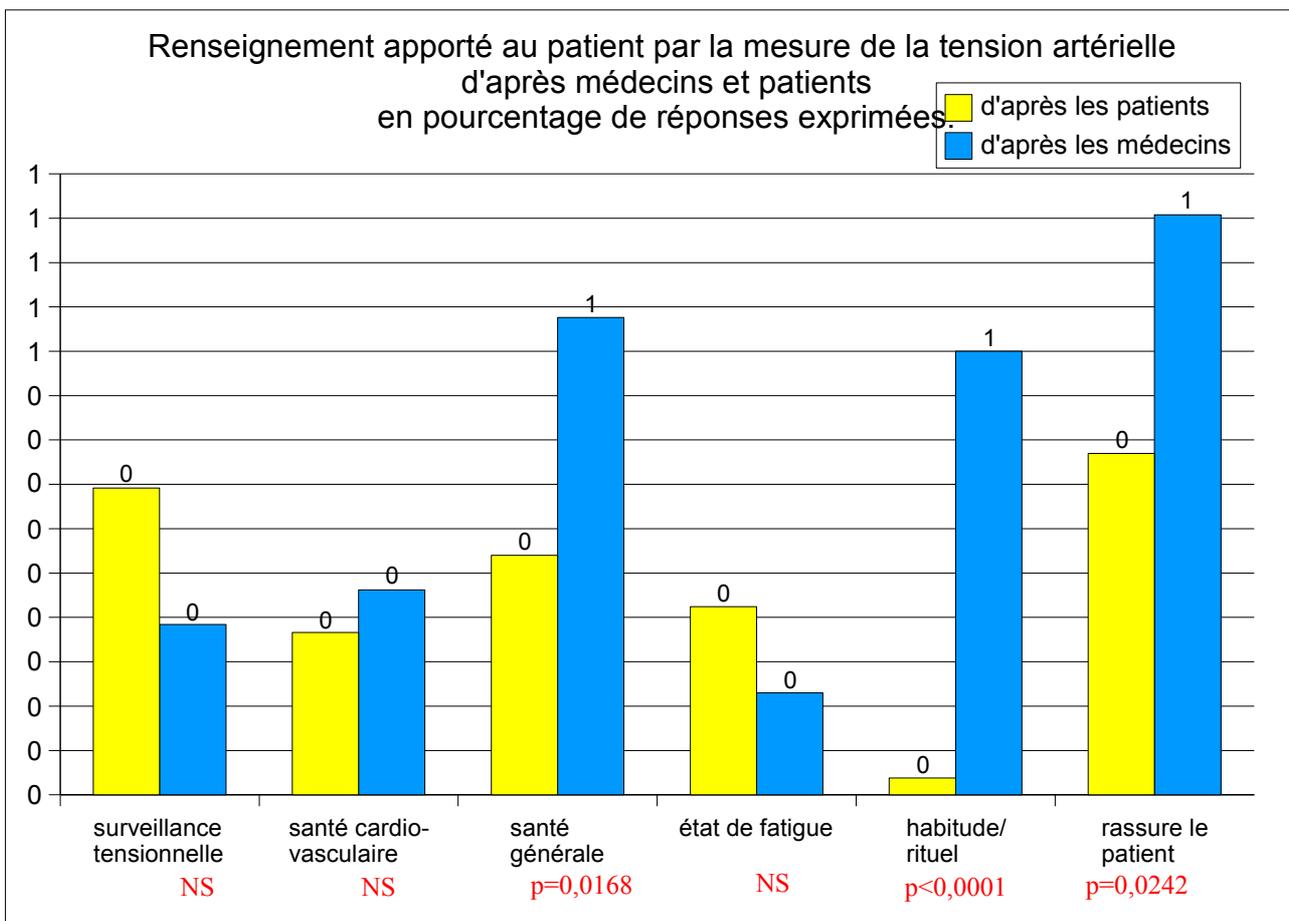
Médecins et patients s'accordent sur le fait que prendre la tension à un patient le rassure, le reconforte (surtout la personne âgée). *Mais les médecins y attachent plus d'importance que les patients* ( $p=0,0242$ ).

Et c'est beaucoup moins par habitude que ne le pensent les médecins ( $p<0,0001$ ).

Cependant l'habitude est rassurante. L'habitude et la réassurance peuvent donc être mises en parallèle, car elles sont probablement 2 façons d'exprimer la même chose. Toutes deux sont surestimées par les médecins.

Renseignement apporté au patient par la mesure de la TA en pourcentage de réponse	d'après les patients	d'après les médecins
surveillance tensionnelle	34,6%	19,2%
santé cardio-vasculaire	18,3%	23,1%
santé générale	27,0%	53,8%
état de fatigue	21,2%	11,5%
habitude/rituel	1,9%	50,0%
rassure le patient	38,50%	0,65

Le patient attend des chiffres tensionnels un indice de santé moins global que les médecins ne le croient ( $p=0,0168$ ). Par contre, ils ont bien compris que les patients souhaitent surveiller leur tension, car ils savent que « c'est important ». Et ils ont bien saisi la valeur d'indice de santé cardio-vasculaire globale, et d'indice évaluant l'état de fatigue, que les patients donnent aux chiffres tensionnels.



## 2-2\_ La valeur symbolique du geste pour patients et médecins:

Voir aussi en annexe tableau X:

Les réponses des médecins à la question « Ce geste a-t-il un intérêt en dehors de la recherche systématique d'hypertension artérielle? »(B-II-1-5) ont été comparées aux réponses des patients à la question « Hormis la recherche systématique d'hypertension artérielle, ce geste représente-t-il autre chose à vos yeux? »(B-II-2-6).

Pour plus de la moitié des patients le geste n'apporte rien de plus que des chiffres tensionnels, les médecins ne sont que 15% dans ce cas. *C'est donc plus pour les médecins que pour les patients que l'acte est symbolique* ( $p=0,0001$ ).

Le « symbole du corps médical » est aussi une idée de médecin, il est à peine évoqué par les patients ( $p=0,0003$ ).

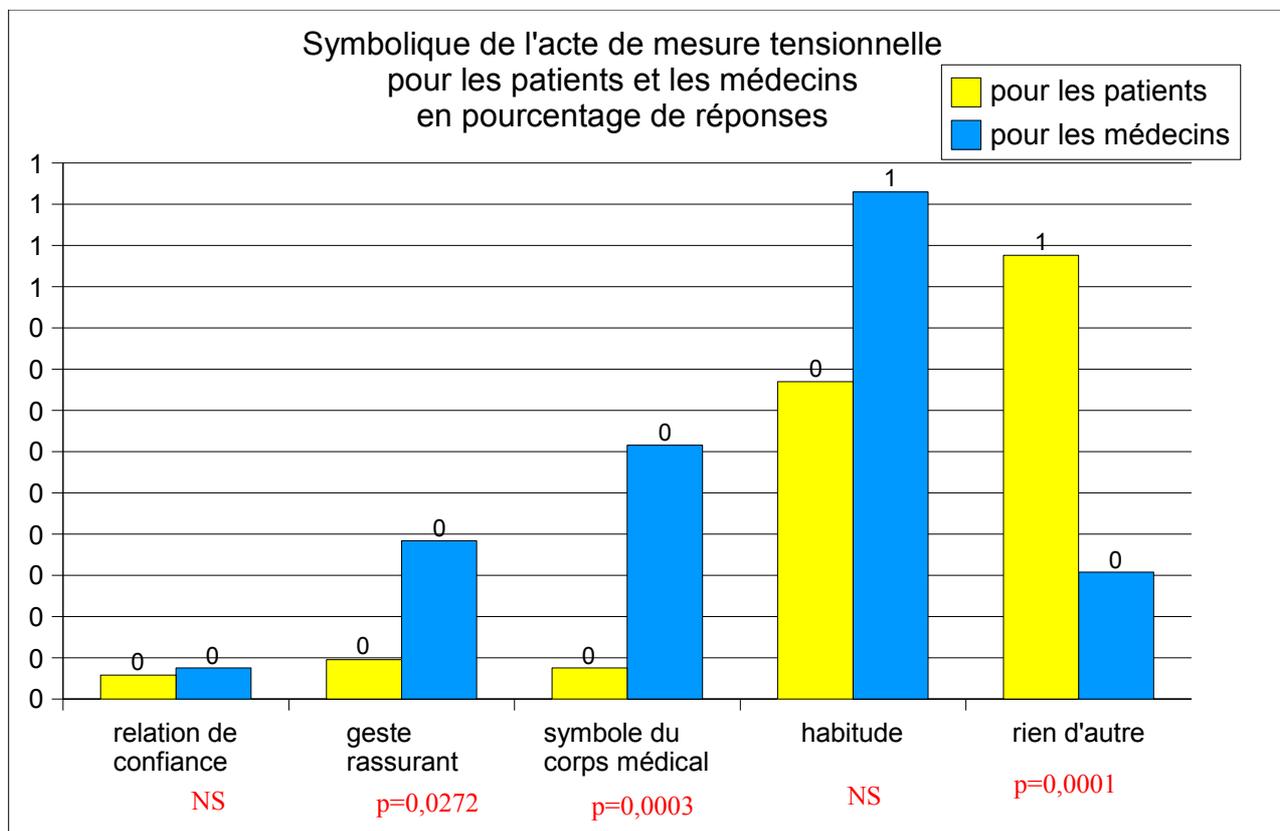
Pour médecins et patients c'est une question d'habitude, la différence entre médecins (61,5%) et patients (38,5%) n'est pas significative ( $p=0,06$ ).

Les patients(4,8%) parlent moins que les médecins(19,2%) de geste rassurant ( $p=0,0272$ ), mais comme vu au chapitre précédent une habitude est rassurante.

Le premier geste permettant une entrée en contact physique moins agressive qu'une approche directe, est surtout une réponse de médecins (26,9%). Elle n'est pas facile à rapprocher des réponses des patients qui ne l'on pas évoqué du tout. Néanmoins on peut la mettre en parallèle avec l'habitude, le rituel d'une consultation normale. Il semble quand même globalement que l'habitude soit plus celle des médecins que des patients.

La relation de confiance entre médecins et patients semble s'établir sur d'autres critères que la mesure tensionnelle, car elle a été aussi peu suggérée par les 2 parties.

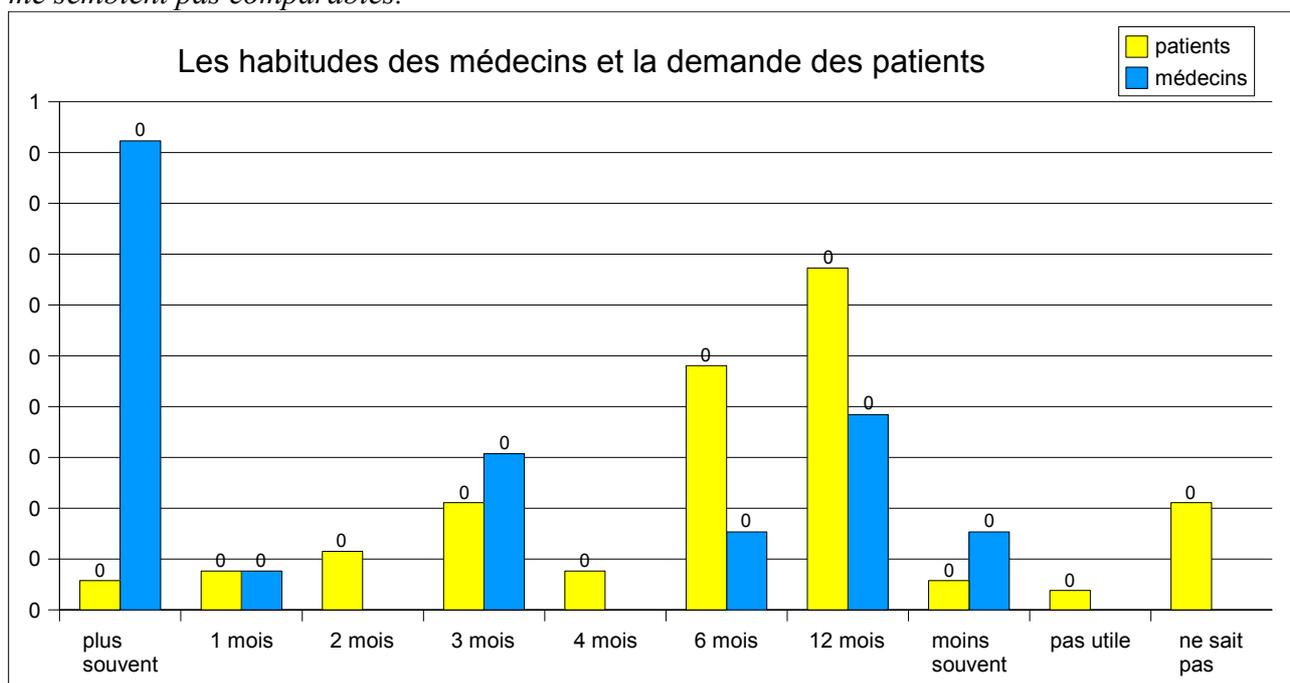
Valeur symbolique de l'acte de mesure tensionnelle pour les patients et les médecins en pourcentage de réponse	pour les patients	pour les médecins
relation de confiance	2,9%	3,8%
geste rassurant	4,8%	19,2%
symbole du corps médical	3,8%	30,8%
habitude	38,5%	61,5%
rien d'autre	53,8%	15,4%



### 3\_ L'attente des patients:

Les réponses des médecins à la question « Pour ces patients, prenez-vous la TA: systématiquement?, tous les mois?, tous les 3 mois?, tous les 6 mois?, tous les ans?, moins souvent? »(B-II-1-2) ont été comparées aux réponses des patients à la question « A quelle fréquence pensez- vous nécessaire de la contrôler? »(B-II-2-6).

En comparant les habitudes de mesure tensionnelle des médecins avec la fréquence à laquelle les patients pensent nécessaire que leur tension soit prise quant-ils vont bien (tableau ci-dessous), on constate des écarts évidents: 46,2% des médecins mesurent la tension à chaque consultation, quand seulement 2,9% des patients jugent cette fréquence nécessaire. Plus de la moitié des patient (57,7%) jugent que 6 à 12 mois est une fréquence suffisante, tandis que 21,1% des médecins ont cette attitude. *Il ne me paraît pas possible de réaliser un étude statistique sur ce critère, car la question était fermée pour les médecins et ouverte pour les patients, les données ne me semblent pas comparables.*



Ces sujets normotendus se déclarent rarement préoccupés (7,7%) par leur tension (B-II-2-10). Les plus préoccupés sont sans surprise les personnes âgées de plus de 60 ans (25% se déclarent préoccupés). Ils sont préoccupés par peur des conséquences de l'hypertension, qu'elles ont en effet plus de raisons de craindre que les plus jeunes. Ces derniers ne se sont jamais déclarés préoccupés.

Les seuls à déclarer que leur tension a une conséquence sur leur vie quotidienne sont les 40-59ans (A-II-2-5). Mais l'ensemble (92,3%)des patients n'est pas préoccupé par leur tension artérielle, et elle n'a pas de conséquence sur leur vie quotidienne(93,3%).

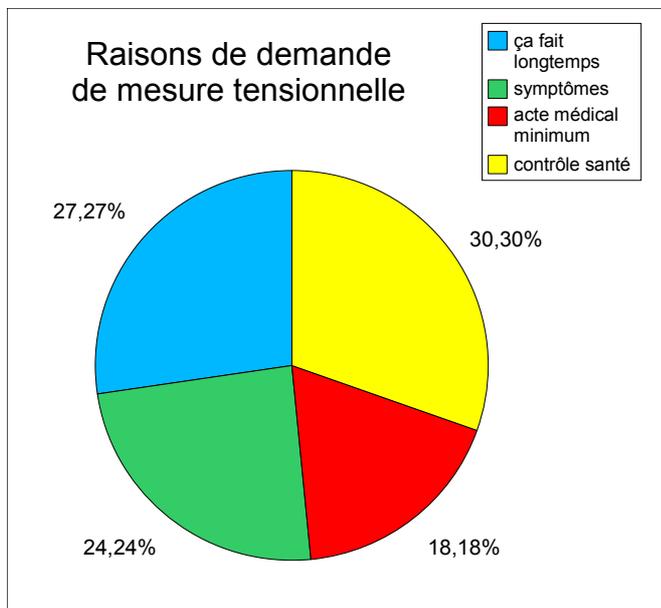
Et pourtant 27% des patients réclameraient une mesure tensionnelle si celle-ci n'était pas faite(B-II-2-9). Ce qui confirme bien l'impression des médecins que les patients sont souvent demandeurs(B-II-1-3).

Et d'autre part 94,2% des patients se déclarent satisfait de la fréquence à laquelle leur médecin leur prend la tension, elle n'est jamais mesurée trop souvent (B-II-2-7). Mon impression, pour avoir interrogé médecins et patients personnellement, est que cette satisfaction semble indépendante des habitudes de mesure tensionnelle de leur médecin. Il faut noter que cette réponse peut-être biaisée par l'impression que pourrait avoir le patient que je cherche à juger le travail de son médecin. Il se peut que par fidélité à ce dernier ils se soient déclarés satisfaits. Ou alors est-ce sa satisfaction globale de la prise en charge par son médecin que le patient exprime ici?

Alors y aurait-il des incohérences?...

## 4\_ Les patients demandeurs:

En examinant de plus près les 27% de patients (28/104) qui se déclarent demandeurs (B-II-2-9), et en étudiant les raisons qui les poussent à demander une mesure tensionnelle la situation s'éclaire:



- Bien entendu ces sujets bien portants consultent plus rarement que nombre d'autres patients, et souvent ils réclament une mesure tensionnelle parce qu'ils n'ont pas consulté depuis longtemps et que le délais optimal, à leur yeux, a expiré. C'est la raison de 27% des demandes. Ces cas s'intègrent bien dans un programme de surveillance cohérent.
  - D'autres (30%) souhaitent contrôler leur état de santé: soit cardiaque, soit global. Ils donnent à la tension une dimension qu'elle ne mérite pas, en faisant un indice du fonctionnement de l'ensemble de l'organisme. Un peu de pédagogie pourrait être utile.
- C'est parfois la présence de symptômes tels que des céphalées ou des étourdissements qui justifient cette demande(24,4%). Ce sont, en effet, des signes d'orientation justifiant la recherche d'une hyper ou hypotension, et le patient ne devrait pas avoir besoin de réclamer une mesure tensionnelle, s'il a décrit de tels symptômes à son médecin. D'autres symptômes cités ne nous engageraient pas nécessairement à la mesure tensionnelle, comme le stress, la déprime ou la fatigue. Car le sujet n'est pas en condition de référence, et la pression artérielle n'est pas en cause... Dans tous ces cas, lorsqu'un symptôme est la raison de la demande de mesure tensionnelle, l'examen ne peut se limiter à cette mesure.
  - Enfin pour 18% des sujets, la demande est une revendication sans fondement. C'est un acte qui leur est indispensable à chaque consultation, par « habitude » ou « par respect ». Mais n'est-ce pas au médecin de savoir ce qui est nécessaire à un suivi médical de qualité?

En fait, devant une demande de mesure tensionnelle, il faut s'enquérir de la raison qui pousse le patient à faire cette demande.

Rappelons qu'il y a quand même 73% de patients qui déclarent ne pas demander de mesure tensionnelle. Ceux là précisent parfois que si le médecin ne leur a pas pris la tension c'est qu'il n'a pas jugé nécessaire de le faire, ou qu'ils ne se permettraient pas de le demander. Ils respectent donc en général la décision du médecin.

Les patients qui craignent que leur tension aie changé au moment où ils se rendent en consultation (B-II-2-11) sont relativement peu nombreux (16%), ils motivent leurs craintes par un stress, une maladie actuelle, un alcoolisme, une mauvaise hygiène de vie, ou l'âge... Ils ont donc pour la plupart de bonnes raisons de s'inquiéter, mais ce n'est pas la mesure tensionnelle qui réglera ces problèmes, il y a là d'autres sujets à évoquer.

## 5\_ Vocabulaire:

Il règne encore une grande confusion entre « tension nerveuse » et « tension artérielle », bien que les patients appréhendent plutôt bien la définition physique de la tension artérielle comme vu au C-I-1. Ils ont beau avoir des connaissances, les idées reçues ont la vie dure. Et dans les expressions utilisées par les patients et les médecins elles transparaissent encore.

Un sujet auquel son médecin dit: « vous avez de la tension », ou « vous avez trop ou pas assez de tension », entendra le plus souvent que la mesure de ses chiffres tensionnels n'est pas « normale ». Mais il reste encore une bonne proportion de patients (respectivement 41%, 31% et 18%), pour lesquels l'expression n'est pas comprise.

Tout au contraire « être tendu » signifie quasi-unaniment pour patients et médecins être nerveux. Cette expression est donc compréhensible sans ambiguïté

« Vous êtes hypertendus » mérite une véritable explication de texte, car il n'a pas du tout la même signification pour médecins et patients: Seuls 13,5% des patients comprennent qu'il s'agit de pressions artérielles élevées! Pour le plupart des gens « être hypertendu » signifie « être hypernerveux », ils le disent tout net.

Par ailleurs, je souligne dans le vocabulaire des patients que leur tension est rarement haute ou basse, ni forte ou faible. Non, elle est « bonne » ou « mauvaise ». Cette intervention du bien et du mal pour juger de la valeur tensionnelle souligne l'importance de la « tension » aux yeux des gens.

Dans le même registre le médecin ne mesure pas la tension artérielle. Non, il « prend la tension ». Est-ce à dire qu'il ôte un poids si lourd des épaules du patient?

# C\_ Discussion

## **I\_ L'échantillon:**

L'échantillon de 26 médecins est représentatif de la population médicale régionale en fonction de l'âge et du sexe des médecins, et l'échantillon de 104 patients est représentatif de la population départementale sur les mêmes critères. Aucune conclusion ne peut être tirée sur la représentativité de ces échantillons en fonction de la répartition de leur habitat par zone urbaine, ni par catégorie socio-économique.

## **II\_ Connaissances des patients:**

Les connaissances des patients de la définition de la tension artérielle sont plutôt bonnes pour une population qui n'a pas reçu d'éducation particulière sur le sujet. Mais 1/3 des patients a une idée fautive ou abstraite de la tension artérielle, et 2/3 bénéficieraient d'une information sur le sujet.

Leurs connaissances des facteurs influençant la tension artérielle n'est pas mauvaise non plus. Ils savent que l'activité physique est saine (surtout les hommes) et connaissent bien le régime bénéfique à la tension. S'ils l'appellent « hygiène alimentaire », leur description ressemble bien au régime D.A.S.H. (riche en fruits et légumes avec réduction des graisses animales et sucreries). Cependant les personnes âgées de plus de 60 ans connaissent moins le bénéfice de ce régime. La prévention de l'hypertension mériterait qu'une information ciblée sur cette population soit délivrée. En contrepartie le sucre et surtout le sel sont moins souvent cités que je ne l'aurais pensé.

Par contre ils sont nettement trop peu à connaître les méfaits du surpoids sur la tension. Je crains malheureusement que le poids aie surtout une valeur esthétique et pas de risque médical aux yeux des patients. Les campagnes de prévention de l'obésité menées actuellement pourraient bien gagner en efficacité en informant la population du risque accru d'hypertension.

Les méfaits tensionnels du tabac et de l'alcool sont mieux connus que le surpoids mais les campagnes de préventions pourraient, là aussi, s'appuyer sur l'intérêt porté par les patients à leur tension artérielle.

Le stress est trop souvent mis en cause par les patients, par rapport à l'importance que lui donne la communauté scientifique, surtout les 40-59ans. Ils le créditent de conséquences réelles mais exagérées. De la même façon ils surestiment l'implication de maladies, et pensent notamment aux pathologies cardio-vasculaires. C'est ainsi que s'ils ont une tension élevée ou basse ils en concluent souvent qu'ils sont stressés ou fatigués ou qu'une pathologie masquée est responsable de cet état. L'idée que l'hypertension puisse être idiopathique et asymptomatique est peu répandue. Une hypothèse pour expliquer cette importante responsabilité donnée au stress est que: rendre le stress responsable de son hypertension est une façon de la banaliser, de se donner l'impression de conserver une sorte de contrôle. Tout le monde est stressé, c'est une façon de tenir à distance l'idée de la maladie.

Le réglisse est un piège auquel il nous faut penser devant toute pression artérielle élevée, les patients ne connaissant pas ses méfaits tensionnels, ne penseront pas à le signaler à leur médecin. La consommation est si courante et l'éviction si simple, qu'il serait dommage de passer à côté.

Les complications cardio-vasculaires de l'hypertension sont extrêmement bien connues des patients, c'est ce qui en fait le danger à leurs yeux. Ils savent que le cœur est un organe vital et s'en inquiètent beaucoup. C'est probablement, et à juste titre, ce qui cause la peur de l'hypertension artérielle, et donc l'inquiétude autour de la tension.

A l'inverse ils ignorent tout à fait la complication en insuffisance rénale. Le rein ne les intéresse pas. Ignoreraient-ils que les reins sont, eux aussi, indispensables à la vie?

Les complications oculaire sont, elles aussi, peu connues.

Les complications neurologiques sont assez connues, surtout des femmes.

Les bénéfices d'une tension basse sont méconnus et ses dangers très surestimés.

### **III\_ Le protocole de mesure:**

L'obtention de valeurs tensionnelles fiable et reproductible exige une méthode, et des conditions de mesure strictes comme recommandées par l'O.M.S. (cf. A-IV-1). Ce protocole est pour le moment le plus sûr pour juger des valeurs tensionnelles, et obtenir « une donnée chiffrée objective » (qui restera malgré tout examinateur-dépendante). Mais il est inapplicable si la mesure doit être faite par le médecin à chaque consultation. Quel médecin peut consacrer 8 minutes à chaque consultation uniquement pour la mesure tensionnelle?

Après renseignement auprès d'un juriste, la mesure de tension artérielle à chaque consultation n'a pas de caractère médico-légal au sens strict. Mais la mesure régulière de la tension entre dans l'obligation de moyen pour des soins consciencieux, notre obligation étant de nous donner les moyens de faire le diagnostic si hypertension il y a.

Mais il n'y a pas de recommandation sur la fréquence de mesure tensionnelle chez le sujet sain. La seule référence scientifique fondée sur l'évolution de la pression artérielle vers l'hypertension, juge suffisant, pour un sujet ayant des pressions artérielles optimales ou normales, un suivi tous les 2 ans, ou tous les ans si la tension est normale haute (A-IV-2)[15].

La plupart des patients déclarent qu'il se contenteraient d'une mesure tensionnelle semestrielle ou annuelle.

Il serait donc licite, et acceptable de ne pas mesurer systématiquement la tension artérielle, à condition de le faire dans de bonnes conditions. La prévention de l'hypertension pourrait même y gagner par le respect des recommandation de l'O.M.S. Le choix du médecin traitant par les patient, permettra probablement d'organiser plus facilement ce type de suivi.

Autrement, pour mesurer la tension à chaque consultation dans les conditions O.M.S. faudrait-il déléguer la mesure tensionnelle à des infirmières, ou à des personnels spécialement formés? Ou peut-être préférer l'automesure domiciliaire qui semble avoir fait la preuve d'une fiabilité, peut-être supérieure à la mesure au cabinet?

Il serait souhaitable que des recommandations soient édictées sur le sujet, afin de trancher le débat.

Un certain nombre de médecins répondront que la mesure tensionnelle rapide systématique n'empêche pas de prendre plus de temps et de respecter les conditions recommandées lorsque les chiffres sont douteux. Ce geste leur sert de dépistage rapide. A ceux-là, je ferai remarquer 2 choses: Premièrement: l'effet blouse blanche n'influe pas que dans le sens de l'élévation tensionnelle. Il existe aussi des hypertension masquées. A prendre la tension approximativement ne risquons-nous pas d'accentuer le risque de ne pas diagnostiquer certaines hypertensions? Deuxièmement: Si le médecin ne s'alarme pas de voir évoluer un 120/80mmHg en 130/80mmHg, parce qu'il sait avoir pris la tension dans de mauvaises conditions, le patient n'a pas ce recul, et s'inquiète d'une telle évolution. Nous risquons donc d'être plus anxigènes en la prenant sans cesse et trop rapidement.

Mais si la mesure tensionnelle systématique disparaissait des consultations médicales, lequel du médecin ou du patient serait le plus dérouté?

#### **IV\_ Représentations de la tension pour médecins et patients:**

Ce qui compte pour les patients dans la « prise de tension », est plus la connaissance de ses chiffres tensionnels que le geste de prendre la tension en lui même. Ils ont bien compris que la tension artérielle est importante, car elle est le moyen de dépistage de l'hypertension. Et ils savent que l'hypertension a des conséquences graves (cf. supra). Mais ils en font parfois aussi un indice de leur état de fatigue ou de leur santé globale. C'est la valeur normale des chiffres tensionnels qui rassure le patient, plus que l'acte de mesure tensionnelle.

Par contre, c'est pour les médecins que ce geste a le plus de valeur symbolique. Pour eux, les chiffres entrent dans un acte de dépistage systématique de l'hypertension, ou de diagnostic face à des symptômes évocateurs d'hypo ou hypertension. Mais le geste revêt un autre intérêt. C'est essentiellement une habitude (plus pour les médecins que pour les patients), un symbole du corps médical, ou un geste sensé rassurer le patient. Or nous avons vu que ce sont les chiffres tensionnels normaux qui rassurent le patient. Cette idée de symbole du corps médical est plus une expression de médecins. Et pourtant on voit partout dans la presse la consultation médicale représentée par la prise de tension, même si l'article évoque le prix de la consultation, ou la pénurie médicale. Une des hypothèses possible pour expliquer ce choix des éditeurs est que: ce geste peut être présenté sans que le patient soit dénudé, c'est plus pudique pour une couverture de magazine.

L'habitude est tout autant celle du médecin que du patient, pour le patient c'est plus l'habitude de sortir de consultation avec ses chiffres tensionnels. Pour le médecin c'est en plus l'habitude de l'acte de mesure tensionnel, c'est son rituel rassurant.

Le revers de la médaille est que la mesure « intempestive » des pressions artérielles peut alors devenir inutilement inquiétante pour le patient si les chiffres sont anormaux parce que pris dans de mauvaises conditions. Il faut aussi considérer l'éventualité que le patient puisse être rassuré d'apprendre qu'on ne devient pas hypertendu du jour au lendemain. Par ailleurs, ces mesures répétées sans cesse donnent au patient l'impression que les chiffres tensionnels ont plus de valeur qu'ils n'en ont en réalité. J'ai ainsi entendu: « si le médecin prend tout le temps la tension c'est que c'est important de la prendre » la conclusion du patient étant qu'il faut donc la prendre tout le temps. On se sent emportés dans un cercle vicieux. C'est pourquoi il se pourrait bien, comme je l'ai entendu dans la bouche d'un médecin, que « nous ayons rendu la mesure tensionnelle symbolique au yeux des patients ».

Le symbole n'est pas toujours celui que l'on croit: Un patient m'a déclaré que c'était le sourire du « toubib » à l'annonce des chiffres qui le soulageait, c'est là toute la valeur de la communication non-verbale. C'est que le médecin soit rassuré qui soulage le patient

Le lien de confiance entre patient et médecin ne semble pas directement lié uniquement à la mesure tensionnelle, car le lien entre mesure tensionnelle et relation médecin malade n'a été que très peu évoqué par les deux parties. C'est pourquoi je ne pense pas qu'un médecin qui ne prendrait pas systématiquement la tension à ses patients bien portants, serait moins respecté de ces derniers. Le respect ne se gagnerait-il pas jour après jour, au fil des consultations? Je n'ose croire qu'il se limite à la mesure tensionnelle, mais je pense qu'il englobe l'ensemble des soulagements, petits ou grands que nous sommes capables d'apporter.

La mesure systématique des pressions artérielles est-elle une habitude culturelle française comme me l'a affirmé un des médecins interrogés? N'ayant pas trouvé de bibliographie à ce sujet, je ne saurais répondre à cette question de façon ferme, mais après renseignement auprès de mes relations à l'étranger, il s'avère que cette affirmation est peut-être vraie. Il semble qu'en Allemagne, au Royaume-Uni, en Italie, en Belgique, en Chine, ou au Mexique la mesure tensionnelle par le médecin soit moins systématique, mais qu'interviennent plus souvent des infirmières. Cette question mériterait peut-être une étude plus approfondie à l'heure où l'Europe uniformise nos modes de vies et nos attitudes thérapeutiques.

En remplaçant la mesure systématique de la tension à chaque consultation par un protocole de suivi régulier, on remplace un geste rituel fréquent par un rituel plus lourd mais plus épisodique, et une information chiffrée peu fiable redondante, par une donnée plus digne de confiance.

## **V\_ Pourquoi cette demande?:**

Face à une demande de mesure tensionnelle de la part d'un patient, il me paraît intéressant de l'interroger systématiquement sur la raison de cette demande. Les justifications fournies par les patients qui se sont déclarés demandeurs, m'ont permis de dégager 4 motivations distinctes:

- Si c'est parce qu'il estime qu'elle n'a pas été prise depuis longtemps (27%), il est possible de revoir avec lui ses facteurs de risques, et de planifier un suivi personnalisé. La crainte des conséquences réelles (ou supposées) de l'hypertension mais aussi de l'hypotension pousse les patients à demander une mesure tensionnelle. Le patient sera forcément rassuré de savoir qu'il ne risque pas de devenir hypertendu du jour au lendemain, puisque l'évolution vers l'hypertension se fait progressivement. Un protocole de surveillance peut tout à fait s'adapter à ces patients demandeurs de suivi cohérent.
- Si c'est pour vérifier son état physique global (30%), le patient fait fausse route, la mesure tensionnelle ne renseigne pas sur tout. De l'éducation s'impose.
- S'ils ont ressenti des symptômes qu'ils pensent imputables à une variation tensionnelle (24%), il sera nécessaire de faire le point sur ces symptômes, et l'examen ne se limitera pas à la mesure tensionnelle. Il arrive que, rassurés par une mesure tensionnelle normale, ils omettent d'aborder certains symptômes. Se contenter d'une mesure tensionnelle pourrait faussement rassurer un alcoolique, ou un dépressif, qui n'aurait pas évoqué son mal-être par honte ou par pudeur. En cherchant la raison de la demande, on sera éventuellement amené à évoquer d'autres sujets..
- Enfin, il reste les 18% de patients qui ont décrété que la mesure tensionnelle est indispensable, et la revendiquent. Certains pourront peut-être entendre qu'une mesure tensionnelle plus attentive, mais un peu plus espacée leur serait profitable, mais pour cela il nous faudrait des recommandations fermes pour avoir un aplomb suffisant. Pour d'autres il sera probablement difficile de se séparer de la mesure tensionnelle systématique. Mais après tout, l'éducation obtient parfois de bons résultats. Le combat contre le recours quasi-systématique aux antibiotiques réclamés par les patients n'était pas gagné d'avance.

Dans tous les cas, il est important de s'intéresser systématiquement à la raison de la demande de mesure tensionnelle, surtout pour ne pas passer à côté d'un symptôme que le patient n'aurait pas évoqué parce qu'il a cette idée fautive « si ma tension est bonne, c'est que tout va bien ».

Les quelques patients (16%) qui craignent que leur tension aie changé au moment où ils se rendent en consultation motivent leurs craintes le plus souvent par un stress, une maladie actuelle, un alcoolisme, une mauvaise hygiène de vie, ou l'âge... Ils ont donc, pour la plupart, de bonnes raisons de s'inquiéter. La mesure tensionnelle seule ne saurait les rassurer pleinement.

Approfondir avec le patient la raison de sa demande permettra au moins de rendre à la tension sa juste valeur, dédramatiser les causes et faire comprendre les conséquences pour instituer un suivi plus serein.

## **VI\_ Sociologie: Hypothèses pour expliquer les différences de réponses entre groupes de patients.**

Les hommes ont donné une définition de la tension artérielle plus exacte que les femmes. Ils ont plus souvent parlé de pression du sang dans les artères. Auraient-ils une approche plus technique et de meilleures notions de physique hydrodynamique? Ou sont-ils plus cultivés que les femmes sur ce point médical? (La suite de l'étude ne tend pas à confirmer cette dernière hypothèse, car pour le reste ils n'ont pas été beaucoup plus exacts).

Ils savent dire, mieux que les femmes que l'activité physique est favorable à une stabilité tensionnelle. Ils sont réputés être plus férus d'informations sportives. Les bienfaits de l'activité physique régulière transparaîtrait-il dans ces informations? Les femmes n'auraient-elles pas une approche de l'activité physique plus dans un but d'entretien esthétique que de leur santé?

Mais elles connaissent mieux le risque de complication neurologique de l'hypertension (AVC, hémorragies cérébrale, céphalées...). Serait-ce parce qu'elles sont plus souvent impliquées dans le maintien à domicile des personnes grabataires suite aux AVC?

Les plus jeunes (18 à 40 ans) ne se déclarent jamais préoccupés par leur tension. Ils connaissent un peu moins bien les conséquences de l'hypertension car ils citent plus souvent des atteintes organiques non reconnues (« autres atteintes organiques »), mais ils ne répondent jamais à la définition des réponses erronées « autres ». Ils sont moins nombreux à se dire réconfortés par des chiffres tensionnels normaux.

Une hypothèse est qu'ils connaissent plutôt bien la tension, mais restent pour le moment insouciants de lointains risques à venir qu'ils connaissent donc moins bien. Ils ne se sentent pas encore concernés.

Les patients d'âge moyen (40 à 59 ans) donnent une réponse moins abstraite de la tension artérielle, citent plus le stress et l'alimentation comme facteur influençant la tension. Ils sont moins nombreux à penser l'hypotension grave. De plus, ils sont les seuls à déclarer que la tension a des conséquences sur leur vie quotidienne.

Hypothèses:

Seraient-ils plus sensibles à l'information médiatique sur le sujet (messages des campagnes de prévention, et articles dans diverses revues), qui informent largement sur l'hygiène alimentaire, ont souvent le stress comme centre d'intérêt et informent aussi sur la tension artérielle et ses dangers. Pensent-ils plus souvent au stress parce qu'il est très largement véhiculé dans les médias, ou seraient-ils une génération plus exposée au stress: responsabilités professionnelles (ils sont plus souvent cadres)?, familiales (familles à charge, aide aux enfants qui mettent du temps à s'insérer dans la vie active...)?, pénibilité accrue du travail avec les années qui avancent?... Ou sont-ils plus sensibilisés au stress car ils englobent une génération dont l'une des revendications a été un mode de vie plus « zen »?

Ils se sentent probablement plus concernés car l'hypertension commence à toucher leur entourage. S'ils se sentent concernés et qu'ils sont informés, il me paraît normal qu'ils déclarent que la tension a des conséquences sur leur vie quotidienne. Dommage qu'ils soient si peu nombreux à en profiter pour prendre des mesures préventives.

Les plus âgés (60 ans et plus) sont statistiquement plus nombreux à avoir répondu de façon abstraite. En y ajoutant les réponses floues ou fausses (« autre ») et l'absence de réponse, ils sont 56,3% à ne pas savoir ce qu'est la tension artérielle. Ils pensent moins aux effets de l'alimentation sur la tension. Ils sont nettement plus nombreux à se déclarer réconfortés par les chiffres tensionnels normaux. Ils sont plus nombreux à se déclarer préoccupés par leur tension, et sont plus au courant des conséquences de l'hypertension, puisqu'ils ne citent jamais d'atteinte organique non reconnue (« autre »)

Une hypothèse est qu'ils se sentent très concernés, à juste titre, par l'hypertension. Ils en constatent les conséquences sur leurs proches. Le risque est nettement plus imminent. Mais ils sont moins bien informés. Leur tension n'a pas de conséquence sur leur vie quotidienne, ils n'entament pas de démarche préventive.

C'est cette population qu'il faudrait cibler en priorité par une campagne d'information et de prévention.

L'impression des médecins sur le profil des patients demandeurs (à partir de 40-50 ans) est indirectement confirmée par les déclarations des patients. Car s'il n'y a pas de différence significative entre les groupes de patients qui se déclarent demandeurs, seules les personnes de 40ans et plus se déclarent préoccupées par leur tension.

Les médecins trouvent aussi les femmes plus demandeuses, je n'ai rien qui confirme cette impression.

## **VII\_ Vocabulaire en consultation:**

« Hypertendu »: est le terme médical pour désigner des patients dont les pressions artérielle sont trop élevées, il fait partie du jargon médical. Encore une fois il faut utiliser avec précaution les termes médicaux en consultation, car ils sont souvent mal interprétés. Dans ce cas précis, seuls 13,5% des patients comprennent qu'il s'agit de chiffres tensionnels élevés. C'est donc un terme très mal compris des patients, à ne pas utiliser en consultation sans explication de texte. Pour être plus explicite on pourrait lui préférer: « avoir trop de tension ». Ce dernier est mieux compris des patients (bien qu'il lui reste une part non négligeable d'ambiguïté: 30,8%).

De toute façon il est indispensable de prendre le temps d'une explication claire à l'annonce du diagnostic d' « hypertension », en insistant sur la différence avec la « tension nerveuse », ou le « stress ».

Nous savions que le jargon médical n'est pas facilement compris des patients, pour des raisons lexicales, mais aussi du fait de l'écart entre une médecine du médecin et une médecine du patient décrit par F. Laplantine dans son « anthropologie de la maladie »[57]. Les résultats de cette enquête illustrent un peu plus cette communication difficile entre médecins et patients

Par contre, il est confirmé qu'un patient dit qu'il « est tendu » quand il est nerveux.

## **VIII\_ Application au cabinet médical:**

L'application au cabinet médical d'un protocole de mesure tensionnelle régulier, nécessite un fauteuil facilement nettoyable, et un appareil de mesure tensionnelle validé et contrôlé. Rien dont ne soit, à priori, déjà équipé un médecin.

La mesure tensionnelle se ferait dans les conditions recommandées par l'OMS (cf. A-IV-1) selon une fréquence qui reste à déterminer par un consensus, mais qui pourrait s'inspirer des résultats de l'étude menée à Framingham[15] (citée au A-IV-2) en l'absence de prise de poids:

âge	pressions artérielle		
	Optimale	Normale	Normale haute
moins de 65 ans	moins souvent	2 ans	annuel
65 ans ou plus	2 ans	2 ans	annuel

Cette application au cabinet nécessiterait une éducation des patients dans un premier temps, et la mise en place d'un rituel différent. Mais le suivi tensionnel sera gagnant, et les patients mieux rassurés par des mesures plus fiables.

Un patient demandeur de mesure tensionnelle devra être systématiquement interrogé sur ses motivations, afin de ne pas passer à côté de symptômes non évoqués.

## Conclusion:

Cette étude permet d'apporter un éclairage sur ce qu'entendent les 104 patients de l'échantillon dans l'expression « tension artérielle » et ce qu'ils attendent de la mesure:

Ils attendent une information sur la valeur de leur chiffres tensionnels, et sont rassurés quand ceux ci sont normaux. C'est, paradoxalement, pour les médecins que l'acte a le plus de valeur symbolique.

L'impression qu'ont les médecins que leurs patients sont demandeurs, surtout après 40 ans, est confirmée par les déclarations des patients.

La demande de mesure tensionnelle s'appuie souvent sur des justifications correctes, pas toujours évoquées spontanément par le patient. Face à cette demande le médecin aura toujours intérêt à interroger le patient sur ses motivations.

Les craintes de patients concernant l'hypertension artérielle sont due à leur connaissance de ses complications, surtout cardio-vasculaires, mais aussi neurologiques. Mais aussi à la peur qu'une pathologie masquée en soit la cause.

Les complications rénales et oculaires sont nettement moins bien connues.

Nous avons aussi pu dégager quelques suggestions:

Les patients les plus âgés, sont les plus concernés, mais aussi les moins informés. Comme ils sont aussi les plus exposés aux risques cardio-vasculaires, ils seraient ceux qui auraient le plus à attendre d'une campagne d'information sur la prévention, par l'hygiène alimentaire notamment.

L'expression « être hypertendu » fait partie du jargon médical, il est extrêmement mal compris des patients. « avoir trop de tension » pourra le remplacer avantageusement, mais n'exonérera pas le médecin d'une indispensable explication, insistant sur la différence entre « tension artérielle » et « tension nerveuse ».

Des recommandations sur les conditions, la méthode de mesure de la tension artérielle, et le matériel nécessaire existent. Mais il serait utile à leur application que des recommandations sur la fréquence de mesure en fonction des cas soient émises pour ces patients normotendus et bien portants.

Cette étude a été menée sur les patients et médecins de Loire-Atlantique. Ses résultats ne sont pas nécessairement extrapolables à l'échelon national. D'autres études pourraient s'avérer utiles, afin de savoir s'il y a des différences de point de vue dans d'autres parties du territoire français.

## **Abréviations:**

AINS: Anti-Inflammatoire Non Stéroïdiens.

A.N.A.E.S: Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé.

AVC: Accident Vasculaire Cérébral.

ESH/ESC: Société Européenne d'Hypertension / Société Européenne de Cardiologie.

I.M.C: Indice de Masse Corporelle ( $=P/T^2$ ).

JNC: Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure.

O.M.S./I.S.H.: Organisation Mondiale de la Santé/ Société Internationale de l'Hypertension.

PAD: pression artérielle diastolique.

PAS: pression artérielle systolique.

## Bibliographie

- [1]: Wizner B, Grodzicki T, Grylowska B, Gasowski J, Kocemba J. [Knowledge about hypertension and blood pressure level]. *Przegl Lek.* 2000;57(7-8):402-5.
- [2]: Dictionnaire de Médecine Flammarion. éditeur: Flammarion Médecine-Science. 5ème édition: 1994
- [3]: JNC-7: « Seventh Report of the Joint National Committee on Prevention, Detection, Evaluation, and Treatment of High Blood Pressure ». *Hypertension.* 2003 Dec;42(6):1206-52.
- [4]: Chiolero A, Bovet P, Burnier M. Recommandations européennes et américaines pour la prise en charge des patients hypertendus: quel impact pour la pratique? *Med Hyg* 2003;61:1670-4.
- [5]: Practice Guidelines for Primary Care Physicians: 2003 ESH/ESC Hypertension Guidelines. *Journal of Hypertension* 2003;21(10):1779-86.
- [6]: De Cort P, Phillips H, Govaerts F, Van Royen P. Recommandations de bonne pratique: l'Hypertension. Société Scientifique de Médecine Générale 22-10-2004.
- [7]: ANAES: Recommandations et références médicales: Diagnostic et traitement de l'hypertension artérielle essentielle de l'adulte de 20 à 80 ans. Publication de l'ANAES 07/01/2004.
- [8]: Berkman M, Safar M. La mesure de la tension artérielle. *Le concours médical.* 2002;124(33):2176-81.
- [9]: Comité Français de Lutte Contre l'Hypertension Artérielle-Société Française d'Hypertension Artérielle. La pression artérielle: mesure, variations, interprétations, recommandations. éditions: IMOTHEP/MALOINE.
- [10]: Blacher J, Baes M, Marchal A, Younes W, Legedz L, Safar M. Nouvelles stratégies thérapeutiques dans l'hypertension artérielle. Quelles recommandations et comment les appliquer? *Press Med* 2005;34(18):1279-85.
- [11]: Brodie G, Chatelier G, Genes N, Clerson P, Vaur L, Vaisse B et al. Cardiovascular prognosis of masked hypertension detected by blood pressure self-measurement in elderly treated hypertensive patients. *JAMA* 2004;291:1342-9.
- [12]: Bodrie G. Faut-il encore mesurer la pression artérielle en milieu médical? *La revue du Praticien.* 2004;54:612-3.
- [13]: 2003 European Society of Hypertension-European Society of Cardiology: Guidelines for management of arterial hypertension. *Journal of Hypertension.* 2003;21:1011-53.
- [14]: Bakx JC, Van den Hoogen HJ, van den Bosch WJ, van Schayck CP, van Ree JW, Thien T, van Weel C. Development of blood pressure and incidence of hypertension in men and women over an 18-year period: results of the Nijmegen Cohort Study. *J Clin Epidemiol.* 1999 Jun;52(6):531-8.
- [15]: Vasan R S, Larson M G, Leip E P, Kannel W B, Levy D. Assessment of frequency of progression to hypertension in non-hypertensive participants in the Framingham Heart Study: a cohort study. *Lancet* 2001;358:1682-86.
- [16]: Surveillance de la pression artérielle. *La Revue Prescrire* 2002;22(230):536.
- [17]: Joly D, Anglicheau D, Grünfeld JP. Mécanismes de l'hypertension artérielle essentielle. *La Revue du Praticien.* 1999;49:447-81.
- [18]: JJ Mourad. Hypertension artérielle. *Encycl Med Chir, AKOS Encyclopédie Pratique de Médecine, 2-0180, 2000, 9p.*
- [19]: Dictionnaire Vidal
- [20]: Prescrire Rédaction . Plantes à effets hallucinogènes classés comme stupéfiants. *Rev Prescrire.* 2005;263(24):501
- [21]: Izzo AA, Di Carlo G, Borrelli F, Ernst E. Cardiovascular pharmacotherapy and herbal medicines: the risk of drug interaction. *International Journal of Cardiology* 2005;98:1-14
- [22]: Meier P, Burnier M. Modifications de certaines habitudes de vie reconnues dans la prise en charge non pharmacologique de l'hypertension artérielle. *Med Hyg.* 2003;61:1685-93
- [23]: He FG, MacGregor GA. Salt in food. *Lancet* 2005;365:844-5.
- [24]: J Chanard, T B Drüeke. Consommation de sel, PA, morbidité et mortalité. *Le Concours Médical, 3-11-2001 ; tome 123-34: 2283-5.*
- [25]: Hopton Cann S A. Salt in food. *Lancet* 2005;365:845.
- [26]: Appel LJ, Brands MW, Daniels SR, Karanja N, Elmer PJ, Sacks FM. Dietary Approches to Prevent and Treat Hypertension: A scientific Statement From the American Heart Association. *Hypertension.* 2006;47:296-308.
- [27]: Appel LJ, Moore TJ, Obarzanek E et al. A clinical trial of the effect of Dietary patterns on blood pressure. DASH Collaborative Research group. *N Engl J Med.* 1997;336:1117-24.
- [28]: Ferrara LA, Raimondi AS, d'Episcopo L, et al. Olive oil and reduced need for antihypertensive medications. *Arch Intern Med.* 2000;160:837-42.
- [29]: Aquadi R, Haouari M, Ben Rayana, Bouabid W, Tritar B, Aouidet A. Note sur l'effet de la consommation d'ail frais (*Allium sativum*) sur la tension artérielle chez l'homme. *Médecine et Nutrition.* 1998;3:109-114.
- [30]: Corti R, Binggeli C, Sudano I, Spieker L, Hänseler E, Ruschitzka F, Chaplin WF, Lüscher TF, Noll G. Coffee Acutely Increases Sympathetic Nerve Activity and Blood Pressure Independently of Caffein Content. *Circulation* 2002;106:2935-40.
- [31]: Yang YC, Lu FH, Wu JS, Wu CH, Chang CJ. The prospective effect of habitual tea consumption on hypertension. *Arch Intern Med.* 2004 Jul 26;164(14):1534-40.
- [32]: Grassi D, Necozione S, Lippi C, Croce G, Valeri L, Pasqualetti P, Desideri G, Blumberg JB, Ferri C. Cocoa

- Reduces Blood Pressure and Insulin Resistance and Improves Endothelium-Dependent Vasodilatation in Hypertensives. *Hypertension* 2005;46:398-405.
- [33]: C Le Pailleur. Les particularités de l'hypertension artérielle après 70 ans. *Le Concours Médical*, 03-04-99; 121-13: 991-4.
- [34]: Jan A Staessen, Jiguang Wang, Guiuseppe Bianchi, Willem H Birkenhäger. Essential hypertension (Séminar). *Lancet*. 2003;361:1629-41.
- [35]: Henriksson KM, Lindblad U, Gullberg B, Agren B, Nilsson-Ehle P, Rastam L. Development of hypertension over 6 years in a birth cohort of young middle-aged men: the cardiovascular risk factor study in southern sweden (CRISS). *J Intern Med*. 2002 Jul;252(1):21-6
- [36]: Law CM, Shiell AW, Newsome CA, Syddal HE, Shinebourne EA, Fayers PM, Martyn CN, de Swiet M. Fetal, infant and childhood growth and adult blood pressure: a longitudinal study from birth to 22 years of age. *Circulation*. 2002 Mar 5;105(9):1088-92
- [37]: Lindquist TL, Beilin LJ, Knudman MW. Influence of lifestyle, coping, and job stress on blood pressure in men and women. *Hypertension*. 1997;29:1-7.
- [38]: N Postel-Vinay, PF Plouin. Stress et HTA: combattre les idées fausses. *La Revue du Praticien Médecine Générale*. 10-10-2001;557(15):2135.
- [39]: Fauvel JP, M'Pio I, Quelin P, Rigaud JP, Laville M, Ducher ML. Le stress professionnel et la réactivité pressorienne au stress ne prédisent pas la pression artérielle à 5 ans. *Arch Mal Coeur*. 2004;97:767-71.
- [40]: Narkiewicz K, van de Borne P, Montano N, Hering D, Kara T, Somers VK. Sympathetic Neural Outflow and Chemoreflex Sensitivity Are Related to Spontaneous Breathing Rate in normal Men. *Hypertension* 2006; 47:51-5.
- [41]: Kivimäki M, Lawlor DA, Smith GD, Keltikangas-Järvinen L, Elovainio M, Vahtera J, Pulkki-Råback L, Taittonen L, Viikari JSA, Raitakari OT. Early Socioeconomic Position and Blood Pressure in Childhood and Adulthood: The cardiovascular risk in young finns study. *Hypertension*. 2006;47:39-44.
- [42]: de Gaudemaris R, Lang T, Chatelier G, Larabi L, Lauwers-Caucès V, Maître A, Diène E. Socioeconomic Inequalities in Hypertension Prevalence and Care: The IHPAF Study. *Hypertension*. 2002;39:1119-25.
- [43]: Hasler C, Burnier M. Rythme circadien de la tension artérielle et chronothérapie. *Med Hyg*. 2003;61:1694-8.
- [44]: Metori H, Ohkubo T, Kikuya M, Asayama K, Obara T, Hashimoto J, Totsume K, Hoshi H, Satoh H, Imai Y. Prognostic Significance for Stroke of a Morning Pressor Surge and a Nocturnal Blood Pressure Decline. *Hypertension*. 2006;47:149-154.
- [45]: Recommandations en cas de vagues de grand froid: la physiologie du froid (source rapport INVS 2003) éditées par le ministère de la santé.
- [46]: Modesti PA, Morabito M, Bertolozzi I, Massetti L, Panci G, Lumachi C, Giglio A, Bilo G, Caldara G, Lonati L, Orlandini S, Maracchi G, Mancina G, Gensini GF, Parati G. Weather-Related Changes in 24-hour Blood Pressure Profile: Effects of age and implications for hypertension management. *Hypertension*. 2006;47:155-161.
- [47]: Wolf-Maier K, Cooper RS, Banegas JR, Giampaoli S, Hense HW et al. Hypertension prevalence and blood pressure levels in 6 european countries, Canada, and the United States. *JAMA* 2003;289(18):2363-9
- [48]: Camard JP, Lefranc A, Gremy I, Ferry R. Effets du bruit sur la santé: données épidémiologiques récentes. *Environnement, Risque & Santé*. 2004;3(4):235-42.
- [49]: Hammon M, Pommier JL, Arnaud G, Coulombier G, Diallo E, Martinez H, Ballon C. Travail en 2x8: incidence sur la glycémie, le poids et la tension artérielle. *Arch Mal Prof*. 2000;61(6):396-401.
- [50]: Ciaroni S. Mesure de la pression artérielle: faut-il avoir peur de l'effet « blouse blanche ». *Med Hyg* 2003;61:513-6.
- [51]: Halperin RO, Sesso HD, Ma J, Buring JE, Stampfer MJ, Gaziano JM. Dyslipidemia and the Risk of Incident Hypertension in Men. *Hypertension*. 2006;47:45-50.
- [52]: Sundström J, Sullivan L, D'Agostino RB, Levy D, Kannel WB, Vasan RS. Relations of serum uric acid to longitudinal blood pressure tracking and hypertension incidence. *Hypertension*. 2005;45:28-33
- [53]: Grundy SM. Inflammation, hypertension and metabolic syndrome. *JAMA*. 2003; 290(22): 3000-2.
- [54]: Sundström J, Sullivan L, D'Agostino RB, Jacques PF, Selhub J, Rosenberg UH, Wilson PWF, Levy D, Vasan RS. Plasma homocysteine, hypertension incidence, and blood pressure tracking (the framingham heart study). *Hypertension*. 2003;42:1100-1105.
- [55]: Daniel SICAR, Série Statistique, Document de Travail: Les médecins, Estimations au 1er janvier 2005. Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (DREES), n° 88 – octobre 2005 (Ministère de l'Emploi, de la Cohésion Sociale et du Logement, Ministère de la Santé et des Solidarités).
- [56]: INSEE. Recensement mars 1999: population totale par sexe et âge du département de Loire-Atlantique. [www.recensement.insee.fr/FR/ST\\_ANA/D44/POP1AD44FR.html](http://www.recensement.insee.fr/FR/ST_ANA/D44/POP1AD44FR.html).
- [57]: F. Laplantine. Anthropologie de la maladie. Payot. 1998. 420p

# Annexes

Les résultats des test statistiques apparaissent en bleu.

Réponses au questionnaire des médecins:

Fréquence de mesure tensionnelle:	tableau A	page 1
Demande des patients:	tableau B	page 1
Attente des patients:	tableau C	page 2
Intérêt symbolique pour les médecins	tableau D	page 2

Réponses au questionnaire des patients:

Qu'est-ce que la « tension artérielle »?:	données en valeur absolue	tableau E	page 3
	données en pourcentage	tableau F	page 3
Qu'est-ce qui peut influencer la tension artérielle?:	données en valeur absolue	tableau G	page 4
	données en pourcentage	tableau H	page 4
Qu'est-ce que cette mesure vous apporte personnellement?:	données en valeur absolue	tableau I	page 5
	données en pourcentage	tableau J	page 5
Ce geste représente-t-il autre chose à vos yeux?	données en valeur absolue	tableau K	page 6
	données en pourcentage	tableau L	page 6
Fréquence nécessaire estimée par les patients:	données en valeur absolue	tableau M	page 7
	données en pourcentage	tableau N	page 7
Demande, préoccupation et crainte:	données en valeur absolue	tableau O	page 8
	données en pourcentage	tableau P	page 8
Risques d'avoir trop de tension:	données en valeur absolue	tableau Q	page 9
	données en pourcentage	tableau R	page 9
Risque de n'avoir pas assez de tension:	données en valeur absolue	tableau S	page 10
	données en pourcentage	tableau T	page 10
Interprétation des expressions:	données en valeur absolue	tableau U	page 11
	données en pourcentage	tableau V	page 11

- 63 -	Tableaux comparatifs des réponses des médecins et des patients:		
	Renseignement apporté au patient par la mesure de la tension artérielle	tableau W	page 12
	Valeur symbolique de l'acte de mesure tensionnelle pour les patients et les médecins	tableau X	page 12

Tableau A

Pour ces patients prenez vous la tension artérielle?	Nombre de médecins concernés	Pourcentages	Effectifs										Pourcentages							
			sexe		âge		zone urbaine d'exercice						sexe		âge		zone urbaine d'exercice			
			hommes	femmes	moins de 45 ans	plus de 45 ans	hab. < 2000	2 000<hab.<10 000	10 000<hab.<50 000	50 000<hab.<200 000	200 000 < hab.	hommes	femmes	moins de 45 ans	plus de 45 ans	hab. < 2000	2 000<hab.<10 000	10 000<hab.<50 000	50 000<hab.<200 000	200 000 < hab.
systematique	12	46,2%	9	3	7	5	0	6	4	0	2	47,4%	42,9%	58,3%	35,7%		42,9%	57,1%	0,0%	50,0%
tous les mois	1	3,8%	1	0	0	1	0	1	0	0	0	5,3%	0,0%	0,0%	7,1%		7,1%	0,0%	0,0%	0,0%
tous les 3 mois	4	15,4%	3	1	2	2	0	3	1	0	0	15,8%	14,3%	16,7%	14,3%		21,4%	14,3%	0,0%	0,0%
tous les 6 mois	2	7,7%	1	1	2	0	0	1	0	0	1	5,3%	14,3%	16,7%	0,0%		7,1%	0,0%	0,0%	25,0%
tous les ans	5	19,2%	3	2	1	4	0	2	1	1	1	15,8%	28,6%	8,3%	28,6%		14,3%	14,3%	1	25,0%
moins souvent	2	7,7%	2	0	0	2	0	1	1	0	0	10,5%	0,0%	0,0%	14,3%		7,1%	14,3%	0,0%	0,0%
<b>Test de Fisher (p-value)</b>			<b>0,91</b>		<b>0,24</b>		<b>0,94</b>													



Tableau C

	Nombre de médecins concernés	Pourcentages	Effectifs															Pourcentages															Test de Fisher			
			sexe		âge		zone urbaine d'exercice			habitude de mesure tensionnelle					sexe		âge		zone urbaine d'exercice			habitude de mesure tensionnelle					p-value									
			hommes	fémmes	moins de 45 ans	plus de 45 ans	hab. < 2000	2 000 < hab. < 10 000	10 000 < hab. < 50 000	50 000 < hab. < 200 000	200 000 < hab.	systematique	tous les mois	tous les 3 mois	tous les 6 mois	tous les ans	moins souvent	hommes	fémmes	moins de 45 ans	plus de 45 ans	hab. < 2000	2 000 < hab. < 10 000	10 000 < hab. < 50 000	50 000 < hab. < 200 000	200 000 < hab.	systematique	tous les mois	tous les 3 mois	tous les 6 mois	tous les ans	moins souvent	sexe	âge	zone urbaine d'exercice	habitude de mesure tensionnelle
vérifier la tension	5	19,2%	4	1	1	4	0	3	1	0	1	3	0	1	0	1	0	10,8%	0	4,5%	0	0	7,1%	0	14,3%	14,3%	0	14,3%	0	16,7%	0,0%	1	0,33	1	1	
rapport à la fatigue	3	11,5%	2	1	2	1	0	1	1	0	1	1	0	0	0	1	1	5,4%	0	9,1%	0	0	7,1%	0	14,3%	4,8%	0	0,0%	0	16,7%	14,3%	1	0,58	0,76	0,49	
rassure sur leur état de santé (en général)	14	53,8%	9	5	8	6	0	8	3	1	2	7	0	2	2	1	24,3%	1	36,4%	0	0	21,4%	1	28,6%	33,3%	0	28,6%	1	33,3%	14,3%	0,39	0,27	0,93	0,8		
rapport avec la circulation en général	1	3,8%	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	2,7%	0	0,0%	0	0	7,1%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	14,3%	1	1	0,46	0,19		
information sur son état cardio-vasculaire	6	23,1%	5	1	4	2	0	3	2	0	1	2	1	1	1	0	13,5%	0	18,2%	0	0	14,3%	0	14,3%	9,5%	1	14,3%	0	0,0%	14,3%	1	0,37	1	0,18		
pas de risque de maladie grave	1	3,8%	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	2,7%	0	4,5%	0	0	0,0%	0	14,3%	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,0%	1	0,46	0,19	0,19		
confusion TA et T nerveuse	1	3,8%	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2,7%	0	0,0%	0	0	7,1%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	14,3%	1	1	0,46	0,19		
c'est le signe qu'on s'intéresse à leur santé	1	3,8%	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2,7%	0	4,5%	0	0	0,0%	0	0,0%	4,8%	0	0,0%	0	0,0%	0,0%	1	0,46	1	1		
rituel de la consultation médicale	13	50,0%	11	2	5	8	0	8	4	0	1	6	1	3	0	2	1	29,7%	0	22,7%	0	0	28,6%	0	14,3%	28,6%	1	42,9%	0	33,3%	14,3%	0,38	0,43	0,65	0,69	
satisfaction d'avoir reçu un service quasi commercial	1	3,8%	1	0	0	1	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	2,7%	0	0,0%	0	0	0,0%	0	0,0%	4,8%	0	0,0%	0	0,0%	0,0%	1	1	1	1		
rassure l'entourage du patient	1	3,8%	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	1	2,7%	0	0,0%	0	0	7,1%	0	0,0%	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	14,3%	1	1	0,46	0,19		

D'après vous, que recherchent les patients par cette demande?

Tableau D

	Nombre de médecins concernés	Pourcentages	Effectifs															Pourcentages															Test de Fisher			
			sexe		âge		zone urbaine d'exercice			habitude de mesure tensionnelle					sexe		âge		zone urbaine d'exercice			habitude de mesure tensionnelle					p-value									
			hommes	fémmes	moins de 45 ans	plus de 45 ans	hab. < 2000	2 000 < hab. < 10 000	10 000 < hab. < 50 000	50 000 < hab. < 200 000	200 000 < hab.	systematique	tous les mois	tous les 3 mois	tous les 6 mois	tous les ans	moins souvent	hommes	fémmes	moins de 45 ans	plus de 45 ans	hab. < 2000	2 000 < hab. < 10 000	10 000 < hab. < 50 000	50 000 < hab. < 200 000	200 000 < hab.	systematique	tous les mois	tous les 3 mois	tous les 6 mois	tous les ans	moins souvent	sexe	âge	zone urbaine d'exercice	habitude de mesure tensionnelle
rien d'autre	4	15,4%	4	0	1	3	0	2	1	0	1	0	0	0	1	2	1	10,8%	0	4,2%	11,1%	0	7,1%	6,3%	0	16,7%	0	0	0	33,3%	33,3%	0	0,55	0,60	1	0,0437
consultation normale/rituel automatisé	11	42,3%	7	4	5	6	0	5	4	0	2	7	0	2	1	0	1	18,9%	28,6%	20,8%	22,2%	17,9%	0	0	33,3%	23,3%	0	28,6%	33,3%	0	0	0,41	1	0,80	0,24	
entretien du réflexe	6	23,1%	3	3	4	2	0	3	2	0	1	3	0	1	1	0	1	8,1%	21,4%	16,7%	7,4%	10,7%	12,5%	0	16,7%	0	0	14,3%	33,3%	0	0	0,29	0,37	1	0,50	
début de l'examen clinique	7	26,9%	6	1	2	5	0	6	1	0	0	4	1	1	0	1	0	16,2%	7,1%	8,3%	18,5%	21,4%	6,3%	0	0	13,3%	1	14,3%	0	16,7%	0	0,63	0,39	0,37	0,77	
geste ritualisé / rassurant	3	11,5%	2	1	1	2	0	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	5,4%	7,1%	4,2%	7,4%	3,6%	6,3%	1	0	3,3%	0	14,3%	0	16,7%	0	1	1	0,21	0,71	
relation de confiance	1	3,8%	1	0	1	0	0	1	0	0	0	1	0	0	0	0	0	2,7%	0	4,2%	0	0	3,6%	0	0	0	0	0	0	0	0	1	0,46	1	1	
symbole du corps médical	6	23,1%	5	1	3	3	0	3	3	0	0	4	0	2	0	0	0	13,5%	7,1%	12,5%	11,1%	10,7%	18,8%	0	0	13,3%	0	28,6%	0	0	0	0,53	1	0,53	0,47	
contrôler la consultation	2	7,7%	1	1	1	1	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	2,7%	7,1%	4,2%	3,7%	3,6%	6,3%	0	0	6,7%	0	0	0	0	0	0,47	1	1	1	
médicalisation de l'acte	3	11,5%	2	1	2	1	0	2	0	0	1	2	0	0	0	1	0	5,4%	7,1%	8,3%	3,7%	7,1%	0	0	16,7%	6,7%	0	0	16,7%	0	1	0,58	0,60	1		
j'ai le souci de votre santé	2	7,7%	1	1	2	0	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	0	2,7%	7,1%	8,3%	0	3,6%	0	0	16,7%	3,3%	0	0	16,7%	0	0,47	0,20	0,42	0,80		
donnée chiffrée objective	1	3,8%	1	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	2,7%	0	0	3,7%	0,0%	6,3%	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1	0,46	0,19		
justifie la consultation	2	7,7%	2	0	1	1	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0	0	5,4%	0	4,2%	3,7%	3,6%	6,3%	0	0	6,7%	0	0	0	0	1	1	1	1		
c'est médical	1	3,8%	1	0	0	1	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	0	2,7%	0	0	3,7%	0	6,3%	0	0	3,3%	0	0	0	0	1	1	0,46	1		

Tableau E

Qu'est-ce que la « tension artérielle » ?

	nombre de patients	pourcentage	Effectifs																p-value					
			sexe		âge			zone urbaine					catégorie socio-professionnelles						sexe	âge	zone urbaine	catégorie socio-professionnelles		
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab < 2000	2 000<hab <10 000	10 000<hab <50 000	50 000<hab <200 000	200 000<hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers					7: Retraités	8: Autres personnes sans activité professionnelle
pression du sang dans les artères	24	23,1%	18	6	13	10	1	6	12	4	0	2	0	1	5	3	4	6	1	4	0,0052	0,21	0,11	0,23
force/pression sanguine	14	13,5%	7	7	5	6	3	0	6	7	1	0	0	0	3	1	2	0	3	5	1	0,69	0,0429	0,68
circulation/débit	27	26,0%	11	16	13	11	3	1	16	4	0	6	0	2	4	4	6	2	2	7	0,26	0,77	0,16	0,58
rythme cardiaque	12	11,5%	8	4	6	5	1	1	6	2	1	2	0	0	1	1	3	4	1	2	0,22	0,84	0,89	0,56
autres	7	6,7%	2	5	0	5	2	1	4	0	0	2	1	0	2	0	1	0	2	1	0,44	0,0245	0,38	0,11
abstrait	9	8,7%	3	6	4	1	4	0	3	5	0	1	0	0	0	2	1	1	4	1	0,49	0,0297	0,22	0,18
aucune idée	11	10,6%	3	8	6	3	2	2	4	1	3	1	0	0	0	0	3	0	2	6	0,11	0,68	0,0173	0,23
	104	1	52	52	47	41	16	11	51	23	5	14	1	3	15	11	20	13	15	26				

Tableau F

Qu'est-ce que la « tension artérielle » ?

	nombre de patients	pourcentage	Pourcentages																	
			sexe		âge			zone urbaine					catégories socio professionnelles							
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab < 2000	2 000<hab <10 000	10 000<hab <50 000	50 000<hab <200 000	200 000<hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers	7: Retraités	8: Autres personnes sans activité professionnelle
pression du sang dans les artères	24	23,1%	34,6%	11,5%	27,7%	24,4%	6,3%	54,5%	23,5%	17,4%	0,0%	14,3%	0,0%	33,3%	33,3%	27,3%	20,0%	46,2%	6,7%	15,4%
force/pression sanguine	14	13,5%	13,5%	13,5%	10,6%	14,6%	18,8%	0,0%	11,8%	30,4%	20,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	9,1%	10,0%	0,0%	20,0%	19,2%
circulation/débit	27	26,0%	21,2%	30,8%	27,7%	26,8%	18,8%	9,1%	31,4%	17,4%	0,0%	42,9%	0,0%	66,7%	26,7%	36,4%	30,0%	15,4%	13,3%	26,9%
rythme cardiaque	12	11,5%	15,4%	7,7%	12,8%	12,2%	6,3%	9,1%	11,8%	8,7%	20,0%	14,3%	0,0%	0,0%	6,7%	9,1%	15,0%	30,8%	6,7%	7,7%
autres	7	6,7%	3,8%	9,6%	0,0%	12,2%	12,5%	9,1%	7,8%	0,0%	0,0%	14,3%	1	0,0%	13,3%	0,0%	5,0%	0,0%	13,3%	3,8%
abstrait	9	8,7%	5,8%	11,5%	8,5%	2,4%	25,0%	0,0%	5,9%	21,7%	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	18,2%	5,0%	7,7%	26,7%	3,8%
aucune idée	11	10,6%	5,8%	15,4%	12,8%	7,3%	12,5%	18,2%	7,8%	4,3%	60,0%	7,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	15,0%	0,0%	13,3%	23,1%
	104	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1

Tableau G

Qu'est-ce qui peut influencer la tension artérielle?	nombre de patients	pourcentage	Effectifs																p-value					
			sexe		âge			zone urbaine				catégories socio professionnelles							sexe	âge	zone urbaine	catégorie socio-professionnelles		
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab. < 2000	2 000<hab<10 000	10 000<hab<50 000	50 000<hab<200 000	200 000<hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers					7: Retraités	8: Autres personnes sans activité professionnelle
stress	89	85,6%	42	47	35	41	13	10	45	18	4	12	1	3	14	10	17	9	12	23	0,16	0,0027	0,72	0,71
sommeil/fatigue	38	36,5%	15	23	18	18	2	7	17	9	3	2	0	1	10	7	9	2	2	7	0,10	0,08	0,09	0,0091
médicaments	13	12,5%	4	9	6	6	1	2	5	5	0	1	1	0	1	3	3	1	1	3	0,14	0,69	0,54	0,33
pathologies	48	46,2%	23	25	22	21	5	6	22	12	0	8	0	0	9	5	12	8	5	9	0,99	0,39	0,21	0,21
physiologie	6	5,8%	5	1	2	4	0	1	4	1	0	0	0	1	2	0	0	2	0	1	0,21	0,45	0,85	0,09
activité	46	44,2%	30	16	22	18	6	7	24	8	2	5	1	1	9	5	10	6	6	8	0,0057	0,81	0,55	0,65
alimentation	76	73,1%	42	34	34	34	8	7	34	22	2	11	1	2	14	8	15	12	8	16	0,19	0,0030	0,16	0,0222
intoxication	54	51,9%	29	25	24	24	6	5	25	15	1	8	1	2	8	6	12	7	6	12	0,43	0,36	0,38	0,93
hygiène de vie en générale	23	22,1%	12	11	11	11	1	2	11	8	1	1	1	1	5	2	7	1	1	5	0,81	0,23	0,41	0,15
facteurs personnels	50	48,1%	25	25	22	18	10	6	27	10	1	6	0	1	10	6	7	5	9	12	1	0,44	0,63	0,53
conditions d'examen	2	1,9%	2	0	1	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	2	0	0	0	0,50	1	0,10	0,26
conditions environnementales	7	6,7%	4	3	6	1	0	1	3	3	0	0	0	0	1	2	2	0	0	2	1	0,11	0,62	0,64
TOTAL			233	219	203	197	52	55	217	111	14	55	6	12	83	54	96	53	50	98				

Tableau H

Qu'est-ce qui peut influencer la tension artérielle?	nombre de patients	pourcentage	Pourcentages																		
			sexe		âge			zone urbaine				catégories socio professionnelles									
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab < 2000	2 000<hab <10 000	10 000<hab <50 000	50 000<hab <200 000	200 000<hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers	7: Retraités	8: Autres personnes sans activité professionnelle	
stress	89	85,6%	80,8%	90,4%	74,5%	100,0%	81,3%	90,9%	88,2%	78,3%	80,0%	85,7%	1	100,0%	93,3%	90,9%	85,0%	69,2%	80,0%	88,5%	
sommeil/fatigue	38	36,5%	28,8%	44,2%	38,3%	43,9%	12,5%	63,6%	33,3%	39,1%	60,0%	14,3%	0	33,3%	66,7%	63,6%	45,0%	15,4%	13,3%	26,9%	
médicaments	13	12,5%	7,7%	17,3%	12,8%	14,6%	6,3%	18,2%	9,8%	21,7%	0,0%	7,1%	1	0,0%	6,7%	27,3%	15,0%	7,7%	6,7%	11,5%	
pathologies	48	46,2%	44,2%	48,1%	46,8%	51,2%	31,3%	54,5%	43,1%	52,2%	0,0%	57,1%	0	0,0%	60,0%	45,5%	60,0%	61,5%	33,3%	34,6%	
physiologie	6	5,8%	9,6%	1,9%	4,3%	9,8%	0,0%	9,1%	7,8%	4,3%	0,0%	0,0%	0	33,3%	13,3%	0,0%	0,0%	15,4%	0,0%	3,8%	
activité	46	44,2%	57,7%	30,8%	46,8%	43,9%	37,5%	63,6%	47,1%	34,8%	40,0%	35,7%	1	33,3%	60,0%	45,5%	50,0%	46,2%	40,0%	30,8%	
alimentation	76	73,1%	80,8%	65,4%	72,3%	82,9%	50,0%	63,6%	66,7%	95,7%	40,0%	78,6%	1	66,7%	93,3%	72,7%	75,0%	92,3%	53,3%	61,5%	
intoxication	54	51,9%	55,8%	48,1%	51,1%	58,5%	37,5%	45,5%	49,0%	65,2%	20,0%	57,1%	1	66,7%	53,3%	54,5%	60,0%	53,8%	40,0%	46,2%	
hygiène de vie en générale	23	22,1%	23,1%	21,2%	23,4%	26,8%	6,3%	18,2%	21,6%	34,8%	20,0%	7,1%	1	33,3%	33,3%	18,2%	35,0%	7,7%	6,7%	19,2%	
facteurs personnels	50	48,1%	48,1%	48,1%	46,8%	43,9%	62,5%	54,5%	52,9%	43,5%	20,0%	42,9%	0	33,3%	66,7%	54,5%	35,0%	38,5%	60,0%	46,2%	
conditions d'examen	2	1,9%	3,8%	0,0%	2,1%	2,4%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	7,1%	0	0,0%	0,0%	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
conditions environnementales	7	6,7%	7,7%	5,8%	12,8%	2,4%	0,0%	9,1%	5,9%	13,0%	0,0%	0,0%	0	0,0%	6,7%	18,2%	10,0%	0,0%	0,0%	7,7%	
nombre de réponse par personne			4,35	4,48	4,21	12,69	6,35	2,00	5,00	4,25	4,83	2,80	3,93	6,00	0,00	5,53	4,91	4,80	4,08	3,33	3,77

Tableau I

Qu'est-ce que cette mesure vous apporte à vous personnellement?	nombre de patients	pourcentage	Effectifs																	p-value				
			sexe		âge		zone urbaine				catégories socio professionnelles								sexe	âge	zone urbaine	catégorie socio-professionnelles		
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab < 2000	2 000<hab <10 000	10 000<hab. <50 000	50 000<hab. <200 000	200 000<hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers					7: Retraités	8: Autres personnes sans activité professionnelle
réconfort	40	38,5%	22	18	7	19	14	4	18	9	2	7	1	2	6	2	6	3	13	7	0,42	<0,0001	0,90	0,0011
pas besoin de modifier hygiène de vie, pas de traitement	36	34,6%	20	16	21	12	3	7	15	7	2	5	0	0	6	3	10	5	3	9	0,41	0,11	0,29	0,60
information sur santé cardio-vasculaire	19	18,3%	12	7	6	9	4	1	10	5	1	2	0	2	1	2	2	3	4	5	0,20	0,40	0,95	0,34
information sur état général (fatigue)	22	21,2%	10	12	13	6	3	1	14	6	0	1	0	0	7	2	4	3	3	3	0,63	0,32	0,34	0,37
information sur état de santé physique	14	13,5%	7	7	8	4	2	1	7	5	0	1	0	1	0	4	1	4	2	2	1	0,60	0,74	0,0331
information sur la santé globale (physique et psychique)	14	13,5%	7	7	3	8	3	1	6	4	3	1	0	1	0	6	1	3	2	2	1	0,16	0,79	0,07
habitude	2	1,9%	1	1	0	1	1	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	0	1	0	1	0,14	1,00	0,42
rien	8	7,7%	3	5	5	3	0	0	5	0	2	1	0	0	1	0	1	1	0	5	0,72	0,48	0,06	0,47
acte douloureux	1	1,0%	0	1	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	1	0	0	0	0	X	X	X	0,90
TOTAL	156		82	74	63	63	30	15	77	36	8	20	2	5	23	14	30	20	29	33				

Tableau J

Qu'est-ce que cette mesure vous apporte à vous personnellement?	nombre de patients	pourcentage	Pourcentages																	
			sexe		âge		zone urbaine				catégories socio professionnelles									
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab < 2000	2 000<hab <10 000	10 000<hab. <50 000	50 000<hab. <200 000	200 000<hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers	7: Retraités	8: Autres personnes sans activité professionnelle
réconfort	40	38,5%	42,3%	34,6%	14,9%	46,3%	87,5%	36,4%	35,3%	39,1%	0	50,0%	1	66,7%	40,0%	18,2%	0	23,1%	86,7%	26,9%
pas besoin de modifier hygiène de vie, pas de traitement	36	34,6%	38,5%	30,8%	44,7%	29,3%	18,8%	63,6%	29,4%	30,4%	0	35,7%	0	0,0%	40,0%	27,3%	1	38,5%	20,0%	34,6%
information sur santé cardio-vasculaire	19	18,3%	23,1%	13,5%	12,8%	22,0%	25,0%	9,1%	19,6%	21,7%	0	14,3%	0	66,7%	6,7%	18,2%	0	23,1%	26,7%	19,2%
information sur état général (fatigue)	22	21,2%	19,2%	23,1%	27,7%	14,6%	18,8%	9,1%	27,5%	26,1%	0	7,1%	0	0,0%	46,7%	18,2%	0	23,1%	20,0%	11,5%
information sur état de santé physique	14	13,5%	13,5%	13,5%	17,0%	9,8%	12,5%	9,1%	13,7%	21,7%	0	7,1%	0	33,3%	0,0%	36,4%	0	30,8%	13,3%	7,7%
information sur la santé globale (physique et psychique)	14	13,5%	13,5%	13,5%	6,4%	19,5%	18,8%	9,1%	11,8%	17,4%	0	21,4%	1	0,0%	6,7%	0,0%	0	7,7%	20,0%	7,7%
habitude	2	1,9%	1,9%	1,9%	0,0%	2,4%	6,3%	0,0%	3,9%	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	6,7%	0,0%	0	0,0%	6,7%	0,0%
rien	8	7,7%	5,8%	9,6%	10,6%	7,3%	0,0%	0,0%	9,8%	0,0%	0	7,1%	0	0,0%	6,7%	0,0%	0	7,7%	0,0%	19,2%
acte douloureux	1	1,0%	0,0%	1,9%	0,0%	2,4%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0	0,0%	0	0,0%	0,0%	9,1%	0	0,0%	0,0%	0,0%
nombre de réponse par personne		1,50	1,58	1,42	1,34	1,54	1,88	1,36	1,51	1,57	1,60	1,43	2,00	1,67	1,53	1,27	1,50	1,54	1,93	1,27

Tableau K

Ce geste représente-t-il autre chose à vos yeux?	nombre de patients	pourcentage	Effectifs																			p-value			
			sexe		âge			zone urbaine					catégories socio professionnelles								sans activité professionnelle	9: Autres personnes	zone urbaine	catégorie socio-professionnelles	
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab. < 2000	2 000<hab. <10 000	10 000<hab. <50 000	50 000<hab. <200 000	200 000<hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers	7: Retraités						
rien d'autre	56	53,8%	31	25	30	19	7	5	29	10	3	9	0	2	7	6	10	11	6	14	0,24	0,18	0,70	0,30	
consultation normale/rituel/routine	40	38,5%	16	24	15	16	9	3	20	10	2	5	0	1	6	3	9	2	9	10	0,11	0,22	0,95	0,37	
forme d'attention/geste rassurant/réconfort	5	4,8%	2	3	2	3	0	1	2	2	0	0	1	0	1	0	2	0	0	1	1	0,70	0,65	0,09	
geste anxiogène, intrusif	1	1,0%	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	1	0,55	0,15	0,14	
symbole du corps médical	4	3,8%	3	1	1	3	0	1	1	1	1	0	0	0	1	1	0	0	0	2	0,62	0,37	0,46	0,59	
relation médecin-patient	3	2,9%	1	2	1	2	0	0	0	3	0	0	0	0	2	0	1	0	0	0	1	0,76	0,07	0,27	
TOTAL	109		53	56	49	44	16	11	52	26	5	15	1	3	17	11	22	13	15	27					

Tableau L

Ce geste représente-t-il autre chose à vos yeux?	nombre de patients	pourcentage	Pourcentages																		
			sexe		âge			zone urbaine					catégories socio professionnelles								
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab. < 2000	2 000<hab. <10 000	10 000<hab. <50 000	50 000<hab. <200 000	200 000<hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers	7: Retraités	8: Autres personnes sans activité professionnelle	
rien d'autre	56	53,8%	59,6%	48,1%	63,8%	46,3%	43,8%	45,5%	56,9%	43,5%	1	64,3%	0	66,7%	46,7%	54,5%	1	84,6%	0	53,8%	
consultation normale/rituel/routine	40	38,5%	30,8%	46,2%	31,9%	39,0%	56,3%	27,3%	39,2%	43,5%	0	35,7%	0	33,3%	0	27,3%	0	15,4%	1	38,5%	
forme d'attention/geste rassurant/réconfort	5	4,8%	3,8%	5,8%	4,3%	7,3%	0	9,1%	3,9%	8,7%	0	0	1	0	6,7%	0	0	0	0	3,8%	
geste anxiogène, intrusif	1	0	0	1,9%	0	2,4%	0	9,1%	0	0	0	0	0	0	0	9,1%	0	0	0	0	
symbole du corps médical	4	3,8%	5,8%	1,9%	2,1%	7,3%	0	9,1%	0	4,3%	0	7,1%	0	0	6,7%	9,1%	0	0	0	7,7%	
relation médecin-patient	3	2,9%	1,9%	3,8%	2,1%	4,9%	0	0	0	13,0%	0	0	0	0	13,3%	0	0	0	0	0	
nombre de réponse par personne		1,05	1,02	1,08	1,04	1,07	1,00	1,00	1,02	1,13	1,00	1,07	1,00	1,00	1,13	1,00	1,10	1,00	1,00	1,04	

Tableau M

	nombre de patients	pourcentage	Effectifs																	
			sexe		âge			zone urbaine				catégories socio professionnelle								
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab < 2000	2 000<hab<10 000	10 000<hab<50 000	50 000<hab<200 000	200 000<hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers	7: Retraités	8: Autres personnes sans activité professionnelle
plus souvent	3	2,9%	3	0	2	1	0	0	2	0	0	1	0	0	1	0	0	0	0	2
1 mois	4	3,8%	3	1	3	1	0	0	3	0	0	1	0	1	0	0	2	0	0	1
2 mois	6	5,8%	3	3	2	1	3	0	4	1	0	1	0	1	0	0	0	2	3	
3 mois	11	10,6%	4	7	6	5	0	1	7	3	0	0	0	0	2	1	4	2	0	2
4 mois	4	3,8%	3	1	0	2	2	2	1	1	0	0	0	0	1	1	0	0	2	0
6 mois	25	24,0%	12	13	9	12	4	3	12	5	0	5	0	0	3	2	5	4	4	7
12 mois	35	33,7%	18	17	18	11	6	4	16	10	2	3	1	1	3	6	7	4	6	7
moins souvent	3	2,9%	1	2	1	2	0	1	0	1	0	1	0	0	2	0	0	0	0	1
pas utile	2	1,9%	2	0	1	1	0	0	2	0	0	0	0	0	1	0	0	1	0	0
ne sait pas	11	10,6%	3	8	5	5	1	0	4	2	3	2	0	0	2	1	2	2	1	3
TOTAL	104	1	52	52	47	41	16	11	51	23	5	14	1	3	15	11	20	13	15	26
p-value			0,37		effectifs trop petits			effectifs trop petits				effectifs trop petits								

Tableau N

	nombre de patients	pourcentage	Pourcentages																		
			sexe		âge			zone urbaine				catégories socio professionnelle									
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab < 2000	2 000<hab<10 000	10 000<hab.<50 000	50 000<hab.<200 000	200 000<hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers	7: Retraités	8: Autres personnes sans activité professionnelle	
plus souvent	3	2,9%	5,8%	0,0%	4,3%	2,4%	0,0%	0,0%	3,9%	0,0%	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	7,7%
1 mois	4	3,8%	5,8%	1,9%	6,4%	2,4%	0,0%	0,0%	5,9%	0,0%	0,0%	7,1%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	10,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%
2 mois	6	5,8%	5,8%	5,8%	4,3%	2,4%	18,8%	0,0%	7,8%	4,3%	0,0%	7,1%	0,0%	33,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13,3%	11,5%
3 mois	11	10,6%	7,7%	13,5%	12,8%	12,2%	0,0%	9,1%	13,7%	13,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	13,3%	9,1%	20,0%	15,4%	0,0%	0,0%	7,7%
4 mois	4	3,8%	5,8%	1,9%	0,0%	4,9%	12,5%	18,2%	2,0%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	9,1%	0,0%	0,0%	0,0%	13,3%	0,0%
6 mois	25	24,0%	23,1%	25,0%	19,1%	29,3%	25,0%	27,3%	23,5%	21,7%	0,0%	35,7%	0,0%	0,0%	20,0%	18,2%	25,0%	30,8%	26,7%	26,9%	
12 mois	35	33,7%	34,6%	32,7%	38,3%	26,8%	37,5%	36,4%	31,4%	43,5%	40,0%	21,4%	1	33,3%	20,0%	54,5%	35,0%	30,8%	40,0%	26,9%	
moins souvent	3	2,9%	1,9%	3,8%	2,1%	4,9%	0,0%	9,1%	0,0%	4,3%	0,0%	7,1%	0,0%	0,0%	13,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%
pas utile	2	1,9%	3,8%	0,0%	2,1%	2,4%	0,0%	0,0%	3,9%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	0,0%	0,0%	7,7%	0,0%	0,0%	
ne sait pas	11	10,6%	5,8%	15,4%	10,6%	12,2%	6,3%	0,0%	7,8%	8,7%	60,0%	14,3%	0,0%	0,0%	13,3%	9,1%	10,0%	15,4%	6,7%	11,5%	
TOTAL	104	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1



Tableau Q

Quels sont les risques d'avoir trop de tension?	nombre de patients	pourcentage	Effectifs																	p-value				
			sexe		âge			zone urbaine				catégories socio professionnelles								sexe	âge	zone urbaine	catégorie socio-professionnelles	
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab. < 2000	2 000<hab.<10 000	10 000<hab.<50 000	50 000<hab.<200 000	200 000<hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers	7: Retraités					8: Autres personnes sans activité professionnelle
atteinte cardio-vasculaire	86	82,7%	45	41	38	35	13	10	41	20	3	12	1	2	13	11	17	10	12	20	0,30	0,84	0,60	0,66
pathologie veineuse	11	10,6%	5	6	4	5	2	0	3	5	1	2	0	1	2	1	2	1	2	2	0,75	0,76	0,13	0,85
atteinte neurologique	61	58,7%	24	37	22	28	11	6	31	16	2	6	0	2	11	7	12	5	10	14	0,0096	0,08	0,48	0,59
insuffisance rénale	6	5,8%	2	4	1	4	1	2	3	0	0	1	0	0	1	2	2	0	1	0	0,68	0,26	0,25	0,33
cécité	9	8,7%	3	6	5	3	1	0	2	5	0	2	0	0	1	1	2	2	1	2	0,49	0,89	0,08	0,98
autre atteinte organique	9	8,7%	5	4	8	1	0	1	6	2	0	0	0	0	2	4	2	0	0	1	1	0,0249	0,81	0,06
tous les organes	10	9,6%	6	4	7	3	0	1	6	2	0	1	0	2	0	4	2	1	0	1	0,50	0,20	1	0,0026
divers symptômes	15	14,4%	9	6	9	5	1	1	8	5	0	1	0	1	2	0	1	5	1	5	0,40	0,39	0,78	0,10
la mort	7	6,7%	2	5	2	3	2	0	5	2	0	0	0	0	2	0	1	2	2	0	0,44	0,44	0,81	0,30
risque mais lequel?	4	3,8%	2	2	2	2	0	0	3	1	0	0	0	0	1	0	0	1	0	2	1	1	1	0,71
ne sait pas	1	1,0%	0	1	1	0	0	0	0	0	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0,0481	1
TOTAL	219		103	116	99	89	31	21	108	58	7	25	1	8	35	30	41	27	29	48				

Tableau R

Quels sont les risques d'avoir trop de tension?	nombre de patients	pourcentage	Pourcentages																	
			sexe		âge			zone urbaine				catégories socio professionnelles								
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab. < 2000	2 000<hab.<10 000	10 000<hab.<50 000	50 000<hab.<200 000	200 000<hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers	7: Retraités	8: Autres personnes sans activité professionnelle
atteinte cardio-vasculaire	86	82,7%	86,5%	78,8%	80,9%	85,4%	81,3%	90,9%	80,4%	87,0%	60,0%	85,7%	1	66,7%	86,7%	100,0%	85,0%	76,9%	80,0%	76,9%
pathologie veineuse	11	10,6%	9,6%	11,5%	8,5%	12,2%	12,5%	0,0%	5,9%	21,7%	20,0%	14,3%	0	33,3%	13,3%	9,1%	10,0%	7,7%	13,3%	7,7%
atteinte neurologique	61	58,7%	46,2%	71,2%	46,8%	68,3%	68,8%	54,5%	60,8%	69,6%	40,0%	42,9%	0	66,7%	73,3%	63,6%	60,0%	38,5%	66,7%	53,8%
insuffisance rénale	6	5,8%	3,8%	7,7%	2,1%	9,8%	6,3%	18,2%	5,9%	0,0%	0,0%	7,1%	0	0,0%	6,7%	18,2%	10,0%	0,0%	6,7%	0,0%
cécité	9	8,7%	5,8%	11,5%	10,6%	7,3%	6,3%	0,0%	3,9%	21,7%	0,0%	14,3%	0	0,0%	6,7%	9,1%	10,0%	15,4%	6,7%	7,7%
autre atteinte organique	9	8,7%	9,6%	7,7%	17,0%	2,4%	0,0%	9,1%	11,8%	8,7%	0,0%	0,0%	0	0,0%	13,3%	36,4%	10,0%	0,0%	0,0%	3,8%
tous les organes	10	9,6%	11,5%	7,7%	14,9%	7,3%	0,0%	9,1%	11,8%	8,7%	0,0%	7,1%	0	66,7%	0,0%	36,4%	10,0%	7,7%	0,0%	3,8%
divers symptômes	15	14,4%	17,3%	11,5%	19,1%	12,2%	6,3%	9,1%	15,7%	21,7%	0,0%	7,1%	0	33,3%	13,3%	0,0%	5,0%	38,5%	6,7%	19,2%
la mort	7	6,7%	3,8%	9,6%	4,3%	7,3%	12,5%	0,0%	9,8%	8,7%	0,0%	0,0%	0	0,0%	13,3%	0,0%	5,0%	15,4%	13,3%	0,0%
risque mais lequel?	4	3,8%	3,8%	3,8%	4,3%	4,9%	0,0%	0,0%	5,9%	4,3%	0,0%	0,0%	0	0,0%	6,7%	0,0%	0,0%	7,7%	0,0%	7,7%
ne sait pas	1	1,0%	0,0%	1,9%	2,1%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	3,8%
nombre de réponse par personne		2,11	1,98	2,23	2,11	2,17	1,94	1,91	2,12	2,52	1,40	1,79	1,00	2,67	2,33	2,73	2,05	2,08	1,93	1,85

Tableau S

Quels sont les risques de n'avoir pas assez de tension?	nombre de patients	pourcentage	Effectifs																	p-value					
			sexe		âge			zone urbaine				catégories socio professionnelles								sans activité professionnelle	0: Autres personnes	sexe	âge	zone urbaine	catégorie socio-professionnelles
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab. < 2000	2 000 < hab. < 10 000	10 000 < hab. < 50 000	50 000 < hab. < 200 000	200 000 < hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers	7: Retraités						
pas inquiétant	21	20,2%	9	12	6	10	5	4	10	4	0	3	0	0	2	2	6	2	5	4	0,46	0,19	0,60	0,76	
grave aussi	23	22,1%	12	11	15	4	4	1	14	4	0	4	0	1	2	3	1	5	3	8	0,81	0,0421	0,51	0,24	
faiblesse/manque d'énergie/lenteur	28	26,9%	14	14	11	14	3	4	12	6	1	5	1	2	6	2	8	4	2	3	1	0,14	0,83	0,0530	
vertiges/étourdissement	6	5,8%	2	4	1	5	0	1	3	0	1	1	0	0	2	1	1	1	0	1	0,68	0,12	0,25	0,78	
malaises/PC	15	14,4%	4	11	6	8	1	1	8	5	0	1	0	0	3	2	3	2	1	4	0,0507	0,40	0,78	0,96	
trouble d'oxygénation des organes	6	5,8%	5	1	2	4	0	0	4	1	0	1	0	0	3	0	2	1	0	0	0,21	0,45	1	0,16	
autres	10	9,6%	5	5	5	3	2	0	3	5	1	1	0	0	1	2	3	0	2	2	1	0,74	0,14	0,76	
pas répondu	2	1,9%	1	1	1	0	1	0	1	0	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	0,29	0,24	0,90	
sait pas	17	16,3%	9	8	8	7	2	1	8	4	2	2	0	0	4	1	1	2	2	7	1	0,90	0,63	0,53	
	128		61	67	55	55	18	12	63	29	6	18	1	3	23	13	25	17	16	30					

Tableau T

Quels sont les risques de n'avoir pas assez de tension?	nombre de patients	pourcentage	Pourcentages																		
			sexe		âge			zone urbaine				catégories socio professionnelles									
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab. < 2000	2 000 < hab. < 10 000	10 000 < hab. < 50 000	50 000 < hab. < 200 000	200 000 < hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers	7: Retraités	8: Autres personnes sans activité professionnelle	
pas inquiétant	21	20,2%	17,3%	23,1%	12,8%	24,4%	31,3%	36,4%	19,6%	17,4%	0,0%	21,4%	0	0,0%	13,3%	18,2%	30,0%	15,4%	33,3%	15,4%	
grave aussi	23	22,1%	23,1%	21,2%	31,9%	9,8%	25,0%	9,1%	27,5%	17,4%	0,0%	28,6%	0	33,3%	13,3%	27,3%	5,0%	38,5%	20,0%	30,8%	
faiblesse/manque d'énergie/lenteur	28	26,9%	26,9%	26,9%	23,4%	34,1%	18,8%	36,4%	23,5%	26,1%	20,0%	35,7%	1	66,7%	40,0%	18,2%	40,0%	30,8%	13,3%	11,5%	
vertiges/étourdissement	6	5,8%	3,8%	7,7%	2,1%	12,2%	0,0%	9,1%	5,9%	0,0%	20,0%	7,1%	0	0,0%	13,3%	9,1%	5,0%	7,7%	0,0%	3,8%	
malaises/PC	15	14,4%	7,7%	21,2%	12,8%	19,5%	6,3%	9,1%	15,7%	21,7%	0,0%	7,1%	0	0,0%	20,0%	18,2%	15,0%	15,4%	6,7%	15,4%	
trouble d'oxygénation des organes	6	5,8%	9,6%	1,9%	4,3%	9,8%	0,0%	0,0%	7,8%	4,3%	0,0%	7,1%	0	0,0%	20,0%	0,0%	10,0%	7,7%	0,0%	0,0%	
autres	10	9,6%	9,6%	9,6%	10,6%	7,3%	12,5%	0,0%	5,9%	21,7%	20,0%	7,1%	0	0,0%	6,7%	18,2%	15,0%	0,0%	13,3%	7,7%	
pas répondu	2	1,9%	1,9%	1,9%	2,1%	0,0%	6,3%	0,0%	2,0%	0,0%	20,0%	0,0%	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	6,7%	3,8%	
sait pas	17	16,3%	17,3%	15,4%	17,0%	17,1%	12,5%	9,1%	15,7%	17,4%	40,0%	14,3%	0	0,0%	26,7%	9,1%	5,0%	15,4%	13,3%	26,9%	
nombre de réponse par personne			1,23	1,17	1,29	1,17	1,34	1,13	1,09	1,24	1,26	1,20	1,29	1,00	1,00	1,53	1,18	1,25	1,31	1,07	1,15

Tableau U

Vocabulaire	nombre de patients	pourcentage	Effectifs																	p-value					
			sexe		âge			zone urbaine				catégories socio professionnelles								sexe	âge	zone urbaine	catégorie socio-professionnelle		
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab. < 2000	2 000<hab<10 000	10 000<hab<50 000	50 000<hab<200 000	200 000<hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers	7: Retraités					8: Autres personnes sans activité professionnelle	
« avoir de la tension »	nervosité	28	27,2%	13	15	12	9	7	2	14	5	3	4	1	1	2	2	6	2	6	8	0,66	0,53	0,88	effectifs trop petits
chiffres	62	60,2%	31	31	29	25	8	8	29	15	2	8	0	0	11	9	12	10	8	12					
les deux	13	12,6%	8	5	5	7	1	1	8	2	0	2	0	2	2	0	2	1	1	5					
« avoir trop de tension »	nervosité	19	18,3%	13	6	10	8	1	2	12	2	2	1	1	1	3	1	4	3	1	5	0,21	0,23	0,63	effectifs trop petits
chiffres	72	69,2%	33	39	31	26	15	8	32	17	3	12	0	1	9	7	15	9	14	17					
les deux	13	12,5%	6	7	6	7	0	0	1	7	4	0	1	0	1	3	3	1	1	0	4				
« n'avoir pas assez de tension »	nervosité	13	12,7%	9	4	4	8	1	3	8	1	0	1	0	1	1	1	3	2	1	4	0,37	0,44	0,37	0,76
chiffres	84	82,4%	40	44	40	31	13	7	41	21	5	10	0	2	14	9	17	11	13	18					
les deux	5	4,9%	2	3	3	1	1	0	2	1	0	2	0	0	0	1	0	0	1	3					
« être tendu »	nervosité	100	96,2%	48	52	44	41	15	11	48	22	5	14	1	3	15	11	19	12	14	25	0,12	0,27	1,00	0,97
chiffres	4	3,8%	4	0	3	0	1	0	3	1	0	0	0	0	0	0	0	1	1	1	1				
les deux	0	0,0%	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0				
« être hypertendu »	nervosité	70	67,3%	36	34	31	25	14	8	36	12	4	10	1	2	10	5	11	9	13	19	0,18	0,34	0,81	effectifs trop petits
chiffres	14	13,5%	4	10	5	8	1	1	6	5	1	1	0	0	2	2	6	1	1	2					
les deux	20	19,2%	12	8	11	8	1	2	9	6	0	3	0	1	3	4	3	3	1	5					

Tableau V

Vocabulaire	nombre de patients	pourcentage	Pourcentages																		
			sexe		âge			zone urbaine				catégories socio professionnelles									
			hommes	femmes	moins de 40 ans	de 40 à 59 ans	60 ans et plus	hab. < 2000	2 000<hab. <10 000	10 000<hab. <50 000	50 000<hab. <200 000	200 000<hab.	1: Agriculteurs exploitants	2: Artisans, Commerçants et Chefs d'entreprises	3: Cadres et Professions intellectuelles supérieures	4: Professions intermédiaires	5: Employés	6: Ouvriers	7: Retraités	8: Autres personnes sans activité professionnelle	
« avoir de la tension »	nervosité	28	27,2%	25,0%	29,4%	26,1%	22,0%	43,8%	18,2%	27,5%	22,7%	60,0%	28,6%	100,0%	33,3%	13,3%	18,2%	30,0%	15,4%	40,0%	32,0%
chiffres	62	60,2%	59,6%	60,8%	63,0%	61,0%	50,0%	72,7%	56,9%	68,2%	40,0%	57,1%	0,0%	0,0%	73,3%	81,8%	60,0%	76,9%	53,3%	48,0%	
les deux	13	12,6%	15,4%	9,8%	10,9%	17,1%	6,3%	9,1%	15,7%	9,1%	0,0%	14,3%	0,0%	66,7%	13,3%	0,0%	10,0%	7,7%	6,7%	20,0%	
« avoir trop de tension »	nervosité	19	18,3%	25,0%	11,5%	21,3%	19,5%	6,3%	18,2%	23,5%	8,7%	40,0%	7,1%	100,0%	33,3%	20,0%	9,1%	20,0%	23,1%	6,7%	19,2%
chiffres	72	69,2%	63,5%	75,0%	66,0%	63,4%	93,8%	72,7%	62,7%	73,9%	60,0%	85,7%	0,0%	33,3%	60,0%	63,6%	75,0%	69,2%	93,3%	65,4%	
les deux	13	12,5%	11,5%	13,5%	12,8%	17,1%	0,0%	9,1%	13,7%	17,4%	0,0%	7,1%	0,0%	33,3%	20,0%	27,3%	5,0%	7,7%	0,0%	15,4%	
« n'avoir pas assez de tension »	nervosité	13	12,7%	17,6%	7,8%	8,5%	20,0%	6,7%	30,0%	15,7%	4,3%	0,0%	7,7%		33,3%	6,7%	9,1%	15,0%	15,4%	6,7%	16,0%
chiffres	84	82,4%	78,4%	86,3%	85,1%	77,5%	86,7%	70,0%	80,4%	91,3%	100,0%	76,9%		66,7%	93,3%	81,8%	85,0%	84,6%	86,7%	72,0%	
les deux	5	4,9%	3,9%	5,9%	6,4%	2,5%	6,7%	0,0%	3,9%	4,3%	0,0%	15,4%		0,0%	0,0%	9,1%	0,0%	0,0%	6,7%	12,0%	
« être tendu »	nervosité	100	96,2%	92,3%	100,0%	93,6%	100,0%	93,8%	100,0%	94,1%	95,7%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	95,0%	92,3%	93,3%	96,2%
chiffres	4	3,8%	7,7%	0,0%	6,4%	0,0%	6,3%	0,0%	5,9%	4,3%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	5,0%	7,7%	6,7%	3,8%
les deux	0	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	
« être hypertendu »	nervosité	70	67,3%	69,2%	65,4%	66,0%	61,0%	87,5%	72,7%	70,6%	52,2%	80,0%	71,4%	100,0%	66,7%	66,7%	45,5%	55,0%	69,2%	86,7%	73,1%
chiffres	14	13,5%	7,7%	19,2%	10,6%	19,5%	6,3%	9,1%	11,8%	21,7%	20,0%	7,1%	0,0%	0,0%	13,3%	18,2%	30,0%	7,7%	6,7%	7,7%	
les deux	20	19,2%	23,1%	15,4%	23,4%	19,5%	6,3%	18,2%	17,6%	26,1%	0,0%	21,4%	0,0%	33,3%	20,0%	36,4%	15,0%	23,1%	6,7%	19,2%	

Tableau W:

Renseignement apporté au patient par la mesure de la tension artérielle	d'après les patients		d'après les médecins		p-value
	effectif (104)	pourcentage	effectif (26)	pourcentage	
surveillance tensionnelle	36	34,6%	5	19,2%	0,2
santé cardio-vasculaire	19	18,3%	6	23,1%	0,78
santé générale	28	27,0%	14	53,8%	0,0168
état de fatigue	22	21,2%	3	11,5%	0,4
habitude/rituel	2	1,9%	13	50,0%	<0,0001
rassurer le patient	40	38,5%	17	65,4%	0,0242

Tableau X:

Valeur symbolique de l'acte de mesure tensionnelle pour les patients et les médecins	pour les patients		pour les médecins		p-value
	effectif(104)	pourcentage	effectif (26)	pourcentage	
relation de confiance	3	2,9%	1	3,8%	1
geste rassurant	5	4,8%	5	19,2%	0,0272
symbole du corps médical	4	3,8%	8	30,8%	0,0003
habitude	40	38,5%	16	61,5%	0,06
rien d'autre	56	53,8%	4	15,4%	0,0001

NOM: KERDRAIN-DERIDDER  
Clémentine

PRÉNOM:

Titre de Thèse: « Pourriez-vous prendre ma tension, docteur? » connaissances et croyances sur la mesure de la tension artérielle au cabinet du médecin généraliste.

---

## RÉSUMÉ

Qu'attendent de la mesure tensionnelle les patients bien portants qui la réclament à leur médecin? Est-il justifié de mesurer la tension artérielle de tous les patients, systématiquement? La tension artérielle est sous l'influence de nombreux facteurs (iatrogènes, alimentaires, environnementaux, génétiques, physiologiques...). Aucune recommandation concernant la fréquence de mesure tensionnelle à des patients bien portants n'est disponible. Cette enquête d'opinion inclut 104 patients normotendus et 26 médecins de Loire-Atlantique. Les patients sont surtout demandeurs après 40 ans. Ils sont rassurés quand leurs chiffres tensionnels sont normaux. Ils connaissent les complications de l'hypertension, surtout cardio-vasculaires, et les redoutent. Pour les médecins l'acte de la mesure a, plus que pour le patient, une valeur symbolique. Les patients les plus âgés se sentent, à juste titre, les plus concernés, mais ils connaissent moins bien la définition de la tension artérielle et les moyens de prévention de l'hypertension.

---

## MOTS-CLÉS

tension artérielle, patient normotendu, sujet sain, mesure tensionnelle, connaissances médicales, médecine générale, mesure tensionnelle, représentations.

